

- สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
- ระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่พุดและฟันผุ เขตเทศบาลหนองแคว จังหวัดสระบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
- ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี
- ประสิทธิภาพของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
- สภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาภายหลังการใช้แบบประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเอง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี
- ความรู้ ทักษะ และความสามารถ, ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557
- บทบาทของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558
- การพัฒนางานบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

**BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

ISSN 0858-6527

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559 VOL.21 NO.2 JULY-DECEMBER 2016

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

วิทยาลัยทันตสาธารณสุข

(ว.ทันต.สธ.)

เจ้าของ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 0-2590-4213 โทรสาร 0-2590-4203

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์
ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์
ทันตแพทย์หญิงสุปราณี ดาโลดม

บรรณาธิการ

สุณี ผลดีเยี่ยม

รองบรรณาธิการ

นนทิณี ตั้งเจริญดี
วรมน อัครสุต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศิริพงษ์ มะโนรส

กองบรรณาธิการ

สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรัชย์
สุณี วงศ์คงคาเทพ, วิกุล วิศาลเสถียร
ศรีสุดา ลีละศิริ, ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลากยัง, กันยา บุญธรรม
สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, วรางคณา เวชวิ
วรวิทย์ ใจเมือง, กรกมล นียมศิลป์
สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ, นพวรรณ โพชนุกูล
จิราพร ชีดี, วีระศักดิ์ พุทธาศรี
สุกัญญา เขียววิวัฒน์, ทรงชัย รุติโสเมกุล

คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

อรุณรักษ์ วรวัฒน์

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH (Th.J.DPH.)

OWNER

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health

OFFICE

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Tel.662-5904213,Fax.662-5904203

ADVISORY BOARD

Dr.Wachira Pengjuntr
Dr.Sutha Jianmaneechotchai
Dr.Somnuk Chanduaykit
Dr.Chantana Ungchusak
Dr.Supranee Dalodom

EDITOR

Sunee Pholdeeyiam

ASSOCIATE EDITOR

Nontinee Tangcharoendee
Voramon Agrasuta

ASSISTANT EDITOR

Siripong Manoros

EDITORIAL BOARDS

Supranee Dalodom, Nontalee Verachai
Sunee Wongkongkathep, Wikul Visalseth
Srisuda Leelasithorn, Piyada Prasertsom
Phengkhae Lapying, Kanya Boontham
Surat Mongkolnchai-arunya, Warankana Vejvithee
Voravithaya Chaimuang, Kornkamol Niyomsilp
Suwanna Eua-attakaron, Noppawan Pochanukul
Chiraporn Khitdee, Weerasak Putthasri
Sukanya Tianviwat, Songchai Thitasomkul

EDITORIAL STAFF

Arunruck Worawat

บรรณาธิการกล่าว

วิทยาสารทันตสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 21 ประกอบด้วยบทความวิชาการ 11 เรื่อง คือ

1. สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

4. ระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ เขตเทศบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

6. ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี

7. ประสิทธิภาพของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

8. สภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาภายหลังการใช้แบบประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเอง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

9. ความรู้ ทักษะ และความสามารถ, ทศนคติต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557

10. บทบาทของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558

11. การพัฒนางานบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

ขอแจ้งแก่ผู้ที่จะส่งบทความมาลงในวิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 22 (พ.ศ. 2560) เราจะพิจารณาเรื่องที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในคนเป็นหลัก ส่วนหลักเกณฑ์อื่นๆ จะมีการแจ้งให้ทราบต่อไป

ท่านสามารถอ่านวิทยาสารทันตสาธารณสุขได้ที่ <http://dental.anamai.moph.go.th>

ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม
บรรณาธิการ

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559

บทความ

- สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ณัฐมนันท์ ศรีทอง, สุภาวดี พรหมมา 5
- การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี อำเภอพยุหะภูมิพิสัย
จังหวัดมหาสารคาม
เฉลิมพล วรรณประไพ 13
- ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
ยุทธนา พินิจกิจ 20
- ระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
สำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ เขตเทศบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี
วรพรรณ ถมยา 28
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครอง
โรงเรียนอนุบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
สุวรรณา สมถวิล 37
- ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี
กันยา บุญธรรม, ศรีสุดา ลีละศิธร 47
- ประสิทธิภาพของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพ
ของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
วิดา ล้อมทอง 54
- สภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาภายหลังการใช้แบบประเมินความสะอาด
ของฟันหน้าด้วยตนเอง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี
ลักขณา กิตติวโรดม 63
- ความรู้ ทักษะ และความสามารถ, ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน
ของทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557
จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, สุณี ผลดีเยี่ยม 68
- บทบาทของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด
งานทันตสาธารณสุข ปี 2558
อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์, รัตนภรณ์ มั่นคง 78
- การพัฒนางานบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
สาวนาถ เลิศสำราญ, สมชาติ ไตรรักษา, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 88

สภาวะสุขภาพช่องปากและ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ณัฐมนันท์ ศรีทอง* วท.ม.สถิติประยุกต์
สุภาวดี พรหมมา* สศ.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

การสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย 16 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ระหว่างธันวาคม 2552-กันยายน 2553 ได้รับการสัมภาษณ์และตรวจช่องปาก เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา 1,545 คน มีอายุเฉลี่ย 25.6 ± 6.1 ปี ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 41.5 คิดว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากปกติ ร้อยละ 46.9 รู้สึกมีเลือดออกขณะแปรงฟัน ร้อยละ 16.9 คิดว่ามีเหงือกบวม และร้อยละ 12.2 มีอาการปวดฟัน หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 88.1 แปรงฟันเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 4.3 ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ ร้อยละ 9.3 ใช้น้ำยาอมบ้วนปากเป็นประจำ ร้อยละ 1.5 สูบบุหรี่ และร้อยละ 37.1 เป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง หญิงตั้งครรภ์ฟันผุร้อยละ 50.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร 3.6 ซี่/คน ร้อยละ 94.9 มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 91.2 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 43.4 มีกระเปาะปริทันต์เท่ากับหรือลึกกว่า 4 มิลลิเมตร และร้อยละ 71.4 มีการทำลายของเนื้อเยื่อปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 3 มิลลิเมตร ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบผิดปกติจากความจริง ร้อยละ 5.8 ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากไม่ปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบผิดปกติจากความจริง ร้อยละ 54.8

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ สภาวะสุขภาพช่องปาก โรคปริทันต์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษรวมทั้งสุขภาพช่องปาก โรคในช่องปากที่มีโอกาสพบมากในหญิงตั้งครรภ์คือ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์และโรคฟันผุ การตั้งครรภ์ทำให้เหงือกและเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ ที่รองรับฟันอ่อนแอ ไวต่อการอักเสบและติดเชื้อมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์จึงมีโอกาสเกิดเหงือกอักเสบรุนแรงกว่าช่วงเวลาอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การตั้งครรภ์ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคเหงือก แต่สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเหงือก หญิงตั้งครรภ์ที่แปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกต้องมีโอกาสที่จะเป็นโรคเหงือกอักเสบลดลง¹

การอักเสบและติดเชื้อที่ไม่สามารถควบคุมได้จะก่อให้เกิดการสูญเสียกระดูกที่รองรับรอบๆ ฟัน เรียกโรคนี้ว่าปริทันต์อักเสบ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าปกติภาวะการเป็นโรคปริทันต์หรือการอักเสบใดๆ ที่เกิดในช่องปากนอกจากส่งผลต่อสุขภาพช่องปากโดยตรงแล้วยังอาจส่งผลต่อคุณภาพของการตั้งครรภ์และการคลอดได้¹

โรคปริทันต์หมายถึงโรคที่มีการอักเสบของเหงือกจนถึงการทำลายของอวัยวะปริทันต์เกิดจากการมีเชื้อจุลินทรีย์ gram positive ที่ทำให้เกิดโรคในปริมาณที่มากกว่าปกติในบริเวณร่องเหงือก เมื่อร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านต่อเชื้อทำให้เกิดการอักเสบและการทำลายของอวัยวะและมีการทางคลินิกเกิดขึ้น กลไกความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับผลของการตั้งครรภ์ อธิบายได้ว่า การอักเสบจะกระตุ้นการหลั่ง inflammatory cytokines และ C-reactive protein (CRP) เข้าในกระแสเลือดซึ่งจะไปกระตุ้นการสร้าง prostaglandin E₂ ทำให้มดลูกบีบตัว มีการขยายตัวของช่องเชิงกราน หรือเกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อที่ปากมดลูก จึงทำให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้²

หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดฟันผุได้มากขึ้นเนื่องจากรับประทานอาหารบ่อยขึ้นและการมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี อาการอาเจียนบ่อยๆ ขณะแพ้ท้องอาจทำให้เกิดฟันกร่อนจากการสัมผัสน้ำย่อยที่เป็นกรดการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เป็นเรื่องที่สำคัญทั้งต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เอง และผลต่อการเกิดฟันผุของลูกในอนาคตจึงทำการศึกษาเพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ผลที่ได้จะนำไปใช้ในการให้ทันตสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเป็นการสำรวจแบบตัดขวาง พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 16 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลระดับอำเภอ 8 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงของ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลแหลมงอบ จังหวัดตราด อีก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1,6,8,10 กรมอนามัย

ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ที่มารับการฝากครรภ์ และรับการตรวจสุขภาพช่องปากที่โรงพยาบาลระหว่างเดือนธันวาคม 2552 - กันยายน 2553

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้รวมของครอบครัว การศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ผู้สัมภาษณ์คือ ทันตบุคลากรที่ได้รับการปรับมาตรฐานการสัมภาษณ์แล้ว

2. แบบบันทึกสภาวะฟันผุ แผ่นตรวจจุลินทรีย์ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ ผู้ตรวจคือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานโดยเปรียบเทียบกับผู้ตรวจมาตรฐาน (Gold standard) และได้ความเห็นสอดคล้อง (% Agreement) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สถิติที่ใช้ คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test T-test และ ANOVA

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ 1,545 คน อายุเฉลี่ย 25.6 ± 6.1 ปี (14-48 ปี) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 13.6 ± 4.2 สัปดาห์ ร้อยละ 94.8 มีเชื้อชาติไทย ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ (ร้อยละ 24.2) อาชีพที่มีรายได้ 3 อันดับแรกได้แก่ รับจ้างรายวัน (ร้อยละ 18.9) เป็นลูกจ้าง/พนักงานบริษัท/ส่วนราชการ/องค์กร (ร้อยละ 17.9) และค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ (ร้อยละ 17.9) ส่วนใหญ่จบ

มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 29.8) และมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา/ปศ./ปวช. (ร้อยละ 25.8) ส่วนใหญ่มีรายได้จากสามีและภรรยารวมกัน (ร้อยละ 57.5) ร้อยละ 93.6 อยู่กับสามี (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปาก

หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 41.5 คิดว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากปกติ ร้อยละ 46.9 มีเลือดออกขณะแปรงฟัน

ร้อยละ 16.9 มีเหงือกบวม และร้อยละ 12.2 มีอาการปวดฟัน

พบว่าข้อมูลทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ คือหญิงตั้งครรภ์อายุ 30 ปีขึ้นไป รับรู้ว่าตนเองสุขภาพช่องปากปกติมากกว่าและรับรู้ว่าเลือดออกขณะแปรงฟันน้อยกว่า, ผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือการศึกษาน้อยกว่าจะรู้สึกปวดฟันมากกว่า, ผู้ที่มีอาชีพรับรู้ว่าเลือดออกขณะแปรงฟันน้อยกว่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

Table 1 General information of pregnant women

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	14-15 ปี	29	1.9
	16-20 ปี	349	22.6
	21-25 ปี	414	26.8
	26-30 ปี	399	25.8
	31-35 ปี	262	17.0
	36-48 ปี	92	6.0
เชื้อชาติ	ไทย	1464	94.8
	อื่นๆ (ลาว กัมพูชา จีนชาวเขา)	81	5.2
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้	374	24.2
	รับจ้างรายวัน	292	18.9
	ลูกจ้าง/พ.บริษัท/ส่วนราชการ/องค์กร	277	17.9
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	66	4.3
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ	277	17.9
	เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	157	10.2
	นักเรียน/นักศึกษา	34	2.2
	อื่นๆ ไม่ระบุ	68	4.4
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	90	5.8
	ประถมศึกษา	276	17.9
	มัธยมศึกษาตอนต้น	460	29.8
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา/ปศ./ปวช.	399	25.8
	อนุปริญญา/ปวท.	87	5.6
	ปริญญาตรีขึ้นไป	233	15.1
รายได้รวมของครอบครัว	รายได้ของตนเอง	89	5.8
	รายได้ของสามี	493	31.9
	รายได้ของสามีและภรรยารวมกัน	888	57.5
	รายได้จากพ่อแม่	75	4.8
สถานภาพสมรส	อยู่กับสามี	1446	93.6
	แยกกันอยู่คนละที่	89	5.8
	เลิกหย่า	10	0.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละหญิงตั้งครรภ์ตามข้อมูลทั่วไปและการรับรู้สุขภาพช่องปากของตนเอง

Table 2 Number and percentage of general information and oral health perception of pregnant women

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	สุขภาพ ช่องปากปกติ	เลือดออก ขณะแปรงฟัน	รู้สึก ปวดฟัน
อายุ	14-20 ปี	378	40.2	50.5	10.8
	21-25 ปี	414	42.0	47.3	13.5
	26-30 ปี	399	36.1	54.1	12.5
	31-35 ปี	262	49.2	36.3	10.7
	36-48 ปี	92	48.9	29.3	15.2
	P value		.009*	.000*	.609
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	90	34.4	51.1	21.1
	ประถมศึกษา	276	44.9	40.9	15.2
	มัธยมศึกษาตอนต้น	460	41.3	46.7	11.7
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ อาชีวศึกษา/ปวช./ปวท.	399	39.8	50.1	11.8
	อนุปริญญา/ปวท. ปริญญาตรีขึ้นไป	87	41.4	50.6	5.7
	ปริญญาตรีขึ้นไป	233	44.6	45.9	9.4
	P value		.469	.234	.016*
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้	374	38.5	53.2	10.7
	รับจ้างรายวัน	292	40.8	45.9	12.0
	ลูกจ้าง/พ.บริษัท/ส่วนราชการ/องค์กรรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	343	42.0	48.7	10.5
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ	277	43.3	42.6	15.9
	เกษตรกร/เลี้ยงสัตว์	157	47.1	41.4	9.6
	นักเรียน/นักศึกษา	34	32.4	55.9	20.6
	P value		.405	.045*	.127

* Chi-square test

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 88.1 แปรงฟันเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 4.3 ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ ร้อยละ 9.3 ใช้น้ำยาอมบ้วนปากเป็นประจำ ร้อยละ 1.5 สูบบุหรี่ และร้อยละ 37.1 เป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง

อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้รวม มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟัน อายุ 30 ปีขึ้นไป ผู้มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท/ส่วนราชการ/องค์กร/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้ที่มิรายได้จากสามีและภรรยา รวมกัน แปรงฟัน 2 ครั้งขึ้นไปมากกว่า และแปรงเฉพาะตอนเช้าน้อยกว่า คนที่มีเชื้อชาติไทยใช้ยาสีฟันน้อยกว่า ผู้มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ใช้ไหมขัดฟันและน้ำยาอมบ้วนปากเป็นประจำมากกว่า, ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท/ส่วนราชการ/องค์กร/รับราชการ/

รัฐวิสาหกิจ และผู้มีอาชีพค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ ใช้น้ำยาอมบ้วนปากเป็นประจำมากกว่า (ตารางที่ 3)

4. สภาวะสุขภาพช่องปาก

ผลการตรวจสภาวะช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 50.5 มีฟันผุ และค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 3.6 ซี่/คน ร้อยละ 94.9 พบคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 91.2 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 43.4 มีกระเปาะปริทันต์เท่ากับหรือลึกกว่า 4 มิลลิเมตร และร้อยละ 71.4 มีการทำลายของเนื้อเยื่อปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 3 มิลลิเมตร

ด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก (ตารางที่ 4) อายุและอาชีพมีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ย DMFT อายุมากขึ้น ค่าเฉลี่ย DMFT ก็เพิ่มขึ้น, ส่วนอาชีพพนักงานเรียน/นักศึกษามีค่าเฉลี่ย DMFT น้อยกว่า, ผู้ที่มีรายได้จากสามีและภรรยา รวมกัน มีหินน้ำลายมากกว่า

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละหญิงตั้งครรภ์ตามข้อมูลทั่วไปและการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

Table 3 Number and percentage of general information and oral health behavior of pregnant women

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	แปรงฟัน		ใช้	ใช้ไหมขัดฟัน	ใช้น้ำยาอมบ้วน
			เฉพาะเช้า	≥ 2 ครั้ง	ยาสีฟัน	เป็นประจำ	ปากเป็นประจำ
อายุ	14-20ปี	378	16.4	81.5	71.7	2.9	8.2
	21-25ปี	414	10.9	88.2	70.3	4.1	7.2
	26-30ปี	399	10.3	88.0	70.2	2.8	12.0
	31-35ปี	262	2.3	96.6	72.5	9.2	10.7
	36-48ปี	92	4.3	93.5	72.8	2.2	10.9
	P value		.000*	.000*	.944	.002	.148
เชื้อชาติ	ไทย	1464	10.5	87.9	70.0	4.2	9.8
	อื่นๆ (ลาว กัมพูชา จีนชาวเขา)	81	4.9	93.8	91.4	4.9	4.9
	P value		.077	.081	.000*	.743	.117
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	90	10.0	86.7	77.8	4.4	3.3
	ประถมศึกษา	276	12.3	85.9	72.5	1.1	8.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	460	13.5	84.8	71.5	2.6	7.4
	มัธยมปลาย/อาชีวศึกษา/ปวช./ปวท.	399	10.0	88.5	67.9	4.8	12.0
	อนุปริญญา/ปวท.	87	9.2	92.0	63.2	2.3	9.2
	ปริญญาตรีขึ้นไป	233	2.1	96.6	74.7	10.7	13.7
	P value		.000*	.000*	.142	.000*	.008*
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้	374	14.4	83.2	74.1	5.1	9.9
	รับจ้างรายวัน	292	13.0	85.3	70.9	2.1	4.1
	ลูกจ้าง/พ.บริษัท/ส่วนราชการ/องค์กร/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	343	4.7	94.2	69.4	6.1	12.8
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ	277	7.2	92.1	67.9	4.7	12.6
	เกษตรกรรวม/เลี้ยงสัตว์	157	9.6	89.8	80.3	3.2	6.4
	นักเรียน/นักศึกษา	34	26.5	73.5	64.7	0.0	5.9
	P value		.000*	.000*	.062	.112	.001*
รายได้รวม	รายได้ของตนเอง	89	9.0	88.8	59.6	4.5	9.0
	รายได้ของสามี	493	12.4	85.2	71.4	3.0	9.1
	รายได้ของสามีและภรรยาารวมกัน	888	7.8	91.1	71.7	4.6	10.1
	รายได้จากพ่อแม่	75	26.7	73.3	76.0	6.7	5.3
	P value		.000*	.000*	.089	.366	.515

* Chi-square test

สภาวะสุขภาพช่องปากกับการรับรู้สุขภาพช่องปากตนเองของหญิงมีครรภ์ พบว่า ผู้ที่รับรู้ว่ามีสุขภาพช่องปากปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบผิดปกติไปจาก

ความจริง ร้อยละ 5.8 ส่วนผู้ที่รับรู้ว่ามีสุขภาพช่องปากไม่ปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบผิดปกติไปจากความจริง ร้อยละ 54.8 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงมีครรภ์ ตามข้อมูลทั่วไป

Table 4 Oral health status of pregnant women by general information

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	เฉลี่ย DMFT	หินน้ำลาย
อายุ	14-20 ปี	378	3.1	90.2
	21-25 ปี	414	3.6	93.5
	26-30 ปี	399	3.6	92.7
	31-35 ปี	262	4.5	93.9
	36-48 ปี	92	3.8	88.0
	P value		.012**	.190
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้	374	3.5	93.9
	รับจ้างรายวัน	292	3.8	89.7
	ลูกจ้าง/พ.บริษัท/ส่วนราชการ/องค์กรรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	343	4.5	95.0
	ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว/นักธุรกิจ	277	3.5	93.1
	เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	157	3.2	93.0
	นักเรียน/นักศึกษา	34	1.7	88.2
	P value		.003**	.128
รายได้รวม	รายได้ของตนเอง	89	3.6	85.4
	รายได้ของสามี	493	3.5	88.6
	รายได้ของสามีและภรรยาารวมกัน	888	3.8	95.0
	รายได้จากพ่อแม่	75	2.5	90.7
	P value		.089	.000*

* Chi-square test

** ANOVA

ตารางที่ 5 สภาวะสุขภาพช่องปากกับการรับรู้ของหญิงมีครรภ์

Table 5 Oral health status and oral health perception of pregnant women

การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์		ตรวจพบช่องปากปกติ	
		ไม่ปกติ	ปกติ
ปกติ	ไม่	3.6	54.8
	ใช่	5.8	35.8

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยที่สุดมีอายุเพียง 14 ปี ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาจินตนา รัตนะและคณะ²ที่พบหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยที่สุดมีอายุเพียง 14 ปี และดลฤดี เพชรขว้างและคณะ³ พบสตรีตั้งครรภ์ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ซึ่งยังไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผลการตรวจสภาวะช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 50.5 มีฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 3.6 ซี่/คน พบคราบ จุลินทรีย์ ร้อยละ 94.9 และร้อยละ 91.2 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา วรรณโพธิ์กลาง⁴ พบหญิงตั้งครรภ์ฟันผุร้อยละ 73.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ 2.97 ซี่/ราย สำหรับสภาวะเหงือกอักเสบพบร้อยละ 96.4 และการ ศึกษาของสำนักทันตสาธารณสุขร่วมกับโรงพยาบาลต่างๆ 16 แห่ง ในปี 2553 พบหญิงตั้งครรภ์มีฟันผุเฉลี่ย 6.6 ซี่ ร้อยละ 90.4 มีเหงือกอักเสบ⁵

หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 4.3 ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ไหมขัดฟันเพื่อช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์ เป็นประจำทุกวัน จะช่วยให้รู้สึกสะอาดและสดชื่นขึ้น⁶ และ การใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกต้องมีโอกาสที่โรคเหงือกอักเสบ ลดลง¹ ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องนี้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องและใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำต่อไป

ผลการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากกับการรับรู้ สภาวะสุขภาพช่องปากตนเองของหญิงมีครรภ์ พบว่า ผู้ที่รับรู้ ว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปาก

แล้วพบผิดไปจากความจริง ร้อยละ 5.8 ส่วนผู้ที่รับรู้ว่ตนเองมีสุขภาพช่องปากไม่ปกติ เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบผิดไปจากความจริง ร้อยละ 54.8 แสดงว่า หญิงมีครรภ์มักจะกังวลว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพช่องปากไม่ปกติ จึงทำให้การรับรู้สุขภาพช่องปากของตนเองผิดไปมาก

อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพช่องปากอายุมากขึ้นรับรู้สุขภาพช่องปากปกติมากกว่าและรับรู้ว่ามีเลือดออกขณะแปรงฟันน้อยกว่า สอดคล้องกันคือ เมื่อรู้ว่ตนเองสุขภาพช่องปากปกติ ก็ยอมรับว่มีเลือดออกขณะแปรงฟันน้อยกว่า

อายุและอาชีพมีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ย DMFT อายุมากขึ้น ค่าเฉลี่ย DMFT ก็เพิ่มขึ้น ส่วนอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ค่าเฉลี่ย DMFT น้อยกว่า น่าจะเป็นเรื่องของอายุ เพราะนักเรียน/นักศึกษามีอายุน้อยกว่า

การศึกษานี้เป็นการสำรวจที่มีข้อมูลจำนวนมากพอ จึงพบความสัมพันธ์หลายอย่างทั้งที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่เป็นไปได้และที่ไม่สามารถอธิบายได้ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลมาอธิบายได้ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาที่มีข้อมูลจำนวนมากเวลาแปลความผลข้อมูล ต้องระมัดระวังในเรื่องเหตุและผล
2. หญิงมีครรภ์มีความกังวลว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพช่องปากไม่ปกติ จึงทำให้การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากของตนเองผิดไปมาก การศึกษาในหญิงมีครรภ์

ควรคำนึงถึงเรื่องนี้ด้วย

3. หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 4.3 ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ ซึ่งน้อยมาก ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกต้องเป็นประจำเพิ่มขึ้น เพื่อลดโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบ

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณนักวิจัยจากพื้นที่ 16 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเชิงของและโรงพยาบาลเชิงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลสรวงศ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลแหลมงอบ จังหวัดตราด โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และศูนย์อนามัยที่ 1, 6, 8, 10 กรมอนามัย ทำให้การบันทึกข้อมูลสำเร็จลงได้ ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นอาสาสมัครมาร่วมเป็นตัวอย่างการวิจัย และขอขอบคุณบริษัทจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน ประเทศไทย จำกัด ที่สนับสนุนไหมขัดฟันและแปรงสีฟันให้แก่อาสาสมัคร ในระยะเริ่มทดสอบโครงการ (Pilot study) ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงจินทนา อึ้งชูศักดิ์ ทันตแพทย์หญิงวราภรณ์ จิระพงษา และทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุขภาพช่องปากและการตั้งครรภ์ Global Child Dental Fund, Rooms 329-331, 26-29 Drury Lane, London WC2B 5RL สืบค้นวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 เข้าถึงได้จาก <http://www.gcdfund.org/sites/default/files/users/THAI%20OH%20Your%20Pregnancy%20%20copy.pdf>
2. จินตนา รัตนและคณะ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การรักษาทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลปากน้ำ หลังสวนและโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร, การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15 50 ปี มข. แห่งการอุทิศเพื่อสังคม วันที่ 28-29 มีนาคม พ.ศ. 2557, ขอนแก่น, ประเทศไทย, 2557. แหล่งที่มา : <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp14.pdf>
3. ดลฤดี เพชรขว้างและคณะ. การตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพะเยา, วิทยาลัยพยาบาลพะเยา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2554. แหล่งที่มา : <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/2-54.pdf>
4. อารยา วรรณไพริกุลกลาง. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2556.
5. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554, สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เข้าถึงได้จาก http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwJ4UaE49_KAhULWl4KHe3eD0wQFgghMAE&url=http%3A%2F%2F203.157.181.2%2Fcupk%2Fattach%2F9960%2Fdent%25202557_2.doc&usg=AFQjCNHkOI94lrVZSLq-8H9ASPO67P-VLw
6. <http://baby.kapook.com/view66357.html>

Oral health status and oral health behavior of pregnant women receiving services at Ministry of Public Health hospitals

Nuttamanussanun Srithong* *M.Sc. (Applied Statistics)*

Supawadee Pomma* *B.Ph., M.Sc.*

Abstract

The objective of this survey was to determine oral health status and behavior of pregnant women. Study at 16 hospitals. The samples were pregnant women at antenatal care between December 2009 and September 2010. The samples were interviewed and examined oral health before 20 weeks pregnant. The study found that sample of pregnant women in this study were 1,545 people, average age 25.6 ± 6.1 years. Most of them finished junior high school, no income. 41.5 percent of pregnant women had normal oral health, 46.9 percent bleeding while brushing teeth, 16.9 percents had swollen gums, 12.2 percent had toothache. 88.1 percent brush in the morning and at night, 4.3 percent regular floss, 9.3 percent use mouthwash regularly during pregnancy, 1.5 percent smoking, 37.1 percent was second-hand smoke. 50.5 percent of pregnant women had average DMFT score = 3.6 teeth /person, 94.9 percent had plaque, 91.2 percent had gingivitis, 43.4 percent had periodontal pockets or pocket depth more than 4 mm. and 71.4 percent had destruction of periodontium equal or more than 3 mm. For those that believed to have normal oral health status after oral examination 5.8 percent were not correct and those not awarded to have abnormal oral health status after oral examination 54.8 percent were not correct.

Keyword : *pregnant women, oral health status, periodontitis*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

การประเมินผลการจัดบริการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดมหาสารคาม

เฉลิมพล วรรณประไพ* ท.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี อำเภอพยุหะคีรี เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานจากรายงานทันตสาธารณสุขระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2558 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต สทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้แก่ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสาธารณสุขอำเภอระหว่าง 7-18 กันยายน 2558 ผลการศึกษา พบว่า มีนโยบายให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง (21 แห่ง) ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและให้ทันตสุขภาพผู้ปกครองผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดจังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 70) และมีแนวโน้มครอบคลุมเพิ่มขึ้น (ผลงานปี 2556-2558 ร้อยละ 75.3, 84.1 และ 92.1 ตามลำดับ) การฝึกปฏิบัติแปร่งฟันแก่ผู้ปกครอง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดจังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 70) แต่ความครอบคลุมยังน้อย (ร้อยละ 71.1, 72.4 และ 75.4 ตามลำดับ) การทาฟลูออไรด์วารินซ์ มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 73.2, 72.5 และ 67.6 ตามลำดับ) ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 46.9, 60.8 และ 57.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาผลงานรายหน่วยบริการปี 2558 พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตภิบาลประจำ มีผลงานทุกกิจกรรมบรรลุเป้าหมาย ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ พบว่ากิจกรรมที่ผลงานบรรลุเป้าหมายคือ การตรวจช่องปากเด็กและให้ทันตสุขภาพผู้ปกครอง เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่มีความรู้/ทักษะในการฝึกปฏิบัติแปร่งฟันแก่ผู้ปกครองและการทาฟลูออไรด์วารินซ์ ยังพบอีกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสนอแผนงานไม่ทันกับการจัดทำแผนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากการถ่ายทอดตัวชี้วัดที่ล่าช้า

คำสำคัญ : บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ ปราศจากฟันผุ

* โรงพยาบาลพยุหะคีรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 ปี 2555 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีเกิดโรคฟันผุร้อยละ 51.8¹ การสำรวจของจังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีเกิดโรคฟันผุร้อยละ 61.6 และ 65.8 ตามลำดับ² การสำรวจของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีเกิดโรคฟันผุร้อยละ 73.9 และ 71.6 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศและระดับจังหวัด

พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็ก โดยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเฝ้าระวังทันตสุขภาพของลูกอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการกับโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวภายใต้สิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ และ พ.ศ. 2557 มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (SERVICE PLAN) เขตสุขภาพที่ 7 เน้นเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ กำหนดเป้าหมายเด็กอายุ 18 เดือน ปรากฏฟันผุมากกว่าร้อยละ 90.0 และเด็กอายุ 3 ปีปรากฏฟันผุมากกว่าร้อยละ 50.0⁴ โดยจัดบริการส่งเสริมป้องกันตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกเด็กดีคุณภาพ⁵

อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยได้ดำเนินการสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กดังกล่าวข้างต้น มาอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีการประเมินผลมาก่อน การศึกษาเพื่อประเมินผล กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สรุปแนวทางและบทเรียนที่ผ่านมา แล้วนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย โดยประยุกต์ใช้โมเดล CIPP ของ สดฟ.เฟิลปัม⁶

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กต่ำกว่า 3 ปีและผู้ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 21 แห่ง ได้แก่ ทันตภิบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอ

เก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแนว

คำถามการสนทนากลุ่ม ประเด็น เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและทำการสัมภาษณ์เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ซึ่งอยู่ต่างหน่วยราชการไม่มีผลต่อการให้คุณหรือให้โทษใดๆ แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์หรือผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ดำเนินการระหว่าง 7-18 กันยายน 2558 ข้อมูลผลการดำเนินงาน เก็บจากรายงานประจำปี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2558 ข้อมูลร้อยละปรากฏฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีเก็บจากรายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

วิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลในรูปการบรรยาย และนำเสนอข้อความคำพูดประกอบ วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 21 แห่ง ประกอบด้วยหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง มีทันตภิบาลประจำ 8 แห่ง ไม่มีทันตภิบาลประจำ 12 แห่ง มีทันตแพทย์ 5 คน ทันตภิบาล 12 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 6 คน พนักงานบริการหน่วยจ่ายกลาง 2 คน ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นทันตภิบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี (Well child clinic)

2. กระบวนการดำเนินงาน

รูปแบบการดำเนินงาน ดำเนินการร่วมกันเป็นเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคำสั่งมอบหมายเป็นทางการ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดกลุ่มเด็ก 0-2 ปี เป็นผู้จัดทำแผนปฏิบัติการ มีการประชุมผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อถ่ายทอดนโยบาย ตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน มีการอบรมวิชาการ นิเทศงาน จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยซึ่งเป็นแม่ข่ายสนับสนุนวัสดุทันตกรรม ได้แก่ แปรงสีฟัน ฟลูออไรด์วานิชงบประมาณการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่าตอบแทนบุคลากร และค่าซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรม

การจัดบริการจากเดิมเคยจัดเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทันตภิบาลประจำ ต่อมา**นโยบายจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง** โดยบูรณาการร่วมกับงานฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี ทุกวันที่ 20 ของทุกเดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ จะมีผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงาน

กิจกรรมบริการในคลินิกเด็กดี ได้แก่ การตรวจช่องปากเด็ก ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ผูกผู้ปกครองให้แปรงฟันเด็ก พร้อมแจกชุดแปรงฟันให้เด็กช่วงอายุ 9-12 เดือนและ 18 เดือน และทาฟลูออไรด์วารินซ์เด็กในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมจะให้การสนับสนุน โดยมีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผู้บริหารระดับอำเภอคนหนึ่งกล่าวว่า

“ผมบอกได้เลยว่ากองทุนท้องถิ่นทุกกองทุน พร้อมจะสนับสนุนงานทันตะ ตามที่ผมเข้าร่วมประชุมกับหัวหน้าส่วน เขาก็พร้อมจะสนับสนุน ไม่มีที่ไหนไม่สนับสนุน เขากับเราหมด นายกเขาช่วยเรา”

“ปีนี้ทั้งอำเภอได้งบ 5 ล้าน จาก สป.สช. แล้วก็จะอุดหนุนจากท้องถิ่น งบเยอะ”

ผู้บริหารคนหนึ่งกล่าวว่า “นายกให้งบมา 4 หมื่นสำหรับทำโครงการในศูนย์เด็กเล็ก”

ผู้บริหารหน่วยบริการระดับตำบลคนหนึ่งกล่าวว่า “อบต.เรามีทุกปีครับ”

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งกล่าวว่า “การกระตุ้นบ่อยๆ เช่น การเข้าร่วมโครงการของภาคีเครือข่าย ถ้าเค้ารู้ปัญหาเกี่ยวกับเราแล้ว เขาจะช่วยเราเป็นอย่างดี”

กิจกรรมบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ อบรมผู้ปกครอง จัดซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน การแปรงฟันส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ยังไม่มีแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับพื้นที่ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำแผนงานช้า เพราะการถ่ายถอดนโยบายและตัวชี้วัดจากระดับอำเภอช้า ทำให้เสนอแผนไม่ทันต่อการจัดทำแผนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งกล่าวว่า “สาเหตุไม่มีการสนับสนุนจากอบต. เพราะทราบนโยบายช้า”

ผู้บริหารอีกคนหนึ่งกล่าวว่า “อยากให้เสนอแผน

ก่อนอบต.จัดสรรงบประมาณ”

ผู้บริหารอีกคนกล่าวว่า “อบต.ไม่สนใจเรื่องฟัน”

ผู้ประสานงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกล่าวว่า

“แต่ว่าที่เคยออกตรวจ หลายกองทุนจะเอ็ดเกี่ยวกับฟัน แต่ว่าเขาจะเน้นพวกแปรงฟัน เขาจะซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน อบรมผู้ปกครอง จะเป็นเรื่องนี้”

“ถ้าจะให้เรื่องฟันก็ต้องผ่านทาง ผอ.รพ.สต. ให้ ผอ.รพ.สต.เสนอตอนเขาเอ็ดแผน”

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับตำบลคนหนึ่งกล่าวว่า “อบต.ร่วมกับ รพ.สต.จัดทำโครงการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกปี”

การจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดความพร้อมในการจัดบริการ เนื่องจากไม่มีความรู้ทักษะในงานทันตกรรม ไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ยังไม่มีการบริหารจัดการให้มีการจัดบริการในหน่วยบริการที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ และขาดการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “ทราบเบื้องต้นครับ แต่รายละเอียดเชิงลึกไม่ทราบเลย จะให้ลงไปทำเต็มที่เลยศักยภาพพวกผมก็ไม่ถึง”

อีกคนหนึ่งกล่าวว่า “ไม่เข้าใจว่ากลุ่มเด็ก 1 ปีขึ้นไปต้องทำยังไง เราต้องปฏิบัติอย่างไรไม่ให้เกิดฟันผุเราก็แนะนำไม่ถูก ต้องไปรักษาอย่างไร อยากให้มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติจะได้ทำได้ถูกต้องค่ะ”

อีกคนหนึ่งกล่าวว่า “งานไม่สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติเนื่องจากผู้ปฏิบัติเป็นพยาบาล”

อีกคนกล่าวว่า “ผมเป็นพยาบาลครับ ผมยังตรวจฟันไม่เป็น”

ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการแห่งหนึ่งกล่าวว่า “อยากให้สอนวิธีลงข้อมูล เพราะเราไม่ชำนาญเรื่องการลงข้อมูล โปรแกรมหลายหน้า ไม่รู้ว่าจะครบมั๊ย และการดึงข้อมูลจะได้ครบมั๊ย”

ผู้บริหารหน่วยบริการแห่งหนึ่งกล่าวว่า “ผมเสนอให้เจ้าหน้าที่ทันตที่ประจำรพ.สต.ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ที่ไม่มีทันตศุยกกัน จัดระบบงาน อยากให้มีระบบพี่เลี้ยงครับ”

ผู้บริหารหน่วยบริการแห่งหนึ่งกล่าวว่า “อยากให้น้องทันตฯ มาเบิ่ง เฝ้ามองแต่ของเจ้าของ”

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่ง

หนึ่งกล่าวว่า “เราไม่มีการประเมินสิ้นปี เราไม่ทราบว่าเป็น เราทำอะไรไปบ้าง บางพื้นที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ทันตฯ แต่ นโยบายที่ส่งไปเหมือนกันหมด”

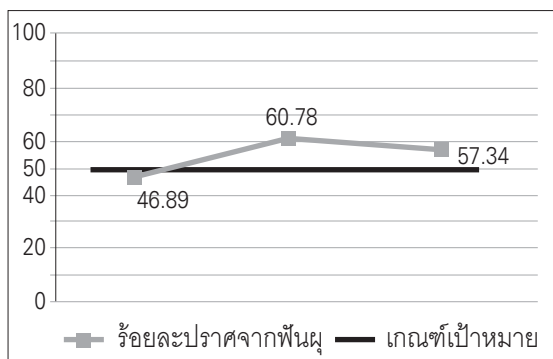
3. ผลผลิต

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2556-2558 (ตารางที่ 1) การตรวจช่องปากเด็กและให้ทันตศึกษาผู้ปกครอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและครอบคลุมมากขึ้น ผลงานได้ตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) การฝึกปฏิบัติการแปรงฟันแก่ผู้ปกครองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยผลงานได้ตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) การทาฟลูออไรด์วาร์นิชเด็กมีแนวโน้มลดลง ผลงานได้ตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

เมื่อพิจารณาเป็นรายหน่วยบริการ ปี 2558 หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทันตภิบาลประจำทุกแห่ง ผลงานบรรลุเป้าหมาย (ตารางที่ 2) ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ ผลงานการตรวจช่องปากและให้ทันตศึกษา ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมาย การฝึกทักษะการแปรงฟันแก่ผู้ปกครอง ผลงานบรรลุเป้าหมาย 3 แห่ง และยังไม่มีการจัดบริการการทาฟลูออไรด์วาร์นิช (ตารางที่ 3)

4. ผลลัพธ์

ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บรรลุเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 50) แต่ปี 2558 กลับลดลง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ

Fig 1 Percentage of caries free in 3 year-old-children

บทวิจารณ์

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีของอำเภอพยุหะคีรีมีพิสัย ดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลพยุหะคีรีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ มีการจัดบริการในสถาน

บริการทุกแห่งโดยการบูรณาการร่วมกับงานฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี

ผลการดำเนินงานโดยรวม ได้ตามเกณฑ์ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและให้ทันตศึกษาแก่ผู้ปกครองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กมีแนวโน้มดีขึ้น สอดคล้องกับสุทธา ไชยงาม และคุณากร ชันชัยภูมิ⁷ ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด-5 ปี อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มดีขึ้น สอดคล้องกับจิรัชศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย⁸ พบว่าเด็กที่เข้าร่วมโครงการการแปรงฟันดี 102 ปีสมเด็จพระเจ้า มีสภาวะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่ไม่เข้าร่วมโครงการ

แม้ว่าร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากโรคฟันผุ จากปี 2556-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ปีพ.ศ.2558 กลับลดลง จากปีพ.ศ.2557 อาจเนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กเล็กเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นหลายปัจจัย⁹ มาตรการส่งเสริมป้องกันที่ผ่านมามีอายุยังไม่เพียงพอหรือปัญหาเรื่องคุณภาพ ต้องค้นหาสาเหตุเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานต่อไป

หน่วยบริการที่มีทันตภิบาลประจำดำเนินการทุกกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่ของหน่วยบริการที่ไม่มีทันตภิบาลทำได้เพียงการตรวจช่องปากเด็กและให้ทันตศึกษาผู้ปกครอง การฝึกปฏิบัติการแปรงฟันแก่ผู้ปกครองทำได้เพียง 3 แห่งจากทั้งหมด 12 แห่ง และการทาฟลูออไรด์วาร์นิชเด็ก ไม่ได้ดำเนินการเลย สอดคล้องกับสุภาวดี พรหมมาและคณะ¹⁰ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากรกิจกรรมฝึกปฏิบัติแปรงฟันและการทาฟลูออไรด์วาร์นิชในภาพรวมของประเทศ มีผลการดำเนินงานยังต่ำ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความพร้อมในการปฏิบัติงาน

แนวทางการพัฒนางานทันตสาธารณสุขต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน นโยบายและแนวทางต้องคำนึงว่าผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางโดยตรงหรือมีบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นร่วมด้วย และมีข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะต่างๆ สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างมีคุณภาพ มีการติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹

การประสานความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนมากองค์กรปกครองส่วน

ตารางที่ 1 ผลงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

Table 1 Results of oral health promotion activities

กิจกรรม	ปีงบประมาณ		
	2556	2557	2558
ตรวจช่องปากเด็กและให้ทันตสุขศึกษาผู้ปกครอง (%)	75.3	84.1	92.1
ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันแก่ผู้ปกครอง (%)	71.1	72.4	75.4
ทาฟลูออไรด์วาร์นิชเด็ก (%)	73.2	72.5	67.6

ตารางที่ 2 ผลงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการที่มีทันตภิบาลประจำ

Table 2 Results of oral health promotion activities at units which had dental nurses

หน่วยบริการ	จำนวนเด็ก	ตรวจช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา		ฝึกทักษะแปรงฟัน		ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	
		ร้อยละ	ผลการประเมิน	ร้อยละ	ผลการประเมิน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
A	947	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
B	78	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
C	90	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
D	108	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
E	90	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
F	87	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
G	105	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน
H	148	100	ผ่าน	99.32	ผ่าน	100	ผ่าน
I	68	100	ผ่าน	91.18	ผ่าน	100	ผ่าน

ตารางที่ 3 ผลงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ

Table 3 Results of oral health promotion activities at units with no dental nurses

หน่วยบริการ	จำนวนเด็ก	ตรวจช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา		ฝึกทักษะแปรงฟัน		ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	
		ร้อยละ	ผลการประเมิน	ร้อยละ	ผลการประเมิน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
J	81	100	ผ่าน	82.7	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
F	84	100	ผ่าน	81.0	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
L	87	100	ผ่าน	80.5	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
M	69	100	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
N	70	100	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
O	87	72.4	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
P	83	71.1	ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
Q	30	63.3	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
R	59	55.9	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
S	43	51.2	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
T	69	50.7	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน
U	61	3.3	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน

ท้องถิ่น จะดำเนินการเองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ ยังไม่มีแผนงานแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับพื้นที่ เนื่องจากการถ่ายทอดตัวชี้วัดและการจัดทำแผนงานซ้ำ ทำให้ไม่มีแผนงานโครงการเสนอในแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในระดับพื้นที่ควรทำโครงการขอมาให้ทันกับช่วงเวลาจัดทำแผนคือเดือนกรกฎาคม-สิงหาคมของทุกปี^{12,13}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดให้มีทันตบุคลากรรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ ให้เป็น

พี่เลี้ยง ช่วยเหลือและดำเนินงานที่บุคลากรสาธารณสุขอื่นทำไม่ได้

3. ควรจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขร่วมกับพื้นที่ตำบลเร็วขึ้น ก่อนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดทำแผนงาน คือเดือนกรกฎาคม-สิงหาคมของทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนผู้ปกครองของเด็ก

ขอขอบคุณ ผศ.ทพญ.ดร.ปิยะฉัตร พัชรานุวัตร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำในการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย:โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.2555:13
2. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม เอกสารโรเนียวไม่ได้ตีพิมพ์
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.คู่มือการดำเนินงาน โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังการเจ็บป่วย กลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด 0-5 ปี พ.ศ.2551.ธันวาคม 2550.
4. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (SERVICE PLAN) เขตสุขภาพที่ 7 สาขาทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข 2556; 1:15
5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ANCคุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข;2556:11-22
6. Stufflebeam,D.L.andShinkfield,A.J.(1985). Systematic evaluation.อ้างในพิชิต ฤทธิ์จัญญ์ เทคนิคการประเมินโครงการ บริษัท เฮาส์ ออฟ เคอร์มิส จำกัด.2557:111-119
7. สุทธิสา ไทยงาม,คุณากร ชันชัยภูมิ.การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี อำเภอแก่งศรีนคร จังหวัดชัยภูมิ.ว.ทันต.สธ.(18-1):64-72
8. จีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย.การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการแม่ลูกฟันดี102ปี สมเด็จพระเจ้า รัชกาลที่ 9 จังหวัดบุรีรัมย์.ว.ทันต.สธ (13):16-23
9. ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น - กรุงเทพฯ : ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552. 416 หน้า
10. สุภาวดี พรหมมาและคณะ สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัยในรพ.สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ว.ทันต.สธ.2555;17(1)50-57
11. วิราภรณ์ รวียวงศ์ การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดชัยภูมิ.ว.ทันต.สธ.2552;(14-1):77-86
12. สุนัน วงศ์คงคาเทพและคณะ (2552) สถานการณ์การบริการจัดการบูรณาการและผสมผสานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยพ.ศ.2551 อ้างในแนวทางการพัฒนางานบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2553
13. แนวทางการพัฒนางานบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข;2553; 80 หน้า

Evaluation of oral health promotion services for children under 3 years old in Phayakkhaphum Phisai district, Mahasarakham province

Chalernpol Wannapraphai* DDS.

Abstract

This study aimed to evaluate the oral health promotion services for children under 3 years old in Phayakkhaphum Phisai district. The performance data were collected from the dental reports from October 1st, 2012 to September 30th, 2015. The qualitative data were collected through observations, focus group discussions and in-depth interviews, the participants consisted of dental nurses, public health officials and the director of sub-district health promoting hospitals, was held on September 7-18th, 2015. The study found that every primary care unit (21 PCUs) had a policy of providing oral health promotion service operated by the committee of district public health office. The children oral health screening and parent oral health education activities passed the key performance indicator (KPI) of Mahasarakham province (70%). Moreover the coverage had an increase trend from 2013-2015 (75.3%, 84.1%, 92.1% respectively). Parents tooth brushing training passed Mahasarakham province KPI (70%), but the coverage still low (71.1%, 72.4%, 75.4% respectively). Fluoride varnish application had decreased trend (73.2%, 72.5%, 67.6% respectively). Percentages of caries-free in 3 years old children were increased (46.9%, 60.8%, 57.3% respectively). As the reports of the primary health care units in 2015, the health promoting hospitals with fulltime dental nurse achieved KPI in all activities. While the health promoting hospitals without fulltime dental nurse achieved only one activity, oral health screening and parents received oral hygiene education. Due to the fact that the public health officials lacked of knowledge and skills on training the parents brushing their children's teeth and fluoride varnish application. Besides, sub-district health promoting hospitals could not present their oral health service and budget plans to local administrative organization on time, due to the delay of KPI assignment.

Keywords : *oral health promotion services, children under 3 years old, sub-district health promoting hospital, percentages of caries-free*

* Phayakkhaphum Phisai hospital, Phayakkhaphum Phisai district, Mahasarakham province

พลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ยุทธนา พินิจกิจ* ท.ป.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษาของผู้ปกครอง กลุ่มศึกษาคือผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่ากฤษณา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท โปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และติดตามสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เครื่องมือคือ แบบสอบถามความรู้ทัศนคติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและแบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกันยายน-ธันวาคม 2557 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและการทดสอบทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองเด็ก 30 คน มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเด็กมีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมทันตสุขศึกษา พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
แผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก

* โรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งฟันผุในฟันน้ำนมจะลุกลามจนถึงโพรงประสาทฟันได้รวดเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันมีน้อยกว่า¹

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอยู่ในระดับสูง จากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประเทศไทย จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555² พบว่าเด็กอายุ 3 ปีซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่ฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 51.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) 2.7 ซึ่งต่อคน การสำรวจสถานะทันตสุขภาพของจังหวัดชัยนาท พ.ศ.2555-2557 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีเป็นโรคฟันผุร้อยละ 54.3, 61.2 และ 51.8 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) 2.8, 3.2, 1.8 ซึ่งต่อคนตามลำดับ และจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท³ พ.ศ. 2555-2557 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีเป็นโรคฟันผุร้อยละ 52.1, 58.4 และ 45.6 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) 2.1, 2.8, 1.3 ซึ่งต่อคนตามลำดับส่วนเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย พ.ศ.2563 โรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีกำหนดไว้ที่ไม่ควรเกินร้อยละ 50.0⁴

โรคฟันผุนั้นมีสาเหตุที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ อาหาร ตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นบุคคลที่สำคัญคือผู้เลี้ยงดูที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลือกอาหารให้เด็กบริโภค รวมถึงการดูแลสุขภาพและการทำความสะอาดร่างกายของเด็ก ในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก จะพบว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูมักขาดการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพช่องปากด้วย แนวทางที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มนี้ควรจะเน้นไปที่การป้องกันการเกิดฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพหากได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ในการพัฒนาใดๆ ก็ตามเด็กวัยนี้ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมากจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการดูแลเอาใจใส่และสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องแก่เด็ก⁵

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการซึ่งผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้จากการที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดย

การร่วมกันคิดค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมการตัดสินใจ ร่วมระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น ร่วมปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ รวมทั้งได้รับประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรม การเสริมพลังโดยการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ปกครองและกลุ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง และนำไปสู่การที่เด็กในปกครองมีสุขภาพช่องปากที่ดี⁶

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา โดยประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เป็นการจูงใจให้ผู้ปกครองช่วยดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพื่อทันตสุขภาพที่ดีขึ้นของเด็กก่อนวัยเรียน และเกิดการปลูกฝังพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเอง และผู้วิจัยจะได้นำผลการศึกษาไปพัฒนางานทันตกรรมป้องกันในเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กทุกคน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่ากฤษณา ตำบลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ศึกษาระหว่างกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2557

โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา ประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วม ซึ่งโปรแกรมได้ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โปรแกรมประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคฟันผุและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดีขึ้น ด้วยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ความสำคัญของการป้องกันโรคฟันผุ การสร้างภาพฝันเกี่ยวกับฟันของเด็กที่ผู้ปกครองคาดหวัง แล้วนำไปสร้างภาพฝันร่วมกัน และให้ผู้ปกครองร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็ก

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการปฏิบัติฝึกการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ฝึกตรวจฟัน ฝึกเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันและเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็ก ซึ่งโปรแกรมนี้นี้จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ก่อให้เกิดการพัฒนา

ความคิด ความเชื่อมั่น

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศและลำดับบุตร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันผุในเด็ก เนื้อหาประกอบด้วย ประเภทของฟันผุ สาเหตุปัจจัยเสี่ยง วิธีการเฝ้าระวังโรคฟันผุ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่กับไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้⁷ ดังนี้

ความรู้ระดับต่ำ

มีค่าคะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน (ร้อยละ 0-59)

ความรู้ระดับปานกลาง

มีค่าคะแนน 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79)

ความรู้ระดับสูง

มีค่าคะแนน 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเป็นทศนคติเชิงบวกและทศนคติเชิงลบ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ทศนคติเชิงบวก	ทศนคติเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับ⁸ ดังนี้

ทศนคติเชิงลบ ช่วงคะแนน 20 -33 คะแนน

ทศนคติเป็นกลาง ช่วงคะแนน 34 -47 คะแนน

ทศนคติเชิงบวก ช่วงคะแนน 48 -60 คะแนน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหาร การแปรงฟัน และการตรวจฟันอย่างง่าย แบ่งเป็น 4 ระดับตามความถี่ในการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ คือ ปฏิบัติ 5-7 วัน ปฏิบัติ 3-4 วัน ปฏิบัติ 1-2 วันและไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	การปฏิบัติเชิงบวก	การปฏิบัติเชิงลบ
ปฏิบัติ 5-7 วัน	ได้ 3 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ปฏิบัติ 3-4 วัน	ได้ 2 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 วัน	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ได้ 0 คะแนน	ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับ⁸ ดังนี้

ปฏิบัติน้อย ช่วงคะแนน 0-15 คะแนน

ปฏิบัติปานกลาง ช่วงคะแนน 16 -30 คะแนน

ปฏิบัติมาก ช่วงคะแนน 31 -45 คะแนน

2. แบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ดัชนีการบจุลินทรีย์ของกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการตรวจความสะอาดของฟัน 6 ซี่ ได้แก่ ฟันกรามบนขวา (55) ฟันหน้าบน (51) ฟันกรามบนซ้าย (65) ฟันกรามล่างซ้าย (75) ฟันหน้าล่าง (81) ฟันกรามล่างขวา (85) ตรวจโดยใช้เครื่องมือชุดตรวจในช่องปาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (IOC : Index of item - Objective Congruence) ของแต่ละข้อคำถาม ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 -1.00 (ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรง)

แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันผุในเด็ก วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 แบบสอบถามทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และแบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษารุ่นนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ปกครองเด็ก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นชื่อรับทราบลงในใบการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามผู้ปกครองเด็กและวัดคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กก่อนเริ่มโปรแกรมทันตสุขภาพ 2 สัปดาห์

ผู้ปกครองเด็กเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ

ผู้วิจัยติดตามสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้าน 9 บ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ 10 คน และกระตุ้นเตือนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- 11 คน โดยกำหนดแผนติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ทำได้ครบตามแผนที่กำหนด

แล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมถามผู้ปกครองเด็กและวัดคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต สถิติที่แบบจับคู่ (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองเด็กยินดีเข้าร่วม 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่เป็นมารดา อายุ 20 -29 ปี จบการศึกษาประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีอาชีพแม่บ้าน เป็นผู้ปกครองของเด็กที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 และเป็นบุตรคนแรกร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 1)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันในเด็ก

ก่อนทดลอง ผู้ปกครองเด็กมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันในเด็กเท่ากับ 14.53 หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.02 ผู้ปกครองเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

2.2 ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ก่อนทดลอง ผู้ปกครองเด็กมีค่าเฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเท่ากับ 48.51 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 54.64 ผู้ปกครองเด็กมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

2.3 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ก่อนทดลอง ผู้ปกครองเด็กมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเท่ากับ 22.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 27.29 ผู้ปกครองเด็กมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

3. คราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็ก

ก่อนทดลอง ฟันส่วนใหญ่มีคราบจุลินทรีย์มากกว่า ไม่มี ยกเว้นฟันหน้าบนและล่าง หลังทดลอง ฟันที่เคยมีคราบจุลินทรีย์มีจำนวนลดลง (ยกเว้นฟันหน้าล่าง) รายละเอียดในตารางที่ 3 คราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

Table 1 General information

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	70.0
ชาย	9	30.0
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	3.4
20-29 ปี	13	43.3
30-39 ปี	6	20.0
40-49 ปี	4	13.3
50-59 ปี	3	10.0
60 ปีขึ้นไป	3	10.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10.0
ประถมศึกษา	12	40.0
มัธยมศึกษา	7	23.3
อนุปริญญา	3	10.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	13.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.3
คู่	18	60.0
หม้าย/หย่า/แยก	5	16.7
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	5	16.7
รับจ้าง	6	20.0
ค้าขาย	3	10.0
แม่บ้าน	12	40.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.3
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	6	20.0
มารดา	16	53.3
ย่า/ยาย	5	16.7
อื่นๆ	3	10.0
เพศของเด็ก		
ชาย	13	43.3
หญิง	17	56.7
ลำดับบุตร		
คนแรก	16	53.3
คนที่ 2	11	36.7
คนที่ 3	3	10.0

ตารางที่ 2 ความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา

Table 2 Parents' knowledge, attitude, oral health care behavior in children and plaque on the teeth of children before and after dental health education program

ตัวแปร		N	Mean	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันผุในเด็ก	ก่อนทดลอง	30	14.53	2.45	2.03	.021 *
	หลังทดลอง	30	16.02	2.18		
ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนทดลอง	30	48.51	3.11	3.61	.001 *
	หลังทดลอง	30	54.64	3.03		
การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	ก่อนทดลอง	30	22.35	6.17	2.96	.001 *
	หลังทดลอง	30	27.29	5.48		
คราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก	ก่อนทดลอง	30	3.90	1.61	-4.59	.001 *
	หลังทดลอง	30	1.45	1.57		

* p- value $\leq .05$

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของฟันที่มีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา

Table 3 Number and percentage of teeth with plaque on of children before and after dental health education program

ตำแหน่ง	คราบจุลินทรีย์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฟันกรามบนขวา(55)	ไม่มี	4	13.3	28	93.3
	มี	26	86.7	2	6.7
ฟันหน้าบน(51)	ไม่มี	17	56.7	26	86.7
	มี	13	43.3	4	13.3
ฟันกรามบนซ้าย(65)	ไม่มี	6	20.0	15	50.0
	มี	24	80.0	15	50.0
ฟันกรามล่างซ้าย(75)	ไม่มี	8	26.7	24	80.0
	มี	22	73.3	6	20.0
ฟันหน้าล่าง(71)	ไม่มี	24	80.0	23	76.7
	มี	6	20.0	7	23.3
ฟันกรามล่างขวา(85)	ไม่มี	4	13.3	21	70.0
	มี	26	86.7	9	30.0

บทวิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและโรคฟันผุในเด็กหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กจากการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ ผู้ปกครองได้ฝึกทักษะแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ให้ลูก ฝึกตรวจฟัน ฝึกเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน และเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน ผู้ปกครองสามารถประมวลประสบการณ์ต่างๆ มาเป็นความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของพัชฎิสิตา พงศธร ภูริวัฒน์⁹ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ ผู้ปกครองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคฟันผุเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของแบนดูรา (Bandura)¹⁰ ในการใช้คำพูดจูงใจและการกระตุ้นอารมณ์ ส่งผลให้ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพดีขึ้น ซึ่งในโปรแกรมทันตสุขภาพในสัปดาห์ที่ 1 มีการใช้คำพูดจูงใจและการกระตุ้นอารมณ์ให้ผู้ปกครองเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กสูงขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องผลการวิจัยของพัทธานันท์ ศิริพรวิวัฒน์¹¹ ที่พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปกครองเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของพัชฎิสิตา พงศธร ภูริวัฒน์⁹ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดีกว่าก่อนการทดลอง

ควาประจุนทรียบนตัวฟันของเด็ก หลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากมีการกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากทั้งที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การที่ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กและเด็กมีพฤติกรรมแปรงฟัน โดยการกระตุ้นจากผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสะอาดของช่องปากที่ดีขึ้น มีควาประจุนทรียลดลง สอดคล้องกับที่ ชลิกุล วงษ์ถาวร¹² ได้ศึกษาโปรแกรม

สุขภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล เด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์¹³ ที่ศึกษาการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะติดตามสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ปกครอง 19 คน ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมตามนัดหมายได้ทั้ง 2 ครั้ง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์แทนการกระตุ้นเตือนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การศึกษานี้ มีระยะเวลาติดตามผลไม่นาน เพียง 2 เดือน หากมีการติดตามต่อไป อาจจะพบการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมือนกับที่พบก็ได้ จึงควรมีการศึกษาระยะยาวกว่านี้ เพื่อดูว่าพฤติกรรมของผู้ปกครองที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นนั้นคงอยู่นานหรือไม่ อย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพนี้ส่งผลให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ได้ฝึกวิธีการตรวจฟันให้ลูกน้อย ฝึกวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน มีตัวแบบเพื่อนผู้ปกครองในกลุ่มที่ปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แล้วเกิดผลดีต่อมากคือเด็กมีฟันสะอาด จึงควรปรับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ใช้กันทั่วไป ให้มีองค์ประกอบเหมือนโปรแกรมทันตสุขภาพนี้

2. ทันตบุคลากรควรเข้าไปให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลข่าวสารและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด หลังดำเนินการโปรแกรมทันตสุขภาพแบบนี้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

3. ควรมีระยะเวลาของการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 3 เดือนหรือ 6 เดือนเพื่อดูผลในระยะยาว

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ ขอขอบคุณนายกเทศบาลตำบลหันคา หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่ากฤษณา ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้กำลังใจเป็นอย่างดีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. วิทยาการโรคฟันผุ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: บริษัทไกรรพีเพรสจำกัด, 2552.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดชัยนาท ชัยนาท, 2557.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เป้าหมายทันตสุขภาพ ประเทศไทย 2563 สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2550
5. นิमित เตชะวัชรกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2551; 13,2 : 7-26.
6. สิรินันท์ ตั้งอยู่สุข. การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2555.
7. เสรี ลาขโรจน์. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริการและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2, นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2537.
8. Best, JW. Research in Education 3 rd ed., New Jersey: Prentice hall Inc., 1977 p.174.
9. พัชณีสิตา พงศธรวิวัฒน์. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2555.
10. Bandura, A. Self-efficacy : Toward a Unifying of behavior change psychological. New York : Hoit, Rincchart and Winson; 1977.
11. พัชณันท์ ศิริพรวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2549.
12. ชลิกุล วงษ์ถาวร. โปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2548.
13. สุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์. การส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

The Effects of a Dental Health Education Program toward Parents, Oral Health Care Behavior of Preschoolers

Yuttana Pinitkit* D.D.S

Abstract

The quasi-experimental research aimed to compare pre and post intervention scores on knowledge, attitude, oral health care behavior among parents of preschoolers, and plaque index in preschoolers. The study sample group was 30 parents who used a daycare service at WatthaKritsana in Hankha district, Chainat province. Dental health education program includes educating and training oral health care of preschool children, group meeting for sharing viewpoints, monitor and support behavior change. Data collection was done by group questionnaire regarding knowledge, attitude, oral health care behavior among parents of preschoolers, and plaque index in preschoolers. Data was collected between September to December 2014. Statistics used for data analyses were percentage, mean and paired t-test. Findings were as follows: post-intervention scores of 30 parents on knowledge, attitude and behavior toward oral health care in preschoolers were lower than the pre-intervention, at a significant level of 0.05. Children had plaque index lower after post-intervention at a significant level of 0.05.

Keywords : *dental health education program, parents, oral health care behavior of preschools, plaque on the teeth in preschoolers*

* Hankha hospital, Hankha district, Chainat province.

ระดับความรู้ ความเชื่อมั่น
ในความสามารถของตน
และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
สำหรับเด็กของผู้ปกครอง
ที่มีเด็กเล็กฟันไม่พุดและฟันพุด
เขตเทศบาลหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี

วรพรรณ ถมยา* ท.บ., ส.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็ก ในเขตเทศบาลตำบลหนองไผ่ อำเภอหนองไผ่ ใน พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 5 ปีที่มีฟันไม่พุด 87 คน และฟันพุด 157 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 31-40 ปี เป็นพนักงานบริษัท รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะ บิดา-มารดา และมีเด็กจำนวน 2 คนในการดูแล ลักษณะที่ต่างกันคือ ผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่พุดมีอายุน้อยกว่า ระดับการศึกษาสูงสุดสูงกว่า มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่า อาชีพหลักและรายได้ต่อเดือนดีกว่า ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กที่ถูกต้องไม่แตกต่างกันโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ปกครองที่มีเด็กฟันพุดมีความเชื่อมั่นสูงกว่า ในเรื่อง สามารถแปรงฟันให้เด็กได้ทั่วถึงเป็นอย่างดี, สามารถดูแลฟันเด็กให้แข็งแรงได้ และสามารถจัดการให้เด็กร่วมมือในการทำฟันได้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก

* โรงพยาบาลหนองไผ่ อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามารวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น เริ่มตั้งแต่เด็กก่อนวัยเรียนจนถึงผู้สูงอายุ มีรายงานพบว่าฟันน้ำนมของเด็กจะเริ่มมีการผุดตั้งแต่เด็กอายุ 9 เดือน^{1,2} พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยลดปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้³ เพราะส่วนใหญ่เด็กวัยนี้ยังอยู่ในการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครองและยังดูแลตนเองได้ไม่มากนัก การเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยนี้จึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครองมากที่สุด⁴

รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับประเทศใน พ.ศ.2555 พบเด็กอายุ 5 ปีมีฟันผุรวมทุกภาคร้อยละ 78.5 โดยในภาคกลางสูงถึงร้อยละ 82.6 เป็นอันดับสองรองจากภาคใต้ จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง มีการสำรวจการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 5 ปีใน พ.ศ.2555 พบโรคฟันผุร้อยละ 75.5⁵ ขณะที่ผลการตรวจฟันเด็กอายุ 5 ปีของโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหนองแคปี พ.ศ.2557 พบโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 85.0⁷ ทั้งที่มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู (พ.ศ. 2537) โดยแจกแปรงสีฟันอันแรกในกลุ่มเด็กอายุขวบครั้งที่มารับการฉีดวัคซีนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (เพื่อกระตุ้นให้แม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและหวังผลให้แม่ได้ฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก) แม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จย่า (พ.ศ. 2546) การให้ทันตสุขภาพแก่หญิงมีครรภ์ (จัดกิจกรรมตรวจฟันชุดหินปูนและให้ทันตสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมให้แม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของเด็ก) จนถึงใน พ.ศ. 2554 มีการรณรงค์เรื่องลูกรักฟันดีเริ่มที่ชี้แรก

การดำเนินงานดังกล่าว เน้นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กได้ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว ผู้ปกครองต้องมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจากทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory)⁸ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติตน เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ และในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข ในอำเภอหนองแคที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาระดับความรู้ทางทันตสุขภาพ

ของผู้ปกครองรวมทั้งยังขาดหลักฐานงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กของผู้ปกครอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุในเขตเทศบาลตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง

ประชากร คือ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 5 ปีซึ่งเป็นนักเรียนในโรงเรียนอนุบาล 6 แห่ง ในเขตเทศบาลตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ทั้งหมด 364 คน โดยตรวจฟันเด็กพบเด็กฟันไม่ผุ 102 คน และฟันผุ 262 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปที่มีประชากรขนาดเล็กของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁹ กำหนดให้สัดส่วนของประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างของเด็กเล็กที่ฟันไม่ผุจำนวน 87 คน และเด็กเล็กที่ฟันผุจำนวน 157 คน รวม 244 คนสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างเด็กแล้ว ผู้ปกครองเด็กนั้นจึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนเด็กในการดูแล

2. ความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบถูกผิด จัดเกณฑ์คือระดับต่ำ คะแนน 1-5 ระดับปานกลาง คะแนน 6-9 ระดับสูง คะแนน 10-13

3. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครอง ครอบคลุม 3 ประเด็นเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม โดยให้เลือกตอบตามระดับการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนต่อข้อความตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-

2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 เป็น ระดับต่ำ ปานกลาง และ สูง ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองครอบคลุม 3 ประเด็น¹ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการทำความสะอาดฟันเด็ก และด้านการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม โดยให้เลือกตอบตามระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กต่อข้อความ ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยหรือเคยแต่ขณะนี้ไม่ปฏิบัติแล้ว, ปฏิบัติบางวันหรือปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติวันเว้นวันหรือปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติเกือบทุกวันหรือปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์ตามลำดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 เป็น ระดับต่ำ ปานกลาง และ สูง ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็ก 5 ปี ที่โรงเรียนในตำบลใกล้เคียงที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัย 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ (ค่าถามถูกผิด) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมนบวรวัดเท่ากับ 0.488 และ 0.489 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.890 และ 0.890

เก็บข้อมูลโดยประสานกับโรงเรียนเพื่อนัดหมายผู้ปกครองมาในวันปฐมนิเทศ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง และ แจกแบบสอบถามให้ผู้ปกครอง รวมทั้งกำหนดวันส่งคืน ดำเนินการระหว่าง มกราคม-มีนาคม 2559

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสระบุรี รหัสโครงการ EC089/02/2016

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 1)

ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง 244 คน ตอบแบบสอบถามทุกคน ข้อมูลผู้ปกครองกลุ่มที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.6 และ 72.0 อายุเฉลี่ย 35.3 (อายุระหว่าง 21-55 ปี) และ 36.6 (อายุระหว่าง 22-71 ปี) การศึกษาสูงสุดคือ สูงกว่าอนุปริญญา/ปวส. และมัธยมปลาย/ปวช. อาชีพหลักคือ พนักงานบริษัทร้อยละ 34.1 และ 37.3 รายได้ต่อเดือนคือ มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป และ 10,001-20,000 บาท

มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.8 และ 74.5 เป็นบิดา-มารดาของเด็กร้อยละ 93.1 และ 87.2 จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล 1-2 คน

พบความแตกต่างระหว่างอายุของผู้ปกครองกับการมีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.042$) คือ ส่วนใหญ่อายุของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ส่วนอายุผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุอยู่ในช่วงอายุ 22-40 ปี

พบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองกับการมีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) คือ ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุคือ สูงกว่าอนุปริญญา/ปวส. ส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุ คือ มัธยมปลาย/ปวช.

พบความแตกต่างระหว่างอาชีพหลักของผู้ปกครองกับการมีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) คือ ส่วนใหญ่อาชีพหลักของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุเป็นพนักงานบริษัทและค้าขาย ส่วนอาชีพหลักของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุเป็นพนักงานบริษัทและรับจ้าง

พบความแตกต่างระหว่างรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองกับการมีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คือ ส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุมีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 10,000 บาท ส่วนผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุมีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

พบความแตกต่างระหว่างสถานภาพสมรสของผู้ปกครองกับการมีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) คือ ผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุมีสัดส่วนของสมรสคู่มากกว่าผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุ

โดยสรุปคือ อายุของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุ น้อยกว่า ระดับการศึกษาสูงสุดสูงกว่า มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่า อาชีพหลักและรายได้ต่อเดือนดีกว่า

2. ความรู้ด้านทันตสุขภาพ

ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กที่ถูกต้องไม่แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2)

3. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุมีความเชื่อมั่นสูงกว่าในเรื่องสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ทั่วถึงเป็นอย่างดี สามารถดูแลฟันเด็กให้แข็งแรงได้ และ สามารถจัดการให้เด็กร่วมมือในการทำฟันได้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ร้อยละและผลทดสอบไคสแควร์ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ

Table 1 Percentage and Chi-Square test of personal characteristic factors of guardians with and without children caries free

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละผู้ปกครองมี เด็กฟันไม่ผุ (n=87)	ร้อยละผู้ปกครองมี เด็กฟันผุ (n=157)	ผลการทดสอบ ไคสแควร์
1. เพศ			
ชาย	26.4	28.0	$\chi^2 = .071$
หญิง	73.6	72.0	$p = .790$
2. อายุ			
21-30 ปี	25.3	31.8	$\chi^2 = 8.227$
31-40 ปี	56.3	38.2	$p = .042$
41-50 ปี	14.9	21.7	
50-71 ปี	3.4	8.3	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด			
ประถม	2.3	13.7	$\chi^2 = 19.425$
มัธยมต้น	19.8	18.3	$p = .001$
มัธยมปลาย/ปวช.	22.1	36.6	
อนุปริญญา/ปวส.	24.4	13.1	
สูงกว่าอนุปริญญา/ปวส.	31.4	18.3	
4. อาชีพหลัก			
ไม่ได้ทำงาน	15.9	12.0	$\chi^2 = 15.993$
รับจ้าง	12.2	26.7	$p = .007$
ค้าขาย	24.4	11.3	
เกษตรกรรม	-	4.0	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13.4	8.7	
พนักงานบริษัท	34.1	37.3	
5. รายได้ต่อเดือน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3.4	15.3	$\chi^2 = 25.256$
5,001 - 10,000 บาท	13.8	27.4	$p < .001$
10,001 - 20,000 บาท	41.4	40.8	
สูงกว่า 20,000 บาท	41.4	16.6	
6. สถานภาพสมรส			
โสด	1.1	12.7	$\chi^2 = 11.698$
คู่	90.8	74.5	$p = .003$
หม้าย/หย่า/แยก	8.0	12.7	
7. ความสัมพันธ์กับเด็ก			
บิดา-มารดา	93.1	87.2	$\chi^2 = 2.177$
ปู่ย่า-ตายาย	4.6	9.6	$p = .337$
ลุงป้า น้ำอ้า พี่	2.3	3.2	
8. จำนวนเด็กในการดูแล			
1 คน	40.2	42.7	$\chi^2 = .340$
2 คน	47.1	43.3	$p = .844$
มากกว่า 2 คน	12.6	14.0	

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบไคสแควร์ของระดับความรู้ ทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ

Table 2 Percentage, mean, standard deviation and Chi-Square test of knowledge on dental health for children of guardians with and without children caries free

ระดับความรู้ทันตสุขภาพ สำหรับเด็ก	ร้อยละผู้ปกครองมี เด็กฟันไม่ผุ (n=86)	ร้อยละผู้ปกครองมี เด็กฟันผุ (n=157)	ผลการทดสอบ ไคสแควร์
ระดับปานกลาง	37.2	31.8	$\chi^2 = .717$
ระดับสูง	62.8	68.2	$p = .397$
ค่าเฉลี่ย (SD) ⁽¹⁾	10.03 (1.617)	10.14 (1.727)	
ต่ำสุด/สูงสุด	5/13	5/13	

หมายเหตุ ⁽¹⁾ ไม่ได้นำระดับต่ำ 4 คน มาวิเคราะห์

ตารางที่ 3 ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ

Table 3 Self-efficacy level of dental health care for children of guardians with and without children caries free

ความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก	ระดับความเชื่อมั่นฯ ในผู้ปกครองมีเด็กฟันไม่ผุ	ระดับความเชื่อมั่นฯ ในผู้ปกครองมีเด็กฟันผุ
ด้านการบริโภคอาหาร		
1. ฉันสามารถจัดการให้เด็กกินขนมเป็นเวลาได้	ปานกลาง	ปานกลาง
2. ฉันสามารถจัดการให้เด็กเลิกขงนมได้	สูง	สูง
3. ฉันฝึกให้เด็กทานอาหารที่มีประโยชน์ในแต่ละมื้อรวมทั้งผักและผลไม้	สูง	สูง
4. ฉันสามารถเป็นผู้เลือกซื้อขนมให้เด็กได้	ปานกลาง	ปานกลาง
5. ฉันความสามารถห้ามเด็กดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานได้	ปานกลาง	ปานกลาง
6. ฉันสามารถห้ามเด็กกินลูกอม ขนมที่ไม่มีประโยชน์ได้	ปานกลาง	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก		
7. ฉันสามารถป้องกันไม่ให้เด็กฟันผุได้	ปานกลาง	ปานกลาง
8. ฉันสามารถจัดการให้เด็กแปรงฟันเองได้ทุกวัน	สูง	สูง
9. ฉันสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ทั่วถึงเป็นอย่างดี	ปานกลาง	สูง
10. ฉันสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ทุกวัน	สูง	สูง
11. ฉันสามารถตรวจดูฟันผุให้เด็กได้	ปานกลาง	ปานกลาง
12. ฉันสามารถดูแลฟันเด็กให้แข็งแรงได้	ปานกลาง	สูง
ด้านการรับบริการทันตกรรม		
13. ฉันสามารถพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันและรับบริการทำฟัน	สูง	สูง
14. ฉันสามารถจัดการให้เด็กร่วมมือในการทำฟันได้	ปานกลาง	สูง

กลุ่มผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันผุ มีระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กสูงกว่าผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$) (ตารางที่ 4)

4. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

บทวิจารณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และสถานภาพสมรส ของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายๆการศึกษา^{10,11} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้บ่งบอกถึง เศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม ผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าและสถานภาพทางสังคมสูงกว่า มักจะมีลูกที่มีฟันผุน้อยกว่า

ความรู้ทางทันตสุขภาพของมารดา เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย¹² แต่การศึกษานี้พบต่างไป คือ ความรู้ผู้ปกครองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีฟันไม่ผุและฟันผุ หากจะศึกษาปัจจัยของผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องกับฟันผุเด็กต่อไป ควรรู้ว่าปัจจัยความรู้อาจจะไม่ใช่คำตอบ

การวัดความเข้มหรือระดับความมั่นใจ (Self-Efficacy Strength) เป็นวิธีการที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถในตนเองมากที่สุด¹³ การศึกษานี้วัดระดับความเชื่อมั่นในด้านการจัดหาอาหารให้เด็ก การแปรงฟัน และการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม^{1,14} พบว่า ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กในระดับปานกลาง ในเรื่องที่เหมือนกันคือ สามารถป้องกันไม่ให้เด็กฟันผุได้ ตรวจดูฟันผุให้เด็กได้ เลือกซื้อขนมให้เด็กได้ ห้ามเด็กดื่มน้ำอัดลม นำหวานได้ ห้ามเด็กกินลูกอม ขนมที่ไม่มีประโยชน์ได้ จัดการให้เด็กกินขนมเป็นเวลาได้

ตารางที่ 4 ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ

Table 4 Percentage and Chi-Square test of Self-efficacy level of dental health care for children of guardians with and without children caries free

ระดับความเชื่อมั่น ^a	ร้อยละผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุ (n=87)	ร้อยละผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุ (n=157)	ผลการทดสอบไคสแควร์
ระดับต่ำ	4.6	5.6	$X^2 = 6.849$ $p = .003$
ระดับปานกลาง	57.5	41.4	
ระดับสูง	37.9	55.4	

ตารางที่ 5 ร้อยละและผลทดสอบไคสแควร์ของระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุและฟันผุ

Table 5 Percentage and Chi-Square test of dental health practice for children of guardians with and without children caries free

ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก	ร้อยละผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุ (n=87)	ร้อยละผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุ (n=157)	ผลการทดสอบไคสแควร์
ระดับต่ำ	6.9	7.0	$X^2 = .587$ $p = .746$
ระดับปานกลาง	74.7	78.3	
ระดับสูง	18.4	14.6	

พบความแตกต่างกันของความเชื่อมั่นฯ ในผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุมีความเชื่อมั่นฯสูงกว่าในเรื่อง สามารถแปรงฟันให้เด็กได้ทั่วถึงเป็นอย่างดี สามารถดูแลฟันเด็กให้แข็งแรงได้ ผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุถึงมีความเชื่อมั่นแต่ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติให้เด็ก เพราะมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีเด็กฟันไม่ผุ อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อผู้ปกครองเชื่อมั่นว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้อย่างทั่วถึงเป็นอย่างดี แต่ไม่ได้แปรงฟันให้เด็ก หรือไม่ได้แปรงซ้าให้เด็ก ส่วนใหญ่แม่เด็กแปรงฟันทุกวัน แต่ก็ยังมีฟันน้ำนมผุเพิ่มในอัตราสูงเนื่องจากเด็กยังไม่สามารถแปรงฟันตนเองได้สะอาด นอกจากนี้ควรคำนึงถึงว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอาจจะไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่จะทำหรือไม่ทำทั้งที่มีความสามารถ ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่เกี่ยวข้อง

ผู้ปกครองที่มีเด็กฟันผุมีความเชื่อมั่นฯสูงกว่าในการจัดการให้เด็กร่วมมือในการทำฟันได้ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Rajab, Hamdan² ที่พบว่าระดับของฟันผุมีความสัมพันธ์กับการไปพบทันตแพทย์ของเด็ก เมื่อเด็กมีฟันผุ ผู้ปกครองจำเป็นต้องพาเด็กมาพบทันตแพทย์และได้มีประสบการณ์ในการจัดการให้เด็กร่วมมือในการทำฟัน แต่ผู้ปกครองที่มีเด็กฟันไม่ผุจะไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ทำให้ความเชื่อมั่นในการให้เด็กร่วมมือในการทำฟันต่ำกว่า

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ข้อมูลที่ได้จึงไม่เพียงพอที่จะอธิบายผลการศึกษได้อย่างชัดเจน การศึกษาในลักษณะนี้ต่อไป ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่มและวางแผนการศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้พบว่า แม้ผู้ปกครองจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก แต่ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองเลย เพราะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นต่างกัน หากจะศึกษาในลักษณะทำนองนี้ต่อไป ควรวางแผนการศึกษาให้ครอบคลุมและรอบคอบมากขึ้น

2. หากจะศึกษาปัจจัยของผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องกับฟันผุเด็กต่อไป ควรออกแบบการวิจัยให้สอดคล้องกับคำถาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาภาคตัดขวาง ไม่เพียงพอที่จะอธิบายผลการศึกษาได้

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณ ผู้ปกครองนักเรียน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ผู้บริหารและคุณครูโรงเรียนในเขตเทศบาลหนองแคที่อำนวยความสะดวกในการเตรียมสถานที่และติดตามเก็บข้อมูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะฉัตร พัทธานันต์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นุสรา จันทร์สมศรี อาจารย์ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดร.มะลิ วิมาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย รองศาสตราจารย์ดร.เยาวภา ดีอัสสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชในการให้คำแนะนำและตรวจข้อมูลทางสถิติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองแค

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีสุดา ลีละศิริ, เมธิณี คูพิทยานันท์. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยประจวบกับสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก. 2555.40-48
2. Rajab LD, Hamdan MA. Early childhood caries and risk factors in Jordan. Community Dent Health 2002;4:224-9
3. ดวงใจ เล็กสมบุญ. การศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้เลี้ยงเด็ก. วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์มิดเดิล, 2547;3: 177-184.
4. สุดใจ แจ่มเจือ, พรณี บัญชรหัตถกิจ, วีระศักดิ์ ชายผา. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลด้านทันตจังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2545;2: 56-63.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2551-2555. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสำนักงานกิจการองค์กรทหารผ่านศึก. 2556
6. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากจังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2555. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. 2555.
7. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองแค. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ พ.ศ. 2557. สระบุรี: โรงพยาบาลหนองแค. 2557
8. Bandura, A. Self-Efficacy: the Exercise of Control. New York: W.H. Freeman. 1997
9. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determinining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 1970, 607-610.
10. อานันตยา พลสักรา, สุพรรณิ ศรีอำพร, วรณัฐ ปิติพัฒน์, สุพจน์ คำสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข, 2550: 38-47.
11. หฤทัย สุขเจริญโกศล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบลอนกลาง กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. 2545
12. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การประเมินผลการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในงานบริการแม่และเด็กของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2557
13. อุทัยวรรณ จันทระประภาพ. การรับรู้ลักษณะงาน การรับรู้ความสามารถในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2549.
14. บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ดาวเรือง แก้วขันตี, วราภรณ์ จิระพงษา, ผุสดี จันทร์บาง. สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข, 2544: 105-88.

Parents' Level of Knowledge, Self-Efficacy and Children Dental Health Care Behavior of parents having pre-school Children with or without Caries in Nongkhae Municipality, Saraburi Province

Woraphan Thomya* D.D.S., M.P.H.

Abstract

This study aimed to study personal characteristic factors, level of correct dental health care knowledge, level of self-efficacy of children oral health care ability and children dental health care behavior of parents in Nongkhae Municipality, Nongkhae district, in 2015. Samples were 87 parents of 5-year-old children with dental caries free and 157 having dental caries. Data collecting by direct questionnaire. Analysis by percentage, mean and standard deviation, and Chi-square. The result showed, parents were mostly female, age of 31-40 years, being company personnel, having monthly income of 10,001- 20,000 baht, married status, being their father and mother, and having 2 children under their dental health care. Parents having caries free children were younger, have higher education, married and higher monthly income. Both groups of parents had no different of correct children dental health care knowledge at the high level ; they had self-efficacy level at the moderate level. Parents having children with dental caries had more self-efficacy on tooth brushing for children, caring children's teeth healthy and management of children for dental treatment. They showed no different in behavior of dental health care for children.

Keywords : *level of knowledge, self-efficacy level, dental health care*

* Nongkhae hospital, Nongkhae district, Saraburi province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการคงอยู่ของการเป็น อาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครอง โรงเรียนอนุบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

สุวรรณ สมถวิล* ท.บ. , ป.บัณฑิต (ศึกษาศาสตร์ช่องปาก), สม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาลสระบุรี โดยศึกษาผู้ปกครองที่เป็นอาสาสมัครทันตกรรมในปีการศึกษา 2558 ทุกคน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง โดยส่งผ่านทางครูประจำชั้น ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครทันตกรรมตอบกลับมาครบทุกคน 127 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.7 อายุเฉลี่ย 39.8 ปี ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า เป็นแม่บ้าน มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 15,000 บาท มีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นอาสาสมัครทันตกรรมเฉลี่ย 1.4 ปี ปัจจัยเชิงใจ (ด้านการได้รับประโยชน์) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองในระดับบุคคล (ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง) ปัจจัยด้านงาน (ด้านนโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม สภาพการทำงานและความมั่นคงในงาน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองในระดับบุคคล (ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง) และปัจจัยด้านงาน (ด้านนโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม) ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองโดยรวม ปัจจัยสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองในระดับเครือข่าย (ความเข้าใจระบบการทำงานเครือข่ายอาสาสมัคร ทันตกรรม) ปัจจัยสนับสนุน (ด้านการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองโดยรวมและการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครองในระดับเครือข่าย (ความพึงพอใจระบบการทำงานเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม) ซึ่งความสัมพันธ์ทั้งหมดนั้นเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = .175-.237$)

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงใจ ปัจจัยด้านงาน ปัจจัยสนับสนุน การคงอยู่ของอาสาสมัครทันตกรรม

บทนำ

ในการสร้างความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนั้น มีงานวิจัยมากมายที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและผลดีต่อนักเรียน ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครอบครัวในการจัดการศึกษาซึ่งพบว่ามีผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนอย่างเด่นชัด¹⁻⁵ สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองด้านสุขภาพก็เช่นกัน เอปสไตนและคณะ⁶ ได้ให้ความหมายโดยรวมในความรับผิดชอบพื้นฐานของครอบครัวได้แก่การจัดเตรียมที่อยู่อาศัย (Housing) สุขภาพ (Health) โภชนาการ (Nutrition) เครื่องนุ่งห่ม (Clothing) ความปลอดภัย (Safety) ทักษะของผู้ปกครอง (Parenting Skills) ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นการร่วมมือดูแลเอาใจใส่สุขภาพของเด็กนักเรียน สนใจและร่วมมือในการค้นหาตลอดจนแก้ไขปัญหาของเด็กนักเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กนักเรียนมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่เหมาะสม⁷

นอกจากการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองแล้ว การเข้ามาเป็นอาสาสมัครของผู้ปกครองในโรงเรียนเป็นการลดภาระงานของครูได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดเวลาให้เหมาะสมด้วย การมีอาสาสมัครทำให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับเวลาที่ต้องการ ทำให้เกิดผลดี ดังนี้⁸ (1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปกครองกับครูและผู้บริหาร (2) การมีอาสาสมัครทำให้ดูแลเด็กได้มากขึ้น จะช่วยให้ทักษะในการเรียนรู้ดีขึ้น เด็กจะมีการพัฒนาด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมได้มากขึ้น (3) เด็กจะมีพัฒนาการด้านการสื่อสารกับผู้ใหญ่มากขึ้น เกิดทักษะในการสื่อสาร การใช้ภาษาและมีความไว้วางใจต่อบุคคลภายนอก (4) ครูและโรงเรียนได้พบแนวทางการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แนวคิดใหม่ๆ มาจากผู้ปกครอง และ (5) เป็นการสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลเด็ก

อย่างไรก็ตามการเข้ามาเป็นอาสาสมัครของผู้ปกครอง มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แม้ว่าแนวคิดของเอปสไตน⁶ จะกล่าวถึงการจัดตารางเวลาให้ยืดหยุ่นสำหรับผู้ปกครองที่เป็นอาสาสมัคร เพื่อจะได้จัดสรรเวลามาร่วมกิจกรรมได้ ผลงานวิจัยของวิวรรณสารกิจปริษา⁹ พบว่าผู้ปกครองนักเรียนไม่มีเวลาและโอกาสที่จะเข้ามาช่วยเหลือสถานศึกษาและยังไม่เข้าใจในเรื่องอาสาสมัครมากนัก ประกอบกับผู้ปกครองนักเรียนส่วนมากต้องทำงาน จึงทำให้เป็นข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ถึงแม้ว่าจะมีความสนใจและต้องการจะร่วมในกิจกรรม

แต่ก็ไม่สามารถลงงานหรือปลีกตัวจากงานมาได้ จึงส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองยังอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกตุเดช กำแพงแก้ว¹⁰ พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทางด้านอาสาสมัคร ยังเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย ดังนั้นสถานศึกษาควรจัดทำคู่มือบทบาทหน้าที่ของผู้ปกครอง การสนับสนุนเครือข่ายผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

จากผลการตรวจสอบสุขภาพช่องปากนักเรียนของโรงเรียนประจำปี (พ.ศ. 003) ของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าเด็กนักเรียนมีปัญหาฟันแท้ผุถึงร้อยละ 30¹¹ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดไม่เกินร้อยละ 20 ร่วมกับข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลของนักเรียนจากกลุ่มงานทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ซึ่งพบว่าเด็กนักเรียนมีการบริโภคน้ำตาลถึง 21 ช้อนชา/คน/วัน¹³ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 6 ช้อนชา/คน/วัน ดังนั้น จึงนำมาสู่แนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากและปัญหาการบริโภคน้ำตาลล้นเกินของนักเรียนอย่างจริงจัง โดยอาศัยภาคการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียน ซึ่งจะทำให้ลดปัญหาโรคฟันผุและโรคอ้วนที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของโรงเรียนได้อย่างยั่งยืน

มีการกระจายการรับรู้ข้อมูลผลการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและผลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคของนักเรียนแก่ผู้ปกครองทุกคนผ่านสารสัมพันธ์ของโรงเรียน เชิญประชุมผู้ปกครองที่จะอาสาเข้าร่วมแก้ไขปัญหา เกิดเป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม โรงเรียนอนุบาลสระบุรี ใน พ.ศ. 2548 ภายใต้การนำของประธานคณะกรรมการคือ ทันตแพทย์หญิงอัญชลี เพิ่มพูนสมบัติ กิจกรรม/โครงการต่างๆ ที่อาสาสมัครทันตกรรมได้ดำเนินการไป มีดังนี้¹³ (1) รณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพ “สุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน” (2) อบรมเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม (3) จัดประชุมสัมมนา เพื่อวางแผนงานโครงการและสรุปผลงานในรอบปี (4) จัดกิจกรรม Big Smile Day ปีละ 2 ครั้ง เพื่อระดมตรวจฟันนักเรียนกว่า 3,000 คน พร้อมกันทั้งโรงเรียน โดยอาสาสมัครทันตกรรม (5) ขอความร่วมมือกับร้านค้าหน้าโรงเรียน ในการจำหน่ายอาหารที่มีประโยชน์แก่เด็กนักเรียน ร่วมจัดระเบียบร้านค้าหน้าโรงเรียนและวางมาตรการห้ามนำน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบเข้ามาในโรงเรียน (6) จัดประกวดห้องเรียนฟันแท้ผุเป็นศูนย์ เพื่อมอบรางวัลให้แก่ห้องเรียนที่นักเรียนมีฟันแท้ไม่ผุ และ (7) จัดตั้งคลินิก

ทันตกรรมในโรงเรียนอนุบาลสระบุรี พร้อมวางระบบบริหารจัดการ

อาสาสมัครทันตกรรม โรงเรียนอนุบาลสระบุรี นับได้ว่าเป็นนวัตกรรมหนึ่งเดียวในประเทศไทยที่มีผู้ปกครองที่มีจิตอาสาจากหลากหลายกลุ่ม/วัย/อาชีพ ได้ร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ มีโครงสร้างและกิจกรรมชัดเจน มีความต่อเนื่อง และยาวนานในการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียน ทำงานร่วมกับโรงเรียนโดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ จนเห็นผลงานเชิงประจักษ์จากการได้รับรางวัลชนะเลิศได้อันดับรองชนะเลิศประจำปี 2556 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่องนี้ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครอง ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมของผู้ปกครอง ในโรงเรียนอนุบาลสระบุรี ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางให้เกิดการรวมกลุ่มอาสาสมัครทันตกรรมในโรงเรียนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาอาสาสมัครทันตกรรมทุกคน ที่ปฏิบัติงานอยู่ ตามคำสั่งแต่งตั้งอาสาสมัครทันตกรรม ประจำปีการศึกษา 2558

กรอบแนวคิดในการวิจัย ในเรื่องตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ประยุกต์มาจากทฤษฎีสององค์ประกอบหรือทฤษฎีสองปัจจัย (Two Theory Factors) ของ Herzberg นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน¹⁴ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน และปัจจัยสนับสนุนประยุกต์มาจากแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ พิลิสึก¹⁵ ที่กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เฉพาะแต่เพียงความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและการสื่อสารเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่นหรือคนในครอบครัว ส่วนตัวแปรตาม คือ ความคงอยู่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม ประยุกต์จากแนวคิด The Meso Paradigm ของ แฮร์ส และคณะ¹⁶ แนวคิดนี้อธิบายว่า ปัจจัยเชิงเหตุของการคงอยู่ในองค์การจะมาจากปัจจัยเชิงเหตุสองกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรก คือ ปัจจัยในระดับมหภาคหรือปัจจัยระดับองค์การ (Organizational) ในที่นี้ คือ ปัจจัยระดับเครือข่าย (Network) หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครทันตกรรมที่มีต่อเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม กลุ่มที่สอง

คือ ปัจจัยในระดับจุลภาคหรือปัจจัยระดับบุคคล (Individual) หมายถึง ความคิดเห็นส่วนบุคคลของอาสาสมัครทันตกรรมที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ รวมทั้งความตั้งใจในอนาคต

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

(1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยให้อาสาสมัครทันตกรรมเกิดความพึงพอใจในงาน และมีลักษณะสัมพันธ์กับงานโดยตรง ประกอบด้วย 1 ความสำเร็จในการทำงาน 2 การได้รับการยอมรับนับถือ 3 ความรับผิดชอบ 4 ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และ 5 การได้รับประโยชน์

(2) ปัจจัยค้ำจุน (Maintain Factors) หมายถึง ปัจจัยที่ค้ำจุนให้แรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครทันตกรรมมีอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วย 1 สิ่งตอบแทน 2 โอกาสที่จะได้รับ 3 ความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง 4 สถานภาพ 5 นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม 6 สภาพการทำงาน 7 ความเป็นอยู่ส่วนตัวและ 8 ความมั่นคงในงาน

(3) ปัจจัยสนับสนุน (Supporting Factor) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 1 วัตถุประสงค์ความรู้ในการทำงาน 2 การติดต่อสื่อสาร และ 3 การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความคงอยู่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม (Existence) หมายถึง ความยั่งยืนในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัครทันตกรรม ประกอบด้วย 1 ปัจจัยระดับเครือข่าย ได้แก่ มีความพึงพอใจและความเข้าใจระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม 2 ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง และจะแนะนำผู้ปกครองท่านอื่นให้เป็นอาสาสมัครทันตกรรม

เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม

2. ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน (3 ข้อ) การได้รับการยอมรับนับถือ (4 ข้อ) ความรับผิดชอบ (6 ข้อ) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (7 ข้อ) และการได้รับประโยชน์ (4 ข้อ)

3. ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สิ่งตอบแทน (1 ข้อ) โอกาสที่จะได้รับ (1 ข้อ) ความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง

(5 ข้อ) สถานภาพ (2 ข้อ) นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม (9 ข้อ) สภาพการทำงาน (2 ข้อ) ความเป็นอยู่ส่วนตัว (2 ข้อ) และ ความมั่นคงในงาน (2 ข้อ)

4. ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์และองค์ความรู้ในการทำงาน (3 ข้อ) การติดต่อสื่อสาร (3 ข้อ) และการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ (6 ข้อ)

คำถามปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค่าจ้างในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ให้อาสาสมัครทันตกรรมเลือกตอบตามระดับความคิดเห็นต่อข้อความต่างๆ ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้ มาก

คะแนน 3 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้ น้อย

คะแนน 1 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้ น้อยที่สุด

การจัดระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

5. การคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม ได้แก่ ปัจจัยระดับเครือข่าย (2 ข้อ) และ ปัจจัยระดับบุคคล (2 ข้อ) ให้เลือกตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมเห็นด้วยกับข้อความนี้

คะแนน 2 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมไม่แน่ใจกับข้อความนี้

คะแนน 1 หมายถึง อาสาสมัครทันตกรรมไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้

การจัดระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.67 - 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.00 หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อให้ความเห็นเกี่ยวกับความตรงของเนื้อหา

เรื่องที่ศึกษา ปรับสำนวนและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม

นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่เคยเป็นอาสาสมัครทันตกรรมจำนวน 18 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเที่ยง 0.895 แบบสอบถามปัจจัยจูงใจเท่ากับ 0.733 ปัจจัยค่าจ้างเท่ากับ 0.971 และปัจจัยสนับสนุนเท่ากับ 0.860

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีถึงผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลสระบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัยในโรงเรียน ประสานกับครูประจำชั้นทุกห้องเรียน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย และให้ส่งต่อแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัครทันตกรรม พร้อมนัดหมายวันที่จะเข้าไปเก็บแบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี (SHEC : Saraburi Hospital Ethics Committee) รหัสโครงการ EC083/02/2015 หมายเลข 068/2016

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครทันตกรรม

อาสาสมัครทันตกรรมปีการศึกษา 2558 ตอบแบบสอบถามครบทุกคน ทั้งหมด 127 คน คือ ผู้ปกครองที่เป็นอาสาสมัครทันตกรรม (ห้องเรียนละ 2-3 คน) จากชั้นอนุบาล 1 และ 2 (ชั้นเรียนละ 7 ห้อง) จำนวน 31 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 (ชั้นเรียนละ 8 ห้อง) จำนวน 96 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39.8 ปี (24-58 ปี) จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 33.9 อาชีพแม่บ้านสูงสุดร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทเพียงร้อยละ 24.4 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.1 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นอาสาสมัครทันตกรรม 1.4 ปี (1-10 ปี) รายละเอียดในตารางที่ 1

2. ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

ค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.88, SD = .372) ค่าเฉลี่ยทุกองค์ประกอบของปัจจัยจูงใจอยู่ใน

ระดับสูง ยกเว้นความรับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) ซึ่งมีรายชื่ออยู่ในระดับต่ำ คือ การได้ร่วมกิจกรรมจิตอาสาออกหน่วยรณรงค์ทันตสุขภาพในโครงการโรงเรียนที่เพื่อโรงเรียนน้อง

3. ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

ค่าเฉลี่ยปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวมรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.93$, $SD = .493$) ค่าเฉลี่ยทุกองค์ประกอบของปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง ยกเว้นความเป็นอยู่ส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) ซึ่งมีรายชื่อทั้ง 2 ข้ออยู่ในระดับปานกลาง คือ การปฏิบัติงานอาสาสมัครทันตกรรมอาจส่งผลกระทบต่อเวลาในการประกอบอาชีพประจำและต่อการดำรงชีวิตและความเป็นส่วนตัว

4. ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

ค่าเฉลี่ยปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.80$, $SD = .597$) และค่าเฉลี่ยทุกองค์ประกอบของปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) โดยรายชื่อของวัสดุอุปกรณ์และองค์ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานของอาสาสมัครทันตกรรมในแต่ละกิจกรรมอย่างถ่องแท้

5. การคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม

ค่าเฉลี่ยของการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวมและรายชื่อของแต่ละระดับอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

6.1 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม

การได้รับประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความตั้งใจปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ($r = .191$, $p = .031$)

6.2 ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม

นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวม ($r = -.176$, $p = .048$)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่เป็นอาสาสมัครทันตกรรม

Table 1 Number and percentage of personal characteristics of parents' dental health volunteers

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	6.3
หญิง	119	93.7
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	9	7.1
31 - 40 ปี	63	49.6
41 - 50 ปี	48	37.8
มากกว่า 50 ปี	7	5.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	43	33.9
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	71	55.9
สูงกว่าปริญญาตรี/เทียบเท่า	13	10.2
อาชีพ		
แม่บ้าน	45	35.4
พนักงานบริษัท	15	11.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	27.6
ธุรกิจส่วนตัว	32	25.2
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	31	24.4
15,000 - 50,000 บาท	80	63.0
สูงกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	16	12.6
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.6
คู่	117	92.1
หม้าย/หย่า/แยก	8	6.3
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม		
ไม่ถึง 1 ปี	49	38.6
1 ปี	35	27.6
2 ปี	23	18.1
มากกว่า 2 ปี	20	15.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับของปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

Table 2 Mean and level of working motivation factors of parents' dental health volunteers

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)	ระดับการจูงใจ
1. ความสำเร็จในการทำงาน	4.54 (.508)	สูง
2. การได้รับการยอมรับนับถือ	3.83 (.686)	สูง
3. ความรับผิดชอบ	3.16 (.755)	ปานกลาง
4. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	4.19 (.611)	สูง
5. การได้รับประโยชน์	3.98 (.651)	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.88 (.372)	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับของปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

Table 3 Mean and level of working maintain factors of parents' dental health volunteers

ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)	ระดับการค้ำจุน
1. สิ่งตอบแทน	4.14 (.714)	สูง
2. โอกาสที่จะได้รับ	3.97 (.890)	สูง
3. ความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง	3.89 (.718)	สูง
4. สถานภาพ	4.27 (.728)	สูง
5. นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม	4.12 (.622)	สูง
6. สภาพการทำงาน	4.07 (.655)	สูง
7. ความเป็นอยู่ส่วนตัว	2.68 (.989)	ปานกลาง
8. ความมั่นคงในงาน	3.86 (.670)	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.93 (.493)	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและระดับของปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

Table 4 Mean and level of performance supportive factors of parents' dental health volunteers

ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)	ระดับการได้รับ
1. วัสดุอุปกรณ์และองค์ความรู้	3.72 (.763)	สูง
2. การติดต่อสื่อสาร	3.87 (.752)	สูง
3. การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ	3.80 (.590)	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.80 (.597)	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับของการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครทันตกรรม

Table 5 Mean and level of performance existence of parents' dental health volunteers

การคงอยู่ในการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)	ระดับการได้รับ
1. มีความเข้าใจระบบการทำงานเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม	2.82 (.461)	สูง
2. มีความพึงพอใจระบบการทำงานเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมระดับบุคคล	2.89 (.339)	สูง
3. มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครทันตกรรมต่อเนื่อง	2.73 (.511)	สูง
4. จะแนะนำผู้ปกครองท่านอื่นให้เป็นอาสาสมัครทันตกรรม	2.79 (.482)	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	2.80 (.300)	สูง

นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม สภาพการทำงาน และ ความมั่นคงในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีความตั้งใจปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครกันตกรรมอย่างต่อเนื่อง ($r = -.175, p = .049, r = -.209, p = .018$ และ $r = -.179, p = .044$ ตามลำดับ)

6.3 ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครกันตกรรม

ปัจจัยสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความเข้าใจระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม ($r = .237, p = .007$)

การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความพึงพอใจกับระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม ($r = .188, p = .034$) และการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครกันตกรรมโดยรวม ($r = .198, p = .026$)

อภิปรายผล

อาสาสมัครกันตกรรมมีปัจจัยสนใจในการปฏิบัติงานโดยรวม และรายด้าน 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า เพราะการทำงานเป็นอาสาสมัครกันตกรรมมีลักษณะเป็นงานด้านวิชาการและด้านเทคนิคที่ทำในคลินิกกันตกรรมในโรงเรียน การออกหน่วยรณรงค์ในงานต่างๆ เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับนับถือจากนักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ผู้บริหารโรงเรียน และทันตแพทย์ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ปกครองเป็นอาสาสมัครกันตกรรม โดยเฉพาะการที่อาสาสมัคร กันตกรรมได้รับประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครในเรื่องการอบรมความรู้ การได้รับแต่งตั้งและได้รับใบประกาศเกียรติคุณ และการได้เข้าร่วมทำกิจกรรมของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม สำหรับปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า มีอาสาสมัครกันตกรรม ร้อยละ 38.6 ซึ่งปฏิบัติงานยังไม่ถึง 1 ปี นั้น อาจยังไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมด้านทันตสุขภาพต่างๆ ได้ครบ จึงรับรู้ความรับผิดชอบของตนในระดับปานกลาง

อาสาสมัครกันตกรรมมีปัจจัยจำจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้าน 7 ด้าน อยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า ระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรมมีการจัดเตรียมด้านต่างๆ ของปัจจัยจำจูงใจให้รองรับการทำงานในฐานะอาสาสมัครกันตกรรมไว้อย่างครบถ้วนทั้ง 7 ด้าน สำหรับด้านความเป็นส่วนตัวนั้นอาสาสมัครกันตกรรมก็รับรู้ว่ามีผลกระทบต่อเวลาในการ

ประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตจึงมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับปานกลาง

อาสาสมัครกันตกรรมมีปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน อยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า อาสาสมัครกันตกรรมได้รับสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครกันตกรรมยังประเมินตนเองว่ามีความรู้ความเข้าใจในการทำงานของอาสาสมัคร กันตกรรมในแต่ละกิจกรรมในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นกลุ่มอาสาสมัครกันตกรรมที่ปฏิบัติงานยังไม่ครบปี และ/หรือเป็นกลุ่มอาสาสมัครกันตกรรมที่ปฏิบัติงานครบปีแล้ว แต่ยังไม่มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมของเครือข่ายได้ครบทุกกิจกรรม

อาสาสมัครกันตกรรมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครกันตกรรมโดยรวม และรายข้อของแต่ละระดับ อยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากอาสาสมัครกันตกรรมรับรู้ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยจำจูงใจ และปัจจัยสนับสนุน ในการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับสูง และในรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยจูงใจในด้านการได้รับประโยชน์จากการเป็นอาสาสมัครกันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความตั้งใจปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง อาจอธิบายได้ว่า อาสาสมัครกันตกรรมมีความพึงพอใจกับการได้รับประโยชน์ต่างๆ จากการเป็นเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม ได้แก่ การได้รับความรู้จากการอบรมทันตสุขภาพเพื่อเป็นอาสาสมัครกันตกรรม การได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอาสาสมัครกันตกรรมและได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากผู้บริหารโรงเรียน รวมทั้ง การได้รับโอกาสเป็นกรณีพิเศษจากครูประจำชั้นและผู้บริหารโรงเรียน ทำให้มีความตั้งใจปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครกันตกรรมต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยจำจูงใจในด้านนโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรมที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครกันตกรรมโดยรวม และนโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม สภาพการทำงาน และความมั่นคงในงานซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับที่ต่ำ ($r = .175-.209$) กับการมีความตั้งใจปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครกันตกรรมอย่างต่อเนื่องนั้น อาจอธิบายได้ว่า แม้นโยบายและการบริหารงานของเครือข่ายอาสาสมัครกันตกรรม สภาพการทำงาน และความมั่นคงในงาน จะทำให้อาสาสมัครกันตกรรมมีระดับความพึงพอใจก็ตาม แต่อาจไม่ได้ทำให้

อาสาสมัครทันตกรรมมีความตั้งใจปฏิบัติงานเป็นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่างๆ ประกอบด้วยจึงจะส่งผลให้อาสาสมัครทันตกรรมมีความตั้งใจปฏิบัติงานเป็นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยสนับสนุนในด้านการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความพึงพอใจกับระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม และการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมโดยรวมนั้น อาจอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครทันตกรรมได้รับการสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในการทำงานเป็นอาสาสมัครทันตกรรมจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ผู้บริหารโรงเรียน เครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมด้วยกัน ทันตแพทย์อาสา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว ส่งผลถึงการคงอยู่ของอาสาสมัครทันตกรรม และส่งผลถึงความพอใจในระบบการทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมด้วย

เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับอาสาสมัครทันตกรรมในโรงเรียนโดยตรง แต่ข้อค้นพบงานวิจัยนี้ก็ให้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพในเด็กเล็ก โดยการให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านต่างๆ อย่างชัดเจนและเพียงพอ เพื่อให้อาสาสมัครเห็นถึงความสำคัญในงานของตนที่มีต่อเด็กเล็ก มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความตั้งใจปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากการเป็นนักศึกษาในโรงเรียนแห่งนี้ และเป็นโรงเรียนที่ผู้ปกครองมีลักษณะพิเศษไม่ใช่ลักษณะทั่วไป การขยายผลจึงจำกัด นอกจากนี้ควรมีการศึกษาต่อ ว่าการมีอาสาสมัครดังกล่าวแล้วเกิดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของนักเรียนหรือไม่และอย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. จัดการให้อาสาสมัครทันตกรรมได้รับประโยชน์และได้รับสิ่งตอบแทนจากการเป็นอาสาสมัครทันตกรรมอย่างเป็นพิธีการและมีขั้นตอนปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติของตนในฐานะอาสาสมัครทันตกรรม และเพื่อการคงอยู่ของการเป็นอาสาสมัครทันตกรรม

2. ควรมีการศึกษาต่อ ว่าการมีอาสาสมัครดังกล่าวแล้ว เกิดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของนักเรียนหรือไม่และอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.เยาวภา ดิษฐ์สุวรรณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษางานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณทันตแพทย์หญิง ปิยะดา ประเสริฐสม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข ทันตแพทย์พนิตเทพ ทัพพะรังสี ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัย 2 สระบุรี นายวิระ เอกเจริญ อธิการผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลสระบุรี และ ดร.วิสุทธิ์ สุกรินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลสระบุรี คณะครูผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปกครอง และเครือข่ายผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาลสระบุรี ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรม โรงเรียนอนุบาลสระบุรี ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และสุดท้ายขอขอบพระคุณพ่อ แม่ และครอบครัว ที่ให้กำลังใจมาโดยตลอดทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- Callahan, K., Rademacher, J.A., &Hidreth, B. (1998, May-June). "The effect of Parent participation in strategies to improve the homework performance of students who are at risk". Remedial and Special Education,9(3): 131-141.
- Coots, J.J. (1998, Win). "Family resources and parent participation in schooling activities for their children with developmental delays". Journal of Special Education, 31(4): 498-520.
- Louise, W.T. (1998, June). "Parental perceptions of current and ideal levels of family participation in early intervention program practices in Illinois (Parent involvement)". Dissertation Abstracts Program International,58(12) : 4551-A.
- Westmoreland, Helen. (2009). Family Involvement Across Learning Setting. Harvard Family Research Project.Retrieved August 17, 2009, from:<http://www.hfrp.org/familyinvolvement/publications-resources/family-involvement-across-learning-settings>.
- สุวัช พานิชวงษ์. (2546). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียนในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียนในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรีจังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- Epstein, J.L.et al. (1997). School, family, community partnerships: your handbook action. Thousand Oaks: Corwin Press.704.
- วรารณ ศิริสว่าง. (2542). อนามัยโรงเรียนทฤษฎีและการปฏิบัติ.เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- Daniel, U.L. &Rayna, F.L. (1996). Home Environment, The Family and Cognitive Development Society and Education. (9th ed.). New York: Simon & Schuster.
- วิวรรณ สารกิจปรีชา. (2554). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลก๊กไก่เขตคลองเตยกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- เกตุเดช กำแพงแก้ว. (2547). การศึกษากิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาของโรงเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนอัสสัมชัญ แผนกประถม.(คุษฎีนิพนธ์การศึกษาคุษฎีบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสระบุรี. (2548). เอกสารทส.003โรงเรียนในเขตอำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี.
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2548). เอกสารผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลในกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี.
- เอกสารผลงานเครือข่ายอาสาสมัครทันตกรรมเพื่อการประกวดรางวัลไลอ้อนส์เพื่อสุขภาพช่องปาก. โรงเรียนอนุบาลสระบุรี. (2556).
- Herzberg, F. (1959). The Motivation of Work. New York:JohnWiley&Sons.Herzberg, F. (1987). One More Time: How do You Motivate Employees?.Harvard Business Review. Retrieved October 3, 2012 from:<http://numérons.files.wordpress.com/2012/04/how-do-you-motivateemployees-frederick-herzberg.pdf>
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of Social Support: The Social Innovation. American Journal of Orthopsychiatry,52(January), 20.
- House, R., Rousseau, D. M.,& Thomas-Hunt, M. (1995). The Meso paradigm: A framework for the integration of micro and macro organizational behavior. In Cummings, L. L. &Staw, B. M. (Eds.), Research in Organizational Behavior. Greenwich: JAI Press.71-114.

Factors Related to Performance Existence as Parents' Dental Health Volunteers at Anuban Saraburi School, Saraburi Province

Suwanna Somthawin* *D.D.S., Cert. (Oral & Maxillofacial Surgery), M.P.H.*

Abstract

The objective of this descriptive research was to study factors that related to the exist of parents dental health volunteers of Anuban Saraburi School. All volunteer parents in academic year 2015 filled up self assessment questionnaire and returned via class teacher between January to March 2016. The data were analyzed by descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation) and analytical statistics (Chi-Square test, Pearson's correlation coefficient) at significant difference level of $p \leq 0.05$. Results showed that all 127 volunteers of which 93.7 percent were female, average age 39.8 years, majority had Bachelor Degree or higher, house-wife, with monthly income higher than 15,000-50,000 Baht, married status and being volunteers average 1.4 years. Motivating factor (benefit) was positively correlated to the existence as parent dental health volunteers at a personal level (willingness to work as a volunteer continuing). Maintain factors (policy and administration of volunteer's network, working conditions and job security) were negatively correlated to the existence as parent dental health volunteers at a personal level (willingness to work as a volunteer continuing) and maintain factors (policy and management of volunteer's network) also negatively correlated to performance existence as parents' dental health volunteers at both person and network level. Supportive factor (support from the various stakeholders) was positively correlated to performance existence as parents' dental health volunteers in network level (satisfied with the system network). This relationship was a low correlation ($r = .175-.237$).

Keywords : *motivation factor, maintain factor, supportive factor, performance existence as parents' dental health volunteers.*

ความสัมพันธ์ของฟันพุ่มกับ ภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี

กันยา บุญธรรม* ทบ. สม.

ศรีสุดา ลีละศิริ* ทบ. สม. อท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของฟันพุ่มในฟันน้ำนมกับภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 5 ปี โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 สุ่มจาก 4 ภาค ภาคละ 4 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวม 17 จังหวัด การตรวจฟันพุ่มใช้เกณฑ์รัฐขององค์การอนามัยโลก วัดเป็นรายซี่ การประเมินภาวะโภชนาการใช้น้ำหนัก และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ดำเนินการระหว่าง ธันวาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559 ผลการศึกษา เด็ก 2,626 คนมีฟันพุ่มร้อยละ 78.5 โดยฟัน 1-4 ซี่ ร้อยละ 35.8 และฟันมากกว่า 4 ซี่ ร้อยละ 42.7 สภาวะโภชนาการเมื่อวัดโดยน้ำหนักเทียบกับอายุ พบเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ตามเกณฑ์ และมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 19.6, 70.4 และ 10.0 ตามลำดับ เมื่อวัดโดยเกณฑ์ส่วนสูงเทียบกับอายุ พบเด็กต่ำกว่าเกณฑ์ สูงตามเกณฑ์ และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 13.0, 78.8 และ 3.4 ตามลำดับ เด็กที่มีฟันพุ่มมากกว่า 4 ซี่ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูง น้อยกว่าเด็กที่มีฟันพุ่ม 1-4 ซี่ หรือเด็กที่ไม่มีฟันพุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เด็กที่มีฟันพุ่มมากกว่า 4 ซี่ มีโอกาสเป็นเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 1.4 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันพุ่ม ($OR=1.4$, 95% CI 1.1-1.9) และ มีโอกาสต่ำกว่าเกณฑ์ 1.5 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันพุ่ม ($OR=1.5$ 95% CI 1.1-2.0)

คำสำคัญ : ฟันพุ่ม ภาวะโภชนาการ เด็ก 5 ปี

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ฟันผุในฟันน้ำนมเป็นปัญหาที่พบมากในเด็กปฐมวัยในทุกภาคของประเทศไทย จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 51.7 และ 78.5 ตามลำดับ และเด็กที่มีฟันผุร้อยละ 96.7 ยังไม่ได้รับการรักษา¹ โรคฟันผุส่วนใหญ่แม้จะไม่รุนแรงจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต แต่ก็โรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชากร

การศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดสงขลา พบว่าผลกระทบด้านโภชนาการเนื่องมาจากการที่เด็กปวดฟันคือเด็กกินอาหารได้น้อยลง ร้อยละ 67.2 เคี้ยวอาหารไม่ได้ ร้อยละ 63.4 และเด็กที่มีฟันผุหลายซี่จะมีอัตราการเพิ่มของน้ำหนักตามอายุช้ากว่าเด็กไม่มีฟันผุ²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอายุ 5 ปี กับสภาวะโภชนาการตามเกณฑ์น้ำหนักเทียบกับอายุและส่วนสูงเทียบกับอายุ

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทยครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 ประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กอายุ 5 ปี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายชั้น (stratified multistage sampling) จาก 4 ภาค แต่ละภาคสุ่มเลือก 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ลำพูน พิษณุโลก นครสวรรค์ อุตรดิตถ์ มหาสารคาม ศรีสะเกษ นครพนม อ่างทอง จันทบุรี สมุทรสาคร กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช สตูล ระนอง พัทลุง และกรุงเทพมหานคร รวม 17 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่มจุดสำรวจเป็นพื้นที่เขตเมืองและชนบทในสัดส่วน 1 ต่อ 2 ตามสัดส่วนประชากรทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย แต่ละจุดสำรวจมีกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกฟันผุและแบบบันทึกสภาวะโภชนาการ การตรวจฟันผุใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก³ ตรวจและให้คะแนนเป็นรายซี่ ให้ความหมายฟันผุหมายถึงมีรูผุชัดเจน (cavity) ผู้เก็บข้อมูลเป็นทันตแพทย์ 12 คน ที่ผ่านการปรับมาตรฐาน โดยมีค่า Kappa ของการตรวจฟันผุอยู่ระหว่าง 0.85-0.91 การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ แบ่งระดับฟันผุเป็น 3 ระดับ คือฟันไม่ผุ ฟันผุระดับน้อย หมายถึงมีฟันผุ 1-4 ซี่ต่อคน และฟันผุระดับมาก หมายถึงมีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ต่อคน

การวัดภาวะโภชนาการ ทำโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็ก และนำไปเทียบกับน้ำหนักกับอายุ และส่วนสูงกับอายุ โดยใช้โปรแกรมชกร ของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี⁴ แล้วเปรียบเทียบกับน้ำหนักกับอายุเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- กลุ่มที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ (น้ำหนักอยู่ในช่วงค่ามัธยฐาน ± 1.5 SD)
- น้ำหนักค่อนข้างน้อย (น้ำหนักน้อยกว่ามัธยฐาน -1.5 SD ถึง -2 SD)
- น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (น้ำหนักน้อยกว่ามัธยฐาน -2 SD)
- น้ำหนักค่อนข้างมาก (น้ำหนักมากกว่ามัธยฐาน +1.5 SD ถึง 2 SD)
- น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (น้ำหนักมากกว่ามัธยฐาน +2 SD)

สำหรับเกณฑ์ส่วนสูงเทียบกับอายุ เกณฑ์การแบ่งใช้ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เช่นเดียวกับการแบ่งเกณฑ์น้ำหนัก เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างเตี้ย เตี้ย ค่อนข้างสูง และสูงกว่าเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ให้ความหมายกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึงกลุ่มน้ำหนักค่อนข้างน้อย รวมกับน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ หมายถึงกลุ่มน้ำหนักค่อนข้างมาก รวมกับน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ในเรื่องความสูง ก็ให้ความหมายเช่นเดียวกัน ดำเนินการระหว่าง ธันวาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ และ Odd ratio ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 3 กลุ่ม โดยใช้ one way ANOVA

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 2,626 คน เป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และกำลังเรียนอยู่ในชั้นอนุบาล (ตารางที่ 1)

2. สภาวะฟันผุและโภชนาการ

เด็กมีฟันผุร้อยละ 78.5 โดยมีฟันผุ 1-4 ซี่ ร้อยละ 35.8 และผุมากกว่า 4 ซี่ ร้อยละ 42.7 เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักและส่วนสูงเทียบกับอายุตามเกณฑ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 5 ปี

Table 1 General information of children age 5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาค		
- กลาง	500	19.0
- เหนือ	734	28.0
- ตะวันออกเฉียงเหนือ	504	19.2
- ใต้	470	17.9
- กรุงเทพมหานคร	418	15.9
เพศ		
- ชาย	1,317	50.2
- หญิง	1,309	49.8
ศาสนา		
- พุทธ	2,242	85.4
- อิสลาม	377	14.4
- คริสต์	7	0.3
การศึกษา		
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	207	7.9
- ชันอนุบาล	2,419	92.1

ตารางที่ 2 สภาวะฟันผุและโภชนาการของเด็กอายุ 5 ปี

Table 2 Caries and nutrition of children age 5

สภาวะ	จำนวน	ร้อยละ
สภาวะฟันผุ		
ไม่มีฟันผุ	565	21.5
ฟันผุ 1-4 ซี่	941	35.8
ฟันผุมากกว่า 4 ซี่	1,120	42.7
สภาวะโภชนาการ		
จำแนกตามน้ำหนัก		
น้อยกว่าเกณฑ์	516	19.6
ตามเกณฑ์	1,848	70.4
มากกว่าเกณฑ์	214	10.0
จำแนกตามส่วนสูง		
เตี้ยกว่าเกณฑ์	160	6.1
ตามเกณฑ์	2070	78.8
สูงกว่าเกณฑ์	90	3.4

3. ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กตามจำนวนซี่ฟันที่ผุ พบว่าเด็กที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูง น้อยกว่า เด็กที่มีฟันผุ 1-4 ซี่ หรือเด็กที่ไม่มีฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์อายุกับการมีฟันผุในฟันน้ำนม (ตารางที่ 4) พบว่า กลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนฟันผุที่มากขึ้น แต่พบความสัมพันธ์ในทางตรงข้าม ในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกับการมีฟันผุในฟันน้ำนม (ตารางที่ 4) พบว่า กลุ่มเด็กที่เตี้ยกว่าเกณฑ์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนฟันผุที่มากขึ้น แต่พบความสัมพันธ์ในทางตรงข้าม ในกลุ่มเด็กที่สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .002$)

ดังนั้นเด็กที่มีน้ำหนักและส่วนสูงมากกว่าเกณฑ์ จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์

ความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (ตารางที่ 5) พบว่า เด็กที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีโอกาสเป็นเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 1.4 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ ($OR = 1.4$, 95% CI 1.1-1.9) และมีโอกาสเป็นเด็กน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 0.5 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ ($OR = 0.5$ 95% CI 0.4-0.7)

ความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (ตารางที่ 5) พบว่า เด็กที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีโอกาสเตี้ยกว่าเกณฑ์ 1.5 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ ($OR = 1.5$ 95% CI 1.1-2.0) และมีโอกาสเป็นเด็กสูงกว่าเกณฑ์ 0.6 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ ($OR = 0.6$ 95% CI 0.4 -0.8)

อภิปรายผล

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยของไทย เด็กที่มีฟันผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา เด็ก 5 ปี มีฟันผุเฉลี่ย 4.4 ซี่ต่อคน มีฟันที่ได้รับการรักษาเฉลี่ยเพียง 0.3 ซี่ หรือคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของฟันที่ผุ¹ มีการศึกษาหลายฉบับรายงานตรงกันว่า ฟันน้ำนมของเด็กในประเทศกำลังพัฒนาหรือเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้และการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการรักษา สภาวะดังกล่าวส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพโดยรวมของเด็ก^{5,6}

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูงกับการมีฟันน้ำนมผุของเด็กอายุ 5 ปี

Table 3 Compare average mean weight and height with caries of children age 5

ฟันผุ	น้ำหนัก		ส่วนสูง	
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	p-value	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	p-value
ไม่มีฟันผุ	19.6 $\pm$ 5.47		111.2 $\pm$ 5.58	
ผุ 1-4 ซี่	18.8 $\pm$ 4.49	<.001	110.5 $\pm$ 5.61	<.001
ผุมากกว่า 4 ซี่	18.1 $\pm$ 3.93		109.9 $\pm$ 5.32	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกับการมีฟันน้ำนมผุของเด็กอายุ 5 ปี

Table 4 Compare weight and height for age with caries of children age 5

ฟันผุ	น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ จำนวน (ร้อยละ)			
	น้อยกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	มากกว่าเกณฑ์	p-value
ฟันไม่ผุ	85 (15.0)	396 (70.1)	84 (14.9)	
ฟันผุ 1-4 ซี่	185 (19.7)	660 (70.1)	96 (10.2)	<.001
ฟันผุ >4 ซี่	246 (22.0)	792 (70.7)	82 (7.3)	
ฟันผุ	ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ จำนวน (ร้อยละ)			
	เตี้ยกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	สูงกว่าเกณฑ์	p-value
ฟันไม่ผุ	57 (10.1)	444 (78.6)	64 (11.3)	
ฟันผุ 1-4 ซี่	120 (12.8)	743 (79.0)	78 (8.3)	.002
ฟันผุ >4 ซี่	165 (14.7)	883 (78.8)	72 (6.4)	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 5 ปี

ฟันผุ	น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ					
	น้อยกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	OR (95 % CI)	มากกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	OR (95 % CI)
ฟันไม่ผุ	85	396	1	84	396	1
ผุ 1-4 ซี่	185	660	1.3 (0.9-1.7)	96	660	0.7*(0.5-0.9)
ผุมากกว่า 4 ซี่	246	792	1.4*(1.1-1.9)	82	792	0.5*(0.4-0.7)
ฟันผุ	ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ					
	เตี้ยกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	OR (95 % CI)	สูงกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	OR (95 % CI)
ฟันไม่ผุ	57	444	1	64	444	1
ผุ 1-4 ซี่	120	743	1.3 (0.9-1.8)	78	743	0.7 (0.5-1.0)
ผุมากกว่า 4 ซี่	165	883	1.5*(1.1-2.0)	72	883	0.6*(0.4-0.8)

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กไทยอายุ 5 ปี เฉพาะกลุ่มที่มีฟันน้ำนมมากกว่า 4 ซี่ มีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้อยกว่าเด็กที่มีฟันผุ 1-4 ซี่ หรือปราศจากฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบความสัมพันธ์ของฟันน้ำนมกับน้ำหนักและส่วนสูงที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กอย่างชัดเจน^{7,8}

การศึกษาในเด็กบังกลาเทศอายุ 6-12 ปี พบว่าเด็กที่มีฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไปมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ โดยมีค่า OR เท่ากับ 1.6 ในเด็ก 6-8 ปี และ 1.5 ในเด็ก 9-12 ปี ตามลำดับ และยังพบความสัมพันธ์เชิงผกผันของจำนวนฟันผุที่เพิ่มขึ้นกับน้ำหนักตัวตามเกณฑ์อายุที่น้อยลงอีกด้วย⁹

การบูรณะฟันผุช่วยหยุดยั้งไม่ให้รอยโรคฟันผุขยายตัว และฟื้นฟูสภาพฟันผุให้สามารถใช้งานได้ดั้งเดิม มีงานวิจัยที่รายงานว่าหากเด็กได้รับการอุดฟันจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจนทันกันกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ Acs¹⁰ ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเจริญเติบโต (Growth velocity) ของเด็กที่ปราศจากฟันผุกับเด็กที่มีฟันผุรุนแรงก่อนและหลังรักษาภายใต้การดมยา พบว่า ก่อนการรักษาเด็กปกติมี percentile weight ร้อยละ 80 ขณะที่เด็กฟันผุรุนแรงมี percentile weight ร้อยละ 13.7 หลังการรักษาและติดตามเด็กกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเวลา 1.58 และ 1.36 ปี พบว่า กลุ่มเด็กฟันผุมีอัตราเพิ่มของการเติบโตแตกต่างจากก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ไม่พบความแตกต่างของ percentile weight ในเด็กทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษาในเด็กฟิลิปปินส์อายุ 5 ปี พบว่าการรักษาโดยการถอนฟันน้ำนมที่ผุทะลุโพรงประสาท ส่งผลให้เด็กมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 4 เดือน มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ($p < 0.001$)¹¹

แม้ว่าจำนวนเด็กไทยที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ภาวะเด็กปฐมวัยมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของเด็กไทยกลุ่มหนึ่ง การสำรวจสุขภาพเด็กไทยโดยการตรวจสุขภาพในปี 2552 พบว่าเด็กอายุ 1-5 ปีมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 12.7 และเตี้ยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ¹² อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ในเด็กปฐมวัย จึงเป็นช่องทางหนึ่งในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กอย่างบูรณาการ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ ทั้งนี้มีผู้อธิบายว่า ฟันผุน่าจะเป็นสาเหตุของภาวะทุโภชนาการ เนื่องจากทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการกิน ทำให้ขาดสารอาหาร^{10,13} การติดเชื้อจากฟันผุอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโต และการมีฟันผุรุนแรงส่งผลต่อการนอน ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อการเจริญเติบโตของเด็ก⁵ แต่ในทางกลับกันมีผู้อธิบายว่า ในเด็กขาดสารอาหารมีแนวโน้มจะฟันผุจากโครงสร้างฟันที่ไม่สมบูรณ์ (enamel hypoplasia)¹⁴

การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีน้ำหนักเทียบกับอายุ (Weight for Age) มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถแยกแยะการขาดสารอาหารแบบฉับพลันกับการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง¹⁵ นอกจากนี้ เด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกัน จะถูกประเมินน้ำหนักด้วยเกณฑ์เดียวกัน ทำให้ค่าคลาดเคลื่อนได้ ในทางโภชนาการจึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงเป็นดัชนีประเมินอีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้พบว่าเด็กอายุ 5 ปีที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ทั้งน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะทุโภชนาการส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมสุขภาพเด็กจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยบูรณาการร่วมไปกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็ก

2. นอกจากการส่งเสริมและป้องกันโรคแล้ว ทันตบุคลากรควรเพิ่มบทบาทด้านการบูรณะฟันผุในฟันน้ำนม เพื่อให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มเด็ก 5 ปีที่เป็นตัวอย่าง ทันตแพทย์หญิงวรางคนา เวชวิธ ที่สนับสนุนข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ และ ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการจัดทำรายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555 โรงพิมพ์สำนักกึ่งการองค์การทหารผ่านศึก 2556
2. ทรงชัย รุติโสภณกุล อังคณา เขียวมนตรี สุพัชรินทร์ พิวัฒน์ รวี เถียรไพศาล วรธนะ พิธพรชัยกุล อ้อยทิพย์ ชาญการคำ นุชนรี อัครชนैयाกร วัลลภา สงวนวงศ์ สอเหล๊ะ หมดยู่โธ๊ะ รายงานผลการวิจัยการศึกษาระยะยาวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาของฟันและใบหน้าและการเกิดโรคต่างๆในช่องปากของเด็กอายุ 4-5 ขวบ ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา กรกฎาคม 2550 เอกสารอัดสำเนา
3. World Health Organization. Oral Health Surveys : Basic Methods. 4th Ed, 1997
4. ศูนย์อนามัยที่ 5 โปรแกรม Kotchakorn http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/hp_index.php?module=!&file=growth.php
5. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. British Dental Journal Volume 201 No. 10 Nov 25 2006
6. Sheiham A. and Watt R. G. The common risk factor approach : a rational basis for promoting oral health, Community Dentistry and Oral Epidemiology, vol. 28, no. 6, pp. 399-406, 2000.
7. Acs G., Lodolini G., Kaminsky S., and Cisneros G. J. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population, Pediatric Dentistry, vol. 14, no. 5, article 303, 1992.
8. Ayhan H., Suskan E., and Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference, Journal of Clinical Pediatric Dentistry, vol. 20, no. 3, pp. 209-212, 1996.
9. Mishu MP, Hobdell M, Khan MH, Hubbard RM, and Sabbah W. Relationship between Untreated Dental Caries and Weight and Height of 6- to 12-Year-Old Primary School Children in Bangladesh International Journal of Dentistry Volume 2013, Article ID 629675, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/629675>
10. Acs G, Shulman R et al. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. Pediatr Dent 1999; 21: 109-113.
11. Monse B, Duijster D, Sheiham A, Grijalva-Eternod CS, van Palenstein Helderma W., Hobdell MH. The effects of extraction of pulpally involved primary teeth on weight, height and BMI in underweight Filipino children. A cluster randomized clinical trial. BMC Public Health. 2012 Aug 31;12:725. doi: 10.1186/1471-2458-12-725.
12. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (สุขภาพเด็ก) <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report5.php> เข้าถึงข้อมูลวันที่ 11 มีนาคม 2559
13. Uauy R., Kain J., Mericq V., Rojas J., and Corval C. Nutrition, child growth and chronic disease prevention, Annals of Medicine, vol. 40, no. 1, pp. 11-20, 2008.
14. Kanchanakamol U., Tuongrataphan S., and et al. Prevalence of developmental enamel defects and dental caries in rural pre-school Thai children. Community Dental Health, vol. 13, no. 4, pp. 204-207, 1996.
15. ลัดดา เหมะสุวรรณ ภาวะโภชนาการของเด็ก การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ใน วิชัย เอกพลกร บรรณาธิการ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 สุขภาพเด็ก 2552 <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report6.pdf>

The relationship between dental caries and nutritional status of 5-years-old Thai children

Kanya Boontham* *D.D.S., M.P.H.*

Srisuda Leelasithon* *D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)*

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between dental caries and nutritional status of 5-years-old Thai children. The analysis used data from the 7th National Oral Health survey in 2012. Sampling from 4 regions, 4 provinces per regions, include Bangkok. Total number was 17 provinces. The status of dental caries was investigated by using World Health Organization criteria and recorded as the total number of teeth. For nutritional status, weight and height for age of each child were assessed and interpreted with the criterion defined by Bureau of Nutrition, Department of Health. This study operated between December 2015 and March 2016. The results showed 78.5 percent of 2,626 children had dental caries, 35.8 percent had dental caries 1-4 teeth and 42.7 percent had dental caries more than 4 teeth. Nutritional status which measured by weight for age found that these 5-years-old children were under, normal and over weight 19.6%, 70% and 10% respectively. In addition, the height for age measurement showed that the prevalence of short stature, normal height and tall stature were 13.0%, 78.8% and 3.4% respectively. Children having dental caries more than 4 teeth had average weight and height significantly less than children having dental caries 1-4 teeth or having caries free ($p < .001$). Moreover, children having dental caries more than 4 teeth could be 1.4 times less weight than caries-free children ($OR = 1.4$, 95% CI 1.1-1.9) and 1.5 times shorter than caries-free children ($OR = 1.5$ 95% CI 1.1-2.0).

Keywords: *dental caries / nutritional status / 5-years-old children*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

ประสิทธิผลของการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ ต่อสภาวะทันตสุขภาพ ของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

วิดา ล้อมทอง* ทบ. สม.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสังเกตไปข้างหน้าแบบไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินประสิทธิผลการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
อย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เปรียบเทียบระหว่าง
นักเรียนในโรงเรียนที่แปรงฟันเป็นระบบต่อเนื่อง 4 แห่งกับไม่ต่อเนื่อง 4 แห่ง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลการตรวจสภาวะ
ทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2552 จากโปรแกรมยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดีเป็นข้อมูลพื้นฐาน
เปรียบเทียบกับผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพและผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมการแปรงฟันและการบริโภคของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2557 โดยใช้สถิติ Chi-square และ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา
พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เมื่ออยู่ชั้นประถมปีที่ 6 กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดต่ำกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 0.23 และ 0.74 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ $p=0.03$) ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดภายในกลุ่มเดียวกัน
ขณะอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เปรียบเทียบกับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม (กลุ่ม
แปรงฟันเป็นระบบ $p=0.043$ กลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบ $p=0.003$) ค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมการ
บริโภคและการแปรงฟันไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าการควบคุมกิจกรรมการแปรงหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ ยังคง
พบเด็กมีฟันผุเพิ่มขึ้น แต่มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน พฤติกรรมการบริโภค สภาวะทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา

บทนำ

ฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลสามชุก ได้ดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ.2531¹ กิจกรรมหลักคือตรวจฟันนักเรียน ให้ทันตศึกษา และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จากการนิเทศติดตามกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันพบว่าโรงเรียนมากกว่าครึ่งไม่มีการแปรงฟัน ในขณะที่บางแห่งนักเรียนแปรงเอง แปรงไม่พร้อมกัน ไม่มีผู้ควบคุมดูแล นักเรียนแปรงฟันไม่ถูกวิธี และเวลาที่แปรงไม่ถึง 2-3 นาทีตามคำแนะนำ

การศึกษาเชิงทดลองของ M.M.T. Curnow และคณะ² เพื่อดูผลของการมีผู้ควบคุมดูแลการแปรงฟันทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน โดยที่แม่ได้รับการฝึกให้ดูแลการแปรงฟันที่บ้าน และใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 1000 ppm เป็นเวลาต่อเนื่อง 2 ปี พบว่าลดการเพิ่มขึ้นของฟันผุในฟันกรามแท้ที่ 1 ในเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเกี่ยวกับวิธีและเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันของ C. Ganss และคณะ³ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 103 ราย แปรงฟันด้วยวิธีหมุนวน (circling) ร้อยละ 73.8 แปรงแนวนอนและถูไปมา (horizontal/scrubbing) ร้อยละ 8.7 แปรงแนวนอนและหมุนวน (horizontal/circling) ร้อยละ 13.6 แปรงแนวตั้งเคลื่อนไหวกว้างๆ (vertical/sweeping movements) ร้อยละ 3.9 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างแปรงด้วยวิธีขยับปิด (Modified Bass technique) เวลาที่ใช้ในการแปรงฟันเฉลี่ย 96.6 วินาที ซึ่งน้อยกว่าที่แนะนำ

Poyato-Ferrera M และคณะ⁴ ได้ศึกษาทดลองเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกแปรงฟันด้วยวิธี Modified Bass technique กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกแปรง โดยให้แปรงฟันตามปกติธรรมดา ให้แปรง 2 ครั้งต่อวัน ใช้เวลา 3 นาที เป็นเวลาต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ พบว่าวิธี Modified Bass technique กำจัดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ดีกว่า และฟันตำแหน่งด้านลิ้นพบว่าคราบจุลินทรีย์ลดลงได้ 2.9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกแปรงฟัน

ปีการศึกษา 2552 โรงพยาบาลสามชุกได้เริ่มดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ (systematic tooth brushing program) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1.จัดอบรมฝึกทักษะการแปรงฟันด้วยวิธีขยับปิดให้แก่แก่นักเรียนแกนนำทุกคน 2.จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันโดยนักเรียนทุกคนแปรงฟันโดยพร้อมเพรียงกันเมื่อมีสัญญาณดังขึ้น 3.ครูหรือแกนนำนักเรียนเป็นผู้ควบคุมการแปรงฟันโดยเปิดสื่อบันทึกเสียง

ที่จัดทำ มีเนื้อหาบรรยายตำแหน่งวางแปรงและจังหวะการขยับและปิดทุกตำแหน่งทั่วทั้งปากเวลารวม 4 นาที ทำให้แปรงได้อย่างทั่วถึงทุกซี่และได้เวลาที่เหมาะสม

โรงเรียน 8 แห่งซึ่งเป็นเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีได้เริ่มดำเนินการ (โรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี หมายถึงโรงเรียนที่มีการรวมตัวในรูปของเครือข่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเสริมพลังในการทำงานส่งเสริมสุขภาพของภาคีต่างๆในการทำให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายผลให้เกิดแนวทางการจัดกิจกรรมในโรงเรียนอื่นๆให้สามารถเกิดการพัฒนาได้อย่างกว้างขวาง โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระบบพี่เลี้ยงในการทำงาน) โดยในปีต่อมาได้ขยายกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบนี้เป็น 27 แห่ง

จากการนิเทศติดตามกิจกรรมการแปรงฟันเป็นประจำทุกปี โดยใช้วิธีการซักถามครู นักเรียนและการสังเกตพบว่าโรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดีที่เริ่มต้นมี 4 แห่งที่มีการแปรงฟันอย่างเป็นระบบ ขณะที่อีก 4 แห่งแปรงฟันอย่างไม่เป็นระบบ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ ต้องการประเมินประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่แปรงฟันเป็นระบบกับกลุ่มที่แปรงฟันไม่เป็นระบบ นำผลการศึกษาไปพัฒนากิจกรรมแปรงฟันให้มีประสิทธิภาพและขยายกิจกรรมในโรงเรียน รวมถึงกลุ่มอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงสังเกตไปข้างหน้าแบบไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Non-randomized longitudinal study cohort design)

ประชากรคือ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2557 ซึ่งอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เมื่อปีการศึกษา 2552 ในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2557 ที่เรียนในโรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ซึ่งดำเนินโครงการแปรงฟันอย่างเป็นระบบและจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งที่โรงเรียนอย่างต่อเนื่องระหว่างปี 2552-2557 แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มโรงเรียน 4 แห่งที่จัดกิจกรรมแปรงฟันอย่างเป็นระบบ (Systematic tooth brushing หรือ S) และกลุ่มโรงเรียน 4 แห่งที่จัดกิจกรรมแปรงฟันอย่างไม่เป็นระบบ (Non systematic tooth brushing หรือ NS)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลผลการตรวจฟันของกลุ่มตัวอย่าง ขณะอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2552 ใช้ข้อมูลจากโปรแกรมยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี

2. แบบสัมภาษณ์ แบบตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2557

2.1 แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับเลขประจำตัวประชาชน ชื่อ-สกุล เพศ อายุ โรงเรียน ที่อยู่

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรแปรงฟันและการรับประทานอาหารตามคู่มือเกณฑ์การเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข⁵

2.2 แบบตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพ

(1) แบบบันทึกการตรวจฟัน จำแนกเป็น

ฟันผุคือฟันที่มีรูผุที่ด้านใดด้านหนึ่งบนฟันหรือเป็นฟันผุที่กินลึกเข้าไปใต้เคลือบฟันมีพื้นหรือผุมนั้ม

ฟันผุคือฟันที่บูรณะแล้วอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยมีรูปร่างลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงฟันเดิม

ฟันที่ถูกถอนคือช่องว่างที่เกิดขึ้นจากที่เคยมีฟันปรากฏ

(2) แบบบันทึกการตรวจสอบภาวะเหงือกอักเสบ ใช้ดัชนีสภาวะเหงือกอักเสบของ Loe and Sillness

พิจารณาการอักเสบของเหงือกและภาวะเลือดออกเมื่อใช้ Probe เป็นเครื่องมือกระตุ้นวิธีการวัดคือแบ่งขอบเหงือกรอบฟันเป็น 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ขอบเหงือกชอกฟันด้านแก้มใกล้กลาง ขอบเหงือกด้านแก้ม ขอบเหงือกชอกฟันด้านหลังใกล้กลาง และขอบเหงือกด้านหลังของฟัน 6 ซี่ คือ 12, 16, 24, 32, 36, 44 สำหรับการวิจัยนี้ยกเว้นฟันที่ขึ้นบางส่วน (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 2 ของตัวฟัน) และฟันที่ยกมากกว่าระดับ 2 โดยมีเกณฑ์วัดให้คะแนนดังนี้

0 = เหงือกปกติ

1 = เหงือกอักเสบเล็กน้อยไม่พบภาวะเลือดออกเมื่อใช้โพรบเป็นเครื่องมือกระตุ้น

2 = เหงือกอักเสบปานกลางโดยพบภาวะเลือดออกเมื่อใช้โพรบเป็นเครื่องมือกระตุ้น

3 = เหงือกอักเสบมาก อาจพบเหงือกแดงเป็นแผล พบภาวะเลือดออกได้เองโดยไม่ได้กระตุ้น

นำคะแนนทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนด้านได้ค่าเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบ (mean gingival index)

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบ

2.1-3.0 = เหงือกอักเสบมาก

1.1-2.0 = เหงือกอักเสบปานกลาง

0.1-1.0 = เหงือกอักเสบเล็กน้อย

<0.1 = เหงือกปกติ

3. เครื่องมือตรวจช่องปาก ประกอบด้วย กระบอกสองปาก ที่เขี่ยหารูผุ periodontal probe

การเก็บข้อมูล

1. สัมภาษณ์พฤติกรรมกรแปรงฟันและความถี่ในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยซักถามทีละข้อ

2. ตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจและทันตแพทย์อีก 1 คนเป็นผู้บันทึก

3. การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และทันตแพทย์อีก 1 คนเป็นผู้บันทึก

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square และ t-test ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เดิมมี 96 คน แต่เนื่องจากมีการย้ายโรงเรียนจึงเหลือกลุ่มที่ศึกษา 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมแปรงฟันอย่างเป็นระบบ (Systematic tooth brushing หรือ S) 31 คน และกลุ่มที่แปรงฟันอย่างไม่เป็นระบบ (Non systematic tooth brushing หรือ NS) 38 คน

กลุ่มแปรงเป็นระบบเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีฟันผุถอนอุด 0.10 ซี่ต่อคน และเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีฟันผุถอนอุด 0.23 ซี่ต่อคน กลุ่มแปรงไม่เป็นระบบเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีฟันผุถอนอุด 0.08 ซี่ต่อคน และเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีฟันผุถอนอุด 0.74 ซี่ต่อคน (ตาราง 1)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดภายในกลุ่มเดียวกันขณะอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 กับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม (ตาราง 2)

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 กลุ่มแปรงเป็นระบบมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่ากลุ่มแปรงไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3)

ค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบของกลุ่มแปรงเป็นระบบต่ำกว่ากลุ่มแปรงไม่เป็นระบบ โดยทั้งสองกลุ่มมีสภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในช่วง 0.04-0.40 คืออยู่ในระดับอักเสบเล็กน้อย (ตาราง 4) แต่เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตาราง 5)

ตารางที่ 1 สภาวะโรคฟันผุของนักเรียน ตามโรงเรียนและกลุ่มแปรงเป็นระบบและแปรงไม่เป็นระบบ

Table 1 Dental status of students by school and group

กลุ่ม	โรงเรียน	จำนวน (คน)	ประถมศึกษาปีที่ 1/2552				ประถมศึกษาปีที่ 6/2557			
			ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (ชีต่อคน)	ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (คน/ชี)	ฟันผุ (ชีต่อคน)
แปรง เป็นระบบ	S1.	9	2/3	0/0	0/0	0.33	2/3	0/0	0/0	0.33
	S2.	8	0/0	0/0	0/0	0.00	0/0	0/0	1/1	0.12
	S3.	9	0/0	0/0	0/0	0.00	2/2	0/0	0/0	0.22
	S4.	5	0/0	0/0	0/0	0.00	0/0	0/0	1/1	0.20
	รวม	31	2/3	0/0	0/0	0.10	4/5	0/0	2/2	0.23
แปรงไม่ เป็นระบบ	NS5.	12	1/1	0/0	0/0	0.08	6/10	0/0	1/1	0.92
	NS6.	6	0/0	0/0	0/0	0.00	1/1	0/0	0/0	0.17
	NS7.	12	2/2	0/0	0/0	0.17	5/7	0/0	0/0	0.58
	NS8.	8	0/0	0/0	0/0	0.00	2/5	0/0	1/4	1.13
	รวม	38	3/3	0/0	0/0	0.08	14/23	0/0	2/5	0.74

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดของนักเรียน ตามกลุ่มแปรงเป็นระบบและแปรงไม่เป็นระบบ

Table 2 DMFT of students by group

กลุ่ม	ประถมศึกษาปีที่ 1/2552 ฟันผุถอนอุด (ชีต่อคน)	ประถมศึกษาปีที่ 6/2557 ฟันผุถอนอุด (ชีต่อคน)	p-value
แปรงเป็นระบบ*	0.10	0.23	0.043
แปรงไม่เป็นระบบ*	0.08	0.74	0.003

*Paired t-test

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดและค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้นของนักเรียนตามกลุ่มแปรงเป็นระบบ และแปรงไม่
เป็นระบบ

Table 3 DMFT and incremental DMFT of students by group

ดัชนี	ชั้น	แปรงเป็นระบบ	แปรงไม่เป็นระบบ	p-value
DMFT (ชี/คน)*	ป.1/2552	0.10	0.08	0.83
	ป.6/2557	0.23	0.74	0.03
DMFT increment*		0.13	0.66	0.02

*t-tests

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จะได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรกได้แก่ ฟันซี่ 16, 26, 36, 46 ตามความจำเป็น โดยกลุ่มที่แปรงฟันอย่างเป็นระบบมีฟันกรามแท้ซี่แรกจำนวน 124 ที่ ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันจำนวน 92 ที่ คิดเป็นร้อยละ 74.2 ซึ่งตรวจพบฟันผุเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ที่ คิดเป็นร้อยละ 2.2 กลุ่มที่แปรงฟันอย่างไม่เป็นระบบมีฟันกรามแท้ซี่แรก

จำนวน 152 ที่ ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันจำนวน 132 ที่ คิดเป็นร้อยละ 86.8 ซึ่งตรวจพบฟันผุเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 8 ที่ คิดเป็นร้อยละ 6.1 (ตาราง 6)

ความถี่ของการรับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุแต่ละประเภทไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม (ตาราง 7)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบของนักเรียน ตามโรงเรียนและกลุ่มแปรงเป็นระบบและแปรงไม่เป็นระบบ

Table 4 Mean gingival of students by school and group

แปรง เป็นระบบ	จำนวน (คน)	mean gingival index	แปรงไม่ เป็นระบบ	จำนวน (คน)	mean gingival index
S1.	9	0.10	NS5.	12	0.25
S2.	8	0.22	NS6.	6	0.40
S3.	9	0.21	NS7.	12	0.26
S4.	5	0.04	NS8.	8	0.13
รวม	31	0.15	รวม	38	0.25

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบของนักเรียนกลุ่มแปรงเป็นระบบกับแปรงไม่เป็นระบบ

Table 5 Compared mean gingival index between systematic tooth brushing and non systematic tooth brushing group

ดัชนี	แปรงเป็นระบบ	แปรงไม่เป็นระบบ	p-value
ค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบ*	0.15	0.25	0.06

*t-test

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของฟันกรามซี่แรกที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันและฟันที่เคลือบแล้ว

Table 6 Number and percentage of sealed first molar teeth and sealed decay teeth

ฟัน กราม หลัง	กลุ่มแปรงเป็นระบบจำนวน 31 คน		กลุ่มแปรงไม่เป็นระบบจำนวน 38 คน	
	จำนวนฟันที่ได้รับ การเคลือบหลุมร่อง ฟัน (ร้อยละ)	จำนวนซี่ฟันที่ได้รับ การเคลือบหลุมร่อง ฟันแล้ว (ร้อยละ)	จำนวนฟันที่ได้รับ การเคลือบหลุมร่อง ฟัน (ร้อยละ)	จำนวนซี่ฟันที่ได้รับ การเคลือบหลุมร่อง ฟันแล้ว (ร้อยละ)
16	24(77.4)	0(0)	33(86.8)	1(3.0)
26	24(77.4)	1(4.2)	34(89.5)	1(2.9)
36	21(67.7)	1(4.8)	33(86.8)	4(12.1)
46	23(74.2)	0(0)	32(84.2)	2(6.2)
รวม	92(74.2)	2(2.2)	132(86.8)	8(6.1)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อวันที่นักเรียนกินขนม/เครื่องดื่ม/ลูกอมระหว่างมื้อ ตามกลุ่มแปรงเป็นระบบและกลุ่มแปรงไม่เป็นระบบ

Table 7 Mean frequency of eat or drink (times/day) in students by group

ประเภทอาหาร	แปรงเป็นระบบ ค่าเฉลี่ยครั้งต่อวัน(SD)	แปรงไม่เป็นระบบ ค่าเฉลี่ยครั้งต่อวัน(SD)	p-value
เด็กกินขนม/เครื่องดื่ม/ลูกอมระหว่างมื้อ*	1.3(0.2)	1.3(1.4)	0.950
เด็กดื่มน้ำหวาน*	0.6(1.0)	1.9(7.0)	0.342
เด็กดื่มน้ำอัดลม*	1.3 (1.1)	0.9(0.9)	0.218
เด็กกินขนมกรุบกรอบ*	1.7(1.2)	1.8(1.4)	0.794
เด็กกินลูกอม*	1.6(2.3)	1.4(2.4)	0.738

*t-test

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มแต่ละประเภท ลูกอม รวมทั้งพฤติกรรม การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและก่อนนอนของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 8)

บทวิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนคนเดิมจาก

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีทั้งสิ้น 96 คน แต่การ ศึกษาครั้งนี้ต้องการติดตามในนักเรียนคนเดิมทำให้กลุ่ม ตัวอย่างชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ลดลงเหลือ 69 คน จาก การย้ายโรงเรียน การตรวจฟันทำโดยทันตแพทย์เพียงคน เดียว ไม่ได้ทำ intra-calibrationการสัมภาษณ์พฤติกรรม การกินและแปรงฟันโดยถามตรงอาจเกิดอคติของข้อมูล (information bias) นักเรียนไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีพฤติกรรมการบริโภคและการแปรงฟัน ตามกลุ่มแปรงเป็นระบบและ กลุ่มแปรงไม่เป็นระบบ

Table 8 Number and percentage of eating behaviors and brushing behaviors in students by group

พฤติกรรม	แปรงเป็นระบบ จำนวน (ร้อยละ)	แปรงไม่เป็นระบบ จำนวน (ร้อยละ)	p- value
เด็กกินขนม/เครื่องดื่ม/ลูกอมระหว่างมื้อ*			
ไม่กิน	5(18.5)	13(37.1)	0.109
กิน	22(81.5)	22(62.9)	
เด็กกินขนมกรุบกรอบ**			
ไม่กิน	2(7.4)	4(11.4)	0.689
กิน	25(92.6)	31(88.6)	
เด็กดื่มน้ำหวาน*			
ไม่ดื่ม	17(63.0)	13(39.4)	0.069
ดื่ม	10(37.0)	20(60.6)	
เด็กดื่มน้ำอัดลม*			
ไม่ดื่ม	8(29.6)	12(34.3)	0.697
ดื่ม	19(70.4)	23(65.7)	
เด็กกินลูกอม*			
ไม่กิน	14(51.9)	20(57.1)	0.678
กิน	13(48.1)	15(42.9)	
เด็กดื่มน้ำหวานมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์**			
ไม่ใช่	23(85.2)	29(82.9)	0.544
ใช่	4(14.8)	1(17.1)	
เด็กดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์*			
น้อยกว่า 3 ครั้ง	18(66.7)	28(80.0)	0.234
3 ครั้งขึ้นไป	9(33.3)	7(20.0)	
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน*			
แปรง	13(48.1)	19(54.3)	0.632
ไม่แปรง	14(51.9)	16(45.7)	
แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน**			
แปรง	27(100.0)	32(94.1)	0.498
ไม่แปรง	0(0.0)	2(5.9)	

*Chi-square test / **Fisher's exact test

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ควรให้เด็กบันทึกรายการอาหารที่รับประทานเป็นรายวันหรือให้ตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องใส่ชื่อ

จากผลการศึกษานักเรียนที่อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด ไม่แตกต่างกัน ($P=0.83$) นักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุดต่ำกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบ อย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 0.23 และ 0.74 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ $p=0.03$) ทั้งสองกลุ่มนี้มีฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่ต่ำกว่าผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ⁶ และผลการสำรวจในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.3 ซึ่งต่อคน และ 0.9 ซึ่งต่อคน

ผลติดตามนักเรียนคนเดิมจากชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ไปชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้น (incremental DMFT) 0.13 ซึ่งต่อคน น้อยกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้น 0.66 ซึ่งต่อคน ($p=0.02$) ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดภายในกลุ่มเดียวกันขณะอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เปรียบเทียบกับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ $p=0.043$ กลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบ $p=0.003$) การควบคุมกิจกรรมการแปรงหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญ แต่ถึงแม้จะแปรงฟันอย่างเป็นระบบก็ยังมีฟันผุเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าต้องพัฒนากิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้มั่นใจได้ว่าเด็กทุกคนสามารถแปรงฟันถูกวิธี สะอาดทั่วถึงทุกบริเวณ เพิ่มความถี่ในการประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันโดยใช้สีย้อมฟันร่วมด้วยเพื่อให้เด็กทราบว่าตำแหน่งใดแปรงไม่สะอาด จากการศึกษาของนภาและคณะ⁷ พบว่าการมองเห็นการติดสีคราบจุลินทรีย์เพิ่มความสามารถในการแปรงฟันด้วยตนเองของเด็กชั้นประถมศึกษาโดยรวมทั้งปาก โดยเฉพาะในตำแหน่ง ฟันหน้า ฟันล่าง ด้านแก้ม และใกล้ขอบเหงือก

ในส่วนค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบทั้งสองกลุ่มมีสถานะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับอักเสบเล็กน้อย กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ 0.15 ต่ำกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบมีค่าที่ 0.25 แต่ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุและเหงือกอักเสบของVellore Kannan Gopinath และคณะ⁸ พบการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบ

จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันกลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ แปรงหลังอาหารกลางวันร้อยละ 100.0 กลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบแปรงร้อยละ 94.1 ซึ่งสูงกว่าผลสำรวจระดับประเทศ⁶ ที่แปรงเพียงร้อยละ 17.8 แต่เด็กเพียงครึ่งหนึ่งของทั้งสองกลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอน (ร้อยละ 48.1 และ 54.3) สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ⁶ ที่พบว่าเด็กในชนบทมีความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 48.1 เห็นได้ว่าแม้นักเรียนจะมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนเป็นประจำ แต่ไม่ส่งผลให้เกิดนิสัยในการแปรงฟันก่อนนอนที่บ้าน มีการศึกษาพบว่าเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อจำนวนครั้งในการแปรงฟัน⁹ พฤติกรรมนี้ต้องแก้ไขในระดับครอบครัวต่อไป

นอกจากนี้ปัจจัยร่วมในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุคือการได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มแปรงฟันเป็นระบบ ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันจำนวน 92 ซึ่งร้อยละ 74.2 กลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบ 132 ซึ่ง ร้อยละ 86.8 เมื่อจำแนกรายชื่อ พบว่าร้อยละการเคลือบหลุมร่องฟันของกลุ่มแปรงฟันเป็นระบบน้อยกว่ากลุ่มแปรงฟันไม่เป็นระบบทั้ง 4 ซึ่ง แม้พื้นที่เคลือบหลุมร่องฟันแล้วก็ตามพบว่าในทั้งสองกลุ่มซึ่งประเด็นนี้ต้องติดตามในเรื่องเทคนิคการเคลือบหลุมร่องฟันต่อไป

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุพบว่าบริโภคค่อนข้างมากในทั้งสองกลุ่มซึ่งจากหลายการศึกษาพบว่าความถี่ในการบริโภคอาหาร การบริโภคระหว่างมื้ออาหาร เครื่องดื่มรสหวาน สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ¹⁰⁻¹³ จึงต้องมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การแปรงฟันในโรงเรียนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องโดยการเปิดเสียงบรรยายตำแหน่งวางแปรงและจังหวะการขยับและปิดทุกตำแหน่ง ช่วยให้นักเรียนทุกคนแปรงฟันได้ถูกวิธีทั่วทั้งปากด้วยเวลาที่เหมาะสม มีผู้ควบคุมดูแล แม้ว่าจะยังพบฟันผุเพิ่มขึ้น แต่อัตราเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่แปรงฟันไม่เป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรให้โรงเรียนประถมศึกษามีการแปรงฟันอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง

2. การแปรงฟันในโรงเรียนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องอาจจะไม่มีผลต่อการแปรงฟันก่อนนอน ซึ่งต้องอาศัย

ความร่วมมือจากผู้ปกครองที่บ้าน ควรมีกิจกรรมรวมทั้งกลไกที่ทำการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง นักเรียน และครู

3. ควรพัฒนาเรื่องการประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันเพิ่มขึ้น โดยบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องให้การสนับสนุนทั้งการเสริมทักษะการแปรงฟันให้นักเรียน เยี่ยมติดตามกิจกรรมการแปรงฟันอย่างต่อเนื่องเพื่อทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดกิจกรรม ให้การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสม

4. นอกจากการแปรงฟันในโรงเรียนอย่างเป็นทางการ ระบบต่อเนื่องควรต้องมีการควบคุมกำกับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณคณะครู นักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โครงการอบรมเขียนบทความวิชาการด้านสุขภาพช่องปาก 2558 ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม และ ทพญ.ศรีสุตา ลีละศิธร สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ.2530-2534. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลทันตสาธารณสุขผ่านศึก; 2534.
2. Curnow MM, Pine CM, Burnside G, Nicholson JA, Chesters RK, Huntington E. A randomized controlled trial of the efficacy of supervised tooth brushing in high-caries-risk children. *Caries Res* 2002 Jul-Aug;36(4):294-300.
3. Ganss C, Schlueter N, Preiss S, Klimek J. Tooth brushing habits in uninstructed adults frequency, technique, duration and force. *Clin Oral Investig* 2009 Jun;13(2):203-8.
4. Poyato-Ferrera M, Segura-Egea JJ, Bullon-Fernandez P. Comparison of modified Bass technique with normal tooth brushing practices for efficacy in supra gingival plaque removal. *Int J Dent Hyg*2003;1:110-4.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประชาชนไทยระดับจังหวัด พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลทันตสาธารณสุขผ่านศึก; 2557.
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลทันตสาธารณสุขผ่านศึก; 2556.
7. Chounchaisithi N, Santiwong B, Sutthavong S, Asvanit P. Use of a disclosed plaque visualization technique improved the self-performed, tooth brushing ability of primary schoolchildren. *J Med Assoc Thai* 2014 Feb;97 Suppl 2:s88-95.
8. Gopinath VK, Rahman B, Awad MA. Assessment of gingival health among school children in Sharjah, United Arab Emirates. *Eur J Dent*. 2015 Jan-Mar;(9):36-40.
9. Levin KA, Currie C. Adolescent tooth brushing and the home environment ; socio demographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010 Feb;38(1):10-8.
10. Punitha VC, Amudhan A, Sivaprakasam P, Rathanaprabu V. Role of dietary habits and diet in caries occurrence and severity among urban adolescent school children. *Pharm Bioallied Sci* 2015 Apr;7(suppl1):s296-300.
11. Beighton D, Adamson A, Rugg-Gunn A. Associations between dietary intake, dental caries experience and salivary bacterial levels in 12-year-old English schoolchildren. *Arch Oral Biol* 1996 Mar;41(3):271-80.
12. Bernabe E, Vehkalahti MM, Sheiham A, Aromaa A, Suominen AL. Sugar-sweetened beverages and dental caries in adults:A 4-year prospective study. *J Dent* 2014 Aug;42(8):952-8.
13. Armfield JM, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, Plastow K. Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dentalcaries in Australian children. *Am J Public Health* 2013 Mar;103(3):494-500.

The effectiveness of systematic tooth brushing program on oral health status among primary school students in Samchuk district Suphanburi province

Viyada Lomthong* D.D.S., M.P.H.

Abstract

The aim of this non-randomized longitudinal study cohort design was to evaluate the effectiveness of systematic tooth brushing program on oral health status among primary school students in Samchuk district, Suphanburi province. The comparison of oral health status and behavior of students among 4 schools of systematic tooth brushing program (S-group) and 4 schools of non-systematic tooth brushing program (NS-group) was done by using oral health status data from sealant program, Yimsodsai Dek Thai Fundee project. Oral health data of first grade students in 2009 were used as a baseline data compared to oral health status of the same student when they were at sixth grade in 2014. Analysis was done by using Chi-square analysis and independent t-test at 95% CI. Result showed that there were no statistically differences in DMFT between S-group and NS-groups at the baseline. By follow until grade sixth, the DMFT was significantly lower in the S-group than NS- group (DMFT=0.23 and 0.74 respectively, $p=0.03$). The incremental DMFT was significantly increased in both groups ($p=0.043$ in S-group, $p=0.003$ in NS-group). Mean gingival index, tooth brushing habit and sugar consumption behaviors were not difference. In conclusion, although there were DMFT increments in both groups, the incremental DMFT in S-group was significantly less increased than in NS-group.

Keywords : *systematic tooth brushing program, consumption behavior, oral health status among primary school students*

*Dental Public Health Department, Samchuk hospital, Suphanburi province

สภาวะอนามัยช่องปากของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ภายหลังการใช้แบบประเมินความสะอาด
ของฟันหน้าด้วยตนเอง
อำเภอท่ามะกา
จังหวัดกาญจนบุรี

ลักขณา กิตติวิโรดม* ทบ.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนดัชนีพีเอชพีระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองที่สามารถประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเองกับนักเรียนกลุ่มควบคุม กลุ่มศึกษาคือนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุ 12-15 ปี จาก 2 โรงเรียน ในเขตเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี นักเรียนทุกคนที่เข้าร่วมได้รับตรวจฟัน ขูดฟัน ชูดหินน้ำลายและขัดฟันในวันเริ่มทำการวิจัย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกให้ส่องกระจกส่องหน้าตรวจความสะอาดภายหลังการแปรงฟัน เพื่อการประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเอง ติดตามผลคะแนนดัชนีพีเอชพีในระยะเวลา 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ ดำเนินการช่วงปีการศึกษา 2556 ผลการศึกษา กลุ่มศึกษาทั้งหมด 66 คน เพศชายร้อยละ 51.5 เพศหญิงร้อยละ 48.5 กลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 31 คน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีพีเอชพีในเดือนที่ 2 และ 4 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีพีเอชพีทั้งปากของกลุ่มทดลองที่ช่วงเวลา 2, 4 และ 6 เดือน เท่ากับ 2.34 ± 0.44 , 3.39 ± 0.37 และ 3.42 ± 0.55 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.10 ± 0.55 , 3.45 ± 0.55 และ 3.46 ± 0.44 ตามลำดับ

คำสำคัญ : นักเรียนมัธยมศึกษา การประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีพีเอชพี

บทนำ

โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนและเยาวชนยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการสำรวจสภาวะช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555¹ พบเด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์ฟันแท้ผุร้อยละ 52.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.3 ซึ่งต่อคนเป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 29.1 สภาวะปริทันต์มีเหงือกอักเสบ เลือดออกร้อยละ 50.3 ส่วนเด็กอายุ 15 ปี มีประสบการณ์โรคฟันแท้ผุร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซึ่งต่อคน เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 36.0 สภาวะปริทันต์มีเหงือกอักเสบ เลือดออกร้อยละ 53.6 เด็กอายุ 12 ปี และ 15 ปี แปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 57.8 และ 71.5 ตามลำดับ ร้อยละ 9.5 ไม่เคยแปรงฟันก่อนนอนเลย เด็กชนบทแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอที่น้อยที่สุด

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2556² พบเด็กอายุ 12 ปีและ 15 ปี มีประสบการณ์ฟันแท้ผุ ร้อยละ 36.5 และ 52.4 ตามลำดับ สภาวะปริทันต์มีเหงือกอักเสบ เลือดออกร้อยละ 26.8 และ 35.1

ช่วงวัยรุ่น มีความสำคัญในการปลูกฝังพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก อันจะส่งผลให้เด็กมีแนวโน้มที่จะรักษาภาวะอนามัยช่องปากของตนเองด้วยการแปรงฟันตลอดชีวิต³ การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากตนเอง โดยการแปรงฟันให้สะอาด เป็นการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบที่มีประสิทธิภาพที่ยาววิธีหนึ่ง⁴⁻⁵ การศึกษาของ Sarvia และคณะ⁶ พบว่าการส่องกระจกขณะแปรงฟัน ช่วยเพิ่มทักษะในการวางแปรง การแปรงฟันทั่วทุกตำแหน่ง และการแปรงในตำแหน่งที่เข้าถึงยาก ส่งผลให้ความสามารถในการแปรงฟันของเด็กเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้ทดลองให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่สามารถประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเองร่วมกับการแปรงฟัน จะมีสภาวะอนามัยช่องปากที่แตกต่างกับนักเรียนที่ไม่สามารถหรือไม่ วัดความแตกต่างที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ชนิดมีกลุ่มควบคุม เลือกโรงเรียนแบบเฉพาะเจาะจงจากเขตเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่นที่มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน 2 โรงเรียน จับฉลากแบ่งโรงเรียนออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างคือ 70 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุ 12-15 ปี ที่สมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ไม่มีความพิการทางร่างกายและสติปัญญา สายตาปกติหรือได้รับการแก้ไขสายตาโดยใช้แว่นตา ไม่มีฟันซ้อนเกรุนแรง และไม่อยู่ในระหว่างการจัดฟัน มีฟันแท้ในแต่ละส่วน (sextant) ไม่น้อยกว่า 2 ซี่ และไม่พบรูผุ (cavitated caries)

วัดสภาวะอนามัยช่องปากโดยใช้เกณฑ์ดัชนีพีเอชพีที่พัฒนามาจากดัชนีอนามัยช่องปากอย่างง่ายของกรีนและเวอมิลเลียน⁷ ทันตแพทย์ 1 คนเป็นผู้ตรวจ ทดสอบความเที่ยงตรงของการตรวจในนักเรียน 10 คน ได้ค่าสถิติแคปปา .082 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก⁸

ขั้นตอนการศึกษา

ครั้งที่ 1 กลุ่มศึกษาได้รับการย้อมคราบจุลินทรีย์ฟันทุกซี่ ทุกด้านด้วยสารละลายอีโรโทรซิน บันทึกค่าคะแนนดัชนีพีเอชพี ขูดหินน้ำลาย และขัดฟันด้วยผงขัดฟิวมิส

ครั้งที่ 2 นัด 1 เดือนจากครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองได้รับการย้อมคราบจุลินทรีย์บนฟัน ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการใช้กระจกส่องหน้าขนาด 15*15 เซนติเมตร ตรวจฟัน และใช้ดินสอสีระบายสีแดงบนภาพฟันหน้าที่มีการติดสีลงในแบบประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การตรวจดัชนีพีเอชพีของ Podshadley และ Haley⁹ โดยแบ่งฟันผิวด้านออกเป็นสองส่วนตามแนวขวาง (horizontal) บันทึกผลรวมคะแนนการติดสีของฟันดัชนีทุกซี่ และสรุปคะแนนว่าอยู่ในระดับดี พอใช้ หรือควรปรับปรุง แล้วแจกแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แปรงฟันโดยใช้กระจกส่อง ทันตแพทย์ผู้สอนเป็นผู้ประเมินความสะอาดหลังแปรงและความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน มีการแนะนำและชี้แจงเป็นรายบุคคล ว่าให้นำวิธีแปรงฟันและตรวจความสะอาดหลังแปรงไปปฏิบัติเป็นประจำ ก่อนขัดฟันด้วยผงฟิวมิส

กลุ่มควบคุมได้รับการย้อมคราบจุลินทรีย์บนฟัน แจกแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แปรงฟันโดยส่องกระจกที่โรงเรียนตามปกติ ทันตแพทย์เป็นผู้ประเมินความสะอาดหลังแปรง มีการแนะนำและชี้แจงเป็นรายบุคคลว่าควรทำอย่างไร ก่อนขัดฟันด้วยผงฟิวมิส

ครั้งที่ 3 ทันตแพทย์ตรวจบันทึกคะแนนพีเอชพีที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือน และขัดฟันด้วยผงฟิวมิส

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t - test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนฟิเชอร์

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 31 คน เนื่องจากนักเรียนขาดเรียนในวันที่เก็บข้อมูล

เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปากพื้นฐานของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.864$) แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปากในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในเดือนที่ 6 มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.882$) ดังตารางที่ 1

ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ภายในกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.34 ± 0.44 , 3.39 ± 0.37 และ 3.42 ± 0.55 ตามลำดับ พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เดือนที่ 2 และ 4 ไม่พบความแตกต่างกันในเดือนที่ 6 เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ภายในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1)

อภิปรายผล

ในช่วง 2 และ 4 เดือนแรก ค่าเฉลี่ยคะแนนฟิเชอร์ทั้งปากของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ความสะอาดของอนามัยช่องปากของนักเรียนที่ใช้แบบประเมินความสะอาดฟัน

หน้าด้วยตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมแค่ในช่วง 4 เดือนแรก

ในช่วง 2 และ 4 เดือนแรก ภายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนฟิเชอร์ทั้งปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียนกลุ่มทดลองสะอาดขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 2 ถึง 4 เดือนแรก แสดงว่าการแปรงฟันและประเมินความสะอาดด้วยแบบประเมินแต่ค่าเฉลี่ยคะแนนฟิเชอร์ทั้งปากในเดือนที่ 6 ไม่แตกต่างจากเดือนที่ 4 อาจเป็นเพราะไม่ได้ปฏิบัติต่อเนื่อง จากไม่มีการเพิ่มกิจกรรมหรือแรงจูงใจอื่น จึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้แบบประเมินความสะอาดของฟันหน้าด้วยตนเองเพื่อให้สภาวะอนามัยช่องปากสะอาดมากขึ้นเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแปรงฟันควรต้องร่วมกับการมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติ (Cues to action)¹⁰ อาจเป็นรูปแบบการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพ¹¹ เพื่อให้นักเรียนมัธยมศึกษาสนใจที่จะปฏิบัติตาม

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้วิธีการใหม่เพื่อให้เกิดการแปรงฟันที่มีคุณภาพ เพียงแค่การฝึกใช้กระจกส่องหน้าแปรงฟันและมีการประเมินความสะอาดของการแปรงฟันโดยดูที่ฟันหน้าด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการแปรงฟันที่มีคุณภาพจริง แต่ไม่เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องหรือเป็นพฤติกรรมใหม่ทดแทนพฤติกรรมเดิมได้ จึงควรที่จะพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปากของนักเรียน

Table 1 Result Mean of total PHP score in experimental group and control group

	ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปาก		
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	P-value
ค่าพื้นฐานเมื่อเริ่มการศึกษา	3.56 ± 0.44	3.54 ± 0.36	0.864
คะแนนดัชนีฟิเชอร์ 2 เดือน	3.10 ± 0.55	2.34 ± 0.44	$< 0.001^*$
คะแนนดัชนีฟิเชอร์ 4 เดือน	3.45 ± 0.55	3.39 ± 0.37	$< 0.001^*$
คะแนนดัชนีฟิเชอร์ 6 เดือน	3.46 ± 0.44	3.42 ± 0.55	0.882
การเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันโดยใช้ Pair t-test	$P < 0.001^{**}$	$P < 0.001^{**}$	

*Significant ($P < 0.05$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปาก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ที่เป็นค่าพื้นฐานเมื่อเริ่มการศึกษา กับคะแนนที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือนโดยใช้สถิติชนิดทีเทสต์แบบเป็นอิสระต่อกัน

**Significant ($P < 0.05$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟิเชอร์ทั้งปากภายในกลุ่มเดียวกันที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือนโดยใช้สถิติชนิดทีเทสต์แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

รูปแบบของกิจกรรมเสริมอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระตุ้นให้นักเรียนมีพฤติกรรมกาแปรงฟันที่มีคุณภาพ เช่น อิทธิพลของครูและเพื่อนนักเรียน การได้รับความเอาใจใส่จากผู้ปกครอง รูปแบบและวิธีประเมินให้น่าสนใจยิ่งขึ้น วิธีการสื่อสาร ระยะเวลาการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม เป็นต้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ คณะครูและนักเรียนโรงเรียนเทศบาลท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา ทันตแพทย์หญิงอรพรรณ พูนศักดิ์ไพศาล ทันตแพทย์พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล และสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7ประเทศไทย พ.ศ.2555.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2556.
2. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดกาญจนบุรี.กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี;2556.
3. Kasila K ,Poskiparta M , Kettunen T and Pietila I .Oral health counseling in changing schoolchildren's oral hygiene habit : a qualitative study , Community dentistry and oral epidemiology .2006: 34 (6) ,p 419-28.
4. Beal JF,James PM ,Bradnock G and Anderson RJ.The relationship between dental cleanliness,dental caries incidence and gingival health.A longitudinal study.British dental journal.1979;146(4):111-4.
5. เพ็ญแข ลาภยง และ กันยา บุญธรรม : แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559.พิมพ์ครั้งที่ 2.โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก : นนทบุรี.2556.
6. Sarvia ME, Bush JP and Mourino AP. Psychomotor skills and incentive as predictors in a children's toothbrushing program. Journal of pedodontics. 1989;14(1) : 31-35.
7. GREEN JC, VERMILLION JR . The oral hygiene index: a method for classifying oral hygiene status. J Am Dent Assoc. 1960; 61(172) : 10
8. Orapan Poonsakpaisan.The effect of anterior teeth hygiene self assessment on the plaque index score of eight grade Thai municipal school students.[Master of Science Program in Pediatric Dentistry].Department of Pediatric dentistry : Chulalongkorn University :Thailand,2013.
9. Podshadley AG and Haley JV. A method for evaluating oral hygiene performance .Public health reports.1968 ;83(3) :259-64.
10. ณัฐวธ แก้วสุทธา .รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น.ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์,มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,2558.
11. ปัญญี กิตติพงศ์พิทยา.การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว,วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล.2551.

Oral Health Status of High School Students after using Anterior teeth hygiene Self assessment, Tha Maka District, Kanchanaburi.

Lakana Kittivarodom* D.D.S.

Abstract

Quasi-experimental study aimed to compare PHP index score between student using anterior teeth hygiene self assessment and control group. Study group was students age 12-15 from 2 schools in the Tha Rua Phra Thaen Municipality, Tha Maka district, Kanchanaburi province. All students had oral health check up, dental filling, scaling and polishing on the starting date. Control group was trained to used mirror to check the anterior teeth hygiene after brushing. Follow up on PHP score in 2 months, 4 months and 6 months respectively during 2013 academic year. A total of 66 students (male 51.5%, female 48.5%). Experimental group had 35 students and control group had 31 students. The PHP score of experimental group after 2 months and 4 months were statistically significant lower than of the students in control group ($p < 0.05$). Mean score of total PHP score of experimental group for 2, 4 and 6 month were 2.34 ± 0.44 , 3.39 ± 0.37 and 3.42 ± 0.55 respectively while control group were 3.10 ± 0.55 , 3.45 ± 0.55 and 3.46 ± 0.44 respectively.

Key word : *Self Assessment, PHP index, Municipal school students*

* Kanchanaburi Provincial Public Health Office

ความรู้ ทักษะ และความสามารถ, ทัศนคติต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน ของทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557

จารุวัฒน์ บุษราคัมรุษะ* ทบ. สม.

สุณี ผลดีเยี่ยม** ทบ.สม. อท.(ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และความสามารถ, ทัศนคติต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน สำหรับทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557 ทุกคนที่มาปฐมนิเทศและเลือกสถานที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง 13-15 พฤษภาคม 2558 โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม 524 คน (ร้อยละ 96.0) อายุเฉลี่ย 24.4 ปี เป็นหญิงร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาคและจังหวัดทั่วไป จบมัธยมปลายจากโรงเรียนในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค บิดาและมารดาจบปริญญาตรีและมีอาชีพรับราชการ เข้าเรียนโดยการรับตรง มีทัศนคติต่อการทำงานในชนบทระดับดี มีทัศนคติต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับดีและดีมาก มั่นใจในความรู้ ทักษะ และความสามารถระดับมากและมากที่สุด ปัจจัยหลักในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน คือ ไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนักและเป็นแหล่งที่เอื้อต่อการได้รับความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน ร้อยละ 64.5 ได้ทำงานโรงพยาบาลชุมชน คาดหวังรายได้ต่อเดือน 50,000 บาท ร้อยละ 68.6 มีแผนศึกษาต่อเฉพาะทางและมีต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 72.9 โดยเลือกเรียนสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยศาสตร์ช่องปากฯ และทันตกรรมจัดฟัน

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ และ ความสามารถ / ทัศนคติต่อการทำงานในชนบท / ปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน / ระบบที่เข้าเรียน

* สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และการเงินด้านสุขภาพ ระบาดวิทยาของการเกิดโรค โครงสร้างประชากร การปฏิรูปภาครัฐและนโยบายสุขภาพ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพของคนไทย ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ปัจจุบันยังตอบสนอง ได้อย่างไม่เพียงพอ¹ กำลังคนด้านสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกัน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในเขตภูมิภาค โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่างจากกรุงเทพมหานคร เป็น 10 เท่า² คือ 1 ต่อ 1,005 ในกรุงเทพมหานคร และ 1 ต่อ 10,745 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ปฏิบัติงานในชนบท คณะรัฐมนตรีจึงมีมติอนุมัติโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการรับราชการ³ ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยภาครัฐต้องทำงานใช้ทุน 3 ปีในส่วนภูมิภาค ทันตแพทย์ใช้ทุนรุ่นที่ 1 ปฏิบัติงานตั้งแต่ปี 2532 ต่อมา เพื่อให้มีทันตแพทย์เพียงพอในการกระจายให้บริการได้ทั่วถึง คณะรัฐมนตรีจึงมีมติอนุมัติโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ผลิตเพิ่มจากการผลิตปกติปีละ 200 คน ได้รับเงินอุดหนุนทั่วไป 300,000 บาท/คน/ปี⁵ กำหนดให้คัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาโดยวิธีรับตรงจากจังหวัดที่มีความขาดแคลนทันตแพทย์ ให้สถาบันผลิตส่วนภูมิภาครับนักศึกษาของพื้นที่นั้นๆ และให้สถาบันผลิตส่วนกลางรับจากพื้นที่ที่เหลือ⁶

วิธีการแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงการทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความพร้อมและมีทัศนคติที่ดีที่จะไปทำงานใช้ทุนในชนบท สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จึงทำการสำรวจทัศนคติของการทำงานในชนบทและปัจจัยในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรจบใหม่ ตั้งแต่ปี 2553 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศต่อผู้กำหนดนโยบายในการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรมและได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจบัณฑิตจบใหม่ปีการศึกษา 2557 คือส่วนของบัณฑิตทันตแพทย์

การสำรวจนี้เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท และปัจจัยการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน สำรวจทันตแพทย์จบใหม่ ปีการศึกษา 2557 รวมทั้งต้องการคำตอบว่า ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯดังกล่าวข้างต้น มี ความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ, ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท/โรงพยาบาลชุมชนและปัจจัยในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ภูมิลำเนา จังหวัดที่จบการศึกษา มัธยมศึกษา การศึกษาและอาชีพของบิดามารดา และมหาวิทยาลัยที่จบการศึกษา) แตกต่างจากทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติหรือไม่ อย่างไร จะได้นำเสนอผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อปรับให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง โดยสำรวจทันตแพทย์ทุกคนที่มารับการปฐมนิเทศและเลือกสถานที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 13-15 พฤษภาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้เป็นชุดแบบสอบถามปลายปิดที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และได้ทดสอบในหมู่นักศึกษา ว่ามีความเข้าใจในคำถามหรือไม่แล้ว

แบบสอบถามประกอบด้วย

1. คำถามให้เลือกตอบ เป็นข้อมูล อายุ เพศ ภูมิลำเนา จังหวัดที่จบการศึกษา มัธยมศึกษา การศึกษา และอาชีพของบิดามารดา (มีรายละเอียดแยกเกี่ยวกับวิชาชีพสุขภาพด้วย) มหาวิทยาลัยที่จบการศึกษา วิธีการรับเข้าศึกษา สถานที่ปฏิบัติงานที่ได้รับการจัดสรร สถานที่ทำงานในอนาคต แผนการศึกษาต่อ

ภูมิลำเนาและจังหวัดที่จบการศึกษามัธยมศึกษา แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กรุงเทพมหานคร จังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค (ขอนแก่น นครราชสีมา อุตรดิตถ์ อุบลราชธานี ชลบุรี นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงใหม่ เชียงราย สงขลา สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ภูเก็ต) จังหวัดปริมณฑล (นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) และ จังหวัดทั่วไป

2. ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท (คำถาม 8 ข้อ) ทักษะคิดต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน (คำถาม 5 ข้อ) มีค่าคะแนนตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คำถามมีทั้งด้านบวกและลบ มีการปรับค่าคะแนนก่อนนำมาคิดรวม

การแบ่งระดับทัศนคติต่อการทำงานในชนบท เป็น 5 ระดับ คือ

ระดับไม่ดีมาก (8 คะแนน) ระดับไม่ดี (9-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-24 คะแนน)

ระดับดี (25-32 คะแนน) ระดับดีมาก (33-40 คะแนน)

การแบ่งระดับทัศนคติต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็น 5 ระดับ คือ

ระดับไม่ดีมาก (5 คะแนน) ระดับไม่ดี (6-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)

ระดับดี (16-20 คะแนน) ระดับดีมาก (21-25 คะแนน)

3. ความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ เป็นคำถาม 14 ข้อ มีค่าคะแนน ตามมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) ตั้งแต่ 1 (ไม่มั่นใจเลย) ถึง 5 (มั่นใจมากที่สุด)

การแบ่งระดับความมั่นใจในความรู้ ทักษะและความสามารถ เป็น 5 ระดับ คือ

ระดับไม่มั่นใจมาก (14 คะแนน) ระดับไม่มั่นใจ (15-28 คะแนน)

ระดับมั่นใจปานกลาง (29-42 คะแนน) ระดับมั่นใจมาก (43-56 คะแนน) ระดับมั่นใจมากที่สุด (57-70 คะแนน)

4. ปัจจัยในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานมี 17 ปัจจัย ให้เลือกที่สำคัญ 3 อันดับแรก คิดร้อยละคะแนนที่ได้ โดยให้น้ำหนักดังนี้ อันดับ 1*3 อันดับ 2*2 อันดับ 3*1 ค่าร้อยละคะแนนคือ ผลรวมค่าน้ำหนัก/6*จำนวนผู้เลือก

การเก็บรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถามให้ทันตแพทย์ตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที แล้วนำมาใส่คืนในกล่องที่จัดเตรียมไว้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Chi-square test, T-test, One-way ANOVA

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ทันตแพทย์ตอบแบบสอบถามร้อยละ 96.0 (524 คน) จากผู้มาจับสลากเลือกพื้นที่ 546 คน อายุเฉลี่ย 24.4 ปี (ระหว่าง 23-33 ปี) เป็นชายร้อยละ 30.7 (161 คน) หญิงร้อยละ 68.3 (358 คน) เข้าเรียนโดยระบบการรับรอง ระบบการสอบ admission และจากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ร้อยละ 44.5, 28.4 และ 27.1 ตามลำดับ (233, 149 และ 142 คน ตามลำดับ)

ทันตแพทย์มีภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร จังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค จังหวัดปริมณฑล และจังหวัดทั่วไป ร้อยละ 25.9, 31.2, 8.2 และ 34.7 ตามลำดับ ภูมิลำเนา

ของทันตแพทย์ตามระบบการเข้าเรียน มีความแตกต่างกัน (p-value .000) ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯมีภูมิลำเนาจังหวัดทั่วไป (ร้อยละ 52.1) ส่วนทันตแพทย์จากระบบการสอบ admission มีภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 43.0)

ทันตแพทย์จบมัธยมปลายจากโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร จังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค จังหวัดปริมณฑล และจังหวัดทั่วไป ร้อยละ 34.0, 35.7, 6.3 และ 24.0 ตามลำดับ จังหวัดที่ตั้งของโรงเรียนที่ทันตแพทย์จบมัธยมปลายตามระบบการเข้าเรียน มีความแตกต่างกัน (p-value .000) ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯจบมัธยมปลายจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค (ร้อยละ 52.8) ส่วนทันตแพทย์จากระบบการสอบ admission มีภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 57.7)

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของบิดาและมารดา (ร้อยละ 82.4) บิดา/มารดา/ผู้ปกครองจบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 23.1, 51.7 และ 25.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของทันตแพทย์ตามระบบการเข้าเรียน ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value .824)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ และประกอบธุรกิจส่วนตัว (ตารางที่ 1)

อาชีพของบิดาของทันตแพทย์ตามระบบการเข้าเรียน มีความแตกต่างกัน (p-value .009) คือ บิดาของทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 45.6) มากกว่าอีก 2 ระบบ เช่นเดียวกับอาชีพของมารดา มีความแตกต่างกัน (p-value .037) คือ มารดาของทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 43.8) มากกว่าอีก 2 ระบบ

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองมีอาชีพด้านสุขภาพ 46, 63, และ 2 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 9.4, 13.8 และ 6.1 ตามลำดับ) ในกลุ่มนี้ บิดาเป็นแพทย์ ร้อยละ 43.5 (20 คน) และเป็นทันตแพทย์ร้อยละ 37.0 (17 คน) มารดาเป็นพยาบาล ร้อยละ 66.7 (42 คน) และเป็นทันตแพทย์ร้อยละ 20.6 (13 คน) ส่วนผู้ปกครองเป็นทันตแพทย์และเภสัชกร

มหาวิทยาลัยที่จบการศึกษาของทันตแพทย์มีความแตกต่างกัน (p-value .000) ตามระบบการเข้าเรียน คือ ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯจบการศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเนเรศวรมากกว่ามหาวิทยาลัยอื่น (ตารางที่ 2)

ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยเนเรศวรเลือกปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 95.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 อาชีพบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของทันตแพทย์

Table 1 The occupation of dentists, father and mother/parents

อาชีพ	บิดา		มารดา		ผู้ปกครอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	188	37.8	173	33.9	14	42.4
พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	36	7.2	27	5.3	1	3.0
ลูกจ้างเอกชน	45	9.0	37	7.3	3	9.1
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	137	27.5	118	23.1	7	21.2
เกษตรกร	15	3.0	14	2.7	1	3.0
เจ้าของกิจการ	43	8.6	35	6.9	5	15.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	2.8	87	17.1	2	6.1
อาชีพอื่นๆ	20	4.0	19	3.7	0	0
รวม	498	100.0	510	100.0	33	100.0

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรับเข้าศึกษากับมหาวิทยาลัยที่จบ

Table 2 Relationship between admission method and university

ปัจจัย	รับตรง		สอบ admission		ผลิตทพ.เพิ่มฯ		p-value ^a
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์	41	42.3	27	27.8	29	29.9	.000*
มหิดล	50	54.3	27	29.3	15	16.3	
เชียงใหม่	45	51.7	20	23.0	22	25.3	
ขอนแก่น	33	47.1	14	20.0	23	32.9	
สงขลานครินทร์	20	58.8	14	41.2	0	0.0	
นครสวรรค์	21	32.8	19	29.7	24	37.5	
ธรรมศาสตร์	11	22.9	17	35.4	20	41.7	
ศรีนครินทรวิโรฒ	12	37.5	11	34.4	9	28.1	

^a Chi-square test

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของทันตแพทย์ ตามสถาบันการศึกษา

Table 3 Number and percentage of dentists by university

สถาบันการศึกษา	จำนวนทั้งหมด	เลือกกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	137	97	70.8
มหาวิทยาลัยมหิดล	115	92	80.0
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	105	87	82.9
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	86	70	81.4
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	54	34	63.0
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	67	64	95.5
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	75	48	64.0
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	62	32	51.6
รวม	701	524	74.8

หมายเหตุ: ทันตแพทย์ที่เลือกปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้นับรวมผู้ที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคลของทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ คือ มีภูมิลำเนาจากจังหวัดทั่วไป จบมัธยมปลายจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค บิดา/มารดามีอาชีพรับราชการ จบการศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเนเรศวร มากกว่าทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของบิดา/มารดาไม่แตกต่างกัน

2. ทศนคติต่อการทำงานในชนบท/โรงพยาบาลชุมชน

2.1 ทศนคติต่อการทำงานในชนบท

ทันตแพทย์ร้อยละ 75.5 มีทศนคติต่อการทำงานในชนบทระดับดี

ทันตแพทย์ชายเห็นด้วยว่าการทำงานในชนบทเปิดโอกาสให้มีความเป็นอิสระในการทำงานมากกว่าทันตแพทย์หญิง (p-value .038)

ผู้มีภูมิลำเนาในกทม.เห็นด้วยว่าการทำงานในชนบทหมายถึงตนเองต้องโดดเดี่ยวจากเพื่อนๆ และครอบครัวมากกว่าผู้มีภูมิลำเนาอื่นๆ (p-value .001) ส่วนผู้ที่จบมัธยมศึกษาจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค และจังหวัดทั่วไป ไม่เห็นด้วยในเรื่องนี้มากกว่าผู้ที่จบจากกทม.หรือจังหวัดปริมณฑล (p-value .004)

ผู้ที่มาจากระบบรับรองเห็นด้วยว่า การทำงานในชนบททำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ

ของตนเองมากกว่าผู้ที่มาจากระบบ Admission และโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ (p-value .023)

2.2 ทศนคติต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

ทันตแพทย์ร้อยละ 58.3 และ 33.4 มีทศนคติต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับดีและดีมาก และไม่แตกต่างกันในเพศ ภูมิลำเนา และ ระบบการเข้าเรียน

3. ความรู้ ทักษะ และ ความสามารถทางวิชาชีพ

ทันตแพทย์ร้อยละ 69.3 และ 23.0 มีความมั่นใจในความรู้ ทักษะ และความสามารถทางวิชาชีพระดับมากและมากที่สุด

ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ มีความมั่นใจมากกว่าทันตแพทย์ระบบรับรองและระบบ Admission ในการทำกิจกรรมหรือโครงการทันตกรรมชุมชน (p-value .009)

ทันตแพทย์ชายมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมหรือโครงการทันตกรรมชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ งานทันตกรรมบูรณะหรือหัตถการ งานรักษาโพรงประสาทและคลองรากฟัน งานทันตกรรมประดิษฐ์ และงานศัลยกรรมช่องปาก มากกว่าทันตแพทย์หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทันตแพทย์หญิงมีความมั่นใจในงานทันตกรรมสำหรับเด็กมากกว่าทันตแพทย์ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความมั่นใจในความรู้ ความสามารถ และทักษะทางวิชาชีพของทันตแพทย์ ตามเพศ

Table 4 Confidence in knowledge, ability and professional skill by gender

ความมั่นใจในความรู้ ความสามารถ และทักษะทางวิชาชีพ	คะแนนเฉลี่ย		p-value ^a
	ชาย	หญิง	
การปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.25	4.26	.883
การดำเนินกิจกรรม/โครงการทันตกรรมชุมชน	3.59	3.42	.017*
การสื่อสารกับผู้ป่วย	4.04	3.92	.058
การทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ	3.87	3.80	.225
การดูแลผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป	4.09	4.00	.108
การดูแลผู้ป่วยทันตกรรมที่มีโรคทางระบบ	3.66	3.49	.011*
การวินิจฉัยและเวชศาสตร์ช่องปาก	3.70	3.58	.082
งานทันตกรรมป้องกัน	3.79	3.82	.621
งานทันตกรรมบูรณะ/หัตถการ	4.06	3.92	.020*
งานรักษาโพรงประสาทและคลองรากฟัน	3.68	3.54	.027*
งานปริทันตวิทยา	3.86	3.89	.655
งานทันตกรรมประดิษฐ์	3.73	3.57	.019*
งานศัลยกรรมช่องปาก	3.78	3.62	.012*
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก	3.17	3.51	.000*

^a T-test

4. ปัจจัยในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน

ปัจจัยในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน (ตัวเลขในวงเล็บคือ ร้อยละคะแนนที่เลือก) อันดับหนึ่งและสอง คือ ไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนัก (28.0) และเป็นแหล่งที่เอื้อต่อการได้รับความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน (11.4)

ปัจจัย ไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนัก ทันตแพทย์หญิงให้ความสำคัญมากกว่าทันตแพทย์ชาย (p-value .000) ทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนา/จบมัธยมจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาคและจังหวัดทั่วไปให้ความสำคัญมากกว่าทันตแพทย์จาก กทม.หรือจังหวัดปริมณฑล (p-value .001/.000) ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯให้ความสำคัญมากกว่าทันตแพทย์จากระบบ Admission และทันตแพทย์ระบบรับตรง (p-value .000)

ทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนา/จบมัธยมจาก กทม.หรือจังหวัดปริมณฑล ให้ความสำคัญกับปัจจัย เป็นแหล่งที่เอื้อต่อการได้รับความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน มากกว่าทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนา/จบมัธยมจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาคและจังหวัดทั่วไป (p-value .014/.031)

ทันตแพทย์ชายให้ความสำคัญกับปัจจัย เงินเดือนสูง/มีสวัสดิการดีมากกว่าทันตแพทย์หญิง (p-value .000/.002)

ทันตแพทย์จากระบบ Admission ให้ความสำคัญกับปัจจัย พื้นที่ที่สามารถหารายได้เพิ่มจากแหล่งอื่นๆได้/สภาพแวดล้อมอื่นๆ น่าสนใจ เช่น ห้างสรรพสินค้า ที่ท่องเที่ยว มากกว่าทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯและทันตแพทย์ระบบรับตรง (p-value .003/.008)

ทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนาจังหวัดปริมณฑล ให้ความสำคัญกับปัจจัย เป็นสถานที่ที่มีโอกาสในการศึกษาต่อเฉพาะทาง มากกว่าผู้มีภูมิลำเนาอื่นๆ (p-value .006)

ทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนาจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาคและจังหวัดทั่วไป ให้ความสำคัญกับปัจจัย เลือกตามความเห็นของผู้ปกครอง มากกว่าทันตแพทย์ที่มีภูมิลำเนา กทม.หรือจังหวัดปริมณฑล (p-value .039)

ทันตแพทย์ที่จบมัธยมจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค ให้ความสำคัญกับปัจจัย เลือกตามความเห็นของผู้ปกครอง มากกว่าทันตแพทย์ที่จบมัธยมจากจังหวัดอื่นๆ (p-value .029)

5. ประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนที่ทันตแพทย์คาดหวังคือ 53,675 บาท (25,000-300,000 บาท) median เท่ากับ mode คือ 50,000 บาท

ถ้าเลือกได้ ทันตแพทย์อยากไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป ร้อยละ 50.6 และ 25.3 ทันตแพทย์พอใจกับผลของการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานร้อยละ 72.5

ทันตแพทย์ร้อยละ 64.5 ได้ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน และร้อยละ 22.6 ทราบจังหวัดแต่ไม่ทราบสถานที่ ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯได้ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าทันตแพทย์จากระบบ Admission และทันตแพทย์ระบบรับตรง (P-value .000)

หลังทำงานครบ 1 ปี ถ้าเลือกได้ ทันตแพทย์ร้อยละ 45.6 เลือกทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน

ทันตแพทย์ร้อยละ 66.9 ตั้งใจใช้ทุนครบ 3 ปี หลังจากนั้นจะลาศึกษาต่อแต่ยังรับราชการอยู่ร้อยละ 56.6 และปฏิบัติงานที่เดิมต่อไปร้อยละ 28.9 ส่วนผู้ที่จะไม่ครบ 3 ปี ร้อยละ 60.5 จะทำงาน 2 ปี ร้อยละ 22.9 จะทำงาน 1 ปี หลังจากนั้นจะศึกษาต่อเฉพาะทางร้อยละ 65.4

ทันตแพทย์ร้อยละ 68.6 วางแผนศึกษาต่อ ร้อยละ 72.9 ศึกษาต่อโดยมีต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เลือกเรียนทันตกรรมประดิษฐ์ (ร้อยละ 23.6) ศัลยศาสตร์ช่องปากฯ (ร้อยละ 21.9) ทันตกรรมจัดฟัน (ร้อยละ 14.2) และวิทยาเอ็นโดดอนท์ (ร้อยละ 12.2) มีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .003) ทันตแพทย์ชายเลือกทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมประดิษฐ์และทันตกรรมจัดฟัน ส่วนทันตแพทย์หญิงเลือก ทันตกรรมหัตถการ และทันตกรรมสำหรับเด็ก

อภิปรายผล

ทันตแพทย์ปีการศึกษา 2557 จำนวน 701 คน⁷ ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 631 คน (ร้อยละ 90.0) มีผู้แสดงความจำนงขอใช้ทุน 14 คน (ร้อยละ 2.2) จบการศึกษาระดับ 71 คน (ร้อยละ 11.3) มาเลือกสถานที่ 546 คน (ร้อยละ 86.5) ผู้ตอบแบบสอบถาม 524 คน (ร้อยละ 96.0) ของผู้ที่มาเลือกสถานที่ของกระทรวงสาธารณสุข) ทันตแพทย์หญิงมากกว่าทันตแพทย์ชาย ใน 10 คนเป็นหญิง 7 คน มากกว่าปี 2544 พบทันตแพทย์หญิง 6 คน ใน 10 คน⁸ แต่เท่ากับปี 2554^{9,10}

ส่วนใหญ่บิดา/มารดา/ผู้ปกครองของทันตแพทย์จบปริญญาตรี มีอาชีพรับราชการ แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีสังคม เศรษฐฐานะ ดี ลูกคนชนบทจึงมีโอกาสน้อยอย่างยิ่งที่จะได้เข้าเรียน แม้มีโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองของทันตแพทย์ในกลุ่มที่มีอาชีพด้านสุขภาพ บิดาส่วนใหญ่เป็นแพทย์และทันตแพทย์ ส่วนมารดาเป็นพยาบาล อาจสรุปได้ว่า ผู้ที่จะได้เรียนทันตแพทย์มักจะเป็นลูกของแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคลของทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ คือ มีภูมิลำเนาจากจังหวัดทั่วไป (p-value .000) จบมัธยมปลายจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค (p-value .000) บิดา/มารดามีอาชีพรับราชการ (p-value .009/.037) จบการศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเนเรศวร (p-value .000) มากกว่าทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติ ส่วนการศึกษาของบิดา/มารดาไม่แตกต่างกัน (p-value .824)

ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ร้อยละ 52.1 มีภูมิลำเนาจากจังหวัดทั่วไป ร้อยละ 52.8 จบมัธยมจากจังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค แสดงว่าโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ได้กระจายรับนักเรียนจากจังหวัดต่างๆ มากขึ้น แต่นักเรียนดังกล่าวยังต้องมาเรียนมัธยมที่จังหวัดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของภาค ดังนั้นการรับนักเรียนทันตแพทย์ให้กระจายถึงระดับอำเภอต้องคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย

โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการ 10 ปี เริ่มรับนักศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2548 สำหรับผู้ที่จบใหม่ปีการศึกษา 2557 ตามแผนการรับนักศึกษา⁶ (เข้าปีการศึกษา 2552 และจบมารับราชการปี 2558) จำนวน 733 คน (ผลิตปกติ 533 คน โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ 200 คน) สัดส่วนทันตแพทย์ในโครงการผลิตเพิ่มฯ เป็นร้อยละ 27.3 การศึกษานี้มีทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ร้อยละ 27.1 เท่าเดียวกับสัดส่วนตามแผนการรับมาเรียนบรรจุวัดอุปสงค์ของโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ที่ทันตแพทย์โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ เรียนสำเร็จได้ใกล้เคียงกับที่รับ

ทันตแพทย์คาดหวังรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,000 บาท เมื่อเทียบกับปี 2548¹¹ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทันตแพทย์ที่รับราชการ 1-3 ปี 38,867 บาท น่าจะเป็นไปได้เพราะปี 2551 มีการปรับค่าตอบแทนเพิ่ม¹²

ทันตแพทย์ร้อยละ 75.5 มีทัศนคติต่อการทำงานในชนบทระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาปี 2554⁹ ส่วนทัศนคติต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับดีร้อยละ 58.3 ดีมากร้อยละ 33.4 อาจเกิดจากหลักสูตรและการ

เรียนการสอนที่ดี หรือเกิดจากการตอบตามความรู้สึกที่อยากให้กระทรวงสาธารณสุขพึงพอใจ หรือเป็นความรู้สึกในขณะนี้ที่ยังไม่ได้ไปปฏิบัติราชการ ควรมีการติดตามว่าหลังจากทำงานแล้ว เกิดการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ เพื่อจะได้ทราบว่าทัศนคติต่อการทำงานในชนบทที่ดีนั้น เป็นจริงหรือไม่ และคงอยู่ได้นานแค่ไหน

ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ มีทัศนคติทั้งต่อการทำงานในชนบทและต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนไม่ต่างจากทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติ

ทันตแพทย์ร้อยละ 69.3 มีความมั่นใจในความรู้ทักษะและความสามารถทางวิชาชีพระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 23.0 ไม่ต่างกันทั้ง 3 ระบบเข้าเรียน

มักมีคำถามกับทันตแพทย์โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ว่า มีมาตรฐานคุณภาพเทียบเคียงกันกับทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติหรือไม่ จากการที่ทันตแพทย์โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ เรียนสำเร็จได้ใกล้เคียงกับที่รับมีทัศนคติทั้งต่อการทำงานในชนบทและต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน มีความมั่นใจในความรู้ ทักษะและความสามารถทางวิชาชีพ ไม่ต่างจากทันตแพทย์จากการผลิตตามระบบปกติ แสดงว่ามาตรฐานคุณภาพเทียบเคียงกันได้ ทั้งนี้จะเกิดจากหลักสูตรและระบบการเรียน ที่ไม่มีการแยกเรียน ทุกคนเรียนเหมือนกัน ไม่ว่าจะเข้ามาเรียนด้วยระบบใด นอกจากนั้น นักเรียนที่เข้าเรียนทันตแพทย์ทั้ง 3 ระบบยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน คือ มีสังคม เศรษฐฐานะดี เป็นลูกของแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล

ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ มีความมั่นใจมากกว่าทันตแพทย์ระบบรับรองและระบบ Admission ในการทำกิจกรรมหรือโครงการทันตกรรมชุมชน (p-value .009) ควรมีการติดตามว่า ผลการทำงานจะดีกว่าหรือไม่ ถ้ามีความมั่นใจมากกว่า

ทันตแพทย์ชายมีความมั่นใจมากกว่าทันตแพทย์หญิง น่าจะเป็นลักษณะที่ต่างกันทั่วไปของเพศ

ปัจจัยหลักในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์ อันดับหนึ่งคือ ไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนัก อันดับสองคือ เป็นแหล่งที่เอื้อต่อการได้รับความรู้และประสบการณ์จากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาปี 2554⁹ ที่อันดับหนึ่งคือ ใกล้จังหวัดภูมิลำเนาของตนเอง แต่ต่างกับอันดับสองคือ มีรายได้และสวัสดิการที่ดี

ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ให้ความสำคัญกับปัจจัย ไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนัก

มากกว่าทันตแพทย์จากระบบ Admission และทันตแพทย์ระบบรับตรง (p-value .000) น่าจะมีการศึกษาต่อไปว่าเป็นเพราะสาเหตุใด

ในกรณีที่ไม่ต้องขอใช้ทุน ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เลือกไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด อาจเนื่องมาจากค่าตอบแทนในโรงพยาบาลชุมชน¹² ที่ดึงดูดให้ทันตแพทย์ต้องการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับภทริทธิ์ เงินทอง¹⁰ ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

ทันตแพทย์ร้อยละ 64.5 ได้ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทันตแพทย์จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯ ได้ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าทันตแพทย์จากระบบ Admission และทันตแพทย์ระบบรับตรง (P-value .000) เป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ต้องการให้ทันตแพทย์ไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ขาดทันตแพทย์ คือ โรงพยาบาลชุมชน

หลังทำงานครบ 1 ปี ถ้าเลือกได้ ทันตแพทย์ยังคงเลือกทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 45.6 ควรมีการติดตามว่าจะเปลี่ยนแปลงแค่ไหนเมื่อไปทำงานจริง ขณะนี้น่าจะเป็นแค่ความรู้สึก

ทันตแพทย์ร้อยละ 66.9 ตั้งใจใช้ทุนครบ 3 ปี หลังใช้ทุนครบ 3 ปี ร้อยละ 56.6 เลือกลาศึกษาต่อแต่ยังรับราชการ เป็นความรู้สึกตอนนี้อย่างนี้ ต้องมีการติดตามว่าจะเปลี่ยนแปลงแค่ไหนเมื่อไปทำงานจริง

สาขาที่ทันตแพทย์เลือกศึกษาต่อ อันดับหนึ่งถึงสามคือ คือ ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยศาสตร์ช่องปากฯ และทันตกรรมจัดฟัน สอดคล้องกับการศึกษาปี 2534¹³ และ 2535¹⁴ คือ ศัลยศาสตร์ช่องปากฯ และทันตกรรมจัดฟัน และสอดคล้องกับการศึกษาปี 2544¹⁵ คือ ทันตกรรมจัดฟัน และทันตกรรมประดิษฐ์

ทันตแพทย์ชายเลือกเรียนทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมทั่วไปมากกว่าทันตแพทย์หญิง ส่วนทันตแพทย์หญิงเลือกทันตกรรมทันตกรรมและทันตกรรมสำหรับเด็กมากกว่าทันตแพทย์ชาย (p-value .003) เหตุผลน่าจะตามลักษณะของเพศ

โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่อง การมีมาตรฐานคุณภาพใกล้เคียงกับกลุ่มอื่น เพราะได้นักเรียนทันตแพทย์ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลใกล้เคียงกับกลุ่มอื่น แต่ที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์หลักคือ ไม่สามารถคัดคนเรียนที่แตกต่างจาก

ระบบการผลิตปกติตามที่คาดหวัง คือต้องการคนชนบทมาเรียน เพื่อที่จะได้คงอยู่ในชนบท ในอนาคต หากต้องการคนชนบทมาเรียน ควรเป็นโครงการที่เน้นระบบการคัดเลือกที่จริงจัง ตามผลการศึกษาพบว่า การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ในชนบทนั้น ส่วนประกอบที่สำคัญคือ ระบบการคัดเลือกนักเรียนที่มาจากพื้นที่ชนบทอย่างแท้จริง ซึ่งจะมีแนวโน้มที่จะทำงานในพื้นที่ชนบทมากกว่ากลุ่มอื่น¹⁶

กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งคณะกรรมการการอุดมศึกษาว่า ตั้งแต่ พ.ศ.2565-2576 กระทรวงสาธารณสุขจะรับทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาเข้าทำงานขอใช้ทุนในกระทรวงสาธารณสุขเพียงปีละ 400 คน ในจำนวนนี้ อย่างน้อย 100 คน ควรเป็นผู้ที่รับเข้าศึกษาจากพื้นที่ขาดแคลนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹⁷ ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาเรื่องการกระจายและการคงอยู่ในชนบท ควรมีโครงการพิเศษที่รับคนในชนบทมาเรียน และให้เรียนในคณะทันตแพทยศาสตร์ที่อยู่ในภูมิภาค โดยศึกษาบทเรียนจากโครงการ ODOT ของแพทย์

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการสำรวจ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะอธิบายสิ่งที่พบบางอย่างว่าน่าจะเป็นจริงหรือไม่ เป็นเพราะสาเหตุใด กรณี เช่น ทักษะคิดต่อการทำงานในชนบท ทักษะคิดต่อการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯมีความมั่นใจมากกว่าทันตแพทย์ระบบรับตรงและระบบ Admission ในการทำกิจกรรมหรือโครงการทันตกรรมชุมชน ทันตแพทย์ในโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มฯให้ความสำคัญกับปัจจัยไม่ไกลจากภูมิลำเนามากนัก มากกว่าทันตแพทย์จากระบบ Admission และทันตแพทย์ระบบรับตรง การตั้งใจใช้ทุนครบ 3 ปี การที่ยังคงเลือกทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนหลังทำงานแล้ว 1 ปี ควรมีการศึกษาติดตามว่า เมื่อไปปฏิบัติงานจริงในระบบราชการกระทรวงสาธารณสุขแล้ว เกิดขึ้นจริงตามนั้นหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร ข้อมูลที่ได้ จะใช้เพื่อการพัฒนาบุคลากรรองรับสำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนอย่างเป็นธรรม ทั้งถึง และเพื่อการคงอยู่ในชนบทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หากต้องการแก้ปัญหาเรื่องการกระจายและการคงอยู่ในชนบทของทันตแพทย์ ควรมีโครงการพิเศษที่จะได้คนชนบทมาเรียนอย่างแท้จริง โดยศึกษาบทเรียนจากโครงการ ODOT ของแพทย์

2. โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงาน

คณะกรรมการการอุดมศึกษา ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ตอบสนองในเรื่องการรับคนเข้าเรียน ที่น่าจะได้นักเรียนในชนบทมาเรียน เป็นต้น และต้องมีการประเมินผลโครงการ เพื่อสรุปว่า ควรมีโครงการนี้ต่อไปหรือไม่ อย่างไร

3. ควรศึกษาติดตามว่า เมื่อทันตแพทย์กลุ่มนี้ไปปฏิบัติงานจริงในระบบราชการกระทรวงสาธารณสุขแล้ว เกิดอะไรขึ้นหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร ข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการพัฒนาบุคลากรรองรับสำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนอย่างเป็นธรรม ทั้งถึง และ

เพื่อการคงอยู่ในชนบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ดร.ธัญธิดา วิสัยจร และคณะ ที่เป็นเจ้าของข้อมูล คุณสุพรรณิ สุคันธวานิล คุณปัทวิ สีหะวงษ์ คุณศิริพงษ์ มะโนรส ที่ช่วยร่วมจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล ทันตแพทย์ที่จบปีการศึกษา 2557 ที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. นางลักษณ์ พะโกยะ เพ็ญภา หงษ์ทอง บรรณานิกร กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร พรินท์เอทมี 2554
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2558
3. หนังสือที่ สร.0202/4659 ลงวันที่ 7 เมษายน 2525
4. หนังสือด่วนที่สุด ที่ นร 0504/13618 ลงวันที่ 27 กันยายน 2548
5. หนังสือที่ ศส 0503(5)/2695 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2548
6. เอกสารโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2547
7. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ข้อมูลเมื่อ 7 เมษายน 2559
8. โกเมศ วิชชาวุธ ทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพ พ.ศ.2544 วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ย. 2545 หน้า 34-55
9. ธัญธิดา วิสัยจร นพคุณ ธรรมธัชอารี ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นาธีรัตน์ ผุดผ่อง วีระศักดิ์ พุทธาศรี บัณฑิต และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ชนบทของบัณฑิตแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาปี 2554 วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม-สิงหาคม 2556 หน้า 596-607
10. ภัทวิทย์ เงินทอง คุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค. 2555 หน้า 60-70
11. โกเมศ วิชชาวุธ สุณี ผลดีเยี่ยม สุพรรณิ สุคันธวานิล ดวงใจ เล็กสมบุญญ์ จารุวัฒน์ บุษราคัมระ และ สุณี วงศ์คงคาเทพ การเคลื่อนย้ายทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2518-2548 วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 5 ก.ค.-ธ.ค. 2551 หน้า 17-33
12. หนังสือที่ สร 0202.042.1/ว994 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2551
13. วิลาวัลย์ ศรีภิรมย์มิตร การศึกษาความต้องการการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ที่รับราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2534
14. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับทันตแพทย์คู่สัญญา รายงานการสัมมนาทางวิชาการสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ประจำปี 2535
15. ภูมิศักดิ์ เลาวกุล ปฐวี คงขุนเทียน การศึกษาเรื่องความต้องการการศึกษาต่อระดับหลังปริญญาของทันตแพทย์ที่จบการศึกษาในปี พ.ศ.2534-2544 ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2559 จาก <http://dent.cmu.ac.th/mis/ris/researchprojects>
16. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2558 วันพุธที่ 14 ตุลาคม 2558 ณ ห้องประชุมสานใจ 2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ บริเวณกระทรวงสาธารณสุข
17. หนังสือที่ สร 0203/32996 เรื่อง แผนกำลังคนสาขาทันตแพทย์ ในกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2558

Knowledge, skill and ability, attitude toward working in rural area and factors for choosing workplaces among new graduate dentists from study year 2014

Jaruwat Butsarakumruha* *D.D.S., M.P.H.*

Sunee Pholdeeyiam** *D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)*

Abstract

This study aimed to examine knowledge, skill and ability, attitude toward working in rural area and factors for choosing workplace. Survey all new graduate dentists from study year 2014 who joined an orientation and choosing workplace in the Ministry of Public Health during 13-15 May 2015, by using a questionnaire. The result showed 524 respondents (96%), average age was 24.4 years, 68.3% were female. Most of them had hometown from main province of region and general province, finished high school in Bangkok and main province of region, father and mother graduated bachelor degree and worked for government, direct admission method, had a good level of attitude toward working in rural area, attitude toward working in rural hospital was good and very good level, confidence in knowledge, skill and ability was high and highest level. Main factors of choosing workplace were not far from hometown and contribute to gaining knowledge and experience from working. 64.5% were working in community hospital. The expected income was 50,000 Baht per month. 68.6% had a post graduate study plan and 72.9% had the Ministry of Public Health as an original affiliation, choosing field of study among Prosthodontics, Oral and Maxillofacial Surgery and Orthodontics.

Keywords : *knowledge, skill and ability / attitude toward working in rural area / factors for choosing workplace / admission method*

* Bureau of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

** Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.

บทบาทของทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อผลการปฏิบัติงาน ตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558

อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์* ส.บ., บธ.ม.

รัตนภรณ์ มั่นคง* วท.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง สุ่มจังหวัดตัวอย่างจาก 4 ภาคๆ ละ 4 จังหวัด รวม 16 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างเป็นทันตภิบาลทุกคนในจังหวัดนั้น ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่า 1 ปี เก็บข้อมูลระหว่าง มกราคม-เมษายน พ.ศ.2559 โดยส่งแบบสอบถามให้ทันตภิบาล จำนวน 755 ฉบับ ทางไปรษณีย์ แบบสอบถามได้รับการตอบกลับร้อยละ 49.0 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 83.5 อายุเฉลี่ย 28.4 ปี ผลการศึกษาพบว่า ทันตภิบาลรับรู้บทบาททั้ง 5 ด้านในระดับดีมากและได้ปฏิบัติตามบทบาทนั้น ยกเว้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทันตภิบาลที่มีผลการปฏิบัติงานได้ตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขปี 2558 ทุกตัวมีเพียงร้อยละ 37.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การรับรู้บทบาททุกข้อใน 3 ด้านคือ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ($p=0.001$) ทันตสาธารณสุขเชิงรุก ($p<0.001$) การบริหารจัดการและวิชาการ ($p=0.014$) และการปฏิบัติงานตามบทบาททุกข้อใน 4 ด้านคือ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ($p<0.001$) ทันตสาธารณสุขเชิงรุก ($p=0.001$) บริหารจัดการและวิชาการ ($p=0.003$) และการสร้างเสริมศักยภาพชุมชน ($p<0.001$) ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพพระดับปานกลางถึงมาก มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่องานส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$)

คำสำคัญ : บทบาททันตภิบาล / ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข

บทนำ

นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รัฐบาลได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันวาคม 2551¹ ว่าจะปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มากกว่างานรักษาพยาบาลแบบตั้งรับ และคาดว่าจะลดปริมาณผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน โดยบทบาทหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการความช่วยเหลือ หญิงมีครรภ์ที่ต้องการคำแนะนำ เด็กทารกที่ควรจะมีพัฒนาการที่สมวัย เด็กปฐมวัยและเด็กนักเรียนที่มีปัญหาโรคฟันผุจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษาทางทันตกรรม การเตรียมความพร้อมให้ชุมชนมีพื้นฐานสุขภาพ มีความรู้ในการป้องกันดูแลตนเอง สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในระดับพื้นที่ ผลของการดำเนินงานจะขึ้นกับความสามารถและความเข้มแข็งขององค์กรในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน

การจัดบริการทันตสาธารณสุข ในสถานบริการภาครัฐ เริ่มขยายลงสู่ระดับตำบลในโครงการทศวรรษพัฒนาสถานอนามัย^{2,3} ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ต่อมา พ.ศ. 2537 มีทันตภิบาลหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขไปปฏิบัติงานประจำในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ⁴ จากนั้นมีการบรรจุทันตภิบาลจบใหม่ไปอยู่สถานอนามัย ใน พ.ศ. 2544 มีทันตภิบาลไปอยู่สถานอนามัยละ 1 คน จำนวนรวม 700 แห่ง⁵ เมื่อมีการพัฒนาสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC : Universal Coverage) จนถึง พ.ศ. 2552 มีทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน 1,408 คน⁶ คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของสถานอนามัยทั้งหมด

พ.ศ. 2557 มีทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6,495 คน ร้อยละ 98.2 ของทันตภิบาลที่มีในประเทศไทย มีอัตราส่วนทันตภิบาลต่อประชากรเท่ากับ 1 : 9,848 คน⁷ ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral Health Service Plan) ระยะเวลา 5 ปี พ.ศ. 2555-2559 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการสุขภาพ หมวดที่ 1 การจัดบริการสุขภาพ ด้านที่ 2 อัตรากำลังคน กำหนดให้อัตราส่วนทันตภิบาลต่อประชากรเท่ากับ 1 : 8,000 คน⁸ ทั้งนี้ต้องมีทันตภิบาล (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)) ปฏิบัติงานประจำ

อย่างน้อย 1 คนในรพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และไม่น้อยกว่า 2 คนในสถานบริการระดับสูงขึ้นไป⁸ ในขณะที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีรพ.สต. 9,768 แห่ง⁹ และ ศสม. 228 แห่ง⁹ ซึ่งยังไม่รวมถึงรพ.ระดับอื่นๆ อีก 1,039 แห่ง⁹ จากเกณฑ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ายังขาดทันตภิบาลในระบบอีกจำนวนมาก ทำให้เกิดภาระงานที่ไม่สมดุลกับจำนวนทันตภิบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังกล่าว ผลการดำเนินงานจะขึ้นกับความสามารถและความเข้มแข็งขององค์กรในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่หลักในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทันตบุคลากรกลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็นด้านหน้าของการให้บริการทางทันตสาธารณสุขและเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด การศึกษานี้ ต้องการทราบว่าทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทอย่างไรในการขับเคลื่อนงานเพื่อบรรลุผลตามตัวชี้วัดทางทันตสาธารณสุข และมีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อผลนั้น ข้อมูลที่ได้จะนำไปพัฒนางานทันตสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ประชากรเป็นทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่า 1 ปี สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจาก 4 ภาค ภาคละ 4 จังหวัด รวม 16 จังหวัด ดังนี้ ปทุมธานี อ่างทอง สุพรรณบุรี เพชรบุรี บุรีรัมย์ มุกดาหาร อุตรดิตถ์ สกลนคร แพร่ เชียงราย กำแพงเพชร ตาก นครศรีธรรมราช ชุมพร สงขลา สตูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ.2559 โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่า 1 ปี ทุกคน (755 คน)

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ส่วนการใช้ภาษา ทดสอบกับทันตภิบาลในจังหวัดนนทบุรี

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถาบันที่จบการศึกษา ประเภทของการจ้างงาน สถานที่ทำงานเป็นภาค ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จำนวนประชากร/เด็กที่รับผิดชอบ และจำนวนบุคลากรในรพ.สต.

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของทันตภิบาล ประกอบด้วย

2.1 บริบทของพื้นที่ ลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20 และ 4.21-5.00 ตามลำดับ เป็น ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ตามลำดับ

2.2 การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานของทันตภิบาล มี 5 ด้าน คือ ด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน ส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ทันตสาธารณสุขเชิงรุก การเสริมศักยภาพชุมชน บริหารจัดการและวิชาการ ลักษณะคำตอบการรับรู้บทบาท ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ การปฏิบัติงาน ตอบว่าทำหรือไม่ทำ ถ้าใช่ / ทำ ได้คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าไม่ใช่ / ไม่ทำ ได้คะแนนเท่ากับ 0 แปลผล โดยใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2.3 ทศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ ข้อคำถามเชิงลบ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75, 1.76-2.50, 2.51-3.25 และ 3.26-4.00 ตามลำดับ เป็น ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และ มากที่สุด ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำงาน ลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20 และ 4.21-5.00 ตามลำดับ เป็น ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ตามลำดับ

3. ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 ประกอบด้วย

- เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และ ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45

- เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และ ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุในฟันแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45

คำนวณค่าร้อยละของผลการปฏิบัติงานเทียบกับค่าเป้าหมาย หากได้ค่าร้อยละต่ำกว่าค่าเป้าหมายจะได้คะแนนเท่ากับ 0 หากได้ค่าร้อยละเท่ากับหรือมากกว่าค่าเป้าหมายจะได้คะแนนเท่ากับ 1

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากกรมอนามัย รหัส 94/2558

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับร้อยละ 49.0 (370 ชุด) เป็นแบบสอบถามจากภาคใต้ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.5) อายุเฉลี่ย 28.4 ปี (SD = 7.49, อายุระหว่าง 21-54 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-25 ปี (ร้อยละ 42.2) ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีและพิษณุโลก (ร้อยละ 23.5 และ 22.7) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 48.1) และปฏิบัติงานในรพ.สต. 2-5 ปี (ร้อยละ 39.7) โดยเวลาเฉลี่ย 5.2 ปี (SD = 5.11, เวลา ระหว่าง 1-25 ปี) รายละเอียดในตารางที่ 1

2. บริบทของพื้นที่

ค่าเฉลี่ยภาพรวมบริบทของพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) คือ จังหวัดมีนโยบายสนับสนุนการทำงานของทันตภิบาลในรพ.สต. ผู้บริหารในรพ.สต. สนับสนุนการทำงานด้านทันตสาธารณสุขจำนวนประชากร/โรงเรียน/ศพด. ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความเหมาะสม แต่มีผู้ช่วยทำงานด้านทันตสาธารณสุขน้อย และมีภาระงานที่นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุขมาก

3. การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานของทันตภิบาล (ตารางที่ 3)

ทันตภิบาล

ร้อยละ 98.1-99.5 รับรู้บทบาทด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

ร้อยละ 94.3-99.2 รับรู้บทบาทด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน

ร้อยละ 94.6-98.1 รับรู้บทบาทด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก

ร้อยละ 83.0-98.4 รับรู้บทบาทด้านบริหารจัดการและวิชาการ

ร้อยละ 94.1-99.2 รับรู้บทบาทด้านการเสริมศักยภาพชุมชน

ทันตภิบาล

ร้อยละ 95.4-98.9 ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

ร้อยละ 93.2-99.2 ปฏิบัติงานด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน

ร้อยละ 82.7-95.9 ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก

ร้อยละ 58.4-97.0 ปฏิบัติงานด้านบริหารจัดการและวิชาการ

ร้อยละ 83.2-97.3 ปฏิบัติงานด้านการเสริมศักยภาพชุมชน

ทันตภิบาลรับรู้บทบาททั้ง 5 ด้านอย่างดีมาก และได้ปฏิบัติตามบทบาทนั้น ยกเว้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ที่ทำได้เพียงร้อยละ 58.4

4. ทศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 4)

ในภาพรวมทันตภิบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก คือ งานส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก ดีกว่างานรักษาทางทันตกรรม, ต้องทำความเข้าใจ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลทั่วไป

Table 1 Number and percentage of samples by general information

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ทำงานเป็นภาค		
- ภาคกลาง	100	27.0
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	114	30.8
- ภาคเหนือ	111	30.0
- ภาคใต้	45	12.2
เพศ		
- หญิง	309	83.5
- ชาย	61	16.5
อายุ		
- 21-25 ปี	156	42.2
- 25-30 ปี	104	28.1
- 31-54 ปี	110	29.7
จบการศึกษาจากสถาบัน		
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	87	23.5
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	63	17.0
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก	84	22.7
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี	50	13.5
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	37	10.0
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา	25	6.8
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง	23	6.2
- สถาบันทันตกรรม (เคยผลิต)	1	0.3
ประเภทของการจ้างงาน		
- ข้าราชการ	178	48.1
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	45	12.2
- ลูกจ้าง	136	36.8
- อื่นๆ	11	3.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.		
- 1 ปี	104	28.1
- 2-5 ปี	147	39.7
- 6-25 ปี	119	32.2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของบริบทของพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง

Table 2 Average, standard deviation and context level of samples

บริบทของพื้นที่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของบริบทของพื้นที่
1 จังหวัดมีนโยบายสนับสนุนการทำงานของทันตภิบาลในรพ.สต.	3.69	0.903	มาก
2 ผู้บริหารใน รพ.สต. สนับสนุนการทำงานด้านทันตสาธารณสุข	3.86	0.897	มาก
3 จำนวนประชากร/โรงเรียน/ศพด. ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความเหมาะสม	3.60	0.996	มาก
4 ในรพ.สต. มีผู้ช่วยทำงานด้านทันตสาธารณสุข	2.43	1.544	น้อย
5 ภาระงานที่นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุข	3.42	1.007	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวมบริบทของพื้นที่	3.37	0.651	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานของทันตภิบาล

Table 3 Number, percentage, average and standard deviation of recognition the role and performance of dental nurses

บทบาทของทันตภิบาล	การรับรู้บทบาท		การปฏิบัติงาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ				
1. ให้ทันตสุขศึกษาและสอนแปรงฟัน	368	99.5	364	98.4
2. อบรมผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก	363	98.1	358	96.8
3. สนับสนุนกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน	365	98.6	353	95.4
4. ทาฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กที่มีความเสี่ยงฟันผุ	368	99.5	366	98.9
5. บริการเคลือบหลุมร่องฟันแก่นักเรียนที่มีความเสี่ยงฟันผุ	367	99.2	363	98.1
บทบาทด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน				
1. ตรวจ วินิจฉัยสุขภาพช่องปาก	367	99.2	367	99.2
2. ชูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน	364	98.4	364	98.4
3. อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน	362	97.8	354	95.7
4. ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถรักษาไว้ได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน	349	94.3	345	93.2
5. บำบัดทันตกรรมฉุกเฉินเบื้องต้นเพื่อลดความเจ็บปวด และช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนระหว่าง และหลังการรักษา	356	96.2	346	93.5
บทบาทด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก				
1. ออกเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปีและผู้สูงอายุ	350	94.6	306	82.7
2. ออกหน่วยทันตกรรมโรงเรียนและหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่	360	97.3	333	90.0
3. สำรวจสภาวะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	363	98.1	355	95.9
4. ประเมินพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก	361	97.6	343	92.7
บทบาทด้านบริหารจัดการและวิชาการ				
1. จัดทำแผนปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข	364	98.4	357	96.5
2. จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปาก	350	94.6	342	92.4
3. จัดทำและส่งรายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข	364	98.4	359	97.0
4. บริหารพัสดุทันตกรรม และบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทางทันตกรรม	355	95.9	352	95.1
5. ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	307	83.0	216	58.4
บทบาทด้านการเสริมศักยภาพชุมชน				
1. พัฒนาศักยภาพและทักษะให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและสมาชิกในครอบครัว	364	98.4	336	90.8
2. เสริมความสามารถของชุมชนให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก	348	94.1	308	83.2
3. พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก ครูอนามัยและแกนนำ น.ร. ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	364	98.4	346	93.5
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศพด./โรงเรียน จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากดี เช่น เมนูอาหารว่างที่เหมาะสม โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม	367	99.2	360	97.3
ภาพรวมบทบาทของทันตภิบาล				
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ (5 คะแนน)	4.95	0.372	4.87	0.594
2. ด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน (5 คะแนน)	4.86	0.581	4.80	0.665
3. ด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก (4 คะแนน)	3.87	0.478	3.61	0.772
4. ด้านบริหารจัดการและวิชาการ (5 คะแนน)	4.70	0.738	4.39	0.859
5. ด้านการเสริมศักยภาพชุมชน (4 คะแนน)	3.90	0.469	3.65	0.837

กับงานรักษาแยกจากกันไม่ได้, ส่งผลดีต่อประชาชนแน่นอน, เป็นงานที่เห็นผลช้า แต่ทำได้ง่ายกว่าการรักษาโรค, ปัญหาการเรียนของผู้รับบริการมีผลต่อการให้บริการรักษาและทันตภิบาลมีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ

5. ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำงาน

ภาพรวมปัจจัยเอื้อในการทำงานระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) โดยมีความพร้อมของคอมพิวเตอร์สำหรับการทำงาน ครุภัณฑ์และเครื่องมือทางทันตกรรม มีความเพียงพอของวัสดุ เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม มีระบบการติดต่อกับจังหวัดและเครือข่ายในการทำงานทาง Internet โทรศัพท์ และโทรศัพท์เคลื่อนที่ มีการประชุม/อบรมร่วมกับจังหวัด/โรงพยาบาลระดับดีมาก แต่มีผู้ช่วยข้างเก้าอี้ในการให้บริการทันตกรรมน้อย

มีปัจจัยเสริมในการทำงานระดับมาก (ตารางที่ 5) คือ จังหวัด/โรงพยาบาล มีการนิเทศ ติดตามงาน และช่วยแก้ไขปัญหา ทันตภิบาลได้รับการอบรมหรือฝึกงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลก่อนมาปฏิบัติงานในรพ.สต. และได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านทันตกรรม หรือทันตสาธารณสุข

6. ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558

ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานได้ตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 ทุกตัวมีเพียงร้อยละ 37.3 (138 คน) แต่ถ้าเป็นรายตัวชี้วัดแต่ละตัว ผลการปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66.8 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพของทันตภิบาล

Table 4 Average, standard deviation and level of attitude toward health promotion of dental nurses

ทัศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของทัศนคติ
1 งานส่งเสริมสุขภาพในช่องปากดีกว่างานรักษาทางทันตกรรม	3.51	0.576	มากที่สุด
2 งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากต้องทำควบคู่กับงานรักษาแยกจากกันไม่ได้	2.95	0.749	มาก
3 งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ท่านทำส่งผลดีต่อประชาชนแน่นอน	3.55	0.520	มากที่สุด
4 การรักษาโรคทำได้ง่ายกว่าการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่เห็นผลช้า	2.42	0.830	น้อย
5 ปัญหาการเรียนของผู้รับบริการมีผลต่อการให้บริการรักษา	2.81	0.859	มาก
6 ท่านมีความภาคภูมิใจในงานที่ท่านทำในปัจจุบัน	3.20	0.722	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวมทัศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ	2.84	0.335	มาก

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการทำงานของทันตภิบาล

Table 5 Average, standard deviation and level of supporting factors of dental nurses

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของปัจจัย
ปัจจัยเอื้อในการทำงาน			
1. ความพร้อมของครุภัณฑ์และเครื่องมือทางทันตกรรม	3.42	0.948	มาก
2. ความเพียงพอของวัสดุ เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม	3.97	1.004	มาก
3. คอมพิวเตอร์สำหรับการทำงาน	3.83	0.904	มาก
4. ระบบการติดต่อกับจังหวัดและเครือข่ายในการทำงาน			
- Internet โทรศัพท์ และ โทรศัพท์เคลื่อนที่	3.73	0.913	มาก
- การประชุม อบรมร่วมกับจังหวัด/โรงพยาบาล	3.53	1.002	มาก
5. มีผู้ช่วยข้างเก้าอี้ทุกครั้งในการให้บริการทันตกรรม	2.42	1.606	น้อย
ค่าเฉลี่ยภาพรวมปัจจัยเอื้อในการทำงาน	3.26	0.785	ปานกลาง
ปัจจัยเสริมในการทำงาน			
1. จังหวัด/โรงพยาบาล มีการนิเทศ ติดตามงาน และช่วยแก้ไขปัญหของท่านในปฏิบัติงานที่รพ.สต.	3.39	0.982	ปานกลาง
2. ท่านเคยได้รับการอบรมหรือฝึกงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลก่อนมาปฏิบัติงานในรพ.สต.	3.93	1.054	มาก
3. ท่านเคยได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านทันตกรรม หรือทันตสาธารณสุข	3.79	0.966	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวมปัจจัยเสริมในการทำงาน	3.70	0.837	มาก

7. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข

ผู้ที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในรพ.สต. 6 ปีขึ้นไป มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

ผู้ที่รับรู้อาการทุกข้อ 3 ด้านคือ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทันตสาธารณสุขเชิงรุก และบริหารจัดการและวิชาการ ผู้ที่ปฏิบัติงานทุกข้อ 4 ด้านคือ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทันตสาธารณสุขเชิงรุก บริหารจัดการและวิชาการ และการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลางถึงมาก มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กว่าที่จะได้รับการตอบกลับร้อยละ 49.0 ก็ต่อเมื่อมีการขอให้ทันตภิบาลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วยติดตามข้อมูลภายในจังหวัดให้

ผู้ที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพิศักดิ์ อังค์ศิริมงคล และคณะ¹⁰ พบว่าค่าเฉลี่ยผลงานให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน (ปัจจุบันคือ รพ.สต.) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผลงานสูงสุด

ผู้ที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. 6 ปี มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเอื้อ ยงวานิชกรและคณะ¹¹ พบว่า ทันตภิบาลที่

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558

Table 6 Number and percentage of dental health performance indicators in 2005

ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	297	80.3
เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	254	68.6
เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	342	92.4
เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	297	80.3
เด็กอายุ 12 ปี (ป.6) ปราศจากฟันผุในฟันแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	247	66.8

ตารางที่ 7 ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

Table 7 Dental health performance indicators by general information

ข้อมูลทั่วไป	ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด (จำนวนค่าเป้าหมายที่ได้)					p-value
	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
สถานที่ทำงาน						
- ภาคกลาง	2.0	11.0	11.0	41.0	35.0	0.003
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.6	3.5	21.1	27.2	45.6	
- ภาคเหนือ	5.4	10.8	9.9	38.7	35.1	
- ภาคใต้	11.1	11.1	26.7	24.4	26.7	
สถานะปัจจุบัน						
- ข้าราชการ	7.3	6.7	13.5	32.0	40.4	0.036
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	0.0	6.7	15.6	28.9	48.9	
- ลูกจ้าง และไม่ระบุ	2.0	11.6	18.4	38.1	29.9	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.						
- 1 ปี	1.0	10.6	23.1	35.6	29.8	0.001
- 2-5 ปี	2.0	10.9	10.9	36.7	39.5	
- 6-25 ปี	10.1	4.2	15.1	29.4	41.2	

ปฏิบัติงานที่สถานอนามัยขนาดใหญ่ (ปัจจุบันคือ รพ.สต.) ที่เพิ่งจบการศึกษาและปฏิบัติงานที่สถานอนามัย จะพบปัญหาความสามารถในการให้บริการ

ทันตภิบาลร้อยละ 82.7-95.9 ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก ทำได้มากกว่าการศึกษาปี 2545¹² ที่พบว่า บทบาทที่ทันตภิบาลทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์คือ การทำงานเชิงรุกในชุมชน

ทันตภิบาลร้อยละ 93.2-99.2 ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพและด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในรพ.สต. เขตสาธารณสุขที่ 10¹³

ทันตภิบาลที่มีผลการปฏิบัติงานได้ตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 ทุกตัวมีเพียงร้อยละ 37.3 และ

พบว่า ทันตภิบาลที่รับรู้บทบาทและปฏิบัติงานทุกข้อใน 3 ด้านคือ ด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน ด้านทันตสาธารณสุข เชิงรุก และด้านบริหารจัดการและวิชาการ จะมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขครบทุกตัวให้มากขึ้น ควรที่จะมีการวัดว่าทันตภิบาลรับรู้บทบาทและสามารถปฏิบัติงานได้ครบทุกข้อใน 3 ด้านดังกล่าวหรือไม่ แล้วพัฒนาให้เกิดการรับรู้บทบาทและสามารถปฏิบัติงานได้

ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานครบทุกข้อด้านการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข

ตารางที่ 8 ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัย

Table 8 Dental health performance indicators by factors

ปัจจัย	ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด (จำนวนค่าเป้าหมายที่ได้)					p-value
	1 ร้อยละ	2 ร้อยละ	3 ร้อยละ	4 ร้อยละ	5 ร้อยละ	
การรับรู้บทบาทด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน						
- รับรู้บางข้อ	16.1	19.4	19.4	29.0	16.1	0.001
- รับรู้ทุกข้อ	3.2	7.7	15.3	34.5	39.2	
การรับรู้บทบาทด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก						
- รับรู้บางข้อ	21.9	12.5	25.0	12.5	28.1	0.000
- รับรู้ทุกข้อ	2.7	8.3	14.8	36.1	38.2	
การรับรู้บทบาทด้านบริหารจัดการและวิชาการ						
- รับรู้บางข้อ	8.1	16.2	18.9	27.0	29.7	0.014
- รับรู้ทุกข้อ	3.4	6.8	14.9	35.8	39.2	
การปฏิบัติงานด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน						
- ปฏิบัติบางข้อ	12.5	16.7	25.0	22.9	22.9	0.000
- ปฏิบัติทุกข้อ	3.1	7.5	14.3	35.7	39.4	
การปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก						
- ปฏิบัติบางข้อ	10.3	12.4	19.6	28.9	28.9	0.001
- ปฏิบัติทุกข้อ	2.2	7.3	14.3	35.9	40.3	
การปฏิบัติงานด้านบริหารจัดการและวิชาการ						
- ปฏิบัติบางข้อ	6.5	13.1	18.5	29.2	32.7	0.003
- ปฏิบัติทุกข้อ	2.5	5.0	13.4	38.1	41.1	
การปฏิบัติงานด้านการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน						
- ปฏิบัติบางข้อ	12.3	12.3	20.5	28.8	26.0	0.000
- ปฏิบัติทุกข้อ	2.4	7.7	14.5	35.4	40.1	
ทัศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ						
- ระดับน้อย	8.9	11.4	21.5	29.1	29.1	0.009
- ระดับปานกลาง	1.6	8.4	14.9	35.3	39.8	
- ระดับมาก	11.9	4.8	9.5	35.7	38.1	

ครบทุกตัวให้มากขึ้น จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านนี้ให้แก่ทันตภิบาล

ทันตภิบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลางถึงมาก มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2558 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการวัดทัศนคติต่อการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพของทันตภิบาล ถ้าพบว่ามีเพียงระดับน้อย ควรมีกระบวนการพัฒนาให้ถึงระดับปานกลางขึ้นไป เพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขครบทุกตัวให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาผลการปฏิบัติงานแบบนี้ในครั้งหน้า ควรที่จะมีการวัดว่าทันตภิบาลรับรู้บทบาทและสามารถปฏิบัติงานได้ครบทุกข้อใน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริการทันตกรรมพื้นฐาน ด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก และด้านการบริหารจัดการและวิชาการดังกล่าวหรือไม่ แล้วพัฒนาให้เกิดการรับรู้บทบาทและสามารถปฏิบัติงานได้

2. เพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานจากทันตภิบาลที่เพิ่งจบการศึกษาและปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ทันตภิบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน เป็นพี่เลี้ยงสอนน้อง เพื่อให้มีความรู้ความมั่นใจและมีที่ปรึกษาในการทำงาน

3. ในการศึกษาที่มีการจัดกลุ่มตัวแปรต้น เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กันเอง ควรใช้ factor analysis มาช่วยในการจัดกลุ่มตัวแปร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตภิบาลทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการศึกษา เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 16 แห่ง ที่ช่วยติดตามแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลสำเร็จลุล่วงด้วยดี สำนักทันตสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน นางสาวสุพรรณิ สุคันธวานิช ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล และบุคลากรกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข และโครงการอบรมการเขียนบทความวิชาการด้านสุขภาพ ชื่องานปี 2559 ที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุมพรศรี, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา คำภิระเลิศ, สุพัตรา ศรีวนิชกร, เกษม เวชสุทรานนท์ บรรณาธิการ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
2. อ่ำพล จินดาวัฒน์ และคณะ. ข้อเสนอเรื่อง ทิศทางและกลวิธีในการพัฒนาสถานอนามัยในแผนฯ 7 (2535-2539) เอกสารเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสถานอนามัยในแผนฯ 7 9-10 เมษายน 2533 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2533.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปผลการประชุมเรื่อง การพัฒนาสถานอนามัยในแผนฯ 7. 9-10 เมษายน 2533. โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2533.
4. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ดาวเรือง แก้วขันธ์, บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยทันตภิบาลในสถานอนามัย พ.ศ. 2540-2541. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2544 ; 6 (2) : 75-89.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2544. เอกสารอัดสำเนา.
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2552. เอกสารอัดสำเนา.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2557. [Internet]. Available from: http://www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000953_1.pdf
8. คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขสาขาทันตกรรม ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 249/2552 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2552 และ คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านสุขภาพชงปาก ตามคำสั่งทันตแพทยสภา ที่ 5/2552 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2552. การคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2551-2560) [Internet]. 2552. Available from: http://www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000486_1.pdf
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพชงปาก (Oral Health Service Plan). นนทบุรี : 2555.
10. พิศศักดิ์ องค์ศิริมงคล สุณี วงศ์คงคาเทพ สาธิตา เมธนาวิณ อธิสา ศิริเวชสุนทร การกระจายทันตภิบาลไทยและภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน พ.ศ. 2540 วารสารระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ค. 2550
11. บุญเอื้อ ยงวานิชกร และคณะ. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในสถานอนามัย : กรณีศึกษาใน 3 สถานอนามัยขนาดใหญ่. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
12. สุณี วงศ์คงคาเทพ บุญเอื้อ ยงวานิชกร การจัดบริการสุขภาพชงปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12 : 645-658
13. จิรัชยา คำพิมพ์ ประจักษ์ บัววัน แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสาธารณสุขที่ 10 วารสารทันตภิบาล ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ย. 2556 หน้า 24-34

The role of dental nurses in Tambon Health Promoting Hospitals to the performance following dental health indicators in 2015

Ammaraporn Supanwiwat* *B.P.H., M.B.A.*

Rattanaorn Mankong* *B.Sc., M.Sc.(public health)*

Abstract

This study aimed to investigate the role of dental nurses in Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) and factors related to the performance following dental health indicators. It was a cross sectional study. Sampling draw from 4 regions, 4 provinces for each region. Total number was 16 provinces, Samplers were dental nurses working at Tambon Health Promoting Hospitals more than 1 year. Data was collected between February and April 2016. 755 questionnaires were sent by mail. The return rate was 49 percent. 83.5 percent of respondents were women with the average age was 28.4 years old. It was found that they recognized all five roles in “very good” level and could practice follow the roles, the only exception was to do research on developing oral health promoting and preventing model related to their context. Only 37.3 percent could perform all dental health indicators in 2015. The factors that had significantly effect to the performance following dental health indicators were the perception of all 3 roles of dental nurses which were basic dental service ($p=0.001$), proactive dental health ($p<0.001$) and management and academic ($p=0.014$) ; and the practice following roles in 4 roles which were basic dental service ($p<0.001$), proactive dental health ($p=0.001$), management and academic ($p=0.003$) and community empowerment ($p<0.001$). The dental nurses who has good attitude toward health promotion in “middle and high” level had significantly higher performance following dental health indicators in 2015 than the group of “low” level ($p=0.009$).

Keywords: *role of dental nurse / dental health indicator*

*Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

การพัฒนางานบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

สาวนถ เลิศสำราญ* ทบ., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

สมชาติ ไตรรักษา** พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์** Dr.P.H. (Preventive Care)

บทคัดย่อ

งานศึกษานี้ เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง วัดผลก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ สิ่งที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบงานบริการทันตกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการทดลองที่หน่วยงานทันตกรรม โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2558 ถึง 26 มิถุนายน 2558 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการทั้งหมดที่มาใช้บริการทันตกรรมในแต่ละครั้ง เริ่มต้นตั้งแต่ผู้รับบริการมาถึงหน่วยงานจนถึงผู้รับบริการออกจากหน่วยงาน ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งสิ้น 178 คน ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 87 คน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อน กับ หลังการทดลองใน 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ค่าสถิติที ค่าสถิติเพียร์รี และค่าสถิติแมนวิทนียู ที่ระดับแอลฟา 0.05 และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบใหม่เป็นรูปแบบที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีผังการไหลเวียนของมาตรฐานการปฏิบัติงานบริการทันตกรรม เป็นลายลักษณ์อักษรที่ง่ายต่อการปฏิบัติ หลังการทดลอง พบว่า ผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม คือ จำนวนครั้งในการให้บริการถอนฟันแท้เมื่อเทียบกับแรงงานที่เท่ากัน เพิ่มขึ้น ($p=0.034$) ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการถอนฟันแท้ 1 ครั้งลดลง ($p=0.029$) ต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วยในการถอนฟันแท้ลดลง ($p<0.001$) ร้อยละความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมของเอกสารก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันและร้อยละความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการทันตกรรมในแต่ละวัน เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: งานบริการทันตกรรม / การพัฒนารูปแบบ / วิจัยพัฒนาเชิงทดลอง

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

งานบริการทันตกรรมมีความสำคัญต่อประชาชน เนื่องจากอวัยวะในช่องปากมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร การรับรส การออกเสียง และความสุขงาม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของบุคคลโดยรวมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน¹ และส่งผลต่อสภาวะจิตสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลากรของประเทศชาติ²

ผลการดำเนินงานบริการทันตกรรมในหลายประเทศ ที่ผ่านมายังไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยประเทศที่กำลังพัฒนามักมีปัญหาปริมาณงานที่มากเกินไป คุณภาพของผลการดำเนินงานต่ำ ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่พึงพอใจ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากร และความไม่เท่าเทียมกันของบริการ เนื่องจากการกระจุกตัวของบุคลากรในเขตเมืองและในภาคเอกชน ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วแม้จะมีสัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรที่ดีแล้ว แต่ยังมีปัญหาในการบริหารระบบประกันสุขภาพของประชาชน ประชาชนบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทำให้ทันตสุขภาพยังคงเป็นปัญหาของประชาชนทั่วโลก³

งานบริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงขรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาบริการโดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สะดวก และมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ที่เป็นโรงพยาบาลคุณภาพเพื่อปวงชน แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ของงานบริการทันตกรรมยังไม่มีดี เมื่อเทียบกับความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าจะมีการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีประสิทธิภาพไม่มากและยังไม่แสดงถึงการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เนื่องจากการมักเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ

จากการวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้หลักการวิเคราะห์ปัญหา (Principle of Problem Analysis)⁴ เป็นการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา 10 ด้าน และพิจารณาอิทธิพลของปัญหาต่อกลุ่มต่างๆ 5 กลุ่มและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาหลัก คือ การขาดรูปแบบงานบริการทันตกรรมที่ดี ทำให้ผลการดำเนินงานบริการทันตกรรมที่ผ่านมาไม่ดีพอ การแก้ไขปัญหาในอดีตเป็นเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะจุด ขาดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ยั่งยืน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาบริการทันตกรรม ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการวางระบบงานที่ดี เป็นลายลักษณ์อักษร ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้จริง ตามทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ โดยพัฒนาใน 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์⁴

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research: EDR)

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาระบบงานบริการทันตกรรม ซึ่งดัดแปลงมาจากระบบงานบริการ (Service system) โดยกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานบริการทันตกรรม ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก⁴

การพัฒนาแบบใหม่ของงานบริการทันตกรรม แบ่งออกเป็น 8 ขั้นตอน คือ หนึ่ง ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์รูปแบบเดิม และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการนำมาพัฒนาแบบใหม่ สอง พัฒนาเป็นรูปแบบที่ 1 สาม นำรูปแบบที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหา แล้วมาปรับปรุงแก้ไข ขั้นทดลอง โดยเตรียมความพร้อมด้านข้อมูล เอกสาร วัสดุอุปกรณ์ และผู้ช่วยวิจัย ระหว่าง 5 มกราคม- 6 มีนาคม 2558 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ระหว่าง 9-13 มีนาคม 2558 (เฉพาะในเวลาเช้า) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการและผลการดำเนินงานบริการ ห้า นำข้อมูลที่ได้จาก Pre-test มาปรับปรุงรูปแบบการบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ได้เป็นรูปแบบที่ 2 ระหว่าง 16-20 มีนาคม 2558 หก นำรูปแบบใหม่ไปใช้ และปรับปรุงระหว่างการใช้งานเป็นระยะๆ ได้เป็นรูปแบบที่ 3 ระหว่าง 23 มีนาคม-26 มิถุนายน 2558 เจ็ดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ระหว่าง 22-26 มิถุนายน 2558 (เฉพาะในเวลาเช้า) ดำเนินการเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และ แปด สรุปผลและปรับปรุงได้รูปแบบที่ 4 ระหว่าง 29 มิถุนายน- 31 สิงหาคม 2558

ประชากร คือ

1. ผู้มารับบริการทันตกรรม โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการทุกคนที่มารับบริการในวันที่เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (9-13 มีนาคม 2558 และ 22-26 มิถุนายน 2558)

2. บุคคลที่สอบถามความคิดเห็น คือ

2.1 กลุ่มผู้มารับบริการ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการทันตกรรมที่ตอบแบบสอบถามทุกครั้งที่มาใช้บริการทันตกรรมในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

2.2 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ ตรงคือ ทันตแพทย์ 3 คนและทันตภิบาล 1 คน (2) กลุ่มสนับสนุนบริการ คือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ 3 คน และผู้บันทึกข้อมูล 1 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามทุกวันที่ให้บริการทันตกรรมในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

3. กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานทันตกรรม โดยให้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึก คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่วิจัย (2) ข้อมูลด้านบุคลากร (3) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน (4) การตรวจสอบการปฏิบัติตามขั้นตอนมาตรฐานการบริการทันตกรรม (5) บริการทันตกรรมเฉพาะราย (6) ข้อมูลเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน (7) บริการทันตกรรมในแต่ละวัน

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการ หรือญาติผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร

ผลการศึกษา

1. รูปแบบงานบริการทันตกรรม

การวิจัยได้พัฒนาเป็นรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 อย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย

1) หลักการของรูปแบบ (Principles of Model) ประกอบด้วย หนึ่ง หลักการด้านบริหารโดยยึดหลักการจัดระเบียบองค์การ (POSDCoRB) บริหารตามสถานการณ์ (Situation Management) บริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participation: MBP) บริหารตามวัตถุประสงค์ (Management by Objectives) บริหารคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management: TQM) และหลักการบริหารโรงพยาบาล สอง หลักวิชาการเฉพาะงานให้บริการผู้ป่วยทันตกรรม คือ มาตรฐาน HA:2551 ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Thai Dental Safety Goal & Guideline 2015) และแนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรม สำหรับคลินิกทันตกรรม สาม กฎระเบียบข้อบังคับขององค์การหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 และนโยบายของโรงพยาบาล

2) โครงสร้างของรูปแบบ (Structure of Model) คือ โครงสร้างด้านคน เงิน ของ และด้านระบบงาน 4 ระบบ

3) การนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation of Model) ประกอบด้วย กำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน บริการทันตกรรม ขั้นตอนการทำงาน (Work flow) เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้เสนอความคิดเห็น เน้นการรับฟังอย่างเข้าใจ และนำความคิดเห็นนั้นมาปรับปรุงตามความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ ชมเชยผู้ที่เสนอ ประเมินผล โดยกำหนดที่มีรับผิดชอบอย่างชัดเจนและรายงานผลต่อหัวหน้าหน่วยงาน กำหนดให้เจ้าหน้าที่นำเสนอ R2R ปีละ 1 เรื่อง

2. มาตรฐานการดำเนินงานบริการทันตกรรม

ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก คือ หนึ่ง เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน ตรวจสอบความพร้อมของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ สอง เตรียมความพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง เตรียมบุคลากร อุปกรณ์ ข้อมูล และสถานที่ให้พร้อมก่อนเริ่มการบริการ สามต้อนรับผู้มารับบริการอย่างประทับใจ ทักทายด้วยท่าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส/แจ่มใส/ตรวจคัดกรองสี ให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการแต่ละคน ห้า ให้บริการตามขั้นตอนต่างๆ ชักประวัติและตรวจช่องปาก วินิจฉัยโรค ให้คำแนะนำก่อนให้การรักษ ให้การรักษา ให้คำแนะนำหลังการรักษา/จ่ายยา/นัดผู้ป่วย/ชำระเงิน หก ให้บริการก่อนผู้รับบริการออกจากห้องทันตกรรม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของสิ่งต่างๆที่มอบให้ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการในการรับบริการขั้นตอนต่อไป เจ็ด บันทึกข้อมูลการบริการในเวชระเบียนและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ผู้รับบริการคนต่อไป แปด หลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลการบริการในเวชระเบียนและโปรแกรม HOSxP ส่งข้อมูลและเอกสารต่างๆ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามผู้รับบริการกรณีคนไข้ต่อเนื่อง คนไข้หลุดนัด และ เก็บ ก่อนเลิกงานประจำวัน จัดเก็บและจัดเตรียม อุปกรณ์ เอกสาร และสถานที่ ให้เรียบร้อยก่อนให้บริการในวันต่อไป

3. ผลการดำเนินงาน

ผู้มารับบริการทั้งหมด 178 คน ก่อนการทดลอง 94 คน และ หลังการทดลอง 84 คน

ผู้ให้บริการตรง คือ ทันตแพทย์ 3 คน และทันตภิบาล 1 คน ผู้ให้การสนับสนุนบริการ คือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ 3 คน และผู้บันทึกข้อมูล 1 คน

ผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถามทุกครั้งที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง 41 คน หลังการทดลอง 36 คน

ข้อจำกัดของข้อมูลที่น่าสนใจมีดังนี้

1. ในด้านของปริมาณงานทำการวิเคราะห์เฉพาะ การให้การรักษาทันตแพทย์ ตัดบริการตรวจฟันและงานที่ใช้เวลาในการให้บริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาทีออก และวัดปริมาณงานเฉพาะการให้บริการถอนฟันแท้เพิ่มเติม เนื่องจากเป็นบริการประเภทเดียวที่มีการให้บริการมากที่สุดเมื่อเทียบกับบริการทันตกรรมประเภทอื่นๆ จึงเหลือผู้รับบริการก่อนการทดลอง 64 คน และหลังการทดลอง 76 คน
2. ความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน (ด้านเอกสาร) วัดเพียงวันละ 1 ครั้ง ก่อนเริ่มการทำงาน n คือ 5 วัน
3. ความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการแต่ละวัน เก็บข้อมูลผู้มารับบริการทุกคน
4. ยกเว้นข้อมูลระยะเวลารอคอยของบริการตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งมาจากฝ่ายเวชปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเก็บ

เวลาที่ผู้มารับบริการมาถึงหน่วยงานได้อย่างชัดเจน และผู้รับบริการมักได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากทันทีโดยไม่ต้องรอคิว จึงเหลือผู้รับบริการก่อนการทดลอง 87 คน และหลังการทดลอง 75 คน

5. ในด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เหลือ 6 คน เพราะในการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ไม่ได้เก็บข้อมูลของความพึงพอใจของทันตภิบาล 1 คน กับผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมตลอดช่วงที่เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

3.1 ผลการดำเนินงานด้านปริมาณงาน

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปริมาณงานเพิ่มขึ้น คือ จำนวนครั้งในการให้บริการถอนฟันแท้เมื่อเทียบกับแรงงานที่เท่ากัน เพิ่มขึ้นจาก 4.22 ครั้งเป็น 6.73 ครั้ง (ตารางที่ 1)

3.2 ผลการดำเนินงานด้านคุณภาพงาน

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอยบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นจาก 24.17 นาที เป็น 45.81 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้

Table 1 Service outputs before and after implementation of developed dental services model

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{x}$	SD.	n	$\bar{x}$	SD.	
ด้านปริมาณงาน							
1. จำนวนครั้งในการให้บริการเมื่อเทียบกับแรงงานที่เท่ากัน	64	5.04	3.57	76	6.30	5.49	0.285 ⁽²⁾
2. จำนวนครั้งในการให้บริการถอนฟันแท้ เมื่อเทียบกับแรงงานที่เท่ากัน	17	4.22	2.74	18	6.73	3.88	0.034* ⁽¹⁾
ด้านคุณภาพงาน							
ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอยบริการทันตกรรมต่อ 1 ครั้ง (นาที/ครั้ง)	87	24.17	22.35	75	45.81	41.60	0.009* ⁽²⁾
ด้านระยะเวลา							
1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการทันตกรรมต่อ 1 ครั้ง (นาที/ครั้ง)	64	27.50	20.57	76	22.78	15.49	0.274 ⁽²⁾
2. ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการถอนฟันแท้ 1 ครั้ง (นาที/ครั้ง)	17	28.35	15.59	18	17.44	12.61	0.029* ⁽¹⁾
ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง							
1. ผู้บริหาร	2	7.00	1.41 ^a	2	8.00	1.41 ^a	0.500 ⁽³⁾
2. ผู้ให้บริการ	6	9.06	1.11	6	9.10	1.15	0.910 ⁽³⁾
3. ผู้รับบริการ	41	9.15	1.37	36	9.50	0.94	0.261 ⁽²⁾
ด้านเศรษฐศาสตร์							
1. ต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วยในการให้บริการถอนฟันแท้ 1 ครั้ง (บาท)	17	16.46	5.22	18	13.82	6.74	<0.001* ⁽²⁾
2. ต้นทุนค่าแรงต่อหน่วยในการให้บริการถอนฟันแท้ 1 ครั้ง (บาท)	17	175.95	96.59	18	124.34	108.72	0.148 ⁽¹⁾

a. t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

b. (1)Independent t- test, (2)Mann - Whitney U Test, (3) paired-samples t-test.

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ร้อยละความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมของเอกสารก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.0 เป็น ร้อยละ 100.0 ร้อยละความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการการตรวจสภาวะช่องปาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 เป็นร้อยละ 79.8 และร้อยละความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการการบันทึกข้อมูลการรักษาได้ครบถ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 เป็น ร้อยละ 96.4 (ตารางที่ 2)

3.3 ผลการดำเนินงานด้านระยะเวลา

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการถอนฟันแท้ ลดลงจาก 28.35 นาที เป็น 17.44 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

3.4 ผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง แม้จะเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

3.5 ผลการดำเนินงานด้านเศรษฐศาสตร์

หลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้ ต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วยในการให้บริการถอนฟันแท้ลดลงจาก 16.46 บาท เป็น 13.82 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

4 ปัญหาที่พบจากการศึกษาและได้รับการพัฒนาแก้ไข

4.1 ปัญหาด้านภาษา

เนื่องจากโรงพยาบาลสังขละบุรีเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีพื้นที่ติดประเทศพม่า ประชาชนมีหลายเชื้อชาติ หลายภาษา คือ ไทย มอญ พม่า กระเหรี่ยง ทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร ส่งผลต่อการปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้องภายหลังการบริการทันตกรรมหรืออาจรับประทานยาได้ไม่

ถูกต้อง ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนหลังการรักษาหรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

การพัฒนา ได้จัดทำใบคำแนะนำหลังการให้บริการและการใช้ยาเป็นภาษาไทย พม่า และมอญ แจกให้เฉพาะผู้รับบริการที่อ่านได้เท่านั้น ไม่ได้จัดทำเป็นภาษากระเหรี่ยง เนื่องจากภาษากระเหรี่ยงไม่มีภาษาเขียนและผู้ช่วยทันตแพทย์สื่อสารด้วยภาษากระเหรี่ยงได้ทุกคน ผู้มารับบริการที่ไม่สามารถอ่านได้ จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร

4.2 ปัญหาด้านการรอคอยรับบริการ

การให้บริการช่วงเช้าให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และช่วงบ่ายให้บริการผู้ป่วยนัด ในช่วงเช้าไม่มีการจำกัดผู้มารับบริการและการให้บริการมักใช้เวลานาน ทำให้ผู้รับบริการรอรับบริการนานและมีความรู้สึกกังวล ทำให้ผู้รับบริการต้องสอบถามคิวของตนกับผู้ให้บริการบ่อยครั้ง

การพัฒนา ได้จัดการคัดกรองผู้ป่วย หากต้องการตรวจฟันหรือต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ทันตภิบาลบริการได้ทันที โดยหน่วยงานมีตารางยาเพื่อให้สามารถจ่ายยาได้ถูกต้องตามน้ำหนักผู้ป่วย แต่หากไม่แน่ใจสามารถสอบถามทันตแพทย์ได้

ก่อนการทดลองผู้รับบริการไม่ทราบลำดับคิวของตนและสอบถามเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง จึงแจกบัตรคิว และแขวนลำดับบัตรคิวไว้หน้าห้องเพื่อให้ผู้มารับบริการทราบว่าตอนนี้ให้บริการถึงคิวที่เท่าไรแล้ว ทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกสบายใจมากขึ้น ว่าไม่ถูกข้ามคิว และไม่จำเป็นต้องสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือสามารถทำธุระส่วนตัวได้หากยังไม่ใกล้ถึงคิวของตนเอง และหากเลยคิวแล้ว ผู้รับบริการสามารถรับบริการได้ในคิวต่อไป

กรณีที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ พระภิกษุ หรือผู้ต้อง

ตารางที่ 2 ร้อยละความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมและมาตรฐานการให้บริการก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่มาใช้
Table 2 Percentage of the accuracy of preparation before beginning daily work and the accuracy and completeness of standard working procedure for dental services before and after implementation of developed dental services model

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. ร้อยละความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมของเอกสารก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	5	50.0	5	100.0
2. ร้อยละความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการทันตกรรมในแต่ละวัน ในหัวข้อของ				
- ผู้มารับบริการได้รับการตรวจสภาวะช่องปาก	94	11.7	84	79.8
- บันทึกข้อมูลการรักษาได้ครบถ้วน	94	3.2	84	96.4

รับบริการเร่งด่วน จะเข้ารับบริการได้เลย โดยเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้รับบริการที่รอคอยอยู่ทราบ เพื่อไม่ให้เกิดข้อข้องใจ

4.3 ปัญหาด้านการบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ เนื่องจากบางครั้งมีการบันทึกเฉพาะผลการวินิจฉัยโรค การรักษาและยาที่ให้โดยขาดการบันทึกอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย ชนิดและปริมาณของยา และสถานะในช่องปาก เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการทราบแผนการรักษาในครั้งต่อไป

การพัฒนา ได้ปรับเปลี่ยนการลงข้อมูลในเวชระเบียนจากการเขียน เป็นลงข้อมูลในโปรแกรม HosXP แล้วพิมพ์ออกมาใส่ในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย และจัดทำแบบฟอร์มซึ่งประกอบด้วยหัวข้อ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย ผลการตรวจวินิจฉัย การรักษา ชนิดและปริมาณของยา และยาที่ให้ สถานะช่องปากของผู้ป่วย และแผนการรักษาในครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ให้การรักษาลงข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงข้อมูลใน HosXP และพิมพ์เพื่อใส่ในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยต่อไป

บทวิจารณ์

รูปแบบการพัฒนาที่ 4 มีองค์ประกอบ 3 ข้อ ซึ่งไม่มีในรูปแบบเดิม หรือหากมีแต่ก็ยังไม่ครบถ้วนและชัดเจน และขาดการระบุเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทันตกรรมได้ง่าย สะดวก และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามผลงานเป็นระยะๆ และนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้งานบริการทันตกรรมมีประสิทธิภาพและผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิมในหลายประเด็น

ด้านปริมาณงานและระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการถอนฟันแท้ มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นและระยะเวลาเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.034$ และ $p=0.029$ ตามลำดับ) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการเตรียมความพร้อมและมีขั้นตอนการบริการที่กระชับ ง่าย และสามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน ในลักษณะของผังการไหลของงาน (Work flow) สอดคล้องกับ สมชาติ ไตรักษา⁴

ด้านคุณภาพงาน พบว่า ร้อยละความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันใน ด้านเอกสารเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการกำหนดระบบงานบริการมาตรฐานไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ สมชาติ ไตรักษา⁴

ที่กล่าวว่า การวางแผนนั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ช่วยให้งานทันตกรรมทั้งหลายดำเนินไปอย่างสอดคล้อง และช่วยป้องกันความเสี่ยง นอกจากนี้วิทยา สุเหตุดำรง⁵ กล่าวว่า ข้อผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้นเพราะระบบไม่ดี และสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคลากรทำงานผิดพลาดหรือไม่ได้ช่วยป้องกันข้อผิดพลาด

ร้อยละความถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานการให้บริการทันตกรรมในแต่ละวันเพิ่มขึ้น ในหัวข้อของผู้มารับบริการได้รับการตรวจสถานะช่องปาก และการบันทึกข้อมูลการรักษาได้ครบถ้วน เนื่องจากมีการกำหนดมาตรฐานการบริการผู้ป่วยทันตกรรมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจได้ง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับ วิชา จิระแพทย์⁶ ที่กล่าวว่า การออกแบบระบบงานที่ช่วยให้บุคลากรทำสิ่งที่ถูกต้องง่ายขึ้นเป็นหลักการบริหารในการเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่สำคัญ และรูปแบบใหม่นี้ควรกำหนดรายละเอียดไว้เป็นขั้นตอนตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งเสร็จสิ้นการดำเนินงาน เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปปฏิบัติได้โดยสะดวก ช่วยให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับ กิตติ ภักดีวัฒนะกุล⁷ ที่กล่าวว่า การพัฒนาระบบจะต้องมีขั้นตอนในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย เพื่อให้ระบบงานนั้นเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอยเพิ่มขึ้น ($p=0.009$) เนื่องจากหลังการทดลอง มีผู้ให้การรักษาลดลง (ก่อนการทดลองมีผู้ให้การรักษาเฉลี่ย 3.2 คนต่อวัน หลังการทดลองมีผู้ให้การรักษาเฉลี่ย 2.2 คนต่อวัน) แต่มีผู้รับบริการลดลงเพียง 10 คน เนื่องจากไม่มีการจำกัดผู้รับบริการในแต่ละวัน สอดคล้องกับภานิภา คงเย็นและคณะ⁸ ที่กล่าวว่า จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนของผู้รับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้มารับบริการรอคอยนานมากขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยเป็นช่วงๆ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้มารับบริการมาถึงหน่วยงานทันตกรรมจนถึงผู้มารับบริการได้รับการคัดกรองเบื้องต้น และระยะเวลาตั้งแต่ผู้มารับบริการได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจนถึงผู้มารับบริการได้รับการบริการ เพื่อให้สามารถระบุได้ว่าเกิดจากความล่าช้าของขั้นตอนใดเพื่อนำมาพัฒนางานบริการให้มีระยะเวลารอคอยลดลง

ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับสูงตั้งแต่เริ่มต้น จึงไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน หรืออาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย การทดสอบทาง

สถิติต้องมีความแตกต่างกันมากๆ จึงจะแสดงนัยสำคัญทางสถิติได้ สอดคล้องกับ จรณิต แก้วกังวาน และประตาป สิงห์วานานทิ⁷ ที่กล่าวว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป อาจทำให้ไม่อาจสรุปผลการวิจัยได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลมากพอที่จะทราบผลการศึกษาหรือค่าสถิติที่ได้ ประกอบกับระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบงานบริการทันตกรรมที่พัฒนาขึ้นมีเพียง 3 เดือน นับว่าเป็นระยะเวลาที่น้อยจึงทำให้ไม่สามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน สอดคล้องกับ สมชาติ ไตรักษา⁴ ที่กล่าวว่า การพัฒนางานใดๆ ต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี จึงจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

ด้านเศรษฐศาสตร์ พบว่า ต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วยในการให้บริการถอนฟันแท้ลดลง ($p < 0.001$) เนื่องจาก ราคาพยาบาลลดลงจากการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด

ประเด็นสำคัญในการพัฒนาครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participle: MBP) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานและการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้น จึงสามารถลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงและคัดค้านได้ สอดคล้องกับ ข้อเสนอของนักวิชาการหลายท่าน¹⁰⁻¹⁵ ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาแบบ ทำให้เกิดรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน ช่วยให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และสอดคล้องกับมูลนิธิจันทร์บาง และคณะ¹⁶ โดยการสร้างเสริมการลดพฤติกรรม การบริโภคหวานของเด็กนักเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ามีการสร้างเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคหวานในเด็กได้อย่างชัดเจน

ส่วนการพัฒนาปรับเปลี่ยนการลงข้อมูลในเวชระเบียน ในขั้นแรกอาจได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามหัวข้อของแบบฟอร์ม แต่ในด้านของรายละเอียดอาจยังไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ไม่ครอบคลุม เช่น ค่าวัสดุที่ใช้ไปทั้งหมดในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ทำให้ไม่สามารถคำนวณต้นทุนค่าวัสดุที่แท้จริงได้ เป็นเพียงการเฉลี่ยค่าวัสดุโดยใช้ข้อมูลของการใช้วัสดุในเดือนที่เก็บข้อมูลเท่านั้น ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรเพิ่มเติมการเก็บข้อมูลในด้านนี้ให้ละเอียดมากยิ่งขึ้น

งานบริการทันตกรรมมีความหลากหลายในด้านของชนิดของงาน และในงานบริการชนิดเดียวกันก็มีความแตกต่างในด้านของความยากง่ายของงาน บริเวณที่ให้

บริการ และสภาวะสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ในการวิจัยครั้งนี้แม้จะแยกการวัดผลงานในการถอนฟันแท้ แต่ในการถอนฟันแท่นั้นยังมีความแตกต่างกันในแต่ละครั้ง เช่น จำนวนของฟันที่ต้องการถอน ตำแหน่งของฟันที่จะถอน ลักษณะของฟัน การวินิจฉัยโรคของฟัน ลักษณะของผู้มารับบริการ และอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ฉีดยาชาแล้วไม่ชาทำให้ต้องฉีดยาชาเพิ่ม หรือเลือดออกมากหลังถอนฟัน ซึ่งต้องมีกระบวนการจัดการอื่นเพิ่มเติม รวมถึงผู้ให้การรักษาที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านค่าแรงงาน ความเชี่ยวชาญ และลักษณะการทำงาน ฯลฯ ดังนั้น ในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรเลือกงานที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดมาเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถบ่งชี้ถึงผลการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องขึ้น

นอกจากนี้ หากจะนำรูปแบบงานบริการผู้ป่วยทันตกรรมไปประยุกต์หรือนำไปใช้ ควรมีการเตรียมผู้รับผิดชอบในการพัฒนางาน ให้มีความพร้อม เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง โดยคัดเลือกบุคคลที่สามารถเป็นศูนย์รวมใจของบุคลากรและทีมงาน มีความรู้ ความเข้าใจในหลักวิชาการ และมีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วย ทุกกระบวนการเป็นอย่างดี สามารถทำงานเป็นทีมได้ดีและมีประสิทธิภาพ เข้าใจลักษณะงานและความต้องการของทีมงาน ฯลฯ รวมทั้งมีความเข้าใจเรื่องพฤติกรรม การสร้างความร่วมมือ มีความสามารถในการจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาที่มีการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน กำหนดรายละเอียดไว้เป็นขั้นตอนตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งเสร็จสิ้นการดำเนินงาน เป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ในการให้บริการได้ง่าย สะดวก และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามผลงานเป็นระยะๆ และนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปแบบที่น่าจะทำให้งานบริการทันตกรรมมีประสิทธิภาพ และผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม

2. การวิจัยนี้ใช้เวลาพัฒนางานเพียง 3 เดือน เป็นระยะเวลาที่น้อย จึงทำให้ไม่สามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การพัฒนางานใดๆ ต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี จึงจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การศึกษาลักษณะนี้ต่อไป ควรคำนึงถึงประเด็นนี้ให้มาก

3. การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้น สามารถลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงและคัดค้านได้ ควรคำนึงถึงประเด็นนี้ให้

มากเมื่อจะพัฒนางานใดๆ

4. การพัฒนาปรับเปลี่ยนการลงข้อมูลในเวชระเบียน ให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

5. การเก็บข้อมูลได้ไม่ครอบคลุมและงานบริการทันตกรรมที่มีความหลากหลาย การวิจัยลักษณะนี้ต่อไป ควรวางแผนให้ครอบคลุม ครบถ้วนยิ่งขึ้น

6. หากจะนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ ควรเตรียมผู้รับผิดชอบในการพัฒนางาน ให้มีความพร้อม โดยเป็นบุคคลที่สามารถเป็นศูนย์รวมใจของบุคลากรและทีมงาน มีความรู้ ความเข้าใจในหลักวิชาการ และมีประสบการณ์

ในการให้บริการผู้ป่วย ทุกกระบวนการเป็นอย่างดี สามารถทำงานเป็นทีมได้ และมีความเข้าใจเรื่องพฤติกรรม การสร้างความร่วมมือ มีความสามารถในการจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทันตกรรมทุกท่าน ที่ได้กรุณาช่วยตอบแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมถึงอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ring, Malvin E. Dentistry : an illustrated history. New York : Harry N. Abrams, 1985.
2. Poul Erik Petersen. The World Oral Health Report 2003 (19 March 2016). Available from : http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf?ua=1.
3. สุณี วงศ์คณาเทพ, แสงโสม ถนอมสิงห์ และสรวิรัตน์ เรืองฤทธิ์. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก 8 ประเทศ. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
4. สมชาติ ไตรรักษา. หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : หจก.พี.เอ็น.การพิมพ์, 2548.
5. วิทยา สุหฤทธดำรง. Lean Hospitals ปรับปรุงคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย และความพึงพอใจของพนักงาน. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.เอเซียเพรส (1989) จำกัด, 2555.
6. วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์, 2555.
7. กิตติ ภักดีวัฒนกุล และพินดา พานิชกุล. คัมภีร์การวิเคราะห์และออกแบบระบบ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัท เคทีพี คอมพิวเตอร์ แอนด์ คอนซัลท์ จำกัด, 2548.
8. กรรณิกา คงเย็น, พรนภา เพชรไทย และทีมงานฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. หนังสือรวมบทความการประชุมวิชาการประจำปีศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 เรื่อง การแพทย์ผสมผสานและงานวิจัยเชิงประยุกต์ในหน่วยงาน; 2 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ชั้น G. นครปฐม: ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556. หน้า 275-291.
9. จรณิต แก้วกั้งวาล, ประตาป สิงห์ควานนท์. (2554). บทที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก (24 กันยายน 2558). สืบค้นได้จาก: <http://www.tn.mahidol.ac.th/th/tropical-medicine-knowledge/book-clinic/Text-book-of-Clinical-Research/107-144.pdf>.
10. David H. Holt. MANAGEMENT : Principles and Practice, third edition. United States of America : Prentice-Hall, Inc, 1993.
11. Stephen P. Robbins, David A. DeCenzo and Mary Coulter. Fundamentals of Management, seventh edition. England : Pearson Education Limited, 2011.
12. วันชัย มีชาติ. การบริหารองค์การ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
13. ชนกรรณ์ กุณทลบุตร. หลักการจัดการ (Principle of Management) องค์การและการจัดการสมัยใหม่ (Organization and Modern Management). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556.
14. สมยศ นาวิการ. การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : บริษัท สำนักพิมพ์บรรณกิจ 1991 จำกัด. 2548.
15. เนตรพัฒน์ ยาวีราช. ภาวะผู้นำและผู้นำเชิงกลยุทธ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : บริษัท ทริปปี้ล กรุ๊ป จำกัด. 2552.
16. ผุสดี จันทร์บาง, ปิยะดา ประเสริฐสม และปรานี เหลืองวรา. โครงการพหุภาคีเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการโรคอ้วนในเด็กนักเรียน. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2555 ; 17(2) : 31-44.

A Development of Dental Services at Sangkhlaburi Hospital in Kanchanaburi Province

Savanath Lertsumran* *D.D.S., M.Sc. (Public Health)*

Somchart Torugsa** *M.D., Thai Board of Preventive Medicine*

Nithat Sirichotirattana** *Dr.P.H. (Preventive Care)*

Abstract

The study is the experimental development research and with pre and post-test evaluation aimed to develop a dental services model for district hospital developed by using existing resources and compare outcomes before and after using the model. The instrument was the developed dental service model, which continuously improved. The researchers conducted the study at dental department of Sangkhlaburi Hospital in Kanchanaburi province between March 9 and June 26, 2015. The samples are the whole patients who get the services each visit, from arrival in to the service until they left. The number of dental services, pre-test and post-test, was 178 people. There were 87 people responded the questionnaires. The researchers assessed 5 domains of outcomes: workloads, quality, time period and workforce, satisfaction, and economic results. The data was analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, paired t-test, Mann-Whitney U test at alpha 0.05, and content analysis. The research results revealed that the new developed model was good and efficiency. It created a documented standard workflow of dental service that was easy to carry out. After the experiment, the output results were better than the old model. The number of permanent tooth removal services was increased when compared with the same amount of labour ($p=0.034^*$). The average time consumption of permanent tooth removal service was decreased ($p=0.029^*$). The material cost of tooth removal per visit was decreased ($p<0.001^*$). The percentage of accuracy of paperwork preparation before beginning daily work and accuracy and completion of work according to the standard of dental services were improved.

Keyword : *dental service / model development / experimental development research*

* Graduate Student in Master of Science Program (Public Health) Major in Hospital Administration, Faculty of Public Health, and Faculty of Graduate, Mahidol University

** Associate Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University