

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเหลื่อมล้ำในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียน ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ

ณัฐฐา สุวัฒน์ศรี* อีรวัฒน์ ทศนภิรมย์** ปิยาภรณ์ พูลธนะสาร* ณริตา ธรรมสุขโกศล* ศิริกาญจน์ สถาน*
ณิชนน ไชยอนันต์*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนในเทศบาลตำบลบางปู ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 18.3 ที่มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ การศึกษาพบความเหลื่อมล้ำของพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียน โดยพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูง ประกอบอาชีพชั้นสูง มีรายได้ครอบครัวสูง และมีเศรษฐานะระดับสูง และจากผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่มีเศรษฐานะระดับกลางชั้นสูงและระดับสูงจะมีบุตรหลานที่มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมากกว่ากลุ่มระดับล่างชั้นสูง ($OR=2.13$; 95% $CI=1.05-4.31$) และผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำจะมีแนวโน้มที่บุตรหลานมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ($OR=4.11$; 95% $CI=2.66-6.60$) โดยสรุปพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ การออกแบบนโยบายให้มีประสิทธิภาพและตรงกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำควรมีการนำข้อมูลจากหลักฐานทางวิชาการรวมถึงข้อมูลประชากรในพื้นที่มาช่วยในการวางยุทธศาสตร์ของนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการและวิถีชีวิตของประชาชนก็เป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในพื้นที่ควรให้ความสำคัญ

คำสำคัญ : การใช้บริการทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปาก ความเหลื่อมล้ำ ความลาดชันทางสังคม เด็กก่อนวัยเรียน

วันที่รับบทความ 4 เมษายน 2566

วันที่แก้ไขบทความ 10 กรกฎาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ 25 กรกฎาคม 2566

*คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 6 ถนนโยธี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ติดต่อผู้นิพนธ์ ณิชนน ไชยอนันต์ อีเมล : nichamon@tu.ac.th

doi : 10.14456/thdentphj.2024.2

Original article

Inequalities in regular oral health check-up behaviour among preschool children in Bang Pu subdistrict municipality, Samut Prakan

Nuttha Suwannasri* Teerawat Tussanapirom** Piyaporn Pultanasarn* Narida Tamasukpoakin*
Sirikarn Sathan* Nichamon Chaianant*

Abstract

The objective of this study was to study the inequalities in regular oral health check-up behaviour (ROHCB) and factors affecting ROHCB among preschool children in Bang Pu subdistrict municipality. By collecting data from parents using questionnaires, the results showed that only 18.26 percent of preschool children had ROHCB, and 81.74 percent of the sample had never visited a dentist or visited a dentist only when having oral problems. There are inequalities and social gradients in ROHCB among preschoolers. The ROHCB of preschoolers was concentrated among parents with high education levels, high occupation levels, high family income, and high socio-economic status (SES). In addition, the logistic regression analysis revealed that the factors related to ROHCB of preschool children were the SES of the parents. The children that have parents in the upper-middle/upper class were more likely to have ROHCB than children whose parents were in upper-lower class (OR=2.13; 95% CI=1.05-4.31) and parents who ROHCB were more likely to have their children had ROHCB than parents did not have ROHCB (OR=4.11; 95% CI=2.66-6.60). In conclusion, ROHCB in preschool children was related to their parent's SES. To formulate an effective and target-oriented policy, policymakers need to utilise academic evidence and local population data to set goals and strategies for improving access to dental services, especially for those from disadvantaged backgrounds. In addition, improving service delivery system capacity should respond to local's needs and way of life. These factors should be prioritised in planning dental health policy.

Keywords : dental service utilization, oral health check-up, inequalities, social gradients, preschool children

Received date 4 April 2023

Revised date 10 July 2023

Accepted date 25 July 2023

*Faculty of Dentistry, Thammasat University, Khlong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

**Faculty of Dentistry, Mahidol University, 6 Yothi Road, Toong Phayathai, Ratchathevi, Bangkok 10400

Correspondence to Nichamon Chaianant email : nichamon@tu.ac.th

doi : 10.14456/thdentphj.2024.2

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยสาเหตุอาจมาจากสิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัวที่เพิ่มขึ้น เช่น ขนมหวานหรือเครื่องดื่มในรูปแบบต่าง ๆ¹ รวมถึงสื่อโฆษณาที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ก็มีผลต่อพฤติกรรม การเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก² ปัจจุบันมีการพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการรักษาหรือคงสภาพอวัยวะในช่องปากให้มีอายุการใช้งานได้นานมากขึ้น³ แต่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาพช่องปากที่ดีของคนในสังคม

ความเหลื่อมล้ำ หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ที่มีขาดโอกาส ซึ่งโอกาสในที่นี้คือโอกาสในการเข้าถึง ต่อรองและจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ในสังคม⁴ ปัจจุบันประเทศไทยและต่างประเทศมีการให้บริการทางด้านทันตกรรมตามบริบทของสังคมในด้านต่าง ๆ แต่ด้วยกลไกทางสังคม ขุดสิทธิประโยชน์และข้อกำหนดในการบริการที่ต่างกันส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของการไปใช้บริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งเกิดจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อระดับชั้นทางสังคมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลภายในโครงสร้างของสังคม และครอบคลุมแนวคิดที่มีต้นกำเนิดทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกัน⁵ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมถูกกำหนดโดยตัวแปรต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ อิทธิพลของครอบครัว ทรัพย์สินทางกายภาพ สถานะทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม อิทธิพลทางการเมือง และอำนาจทางสังคม⁶ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลในสังคมนั้น ๆ อันส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยบุคคลที่อยู่ในสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่

แตกต่างกันก็จะมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกัน หรือเรียกว่าเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁷

การพบทันตแพทย์เป็นประจำทำให้ตรวจพบรอยโรคฟันผุตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยลดความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้ นอกจากการรักษาโรคฟันผุแล้ว การมาพบทันตแพทย์ต่อเนื่องยังมีประโยชน์ทั้งการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคในช่องปาก และข้อปฏิบัติเบื้องต้นหากเกิดอุบัติเหตุต่อฟันและอวัยวะปริทันต์ (dental trauma injuries) การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) รวมถึงการติดตามการได้รับวัคซีนของเด็กและสามารถส่งต่อแพทย์กรณีมีปัญหาพัฒนาการซ้ำได้อีกด้วย⁸

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ในกลุ่มเด็กอายุ 0 ถึง 14 ปี พบว่าร้อยละ 14.2 ได้รับบริการทันตกรรมในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา⁹ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจเดียวกันในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการได้รับบริการทันตกรรมของประชาชนไทยนั้นมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ โดยผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับบริการทางทันตกรรมมากกว่าสิทธิอื่น ๆ และเมื่อแบ่งระดับเศรษฐฐานะเป็นห้าระดับ ผู้มีเศรษฐฐานะสูงที่สุดได้รับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้มีเศรษฐฐานะต่ำที่สุดมากกว่า 2 เท่า และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ได้รับบริการทางทันตกรรมเพียงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นอัตราส่วนที่น้อยที่สุดในทุกกลุ่มอายุ¹⁰ ทั้งที่เป็นช่วงอายุที่มีร้อยละของโรคฟันผุที่สูงและมีความจำเป็นต้องได้รับบริการทางทันตกรรมสูงกว่าช่วงอายุอื่น อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่การได้รับบริการทางทันตกรรมป้องกันมีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ดีกว่าช่วงวัยอื่น ๆ¹¹

ผลการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กพบว่า ในกลุ่มคนที่มิสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าจะมีความสามารถ

ในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้มากกว่า ซึ่งการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเป็นหนึ่งในบริการทางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้น และแม้ในประเทศที่มีเศรษฐกิจสูงเองก็ตามยังคงพบความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการทันตกรรม คนที่มีเศรษฐกิจต่ำในประเทศที่มีเศรษฐกิจสูงมีการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมน้อยกว่าคนที่มีเศรษฐกิจสูง ความเหลื่อมล้ำที่พบนั้นไม่ได้มีเพียงแค่ความแตกต่างระหว่างคนที่มีเศรษฐกิจสูงสุดกับต่ำสุดเท่านั้น ยังพบความแตกต่างลดหลั่นตามลำดับเศรษฐกิจจากสูงมาต่ำมีลักษณะคล้ายขั้นบันได หรือที่เรียกว่า ความลาดชันทางสังคม (social gradient)¹²⁻¹⁴ นอกจากนี้ปัจจัยที่เกิดจากผู้ปกครองของเด็ก ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับความรู้ หรือ พฤติกรรมของผู้ปกครอง เป็นต้น ยังส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กด้วย¹⁵⁻¹⁶

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมในประชากรเด็กไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด¹⁰ ยังไม่มีการศึกษาใดรายงานถึงความเหลื่อมล้ำในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการเข้าถึงบริการน้อยที่สุดดังที่กล่าวไปข้างต้น และจังหวัดสมุทรปราการเป็นชุมชนเขตเมืองที่มีลักษณะเฉพาะ ประชากรส่วนใหญ่ทำงานในโรงงาน อาจจะมีรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรมและพฤติกรรมการพาบุตรหลานไปใช้บริการทางทันตกรรมที่แตกต่างกันออกไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-6 ปี ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งจะทำให้เข้าใจสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษา เพื่อใช้ประโยชน์ในการออกแบบรูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำได้ต่อไป

อีกทั้งสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพิจารณานโยบายหรือรูปแบบการจัดการเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านการใช้บริการทันตกรรมและนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดนโยบายทันตสาธารณสุขต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสังเกต (observational study) และการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ในเทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ โดยเทศบาลตำบลบางปูมีสถานศึกษาที่มีนักเรียนระดับชั้นอนุบาล (ก่อนวัยเรียน) ทั้งหมด 13 โรงเรียน เป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) 9 โรงเรียนและโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) 4 โรงเรียน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบประชากร คือ

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

- N. = ขนาดประชากรนักเรียนอายุ 3-6 ปี ของโรงเรียนในสังกัดเทศบาลตำบลบางปู 2,098 คน
 $Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด 95%
 P = ร้อยละการรับบริการสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 เท่ากับ ร้อยละ 7¹⁰
 d = ความแม่นยำกำหนดที่ ร้อยละ 2

จากการคำนวณได้จำนวนอาสาสมัครนักเรียนอายุ 3-6 ปีเท่ากับ 583 คน โดยผู้วิจัยคาดการณ์อัตราการตอบกลับไว้ที่ ร้อยละ 60 ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการแจก

แบบสอบถามทั้งหมด 969 ชุด เพื่อชดเชยการสูญเสียจากอัตราการตอบกลับดังกล่าว

กระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครมาจากการสุ่มคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบ stratified multi-stage random sampling โดยจะสุ่มเลือกห้องเรียนจากแต่ละช่วงชั้นอนุบาล ทุกโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลบางปู ทั้งโรงเรียนในสังกัด สพฐ. และ สข. ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งตามโรงเรียนที่ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย (stratified)

ขั้นตอนที่ 2 แบ่งระดับชั้นอนุบาล 1, 2 และ 3 (stratified)

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกห้องของนักเรียนในแต่ละระดับชั้น ให้ได้จำนวนนักเรียนตามจำนวนอาสาสมัครที่คำนวณได้ โดยจะแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียนในห้องนั้น (cluster random sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ปกครองของนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล อายุ 3-6 ปี ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

เครื่องมือ

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองทั้งหมด 47 ข้อ ควบคุมคุณภาพโดยทำการประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลการประเมินแบบสอบถามทุกข้อได้คะแนน มากกว่า 0.5 และผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขแบบสอบถามเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ตัวแปรและการวัด

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เด็กไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ โดยข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามจากผู้ปกครองของเด็ก โดยอาสาสมัครตอบคำถาม “บุตรหลานของท่านเคย

ไปพบหมอฟันหรือไม่” และ “ท่านได้พาบุตรหลานของท่านไปหาหมอฟันเป็นประจำหรือไม่” ว่า “เคยไป” และ “ไปตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ”

ตัวแปรต้นคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในการศึกษาจะใช้ Kuppaswamy's socioeconomic status scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้ระดับการศึกษาและอาชีพของหัวหน้าครอบครัว รวมทั้งรายได้ต่อเดือนของทั้งครอบครัวมาเป็นตัววัด เป็นเกณฑ์ที่คิดค้นขึ้นโดย Kuppaswamy ประเทศอินเดีย เมื่อปี 1976 ซึ่งมีข้อดีคือในส่วนองมาตรวัดรายได้ จะมีการเปลี่ยนแปลงตามค่าดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) ตามสำนักงานรัฐบาลของอินเดียในแต่ละปี¹⁷ มีการศึกษาในประเทศไทยได้ทำการปรับตัวชี้วัดดังกล่าวให้เหมาะสมกับประชากรไทยโดยใช้เกณฑ์จากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹⁸

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ที่นำมาใช้ในการคำนวณตัวชี้วัดดังกล่าวข้างต้น ประกอบด้วย 3 ปัจจัยซึ่งจะได้จากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัคร ได้แก่ ระดับการศึกษา (5 ระดับ ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่าจนถึงระดับปริญญาตรี/สูงกว่า) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน (5 ระดับ ได้แก่ <10,000 10,000-15,000 15,001-30,000 30,001-50,000 และ >50,000 บาท) อาชีพ (7 กลุ่ม ได้แก่ วิชาชีพชั้นสูง (profession) กึ่งวิชาชีพชั้นสูง (semi-profession) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (clerical/shop-owner) แรงงานฝีมือ (skilled worker) แรงงานกึ่งฝีมือ (semi-skilled worker) แรงงานไร้ฝีมือ (unskilled worker) และไม่ได้ทำงาน (unemployed))

ตัวแปรร่วม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ปกครองและเด็กที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของเด็กจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็ก ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ อายุของเด็ก (ปีเกิดของเด็ก)

ประเภทของโรงเรียน (รัฐบาล/เอกชน) ความเกี่ยวข้องกับเด็ก (พ่อ/แม่ ลุง/ป้า/น้า/อา หรือ ปู่/ย่า/ตา/ยาย) ข้อมูลเกี่ยวกับทันตกรรมของผู้ปกครองและเด็ก ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ จำนวนปัญหาในช่องปากที่พบของเด็ก และพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู อ.เมือง จ.สมุทรปราการ ทั้งสถานศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน จากนั้นครูประจำชั้นเป็นผู้ให้คำชี้แจงกับผู้ปกครองและขอคำยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ปกครองให้ความยินยอมตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น จะดำเนินการส่งแบบสอบถามกลับมายังคุณครูประจำชั้น และรวบรวมแบบสอบถามและเอกสารให้ความยินยอมส่งให้กับผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการกระจายความถี่และร้อยละของการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากแจกแจงตามปัจจัยระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองกับการเข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กโดยใช้ดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (Slope Index of Inequalities: SII) และดัชนีความไม่เป็นธรรมแบบสัมพัทธ์ (Relative Index of Inequalities: RII) 3) การวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยการวิเคราะห์สถิติอยู่บนฐานข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบทุกตัวแปรเท่านั้น (complete case analysis)

ดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (Slope Index of Inequalities: SII) และดัชนีความไม่เป็นธรรมแบบสัมพัทธ์ (Relative Index of Inequalities: RII) สามารถคำนวณด้วยการใช้สมการ

ถดถอยเชิงเส้นตรง (linear regression) และ สมการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ระหว่างจุดกึ่งกลางของช่วงการกระจายความถี่สะสมจำนวนผู้ปกครองในแต่ละกลุ่มของตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (ตัวแปรต้น) และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปาก (ตัวแปรตาม) โดยดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค จะเป็นการประมาณค่าความแตกต่างสัมบูรณ์ (absolute difference) ของอัตราการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่มีเศรษฐานะต่ำสุดและสูงสุด ดัชนีความไม่เป็นธรรมแบบสัมพัทธ์จะเป็นการประมาณค่าความแตกต่างสัมพัทธ์ (relative difference) ของอัตราการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่มีเศรษฐานะต่ำสุดและสูงสุด ค่าบวกของดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค และดัชนีความไม่เป็นธรรมแบบสัมพัทธ์ที่มากกว่า 1 หมายถึง มีความเหลื่อมล้ำของการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากและค่ามากหมายถึงความแตกต่างระหว่างผู้ปกครองที่มีเศรษฐานะต่ำสุดและสูงสุดมีค่ามาก¹⁹⁻²⁰

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No.038/2564 มีช่วงเวลาการรับรองระหว่าง 27 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 26 เมษายน พ.ศ. 2566

ผล

จากการแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู (n=969) ได้รับแบบสอบถามกลับทั้งหมด 649 ชุด คิดเป็นร้อยละ 67 มีแบบสอบถามจำนวน 64 ชุด ที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้ร้อยละของจำนวนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเท่ากับ 59.3 (n=575)

จากกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จำนวน 575 คน อายุเฉลี่ย 4.8 ปี

(SD=0.03) ร้อยละ 78.3 ศึกษาในโรงเรียนสังกัดรัฐบาล และร้อยละ 21.7 ศึกษาในโรงเรียนสังกัดเอกชน โดยร้อยละ 57.9 ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวข้องกับฟันหรือวัยวะในช่องปากอย่างน้อย 1 อย่าง โดยปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กที่รายงานโดยผู้ปกครอง 3 อันดับแรก ได้แก่ มีกลิ่นปาก (ร้อยละ 27.7) ปวดฟัน (ร้อยละ 25.2) และฟันแตก (ร้อยละ 22.1) ตามลำดับ (ตาราง 1 และ 2)

จากข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อหรือแม่ของเด็ก โดยคิดเป็นร้อยละ 90.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางชั้นล่าง (ร้อยละ 45.9) รองลงมาอยู่ในระบบล่างชั้นสูงและระดับกลางชั้นสูง/สูง โดยคิดเป็นร้อยละ 43.1 และ 11.0 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 สัดส่วนพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำจำแนกตามลักษณะประชากร

Table 1 Regular oral health check-up behaviour by sample characteristics

variables	n (%)	regular oral check-up		p-value
		yes (%)	no (%)	
preventive dental visit	575	105 (18.3)	470 (81.7)	
child factors				
age in years				
- 3	51 (8.9)	15 (29.4)	36 (70.6)	0.10 ^a
- 4	158 (27.5)	22 (13.9)	136 (86.1)	0.69 ^b
- 5	213 (37.0)	39 (18.3)	174 (81.7)	
- 6	153 (26.6)	29 (19.0)	124 (81.1)	
number of oral health problem				
- 0	242 (42.1)	44 (18.2)	198 (81.8)	0.98 ^a
- 1	133 (23.2)	24 (18.1)	109 (82.0)	0.86 ^b
- 2	81 (14.1)	14 (17.3)	67 (82.7)	
- ≥3	119 (20.1)	23 (19.3)	96 (80.7)	
school type				
- public	450 (78.3)	78 (17.3)	372 (82.7)	0.28 ^a
- private	125 (21.7)	27 (21.6)	98 (78.4)	
parents				
relationship to preschool student				
- father/mother	520 (90.4)	100 (19.2)	420 (80.8)	0.06 ^a
- others	55 (9.7)	5 (9.1)	50 (90.9)	
SES				
- upper-lower class	248 (43.1)	36 (14.5)	212 (85.5)	<0.01 ^a
- lower-middle class	264 (45.9)	49 (18.6)	215 (81.4)	<0.01 ^b
- upper-middle/higher class	63 (11.0)	20 (31.8)	43 (68.3)	
parent's preventive dental visit				
- never	99 (17.2)	4 (4.0)	95 (96.0)	<0.001 ^a
- only when got oral problem	292 (50.8)	39 (13.4)	253 (86.6)	<0.001 ^b
- regular check up	184 (32.0)	62 (33.7)	122 (66.3)	

^ap-value for Chi2 test of association; ^bp-value for Chi2 test for trend

ตาราง 2 ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กที่รายงานโดยผู้ปกครอง (n=575)

Table 2 Parent's report child oral health problems (n=575)

parent's report child oral health problems	n (%)
bad breath	159 (27.7)
toothache	145 (25.2)
broken teeth	127 (22.1)
problems with the shape/alignment of the teeth	108 (18.8)
pain in other parts of the mouth	106 (18.4)
swollen/bleeding gums	73 (12.7)
accidents involving teeth/oral cavity	40 (7.0)
problems related to the treatment of teeth that have been received	19 (3.3)

การใช้บริการทางทันตกรรม

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีเพียงร้อยละ 18.3 ที่ไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำโดยไม่รอให้มีอาการ ร้อยละ 81.7 ไม่เคยไปพบทันตแพทย์หรือไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการเท่านั้น

ตาราง 3 แสดงถึงสาเหตุของการไม่ไปพบทันตแพทย์

โดยสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ไม่มีอาการผิดปกติในช่องปาก (ร้อยละ 75.1) รองลงมาคือไม่มีเวลาว่าง (ร้อยละ 20.6) และเด็กกลัวการทำฟันหรือไม่ให้ความร่วมมือในการไปพบทันตแพทย์ (ร้อยละ 19.1)

ตาราง 3 สาเหตุของการไม่มาพบทันตแพทย์ของเด็ก (n=393)

Table 3 Reasons not visiting dentist (n=393)

reasons not visiting dentist	n (%)
no oral health problems	295 (75.1)
no time	81 (20.6)
fear/not cooperating	75 (19.1)
cannot afford	24 (6.1)
others	19 (4.8)
the oral health service facilities are not open at the time convenient	17 (4.3)
the appointment times were unsuitable/long waiting time	14 (3.6)
the oral health service facilities are too far away/no transportation	13 (3.3)

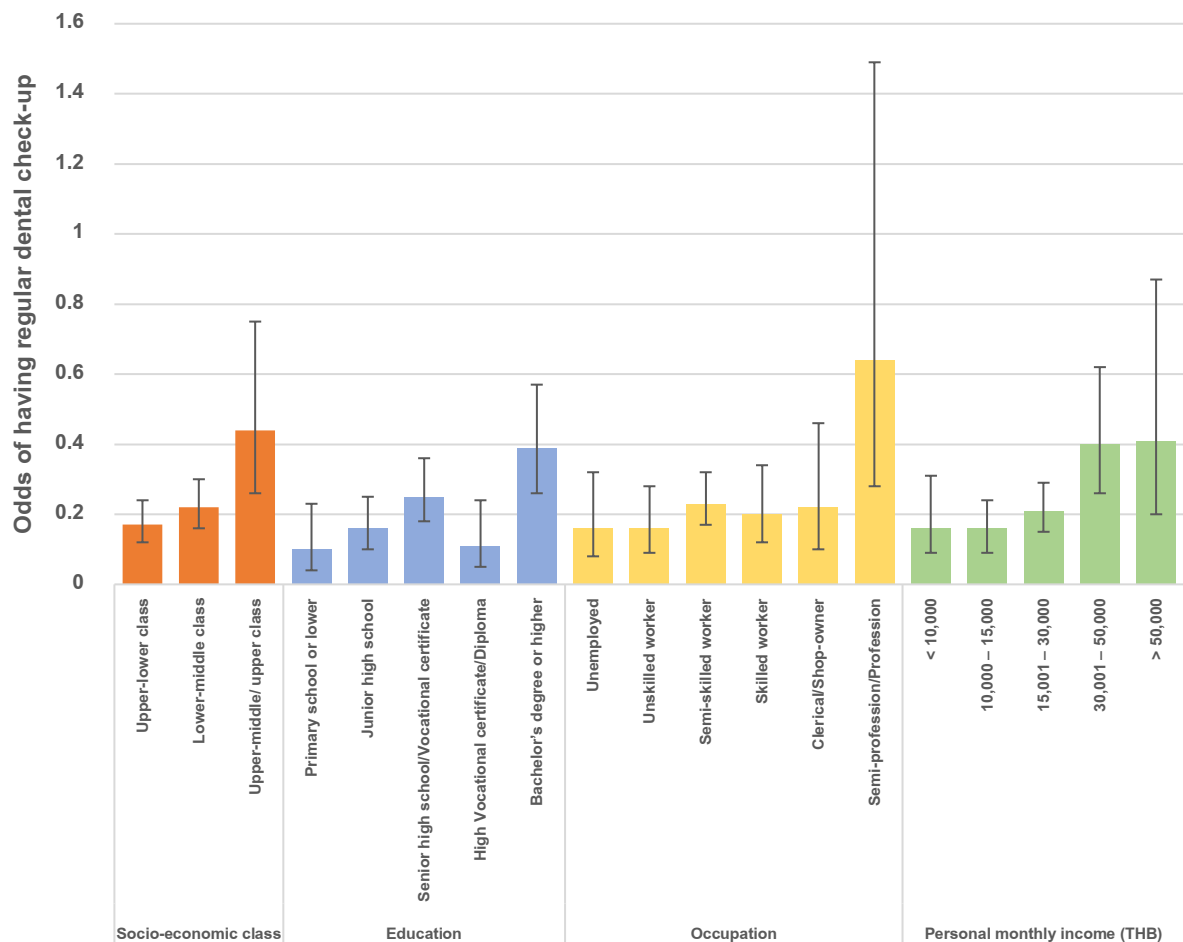
ความเหลื่อมล้ำในการใช้บริการทันตกรรม

ผลการศึกษาพบความเหลื่อมล้ำของการเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองกับการเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของบุตรหลานพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อาชีพและระดับเศรษฐกิจของ

ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของบุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และเศรษฐกิจระดับสูงจะมีบุตรหลานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษา รายได้ อาชีพและเศรษฐกิจระดับต่ำกว่า (ภาพ 1)

ภาพ 1 โอกาสของการมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและช่วงความเชื่อมั่น 95% ในแต่ละกลุ่มประชากรซึ่งแบ่งโดยระดับเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของผู้ปกครอง

Figure 1 Odds of visiting dentist for regular oral health check-up with 95% confidence interval by parent's socio-economic class, education, occupation, and personal monthly income



จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (SII) ด้านการศึกษาของผู้ปกครอง เท่ากับ 0.17 (SE=0.06) และดัชนีความไม่เป็นธรรมชาติสัมพันธ์ (RII) เท่ากับ 2.58 (SE=0.82) หมายถึงการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูง โดยผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำสูงที่สุดคือ ร้อยละ 27.6 รองลงมาคือผู้ปกครองที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย หรือปวช. และมัธยมต้น มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 20.3 และ 13.6 ตามลำดับ

ดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (SII) ด้านอาชีพของผู้ปกครองเท่ากับ 0.12 (SE=0.06) และดัชนีความไม่เป็นธรรมชาติสัมพันธ์ (RII) เท่ากับ 1.96 (SE=0.64) หมายถึงการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพชั้นสูง โดยผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพวิชาชีพชั้นสูง (profession) หรือกึ่งวิชาชีพชั้นสูง (semi-profession) จะมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำสูงที่สุดคือ ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพแรงงานกึ่งฝีมือ (semi-skilled worker) และแรงงานฝีมือ (skilled worker) โดยคิดเป็นร้อยละ 18.8 และ 17.8 ตามลำดับ

ดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (SII) ด้านรายได้ครัวเรือนเท่ากับ 0.20 (SE=0.06) และดัชนีความไม่เป็นธรรมชาติสัมพันธ์ (RII) เท่ากับ 3.16 (SE=1.08) หมายถึงการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ครัวเรือนสูง โดยครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป จะมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำสูงที่สุดคือ ร้อยละ 30.3 รองลงมาคือครัวเรือนที่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 30,001-50,000 บาท และ 15,000-30,000 บาท มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 28.7 และ 16.7 ตามลำดับ

ดัชนีความลาดเอียงของความไม่เสมอภาค (SII) ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง เท่ากับ 0.16 (SE=0.06) และดัชนีความไม่เป็นธรรมชาติสัมพันธ์ (RII) เท่ากับ 2.43 (SE=0.85) หมายถึงการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับสูง โดยกลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลางชั้นสูงและระดับสูงจะมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำสูงที่สุดคือร้อยละ 30.8 รองลงมาคือกลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลางชั้นล่างและระดับล่างชั้นสูง โดยมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 18.1 และ 14.3 ตามลำดับ

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

Table 4 Associations between socio-economic factors and regular oral health check-up behaviour

variables (n=600)	n (%)	regular oral check-up	p-value	SII (S.E.) p-value	RII (S.E.) p-value
educational attainment					
primary school or lower	66 (11.0)	6 (9.1)	<0.01 ^a	0.17	2.58
junior high school	140 (23.3)	19 (13.6)	<0.01 ^b	(0.06)	(0.82)
senior high school/voc. certificate	202 (33.7)	41 (20.3)		p=0.003	p=0.002
high voc. certificate/diploma	69 (11.5)	7 (10.1)			
bachelor's degree or higher	123 (20.5)	34 (27.6)			
occupation					
unemployed	62 (10.3)	8 (12.9)	0.04 ^a	0.12	1.96
unskilled worker	99 (16.5)	13 (13.1)	0.02 ^b	(0.06)	(0.64)
semi-skilled worker	277 (46.2)	52 (18.8)		p=0.037	p=0.002
skilled worker	90 (15.0)	16 (17.8)			
clerical/shop-owner	44 (7.3)	7 (15.9)			
semi-profession/profession	28 (4.7)	11 (39.3)			
personal monthly income (THB)					
<10,000	69 (11.5)	8 (11.6)	<0.01 ^a	0.20	3.16
10,000-15,000	177 (29.5)	24 (13.6)	<0.01 ^b	(0.06)	(1.08)
15,001-30,000	227 (37.8)	38 (16.7)		p=0.001	p=0.003
30,001-50,000	94 (15.7)	27 (28.7)			
>50,000	33 (5.5)	19 (30.3)			
SES					
upper-lower class	258 (43.0)	37 (14.3)	<0.01 ^a	0.16	2.41
lower-middle class	277 (46.2)	50 (18.1)	<0.01 ^b	(0.06)	(0.85)
upper-middle/ higher	65 (10.8)	20 (30.8)		p=0.011	p=0.004

^ap-value for Chi2 test of association; ^bp-value for Chi2 test for trend

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู (ตาราง 5) พบว่าเด็กอายุ 4-6 ปี ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำน้อยกว่าอายุ 3 ปี โดยมีเพียงกลุ่มเด็กอายุ 4 ปีที่พบทันตแพทย์น้อยกว่าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.37; 95% CI=0.17-0.82)

จำนวนปัญหาสุขภาพช่องปากที่รายงานโดยผู้ปกครองประเภทสถานศึกษาของเด็กและความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและปัจจัยของผู้ปกครองที่มีผลต่อการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจ

สุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมและพฤติกรรมการพบ ทันตแพทย์ของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองที่มีสถานภาพ ทางเศรษฐกิจและสังคมระดับกลางชั้นสูงและระดับสูงจะมี บุตรหลานที่ไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นประจำมากกว่ากลุ่มระดับล่างชั้นสูง 2.13 เท่า (95%

CI=1.05-4.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และ ผู้ปกครองที่ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพช่อง ปากเป็นประจำจะมีแนวโน้มที่มีบุตรหลานไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมากกว่ากลุ่ม ผู้ปกครองที่ไม่ได้พบทันตแพทย์เป็นประจำถึง 4.19 เท่า (95% CI=2.66-6.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากด้วยการวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติก

Table 5 Results of Logistic regression predicting regular oral health check-up behaviour

variables (n=575)	crude OR	adjusted OR ^a
child factors		
age in years		
- 3	ref.	ref.
- 4	0.39 (0.18-0.82)*	0.37 (0.17-0.82)*
- 5	0.54 (0.27-1.08)	0.54 (0.26-1.12)
- 6	0.56 (0.27-1.16)	0.67 (0.31-1.44)
number of oral health problem		
- 0	ref.	ref.
- 1	0.99 (0.57-1.72)	1.12 (0.62-2.03)
- 2	0.94 (0.48-1.82)	0.86 (0.43-1.75)
- 3+	1.08 (0.62-1.89)	1.19 (0.66-2.17)
school type		
- public	ref.	ref.
- private	1.31 (0.80-2.15)	1.13 (0.65-1.97)
parents		
relation to student		
- others	ref.	ref.
- father/mother	2.38 (0.93-6.12)	2.55 (0.94 – 6.95)
SES		
- upper-lower class	ref.	ref.
- lower-middle class	1.34 (0.84-2.15)	1.13 (0.68-1.90)
- upper-middle/ higher class	2.73 (1.45-5.18)**	2.13 (1.05-4.31)*
parent's preventive dental visit		
- no	ref.	ref.
- yes	4.11 (2.65-6.39)***	4.19 (2.66-6.60)***

***p-value <0.001 **p-value <0.01 *p-value <0.05

^aadjusted with all variables except main independent variable

วิจารณ์

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเป็นหนึ่งในบริการทางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้น แม้ในประเทศที่มีเศรษฐกิจที่รุ่งเรืองก็ตามยังคงพบความลาดชันทางสังคมเกิดขึ้นในประเทศ¹³ ทั้งที่การได้รับบริการทางทันตกรรมเป็นสิ่งพื้นฐานที่ควรได้รับอย่างเท่าเทียมในประชาชนทุกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม²¹ จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาถึงความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการทางทันตกรรมพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองมีผลต่อการได้รับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองที่สูงขึ้น จะมีแนวโน้มในการพาเด็กไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศ พบความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนในลักษณะเดียวกัน^{14,22-23}

สำหรับในเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองมีบทบาทหลักในการดูแลการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็ก จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับสูงทำให้สามารถเข้าถึงอาชีพชั้นสูงและมีรายได้ระดับสูง จะช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับบริการทางทันตกรรม²⁴ นอกจากนี้การมีระดับการศึกษาที่สูงส่งผลให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และการไปพบทันตแพทย์เป็นประจำเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากในทางกลับกัน ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีความใส่ใจในสุขภาพช่องปากของเด็กที่ลดลง รวมถึงมีการใช้บริการทางทันตกรรมและความสนใจในการเข้ารับรักษาเชิงทันตกรรมป้องกันลดลง^{13-14,25} สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนนั้นกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูง นอกจากนี้ การศึกษาก่อนหน้าได้กล่าวถึงสาเหตุของการไม่ไปพบทันตแพทย์ของ

บุตรหลาน ได้แก่ ไม่มีอาการทางช่องปาก และไม่มีอาการรุนแรงทางช่องปาก ซึ่งเป็นการบ่งชี้ว่าผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน²⁶ สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าสาเหตุหลักที่เด็กไม่ได้ไปพบทันตแพทย์เป็นประจำคือ ไม่มีอาการทางช่องปาก รองลงมาคือ ไม่มีเวลาวาง²² อาจเนื่องมาจากเด็กไทยส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องใช้สิทธิที่สถานพยาบาลของรัฐที่ขึ้นทะเบียนไว้ ทำให้ผู้ปกครองต้องลางาน จึงอาจเป็นอุปสรรคในการพาเด็กไปใช้บริการทางทันตกรรม¹⁰

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า รายได้ของครัวเรือนส่งผลต่อการได้รับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานไว้ว่า เด็กที่ผู้ปกครองมีฐานะสูงจะได้รับบริการทางทันตกรรมในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามากกว่า และได้รับบริการงานทันตกรรมป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่มีฐานะต่ำ^{14,22,27}

ด้านปัจจัยอาชีพของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็กก่อนวัยเรียนกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพชั้นสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในระดับประเทศและจังหวัดสมุทรสาครที่พบว่าอาชีพของผู้ปกครองเป็นหนึ่งในปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม^{22,28} แต่แตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าอาชีพของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในช่วงปฐมวัย²⁹ ซึ่งอาจเป็นเพราะความสัมพันธ์นี้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ กล่าวคือการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทพื้นที่เขตเมืองซึ่งมีความซับซ้อนทางสังคมมากกว่าเขตชนบท

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการทันตกรรม พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กไม่มีผลต่อการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า²⁸⁻²⁹ การศึกษานี้ยังพบอีกว่า

พฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้ปกครอง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปพบทันตแพทย์เพื่อ ตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำของเด็ก โดยเด็กมี แนวโน้มที่จะได้รับบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้นถ้า ผู้ปกครองไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นประจำ²⁵ และผลการศึกษาพบว่าอายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 3 ปี และลดลงในเด็กอายุ 4-6 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Machry และคณะ โดยการใช้บริการทันตกรรมของเด็กที่ลดลงอาจเกิดจากความตระหนักของผู้ปกครองถึงความสำคัญของทันตกรรมป้องกันลดลงเมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้น²³ ด้านปัจจัยประเภทของโรงเรียน การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของการไปพบทันตแพทย์ในกลุ่มเด็กจากสถานศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน อาจเนื่องมาจากระบบทันตสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรปราการมีการส่งเสริมให้ทันตภิบาลสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลไปตรวจสุขภาพของเด็กโรงเรียนสังกัดรัฐบาลในพื้นที่รับผิดชอบเป็นประจำอยู่แล้ว

การศึกษานี้สามารถเป็นตัวแทนของเด็กอนุบาลในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากทำการสุ่มตัวอย่างจากนักเรียนทุกระดับชั้นของโรงเรียนในสังกัดรัฐบาลและเอกชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู นอกจากนี้แบบสอบถามยังเก็บข้อมูลของเด็กนักเรียนและผู้ปกครองในหลายปัจจัยรวมถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง ซึ่งประกอบด้วยระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ อีกทั้งยังมีการใช้ Kuppaswamy's socioeconomic status scale ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่รวมระดับการศึกษา อาชีพและรายได้เข้าด้วยกัน ทำให้สามารถรายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการทันตกรรมได้หลายแง่มุม

อย่างไรก็ตามข้อมูลจากแบบสอบถามมีข้อจำกัดคือ ผลการศึกษาอาจคลาดเคลื่อนเนื่องจากแบบสอบถามเป็นคำถามย้อนหลังอาจเกิดอคติที่เกิดจากการลืม

(recall bias) อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการขาดหายไปเนื่องจากไม่ตอบแบบสอบถามและข้อมูลไม่สมบูรณ์ อาจเกิดอคติที่เกิดจากการไม่ตอบแบบสอบถาม (non-response bias) นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นเพียงพื้นที่ภายใต้บริบทเดียวในเขตเทศบาลตำบลบางปู การขยายขอบเขตการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีความระมัดระวัง ไม่สามารถเป็นตัวแทนระดับจังหวัดหรือประเทศได้

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการใช้บริการทันตกรรมของเด็กอนุบาลในเขตเทศบาลตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ โดยเฉพาะการไปตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำโดยไม่มีอาการนำ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการมีหลายปัจจัย ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง อายุของเด็ก และพฤติกรรมในการพบทันตแพทย์ของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ

การเข้ารับบริการทางทันตกรรมเพื่อการป้องกันของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กในอนาคต การออกแบบนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการดังกล่าวเพื่อให้สามารถวางแผนการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและตรงกลุ่มเป้าหมาย นโยบายที่มุ่งเน้นในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการโดยส่งเสริมให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ามีโอกาสในการเข้าถึงบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้มากขึ้น โดยใช้ข้อมูลจากหลักฐานทางวิชาการรวมถึงข้อมูลประชากรในพื้นที่มาช่วยในการวางยุทธศาสตร์ของนโยบาย (evidence-based policy) เป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพช่องปากในพื้นที่

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูอย่างชัดเจน การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยงานในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเศรษฐกิจฐานต่ำเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โดยในส่วนของเด็กก่อนวัยเรียนนั้น หากมีทรัพยากรจำกัดอาจพิจารณาทำโครงการในโรงเรียนรัฐบาลในพื้นที่ที่ประชากรมีเศรษฐกิจฐานต่ำก่อน รวมถึงการจัดให้มีระบบข้อมูลสุขภาพที่มีข้อมูลระดับเศรษฐกิจฐานของประชากรรวมอยู่ด้วยจะทำให้สามารถวางแผนและประเมินการจัดบริการได้อย่างเป็นธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการสร้างความรู้ความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครองเพื่อให้พาบุตรหลานมาตรวจฟันตั้งแต่วัยยังไม่มีอาการ เนื่องด้วยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการบางอย่าง เช่น การศึกษา รายได้และเศรษฐกิจฐานของผู้ปกครองเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยภาคการสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพของระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการและวิถีชีวิตของประชาชนได้มากขึ้น เช่น การพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากปฐมภูมิให้มีความครอบคลุมมากขึ้น หรือการเพิ่มหน่วยบริการที่เปิดทำการนอกเวลาราชการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองที่ไม่สามารถมางานเพื่อพาบุตรหลานมาพบทันตแพทย์ได้ เช่น การจัดบริการร่วมรัฐเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เป็นทางเลือกที่ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพช่องปากในพื้นที่ควรพิจารณา

เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการขยายผลสู่สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการใช้บริการสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ การศึกษาในอนาคตควรศึกษาในกลุ่มตัวแทนประชากรของประเทศไทย โดยในปัจจุบัน ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับประเทศนั้น ยังไม่มีข้อมูลสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน การเพิ่มการเก็บข้อมูลสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มเด็ก

ก่อนวัยเรียนจะทำให้สามารถศึกษาสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากและการใช้บริการในระดับประเทศได้

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เทศบาลตำบลบางปู และโรงเรียนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่อนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในพื้นที่ ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Rattanasimsima K. The sugar consumption of Thai population during 1997-2010. Th Dent PH J 2012; 17(2): 23-30. (in Thai).
2. Doitchinova L, Kirov D, Bakardjiev P, Nikolova M, Hristov D. Television advertising and development of dental caries in children aged 6 to 12 years. Folia Med 2021; 63(4): 533-40.
3. World Health Organization. International Telecommunication Union. Mobile technologies for oral health: An implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Pinpratip P. Inequalities. in Inequalities in public health. Nonthaburi: Wanida Karnpim limited partnership; 2019. 9-12. (in Thai)
5. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiology Community Health 2006; 60(1): 7-12.
6. Wani RT. Socioeconomic status scales-modified Kuppuswamy and Udai Pareekh's scale updated for 2019. J Family Med Prim Care 2019; 8(6): 1846-9. doi:10.4103/jfmpc.jf mpc_288_19.

7. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/ counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent J* 2018; 40(6): 194-204.
9. Social Statistics Division. The 2021 health and welfare survey. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
10. Tussanapirom T, Panichkriangkrai W, Vongmongkol V. Equity in utilization of oral health services among Thai population: Results from health and welfare survey 2017. *JHSR* 2019; 13(3): 271-83. (in Thai)
11. Pattanaphesat J, Kingkaew P. Effectiveness and cost-effectiveness of preventive dentistry. *J HEALTH Sci* 2010; 19: 695-716. (in Thai)
12. Medina-Solis CE, Maupomé G, Del Socorro Herrera M, Pérez-Núñez R, Ávila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental health services utilization and associated factors in children 6 to 12 years old in a low-income country. *J Public Health Dent* 2008; 68(1): 39-45.
13. Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2018; 75: 1-6.
14. Chang Q, Gao X, Xu M, Zhang C, Du S, Wang X, et al. Socioeconomic-related inequality in dental care utilization among preschool children in China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021; 49(6): 505-12.
15. Curi DSC, Figueiredo ACL, Jamelli SR. Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva* 2018; 23: 1561-76.
16. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Factors associated with dental service use based on the Andersen model: A systematic review. *Int J of Environ Res Public Health* 2021; 18(5), 1-28. doi:10.3390/ijerph18052491.
17. Saleem SM, Jan SS. Modified Kuppuswamy socioeconomic scale updated for the year 2021. *Indian J Forensic Community Med* 2021; 8(1): 1-3.
18. Tussanapirom T. Diversity in dental schools: A case study in Thailand. Poster session presented at: International Dental Collaboration of the Mekong River Region Congress; 2015 June 7-9; Bangkok. (in Thai)
19. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiology Community Health* 2013; 67(9): 728-35. doi:10.1136/jech-2013-202714.
20. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 757-71.
21. Maneepairoj P, Potiwan P. The right to public health service accessibility in Thailand. *RDHSJ* 2020; 13(1): 300-9. (in Thai)

22. Somkotra T, Vachirarojpisan T. Inequality in dental care utilisation among Thai children: evidence from Thailand where universal coverage has been achieved. *Int Dent J* 2009; 59(6): 349-57.
23. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013; 13(1): 60.
24. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186(1): 56-68.
25. Leroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Martens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children – a prospective study. *Int J of Paediatr Dent* 2013; 23(2): 84-93.
26. Gao X, Ding M, Xu M, Wu H, Zhang C, Wang X, et al. Utilization of dental services and associated factors among preschool children in China. *BMC Oral Health* 2020; 20(1): 1-10. doi:10.1186/s12903-019-0996-x.
27. Souza JGS, Sampaio AA, Costa Oliveira BE, Jones KM, Martins AMEDBL. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services during early childhood: an epidemiological survey. *Int J Paediatr Dent* 2018; 28(4): 400-9.
28. Jirapipatt R. Factors influence to use of dental health services: Study for preschool children parents in child development center, Samut Sakhon Province. *RDHSJ* 2020; 13(1): 414-21. (in Thai)
29. Raejaidee S, Suwannapong N, Howteerakul N, Tipayamonkhogul M. Access to dental health care service for early childhood Suphanburi province. *JHEALTH* 2017; 40: 34-48. (in Thai)