ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน

อังคณา ลีโทชวลิต ท.บ.*
สวรส อยู่ยืน ท.บ.*
สุมิตรา ไกรพิทักษ์กุล ท.บ.*
สุภาพร วิธิยะจิรกุล ท.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: บุคลากรโรงพยาบาลตากสินจำนวน 275 ราย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากบุคลากรที่มาตรวจสุขภาพช่องปากระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลจากการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมทันตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก

ตัววัดที่สำคัญ: สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.1 ± 10.0 ปี ร้อยละ 71.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.4 เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 85.8 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ปัจจัยที่มีผลต่อโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งงานที่ต่ำกว่า รายได้ที่น้อย การรับรู้เรื่องโรคฟันผุ การไม่ใช้ไหมขัดฟัน การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม และการไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งงานที่ต่ำกว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำ รายได้ที่น้อย การไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง การไม่ใช้ไหมขัดฟัน การไม่บริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ การไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมที่ไม่ได้ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา

สรุป: ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของบุคลากรโรงพยาบาลตากสินทั้งภาวะฟันผุและเหงือกอักเสบ ได้แก่ เศรษฐานะที่ต่ำกว่า และการบริโภคน้ำอัดลม

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

Abstract

Factors Influencing Oral Health Status of Taksin Hospital Personnels

Ungkana Leethochawalit DDS
Swaros Yuyuen DDS
Sumitra Kraipitakun DDS
Supaporn Viriyajirakul DDS

Dental Devision, Taksin Hospital, BMA

Objectives: To study the oral health status and factors associated with oral health status of Taksin Hospital personnels.

Study design: Descriptive study.

Subjects: A total of 275 personnels randomly selected from Taksin Hospital personels who had oral examination during March to April 2009

Methods: The data was collected from oral health status examination and the questionnaire which composed of personnels data and oral health behavior. Oral health status and factors influencing oral health status were analyzed.

Main outcome measures: Oral health status and oral health behavior.

Results: The mean age of the subjects was 37.1 ± 10.0 years, 71.3% were female and 28.7% were male, 56.4% had dental caries and 85.8 had gingivitis. Factors significantly influenced dental caries were lower position, lower income, perception of having dental caries, not using dental floss, having food or drink consumption before bedtime brushing, soft drink consumption, and not smoking. Factors significantly influenced gingivitis were lower position, lower education, lower income, not brushing after lunch, brushing only one time per day, not using dental floss, not having food or drink consumption before bedtime brushing, consumption of soft drink and snacks, not smoking and not having visited the dentist in the passing year.

Conclusion: Factors influencing oral health status of both dental caries and gingivitis of Taksin Hospital personnels were lower socioeconomic status and soft drink consumption.

Key words: oral health status, dental caries, gingivitis, oral health behavior

บทนำ

โรคฟันผุและโรคปริทันต์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทรมาน และเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหารแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในช่องปาก อันจะนำไปสู่การติดเชื้อในโพรงอากาศบนใบหน้า[1] กระดูกขากรรไกร และระบบทางเดินหายใจ[2,3] ทำให้สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา และยังส่งผลต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพและคุณภาพชีวิตอีกด้วย

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ของประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550[4] ได้ดำเนินการสำรวจในพื้นที่ 16 จังหวัดทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร ผลการสำรวจพบว่า ปัญหาหลักของกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 35-44 ปี) ร้อยละ 89.6 เป็นโรคฟันผุ โดยมีฟันผุเฉลี่ย 1.5 ซี่ต่อคน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6.7 ซี่ต่อคน จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าประชากรภาคกลางร้อยละ 95.2 เป็นโรคฟันผุ โดยมีฟันผุเฉลี่ย 2.0 ซี่ต่อคน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 9.0 ซี่ต่อคน สำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 94.8 เป็นโรคฟันผุ มีฟันผุเฉลี่ย 2.0 ซี่ต่อคน และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 9.2 ซี่ต่อคน สำหรับความผิดปกติของสภาวะปริทันต์และเหงือกอักเสบ พบว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีภาวะเหงือกอักเสบสูงที่สุดคือร้อยละ 47.3 และพบผู้ที่เป็นโรคปริทันต์โดยมีร่องลึกปริทันต์ ระดับ 4-5 มม. ร้อยละ 22.1 และร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. ร้อยละ 15.5 และยังพบว่าประชากรในเขตชนบทจะมีโรคปริทันต์สูงกว่าเขตเมืองอย่างชัดเจน และภาคใต้มีความชุกของโรคปริทันต์สูงกว่าภาคอื่น ๆ

บุคลากรโรงพยาบาลตากสินส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กอปรกับโรงพยาบาลตากสินเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากบุคลากรปีพ.ศ. 2551 จำนวน 779 คน พบว่าร้อยละ 71.3 เป็นโรคฟันผุ โดยมีฟันผุเฉลี่ย 2.8 ซี่ต่อคน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 10.5 ซี่ต่อคน ดังนั้นในปีพ.ศ. 2552 จึงได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านบุคลากร พฤติกรรมทันตสุขภาพ เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของบุคลากร สำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานทันตสาธารณสุข การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรโรงพยาบาลตากสินที่ได้รับการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและได้รับการสุ่มเพื่อตอบแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมทันตสุขภาพระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552

เกณฑ์การคัดเข้า

บุคลากรที่ได้รับการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก และตอบแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมทันตสุขภาพ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Yamane[5]

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)} = \frac{881}{[1 + 881 \times (0.05)^2]}$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 881 ราย

e = ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

n = 275 ราย

เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลตากสินส่วนใหญ่เป็นข้าราชการรองลงมาเป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานประกันสังคมตามลำดับ เพื่อเป็นการกระจายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุม จึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) กำหนดแบ่งกลุ่มตามตำแหน่งงาน และเลือกตัวอย่างโดยวิธีโควตา (quota sampling) เลือกตัวแทนจากทั้ง 3 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่มกำหนดตามหมายเลขประจำตัวของบุคลากร

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 275 ราย เป็นข้าราชการ 143 ราย ลูกจ้างประจำ 72 ราย ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานประกันสังคม 60 ราย

นิยามตัวแปร

สภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ สภาวะที่ตรวจพบในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด และเหงือกอักเสบ

ฟันผุ ได้แก่ รอยโรคฟันผุที่ตรวจพบโดยใช้เครื่องมือตรวจหารูผุ รวมถึงฟันที่ได้รับการบูรณะด้วยวัสดุอุดฟันถาวรแล้วมีรอยโรคฟันผุใหม่ นับจำนวนเป็นซี่ ฟันที่ได้รับการบูรณะด้วยวัสดุอุดฟันชั่วคราวเพื่อการรอดูอาการและฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วแต่ไม่ผุ ไม่นับเป็นฟันผุ

ฟันถอน ได้แก่ ฟันที่ตรวจไม่พบในช่องปาก ฟันที่ถูกถอนจากโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ นับจำนวนเป็นซี่

ฟันอุด ได้แก่ ฟันที่ได้รับการบูรณะและไม่มีการผุต่อ นับจำนวนเป็นซี่

อัตราฟันผุ ถอน อุด (DMF Index; Decayed Missing Filled tooth Index) เป็นดัชนีที่ใช้วัดความชุก และแบบแผนของโรคฟันผุ รวมจำนวนฟันที่มีรอยผุ จำนวนฟันถอน จำนวนฟันที่มีการอุด นับจำนวนเป็นซี่

โรคเหงือกอักเสบ เป็นสภาวะการอักเสบของเหงือก มีอาการบวมแดง มีเลือดออกเมื่อถูกกระตุ้น ความลึกของร่องเหงือกไม่เกิน 3 มม. และไม่มีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ ส่วนโรคปริทันต์มีการอักเสบเหมือนโรคเหงือกอักเสบแต่มีความลึกของร่องเหงือกมากกว่าหรือเท่ากับ 4 มม. มีฟันโยก มีหนอง และมีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์

การประเมินสภาวะเหงือกอักเสบ ใช้ดัชนีเหงือกอักเสบของ Löe-Silness Gingival Score Index[6] ซึ่งปรับปรุงโดย Talbott และคณะ[7] โดยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะเหงือกอักเสบ

คะแนน 1 หมายถึง เหงือกอักเสบเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของสี และความยืดหยุ่นของเหงือกเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง เหงือกอักเสบปานกลาง ผิวเหงือกเป็นมัน บวม สีแดงและมีเลือดออกเวลาเขี่ย

คะแนน 3 หมายถึง เหงือกอักเสบรุนแรง เหงือกบวม สีแดงจัด มีเลือดออก

การตรวจเหงือกจะตรวจโดยรอบฟันทุกซี่ในช่องปาก ยกเว้นฟันกรามถาวรซี่สุดท้าย ฟันครอบ ฟันที่อุดบริเวณคอฟัน โดยที่ฟันแต่ละซี่จะได้รับการตรวจและให้คะแนน 6 ตำแหน่ง คำนวณโดยรวมคะแนนที่ตรวจได้ทั้งหมด หารด้วยจำนวนฟันที่ถูกตรวจคูณด้วย 6 แล้วจัดระดับสภาวะของเหงือกโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Löe-Silness Gingival Score[8] ประเมินจากดัชนีเหงือกอักเสบที่ตรวจได้ดังนี้ ระดับคะแนน 0.01 - 1.00 ถือว่าเหงือกปกติ ระดับคะแนน 1.01 - 2.00 และ 2.01 - 3.00 ถือว่าเหงือกอักเสบปานกลาง และรุนแรงตามลำดับ

ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เป็นวิธีประเมินเนื้อเยื่อไขมันของร่างกายในผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือใช้น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง โดยค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม.^{2} จัดว่าปกติ 25.0-29.9 กก./ม.^{2} จัดว่าท้วม 30.0-39.9 กก./ม.^{2} จัดว่าอ้วน มากกว่า 40 กก./ม.^{2} จัดว่าอ้วนอันตราย

การรับรู้โรคฟันผุ หมายถึง การมองเห็น ความรู้สึกถึงความผิดปกติของฟัน ในที่นี้ประกอบด้วยการมีเศษอาหารติดฟัน มีฟันผุ หรือจุดดำ ๆ บนตัวฟัน และการปวดฟันหรือเสียวฟัน ประเมินเมื่อมีการรับรู้ถึงปัญหาทั้ง 3 ข้อ

การรับรู้โรคเหงือกอักเสบ หมายถึง การมองเห็น ความรู้สึกถึงความผิดปกติ ปัญหาของเหงือกประกอบด้วยการมีหินน้ำลายที่ฟัน มีเหงือกอักเสบ (บวม แดง เป็นหนอง) และฟันโยก ประเมินเมื่อมีการรับรู้ถึงปัญหาทั้ง 3 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร บุคลากรได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยจนเข้าใจ และลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตรวจโดยทันตแพทย์ จำนวน 4 ราย ที่ได้ทำการตกลงเข้าใจในเกณฑ์การตรวจฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด รายงานผลเป็นจำนวนซี่ และเหงือกอักเสบรายงานผลเป็นคะแนน โดยผู้ตรวจทุกคนจะตรวจบุคลากรรายเดียวกัน 6 ราย เพื่อหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจด้วยกัน เมื่อการตรวจสอดคล้องกันดีแล้ว ทันตแพทย์ทั้ง 4 ราย ได้แยกกันตรวจบุคลากรทั้งหมดที่กลุ่มงานทันตกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 เมษายน พ.ศ. 2552 และบันทึกผลการตรวจโดยผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ได้รับการอบรมแนวทางการบันทึก หลังการตรวจฟัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านบุคลากรและพฤติกรรมทันตสุขภาพด้วยตนเอง จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำไปวิเคราะห์ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระจกส่องปาก (plane mouth mirror) และเครื่องมือตรวจหารูผุ (explorer) ใช้ตรวจหาสภาวะฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด ตรวจภายใต้แสงจากยูนิตทำฟัน

2. โพรบ (probe) ใช้ตรวจเหงือกภายใต้แสงจากยูนิตทำฟัน

3. แบบบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปากขององค์การอนา-

มัยโลก[3] เพื่อบันทึกสภาพฟัน

4. แบบบันทึกสภาวะโรคเหงือก

5. แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และพฤติกรรมทันตสุขภาพซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550[4] แบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata version 7.0 และ SPSS version 16.0 ข้อมูลทั่วไป รายงานในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดย chi-square หรือ Fisher's exact test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.1 ± 10.0 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 29.8 จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรืออนุปริญญาหรือเทียบเท่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.6 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ประวัติทางการแพทย์พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) มีสุขภาพแข็งแรง แต่ร้อยละ 12.7 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ร้อยละ 83.3 มีการรับรู้ว่าตัวเองมีฟันผุ และร้อยละ 68.4 มีการรับรู้ว่าตนเองมีโรคเหงือกอักเสบ (ตารางที่ 1)

ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่าร้อยละ 56.4 เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 80.7 มีฟันถอน และร้อยละ 64.7 มีฟันอุด โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 2.2 ซี่ต่อคน ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 9.4 ซี่ต่อคน กลุ่มตัวอย่างมีสภาพเหงือกปกติเพียงร้อยละ 14.2 ร้อยละ 85.8 เป็นโรคเหงือกอักเสบ โดยร้อยละ 11.3 เป็นโรคเหงือกอักเสบรุนแรง (ตารางที่ 2)

ผลการสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพในส่วนของการทำความสะอาดช่องปาก กลุ่มตัวอย่างนิยมทำความสะอาดโดยวิธีการแปรงฟันมากที่สุดถึงร้อยละ 96.7 วิธีการแปรงฟันใช้วิธีการแปรงฟันล่างโดยปัดขนแปรงขึ้นบน และฟันบนปัดขนแปรงลงล่าง ร้อยละ 48.3 และแปรงฟันโดยการวางขนแปรงเอียง 45 องศากับขอฟันขยับเบา ๆ แล้วปัดขึ้นลงร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.1 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เวลาที่แปรงฟันมากที่สุดคือ หลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 97.3 รองลงมาคือหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอนร้อยละ 89.7 ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันมีเพียงร้อยละ 20.3 มีการใช้ไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากร้อยละ 31.3 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.0 รับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน

พฤติกรรมเสี่ยงด้านทันตสุขภาพ จากพฤติกรรมการบริโภคเป็นประจำทุกวันจนถึงนาน ๆ ครั้ง พบว่าร้อยละ 89.1 ดื่มน้ำอัดลม และร้อยละ 89.5 บริโภคขนมกรุบกรอบ แต่มีเพียงร้อยละ 14.2 ที่สูบบุหรี่ การพบทันตแพทย์พบว่าร้อยละ 79.6 ได้ไปพบทันตแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา เหตุผลที่ไปพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่เพื่อการขูดหินน้ำลาย ตรวจสุขภาพช่องปาก หรือเมื่อพบว่ามีฟันผุหรือจุดดำ ๆ บนตัวฟัน (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งงาน รายได้ การรับรู้เรื่องโรคฟันผุ การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลมและการสูบบุหรี่ โดยพบว่าลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานประกันสังคมมีฟันผุถึงร้อยละ 68.3 ในขณะที่ข้าราชการและลูกจ้างประจำมีฟันผุร้อยละ 53.8 และ 51.4 ตามลำดับ บุคลากรที่มีรายได้ ≤ 20,000 บาทต่อเดือนมีฟันผุร้อยละ 61.4 ในขณะที่บุคลากรที่มีรายได้ > 20,000 บาทต่อเดือน มีฟันผุเพียงร้อยละ 42.0 บุคลากรที่มีการรับรู้ว่าตัวเองฟันผุมีฟันผุร้อยละ 60.3 ส่วนบุคลากรที่ไม่รับรู้ว่าตัวเองฟันผุ มีฟันผุเพียงร้อยละ 37.0 ผู้ที่ไม่ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากมีฟันผุร้อยละ 60.8 ส่วนผู้ที่ใช้ไหมขัดฟันมีฟันผุเพียงร้อยละ 44.2 ในขณะที่น้ำยาบ้วนปากอาจจะไม่ได้ช่วยเรื่องฟันผุ เนื่องจากผู้ที่ใช้น้ำยาบ้วนปากมีฟันผุถึงร้อยละ 66.0 ผู้ที่รับประทานอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอนมีฟันผุร้อยละ 67.0 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่รับประทานซึ่งมีฟันผุเพียงร้อยละ 51.3 ผู้บริโภคน้ำอัดลมจะมีฟันผุร้อยละ 59.2 ในขณะที่ผู้ไม่บริโภคมีฟันผุเพียงร้อยละ 33.3 ผู้ที่สูบบุหรี่มีฟันผุเพียงร้อยละ 28.2 ในขณะที่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีฟันผุร้อยละ 61.0 สำหรับปัจจัยที่มีแนวโน้มทางคลินิกว่าสัมพันธ์กับภาวะฟันผุแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ ภาวะอ้วน-อ้วนอันตราย การทำความสะอาดช่องปากโดยไม่ได้แปรงฟัน การแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง การไม่แปรงฟันหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน การบริโภคขนมกรุบกรอบ ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับฟันผุ ได้แก่ เพศ และพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 4-6)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ การแปรงฟันหลัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (n = 275)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	28.7
หญิง	196	71.3
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	143	52.0
ลูกจ้างประจำ	72	26.2
ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานประกันสังคม	60	21.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	9.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	8.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญา/ปวช.	82	29.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	143	52.0
รายได้ต่อเดือน* (บาท) (n = 271)		
< 10,000	107	39.5
10,001–15,000	79	29.1
15,001–20,000	16	5.9
> 20,000	69	25.5
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	186	67.6
ท้วม	66	24.0
อ้วน–อ้วนอันตราย	23	8.4
สภาวะสุขภาพ		
ปกติ	240	87.3
โรคเบาหวาน	5	1.8
โรคความดันเลือดสูง	24	8.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6	2.2
การรับรู้เรื่องโรคฟันผุ		
รับรู้	229	83.3
ไม่รับรู้	46	16.7
การรับรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ		
รับรู้	188	68.4
ไม่รับรู้	87	31.6

* กลุ่มตัวอย่าง 4 รายไม่มีข้อมูลรายได้ต่อเดือน

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปากของบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน (n = 275)

สภาวะสุขภาพช่องปาก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ฟันผุ	155	56.4
ฟันถอน	222	80.7
ฟันอุด	178	64.7
เหงือกอักเสบ	236	85.8
เหงือกอักเสบปานกลาง	205	74.5
เหงือกอักเสบรุนแรง	31	11.3

อาหารกลางวัน จำนวนครั้งของการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยพบว่า ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานประกันสังคม มีเหงือกอักเสบถึงร้อยละ 93.3 ลูกจ้างประจำมีเหงือกอักเสบร้อยละ 91.6 ในขณะที่ข้าราชการมีเหงือกอักเสบร้อยละ 79.7 ผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีเหงือกอักเสบร้อยละ 90.9 ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีเหงือกอักเสบร้อยละ 81.1 บุคลากรที่มีรายได้ ≤ 20,000 บาทต่อเดือนมีเหงือกอักเสบร้อยละ 90.6 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 71.0 ในผู้ที่มีรายได้ > 20,000 บาทต่อเดือน ผู้ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีเหงือกอักเสบร้อยละ 75.5 เมื่อเทียบกับร้อยละ 88.9 ในผู้ที่ไม่ได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ผู้ที่แปรงฟันวันละ 1 ครั้งมีเหงือกอักเสบร้อยละ 100 ในขณะที่ผู้ที่แปรงฟันวันละ 2 และ 3 ครั้ง มีเหงือกอักเสบร้อยละ 85.9 และ 80.6 ตามลำดับ สำหรับด้านอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากพบว่าผู้ไม่ใช้อุปกรณ์เสริมมีเหงือกอักเสบร้อยละ 86.3 ผู้ที่ใช้ไหมขัดฟันมีเหงือกอักเสบน้อยกว่าคือร้อยละ 77.9 ส่วนผู้ที่ใช้ไม้จิ้มฟันมีเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 95.1 และผู้ที่ใช้น้ำยาบ้วนปากมีเหงือกอักเสบร้อยละ 88.7 ผู้ที่บริโภคน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบมีเหงือกอักเสบร้อยละ 90.2 และ 89.4 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่ไม่บริโภคน้ำอัดลม และไม่บริโภคขนมกรุบกรอบมีเหงือกอักเสบร้อยละ 50.0 และ 55.2 ตามลำดับ ผู้ที่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมีเหงือกอักเสบร้อยละ 82.6 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ไปรับบริการในรอบปีที่ผ่านมามีเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 98.2 ที่น่าแปลกใจคือผู้ที่บริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอนมีเหงือกอักเสบเพียงร้อยละ 71.6 ในขณะที่ผู้ที่ไม่บริโภคมีเหงือกอักเสบถึงร้อยละ 92.5 และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีเหงือกอักเสบร้อยละ 89.8 ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มีเหงือกอักเสบเพียงร้อยละ 61.5 ปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับเหงือกอักเสบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศ และวิธีทำความสะอาดช่องปาก โดยเพศชายมีเหงือกอักเสบร้อยละ 92.4 ในขณะที่เพศหญิงมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 83.2 ผู้ที่ทำความสะอาดช่องปากโดยไม่ได้แปรงฟัน เช่น บ้วนปาก ใช้มือ อมเกลือ มีเหงือกอักเสบร้อยละ 77.8 ในขณะที่ผู้ที่แปรงฟันมีเหงือกอักเสบร้อยละ 86.1 ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะเหงือกอักเสบได้แก่ ดัชนีมวลกาย และการรับรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ (ตารางที่ 4-6)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างมีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่าผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6[4] ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเลือกกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน คือ ระดับประเทศศึกษาในประชากรอายุ 35-44 ปี ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อายุ 19-60 ปี และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของประชากรกรุงเทพมหานคร[4] มีฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด ร้อยละ 94.8, 90.8 และ 45.0 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ 56.4, 80.7 และ 64.7 ตามลำดับ น่าจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นบุคลากรในโรงพยาบาล จึงน่าจะได้รับการดูแลรักษาและมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มตัวอย่างนี้พบถึงร้อยละ 85.8 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจระดับประเทศ[4] ซึ่งพบเพียงร้อยละ 47.3 ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยเหงือกอักเสบต่างกัน

บุคลากรร้อยละ 96.7 มีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน ส่วนมากแปรงฟันโดยวิธีการปัดขนแปรง

ตารางที่ 3 พฤติกรรมทันตสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตากสิน (n = 275)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
วิธีทำความสะอาดช่องปาก		
การแปรงฟัน	266	96.7
อื่น ๆ	9	3.3
วิธีการแปรงฟัน* (n = 261)		
ถูไป - ถูมา	74	28.3
ปัดขนแปรงขึ้นลง	126	48.3
วางขนแปรงเอียง 45 องศากับคอฟัน ขยับปัดขึ้นลง	61	23.4
เวลาในการแปรงฟัน* (n = 261)		
หลังตื่นนอนตอนเช้า	254	97.3
หลังรับประทานอาหารเช้า	32	12.3
หลังรับประทานอาหารกลางวัน	53	20.3
หลังรับประทานอาหารเย็นหรือก่อนนอน	234	89.7
จำนวนครั้งของการแปรงฟันต่อวัน* (n = 261)		
1 ครั้ง	29	11.1
2 ครั้ง	170	65.1
≥ 3 ครั้ง	62	23.8
การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก		
ไม่ใช้อุปกรณ์เสริม	51	18.5
ไหมขัดฟัน	86	31.3
น้ำยาบ้วนปาก	97	35.3
ไม้จิ้มฟัน	41	14.9
พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมเสี่ยงด้านทันตสุขภาพ		
มีการรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน	88	32.0
บริโภคน้ำอัดลม	245	89.1
บริโภคขนมกรุบกรอบ	246	89.5
สูบบุหรี่	39	14.2
พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้ไปรับบริการ	56	20.4
ไปรับบริการ**	219	79.6
ขูดหินน้ำลาย	108	39.3
ตรวจสุขภาพในช่องปาก	94	34.2
ฟันผุ	66	24.0
ปวดฟันหรือเสียวฟัน	56	20.4
เหงือกอักเสบ (บวม แดง เป็นหนอง)	21	7.6

* กลุ่มตัวอย่าง 14 ราย ไม่มีข้อมูลวิธีการแปรงฟัน ช่วงเวลา และจำนวนครั้งของการแปรงฟัน และกลุ่มตัวอย่างบางรายแปรงฟันวันละหลายเวลา

** กลุ่มตัวอย่างบางรายไปรับบริการทันตกรรมหลายอย่าง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (n = 275)

ปัจจัย	ฟันผุ (n = 155)			เหงือกอักเสบ (n = 236)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value*	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value*
เพศ			0.793			0.012
ชาย (n = 79)	46	58.2		73	92.4	
หญิง (n = 196)	109	55.6		163	83.2	
ตำแหน่ง			0.010			0.010
ข้าราชการ (n = 143)	77	53.8		114	79.7	
ลูกจ้างประจำ (n = 72)	37	51.4		66	91.6	
ลูกจ้างชั่วคราว และ พนักงานประกันสังคม (n = 60)	41	68.3		56	93.3	
ระดับการศึกษา			0.609			0.031
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 132)	77	58.3		120	90.9	
ปริญญาตรีขึ้นไป (n = 143)	78	54.6		116	81.1	
รายได้ต่อเดือน (บาท)**			0.007			< 0.001
≤ 20,000 (n = 202)	124	61.4		183	90.6	
> 20,000 (n = 69)	29	42.0		49	71.0	
ดัชนีมวลกาย			0.667			0.801
ปกติ (n = 186)	103	55.4		161	86.6	
ท้วม (n = 66)	37	56.1		55	83.3	
อ้วน - อ้วนอันตราย (n = 23)	15	65.2		20	86.9	
การรับรู้เรื่องโรคฟันผุ			0.006			
รับรู้ (n = 229)	138	60.3				
ไม่รับรู้ (n = 46)	17	37.0				
การรับรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ						0.665
รับรู้ (n = 188)				163	86.7	
ไม่รับรู้ (n = 87)				73	83.9	

* p-value by chi-square test

** กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย**ไม่มีข้อมูลรายได้ต่อเดือน** ในจำนวนนี้ 2 รายฟันผุ และทั้ง 4 รายมีเหงือกอักเสบ

และปัดขนแปรงสง (ร้อยละ 48.3) บุคลากรร้อยละ 83.3 และ [illegible] 88.4 มีการ**รับรู้เรื่องโรคฟันผุ** และโรคเหงือกอักเสบ [illegible] ทำให้เห็นว่างาน**ส่งเสริมป้องกันทางด้านทันต**สุขภาพ ควร [illegible] การเผยแพร่**ความรู้เกี่ยวกับลักษณะฟัน**และเหงือกที่ปกติ [illegible] เพื่อให้**บุคลากรสามารถตรวจสุข**ภาพช่องปากด้วย [illegible]

จากการศึกษานี้พบว่า ตำแหน่งงานที่ต่ำกว่า และรายได้ที่น้อย สัมพันธ์กับโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าสัมพันธ์กับเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีแนวโน้มที่สัมพันธ์กับภาวะฟันผุแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของ Peres และคณะ[10], Craig และคณะ[11] รายงานว่าประชากรที่มีรายได้น้อย

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (n = 275)

พฤติกรรม	ฟันผุ (n = 155)			เหงือกอักเสบ (n = 236)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value
วิธีทำความสะอาดช่องปาก			0.735*			0.619*
แปรงฟัน (n = 266)	149	56.0		229	86.1	
อื่น ๆ (n = 9)	6	66.7		7	77.8	
วิธีการแปรงฟัน (n = 261)***			0.175**			0.314**
ถูไป - ถูมา (n = 74)	36	48.6		65	87.8	
ปัดขนแปรงขึ้นลง (n = 126)	78	61.9		111	88.1	
วางขนแปรงเอียง 45 องศากับ คอฟันขยับปัดขึ้นลง (n = 61)	33	54.1		49	80.3	
การแปรงฟันในช่วงเวลาต่าง ๆ (n = 261)***						
หลังตื่นนอนตอนเช้า			0.473*			1.000*
แปรง (n = 254)	142	55.9		219	86.2	
ไม่ได้แปรง (n = 7)	5	71.4		6	85.7	
หลังรับประทานอาหารเช้า			0.562**			0.411*
แปรง (n = 32)	16	50.0		26	81.3	
ไม่ได้แปรง (n = 229)	131	57.2		199	86.9	
หลังรับประทานอาหารกลางวัน			0.913**			0.020**
แปรง (n = 53)	30	56.6		40	75.5	
ไม่ได้แปรง (n = 208)	117	56.3		185	88.9	
หลังรับประทานอาหารเย็นหรือก่อนนอน			0.078**			0.143*
แปรง (n = 234)	127	54.3		199	85.0	
ไม่ได้แปรง (n = 27)	20	74.1		26	96.3	
จำนวนครั้งของการแปรงฟันต่อวัน (ครั้ง) (n = 261)***			0.059**			0.044**
1 (n = 29)	22	75.9		29	100	
2 (n = 170)	89	52.4		146	85.9	
≥ 3 (n = 62)	36	58.1		50	80.6	
การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก			0.025**			0.046**
ไม่ใช้อุปกรณ์เสริม (n = 51)	31	60.8		44	86.3	
ไหมขัดฟัน (n = 86)	38	44.2		67	77.9	
น้ำยาบ้วนปาก (n = 97)	64	66.0		86	88.7	
ไม้จิ้มฟัน (n = 41)	22	53.7		39	95.1	

* p-value by Fisher's exact test

** p-value by chi-square test

*** กลุ่มตัวอย่าง 14 ราย ไม่มีข้อมูลวิธีการแปรงฟัน ช่วงเวลา และจำนวนครั้งของการแปรงฟัน ในจำนวนนี้ ฟันผุ 8 ราย และมีเหงือกอักเสบ 11 ราย

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค การรับบริการทันตสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมากับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (n = 275)

พฤติกรรม	ฟันผุ (n = 155)			เหงือกอักเสบ (n = 236)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	p-value
การรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟัน						
หลังอาหารเย็นและก่อนนอน			0.020*			<0.001*
รับประทาน/ดื่ม (n = 88)	59	67.0		63	71.6	
ไม่รับประทาน/ไม่ดื่ม (n = 187)	96	51.3		173	92.5	
การบริโภคน้ำอัดลม			0.012*			< 0.001**
บริโภค (n = 245)	145	59.2		221	90.2	
ไม่บริโภค (n = 30)	10	33.3		15	50.0	
การบริโภคขนมกรุบกรอบ			0.127*			< 0.001**
บริโภค (n = 246)	143	58.1		220	89.4	
ไม่บริโภค (n = 29)	12	41.4		16	55.2	
การสูบบุหรี่			0.001*			< 0.001*
สูบ (n = 39)	11	28.2		24	61.5	
ไม่สูบ (n = 236)	144	61.0		212	89.8	
พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา			0.777*			0.005*
ไป (n = 219)	122	55.7		181	82.6	
ไม่ไป (n = 56)	33	58.9		55	98.2	

* p-value by chi-square test

** p-value by Fisher's exact test

ระดับการศึกษาต่ำ เป็นปัจจัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในอัตราที่สูงกว่าประชากรที่มีสถานะทางเศรษฐสังคมดี

ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบ แต่กลุ่มที่อ้วน-อ้วนอันตรายมีแนวโน้มที่จะมีฟันผุมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การสำรวจของ Dalla Vecchia และคณะ[12] พบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดปริทันต์ในผู้ใหญ่ ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ซึ่งอาจจะเนื่องจากร้อยละ 57.6 ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีดัชนีมวลกายปกติ ดังนั้นงานวิจัยต่อไปคือการหาความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับอ้วนผิดปกติ และตรวจสภาวะปริทันต์โดยดัชนีปริทันต์ทางชุมชน (CPI; Community Periodontal Index) โดยเน้นในโรคปริทันต์

บุคลากรมีการใช้ไหมขัดฟัน เป็นอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากร้อยละ 31.3 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่ใช้ไหมขัดฟัน มีภาวะฟันผุและเหงือกอักเสบน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพียงร้อยละ 20.3 ซึ่งผู้ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีโรคเหงือกอักเสบน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรเร่งสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ไหมขัดฟัน และการรณรงค์ให้มีการแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหารกลางวัน เนื่องจากการแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันที่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคฟันผุและโรคปริทันต์ได้[13-16]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคปริทันต์ตามมา[17-19] ซึ่งต่างจากผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโรคฟันผุ

และโรคเหงือกอักเสบน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ที่สูบบุหรี่ในการศึกษานี้มีเพียง 39 ราย หรือร้อยละ 14.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลตากสินเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่

การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีจะช่วยลดการสูญเสียฟันได้[20,21] จากการศึกษาพบว่าบุคลากรไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 79.6 โดยร้อยละ 34.2 ไปเพื่อตรวจสุขภาพในช่องปาก ร้อยละ 39.3 ไปเพื่อขูดหินน้ำลาย ซึ่งต่างจากการวิจัยของ Petersen และคณะ[22] ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่จะไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปากหรือปวดฟัน และมักจะปล่อยให้หายเอง ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และรณรงค์ให้บุคลากร พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ซึ่งจะทำให้สภาวะทันตสุขภาพของบุคลากรมีคุณภาพมากกว่าการไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการหรือเมื่อเกิดโรคในช่องปาก

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคพบว่าบุคลากรมีการบริโภคน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบร้อยละ 89.1 และ 89.5 ซึ่งการศึกษาของสุวิมลและคณะ[23] และจากการศึกษาของ Woodward และคณะ[24] พบว่าการบริโภคน้ำตาลมากขึ้นและบ่อยขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้ทำให้พบว่า การให้ความรู้และเน้นการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของบุคลากร เป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนงานส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตสุขภาพบุคลากรโดยมุ่งเน้นการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของฟันผุ เหงือกอักเสบ การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการแปรงฟันที่ถูกวิธีโดยมีการใช้ไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาด การรณรงค์ให้มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี

สรุป

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากบุคลากรโรงพยาบาลตากสินพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคฟันผุร้อยละ 56.4 และโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 85.8 ตำแหน่งงาน รายได้ การใช้ไหมขัดฟัน การรับรู้เรื่องฟันผุ การแปรงฟันหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน การบริโภคอาหารหลังแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม และการไม่สูบบหรี่ มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การใช้ไหมขัดฟัน จำนวนครั้งของการแปรงฟัน การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ การไม่สูบบุหรี่ และการไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงกิตติยา ศรีเลิศฟ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน บุคลากรโรงพยาบาลตากสินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ ดร. ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ และ ดร. พวงผกา กรีทอง ที่ได้ให้คำแนะนำการใช้สถิติในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Petvijit T, Tatjan V, Puridej P. Factors related to dental caries in child: comparison between Buddhism and Muslim child in Nakhon Si Thammarat. J Dent Assoc Thai 2007; 57: 247-63.
2. Unwerawattana W. A study on dentists' responses to a VCD on dental consultation cases. Chula Med J 2005; 49: 579-90.
3. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. J Periodontal 1999; 70: 793-802.
4. ปิยดา ประเสริฐสม, ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก; 2551. หน้า 39-44, 175-8.
5. สุวิมล ติรณานันท์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. หน้า 165-82.
6. Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. prevalence and severity. Acta Odontol Scand 1963; 21: 533-51.
7. Talbott K, Mandel ID, Chilton NW. Reduction of baseline gingivitis scores with repeated prophylaxes. J Prev Dent 1977; 4: 28-9.

และโรคเหงือกอักเสบน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ที่สูบบุหรี่ในการศึกษานี้มีเพียง 39 ราย หรือร้อยละ 14.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลตากสินเป็นโรง-พยาบาลปลอดบุหรี่

การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีจะช่วยลดการสูญเสียฟันได้[20,21] จากการศึกษาพบว่าบุคลากรไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 79.6 โดยร้อยละ 34.2 ไปเพื่อตรวจสุขภาพในช่องปาก ร้อยละ 39.3 ไปเพื่อขูดหินน้ำลาย ซึ่งต่างจากการวิจัยของ Petersen และคณะ[22] ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่จะไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปาก หรือปวดฟัน และมักจะปล่อยให้หายเอง ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และรณรงค์ให้บุคลากร พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ซึ่งจะทำให้สภาวะทันตสุขภาพของบุคลากรมีคุณภาพมากกว่าการไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการหรือเมื่อเกิดโรคในช่องปาก

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคพบว่าบุคลากรมีการบริโภคน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบร้อยละ 89.1 และ 89.5 ซึ่งการศึกษาของสุวิมลและคณะ[23] และจากการศึกษาของ Woodward และคณะ[24] พบว่าการบริโภคน้ำตาลมากขึ้นและบ่อยขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้ทำให้พบว่า การให้ความรู้และเน้นการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของบุคลากร เป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนงานส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตสุขภาพบุคลากรโดยมุ่งเน้นการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของฟันผุ เหงือกอักเสบ การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการแปรงฟันที่ถูกวิธีโดยมีการใช้ไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาด การรณรงค์ให้มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี

สรุป

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากบุคลากรโรงพยา-บาลตากสินพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคฟันผุร้อยละ 56.4 และโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 85.8 ตำแหน่งงาน รายได้ การใช้ไหมขัดฟัน การรับรู้เรื่องฟันผุ การแปรงฟันหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน การบริโภคอาหารหลังแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม และการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การใช้ไหมขัดฟัน จำนวนครั้งของการแปรงฟัน การบริโภคอาหาร/เครื่องดื่มหลังการแปรงฟันหลังอาหารเย็นและก่อนนอน การบริโภคน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ การไม่สูบบุหรี่ และการไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงกิตติยา ศรีเลิศฟ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน บุคลากรโรงพยาบาลตากสินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ ดร. ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ และ ดร. พวงผกา กรีทอง ที่ได้ให้คำแนะนำการใช้สถิติในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Petvijit T, Tatjan V, Puridej P. Factors related to dental caries in child: comparison between Buddhism and Muslim child in Nakhon Si Thammarat. J Dent Assoc Thai 2007; 57: 247-63.
2. Unwerawattana W. A study on dentists' responses to a VCD on dental consultation cases. Chula Med J 2005; 49: 579-90.
3. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. J Periodontal 1999; 70: 793-802.
4. ปิยดา ประเสริฐสม, ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก; 2551. หน้า 39-44, 175-8.
5. สุวิมล ติรญานันท์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. หน้า 165-82.
6. Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. prevalence and severity. Acta Odontol Scand 1963; 21: 533-51.
7. Talbott K, Mandel ID, Chilton NW. Reduction of baseline gingivitis scores with repeated prophylaxes. J Prev Dent 1977; 4: 28-9.

8. Löe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. J Periodontol 1967; 38(Suppl): 610-6.
9. World Health Organization. Oral health survey: basic method. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
10. Peres MA, Peres KG, Traebert J, Zabot NE, Lacerda JT. Prevalence and severity of dental caries are associated with the worst socioeconomic conditions: a Brazillian cross-sectional study among 18-year-old males. J Adolesc Health 2005; 37: 103-9.
11. Craig RG, Boylan R, Yip J, Bamgboye P, Koutsoukos J, Mijares M, et al. Prevalence and risk indicators for destructive periodontal diseases in 3 urban American minority populations. J Clin Periodontol 2001; 28: 524-35.
12. Dalla Vecchia CF, Susin C, Rösing CK, Oppermann RV, Albandar JM. Overweight and obesity as risk indicators for periodontitis in adults. J Periodontol 2005; 76: 1721-8.
13. Ainamo J, Parviainen K. Occurrence of plaque, gingivitis and caries as related to self reported frequency of toothbrushing in fluoride areas in Finland. Community Dent Oral Epidemiol 1979; 7: 142-6.
14. Khader YS, Rice JC, Lefante JJ. Factors associated with periodontal diseases in a dental teaching clinic population in northern Jordan. J Periodontol 2003; 74: 1610-7.
15. Suksuart N. Evaluation of new toothbrush teaching model for primary school student. J Dent Assoc Thai 2003; 53: 58-68.
16. Nitisiri P, Visalseth W, Sriviriyakul S, Anantanasawat S. Effect of round-end and course-cut bristle toothbrushes in plaque removal and gingival damage. J Dent Assoc Thai 2002; 52: 177-80.
17. Polpadung S, Laohapan P. Perception of cigarette effects and attitude to smoking cessation programme in one dental patient group. J Dent Assoc Thai 2002; 52: 106-13.
18. Morin NM, Dye BA, Hooper TI. Influence of cigarette smoking on the overall perception of dental health among adults aged 20-79 years, United States, 1988-1994. Public Health Rep 2005; 120: 124-32.
19. Suttipisan S, Uoysawang P, Tamsaylom S, Rojanasomsit K, Kangsadalpipop K, Rachanee P, et al. Correlations between cigarette smoking and periodontics status in old age staffs of Electricity Generating Authority of Thailand. J Dent Assoc Thai 2006; 56: 187-97.
20. Cunha-Cruz J, Nadanovsky P, Faerstein E, Lopes CS. Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: the Pró-Saúde study. J Public Health Dent 2004; 64: 216-22.
21. Mundt T, Schwahn C, Mack F, Polzer I, Samietz S, Kocher T, et al. Risk indicators for missing teeth in working-age Pomeranians-an evaluation of high-risk populations. J Public Health Dent 2007; 67: 243-9.
22. Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksen HM, Kalo I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. Acta Odontol Scand 2000; 58: 243-8.
23. สุวิมล ชุนพงษ์ทอง, กนกรัตน์ เศรษฐสถิตย์, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. พฤติกรรมทันตสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล 2551; 28: 293-302.
24. Woodward M, Walker AR. Sugar consumption and dental caries: evidence from 90 countries. Br Dent J 1994; 176: 297-302.