

ความชุกและการวิเคราะห์ปัจจัยของการเกิดรอยโรคในช่องปาก โดยใช้ PRECEDE Model ในเด็กปฐมวัยโรงเรียนอนุบาลสังขละบุรี อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

Prevalence and Analysis of Factors of Oral Lesion Occurrence Using the PRECEDE Model in Early Childhood Children at AnubanSangkhlaburi School, Sangkhlaburi District, Kanchanaburi Province

เมธ ชวนคุณากร ท.บ.,
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลสังขละบุรี
จังหวัดกาญจนบุรี

May Chavanakunakorn D.D.S.,
Division of Dentistry
Sangkhlaburi Hospital
Kanchanaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยการเกิดรอยโรคในช่องปากในเด็กปฐมวัยโดยใช้ PRECEDE Model

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

ผลการศึกษา: พบรอยโรคในช่องปากในเด็ก 86 คน (ร้อยละ 47.5) ลิ้นมีฝ้าขาวบาง ร้อยละ 17.6 ลิ้นมีฝ้าขาวหนา ร้อยละ 15.5 ลิ้นแดงที่และลิ้นผิวเรียบอย่างละ ร้อยละ 3.4 และอื่นๆ ผู้ปกครองที่มีความรู้สูง ผู้ที่มีรายได้พอเพียง มีเหลือเก็บ/ไม่เหลือเก็บ จะพบรอยโรคในช่องปากเด็กต่ำกว่ากลุ่มที่มีความรู้ปานกลาง/ต่ำและมีรายได้ไม่พอเพียง มีหนี้สินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กหญิงพบรอยโรคได้มากกว่าเด็กชาย และเด็กที่ชอบกินเครื่องดื่มรสหวานพบรอยโรคในช่องปากมากกว่าเด็กที่ไม่ชอบกิน ส่วนปัจจัยนำอื่นๆ ของผู้ปกครอง คือ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำของเด็กคือ อายุ การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โรคประจำตัว พฤติกรรมการกินขนมหวาน (ประเภทแป้ง ประเภทที่อมน้ำตาลอยู่ในปากหลายนาที ประเภทติดร่อนฟันง่าย) การชอบกินผักผลไม้ และการแปรงฟัน ปัจจัยเสริมคือ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเอื้อคือ การตรวจฟันโดยผู้ปกครอง และการรับบริการทันตกรรม ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคช่องปาก

สรุป: การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานทุกประเภท และเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคในช่องปาก

คำสำคัญ: รอยโรคในช่องปาก, เด็กปฐมวัย, PRECEDE Model, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเสริม, ปัจจัยเอื้อ

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(3) : 433-447.

Abstract

Objective: This is to study the prevalence and factors of oral lesion occurrence in early childhood children using PRECEDE Model.

Methods: Cross-sectional study

Results: Oral lesions were found in 86 children (47.5%). The characteristics were thin white coating on the tongue in 17.6%, thick white coating on the tongue in 15.5%, geographic tongue and atrophic papillae of tongue each in 3.4%, and others. Parents with high knowledge and those with sufficient income-having money left to save/no money left to save, their children's oral lesions were found to be significantly lower than those with medium/low knowledge and insufficient income-and in debt. Female children experienced more oral lesions than males. Children who consumed sweetened beverages had more oral lesions than those who did not like to eat. Other predisposing factors of parents such as gender, age, relationship with children, occupation, level of education; predisposing factors of children such as age, illness in the past 1 year, systemic disease, behavior of eating (starchy desserts, sugar retained in the mouth for several minutes, sugar attached to tooth grooves), liking to eat fruits and vegetables, brushing teeth; reinforcing factors such as channels for receiving oral health knowledge and information; and enabling factors such as dental examination by parents and getting dental services; all of these factors, had no relationship with the development of oral lesion.

Conclusion: Consumption of sweetened beverages of all types and being female are associated with an increased risk of oral lesions.

Keywords: oral lesions, early childhood children, PRECEDE Model, predisposing factors, reinforcing factors, enabling factors

Received: Apr 10, 2024; Revised: Apr 23, 2024; Accepted: Jun 7, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(3) : 433-447.

บทนำ

หนึ่งในสามของประชากรโลกเป็นเด็กและวัยรุ่น สุขภาพของคนกลุ่มอายุดังกล่าวมีความสำคัญในทุกประเทศเพราะเป็นภาพของการพัฒนาและเติบโตอย่างมีสุขภาพดีในอนาคตในทุกสังคม¹ เด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตและการพัฒนาในทุกด้านเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการทางด้านต่างๆ เป็นไปอย่างรวดเร็วและเป็นฐานรากที่สำคัญต่อพัฒนาการในช่วงวัยต่อไป

เด็กในวัยนี้จึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของประเทศ การพัฒนาเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะช่วงปฐมวัยมีความสำคัญสูงสุดในการวางรากการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เริ่มต้นด้วยการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีมีทักษะทางสมอง การเรียนรู้ทักษะชีวิต เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (diet) การส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (development and play) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (dental) และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (disease) กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 27,000 แห่ง พบว่าการเจริญเติบโตและโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 7,242 แห่ง พัฒนาการเด็กและการเล่นอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 6,869 แห่ง สุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 2,625 แห่ง และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรคในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 597 แห่ง² การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพกายใจแข็งแรงและสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก และตรวจสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรทางการแพทย์³ จากการที่ข้าพเจ้าได้มีโอกาสตรวจฟันเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลที่โรงเรียนอนุบาลสังขละบุรี เมื่อปีการศึกษา 2561 มีเด็กนักเรียนอายุ 3-6 ปีได้ตรวจฟันทั้งสิ้น 354 คน พบเด็กที่มีรอยโรคที่ลิ้น เนื้อเยื่อในช่องปากและริมฝีปาก 59 คน (ร้อยละ 17) ได้แก่ มีฝ้าขาวบางที่ลิ้น 28 คน (ร้อยละ 8.0) ฝ้าขาวหนาที่ลิ้น 12 คน (ร้อยละ 0.03) ลิ้นผิวเรียบ 6 คน (ร้อยละ 0.02) ตุ่มลิ้นโต 6 คน (ร้อยละ 0.02) ลิ้นเป็นร่อง 4 คน (ร้อยละ 0.01) ปลายลิ้นแดง 1 คน ลิ้นแผ่นที่ 1 คน แผลร้อนใน 1 คน ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจว่าเหตุใดเด็กปฐมวัยจึงมีรอยโรคในช่องปากเพิ่มมากขึ้นกว่าหลายปีก่อน และสนใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและปัจจัยของสภาวะดังกล่าว รอยโรคในช่องปากหมายถึง ลักษณะของเนื้อเยื่อในช่องปากที่มีความผิดปกติในหลายรูปแบบ อาทิ สีเนื้อเยื่อเปลี่ยนไป เช่น สีขาว สีแดง หรือสีขาวร่วมกับสีแดง เป็นตุ่มน้ำ ก้อนนูน หรือติ่งเนื้อเกิดขึ้นในช่องปาก⁴⁻⁶ อาจเป็นแผลเจ็บ เกิดปัญหา

การเคี้ยวและกลืนอาหาร จนอาจเกิดภาวะโภชนาการบกพร่อง เกิดปัญหาต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตได้⁷ รอยโรคช่องปากเกิดจากหลายสาเหตุแตกต่างกันไป ได้แก่ การติดเชื้อ การอักเสบ ปฏิกริยาต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย การเกิดเนื้องอก และสาเหตุที่ไม่ทราบแน่ชัด แพทย์จะต้องซักประวัติทางคลินิกโดยละเอียด และมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับลักษณะและอาการของรอยโรค เช่น ตำแหน่ง ขนาด สี รูปพรรณสัณฐานของรอยโรค เพื่อที่จะวินิจฉัยอย่างแม่นยำ การตรวจรอยโรคในช่องปากเด็กไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานที่แน่นอน บางครั้งแบ่งตามสาเหตุการเกิดโรค ได้ 9 ลักษณะ⁹ คือ 1. ลักษณะปกติ เช่น leukoedema, linea alba; 2. ความผิดปกติตั้งแต่เกิด เช่น ankyloglossia (tongue tie), congenital epulis, melanocytic nevus; 3. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น geographic tongue, fissured tongue, retrocuspid papilla; 4. โรคทางพันธุกรรม เช่น white sponge nevus, Peutz-Jeghers syndrome, neurofibromatosis; 5. เนื้องอกที่ไม่ลุกลาม เช่น fibroma, hemangioma, lymphangioma; 6. รอยโรคจากการกระทบ เช่น traumatic ulcer, mucocoele, ranula; 7. รอยโรคจากการบาดเจ็บ ซึ่งเกิดจากแรงเชิงกล สารเคมี หรืออุณหภูมิ เช่น burns ในช่องปากที่เกิดจากอาหาร-เครื่องดื่มที่ร้อนเกินไป, morsicatio; 8. แผลที่เกิดขึ้นในช่องปาก เช่น recurrent aphthous stomatitis (RAS); และ 9. การติดเชื้อ โคโรนา 19 ซึ่งเกิดจากความเครียดและภูมิคุ้มกันลดลง มักพบลักษณะแผลพุพอง ผิวแห้งลอกหลุดลอก ลิ้นเป็นแผล ฝ้าขาวหรือลิ้นแผ่นที่ การติดเชื้อรา เริ่ม งูสวัด อาการรุนแรงที่พบที่สุดในเด็ก คือมีเลือดออกที่เยื่อเมือกในช่องปาก แต่ถ้าแบ่งรอยโรคตามลักษณะที่พบเห็นในช่องปาก จะแบ่งออกเป็น 5 ประเภท^{6,8} คือ 1. รอยโรคแผลเปื่อย ได้แก่ แผลร้อนใน (RAS) แผลเรื้อรัง แผลมะเร็งช่องปาก ชนิดเซลล์มะเร็งระยะลุกลาม แผลติดเชื้อไวรัสต่างๆ;

2. รอยโรคสีขาว หรือขาวปนแดง ได้แก่ เชื้อราในช่องปาก, ไส้คนพลานีสในช่องปาก, leukoedema, white sponge nevus, รอยโรคก่อนกลายเป็นมะเร็ง, ลิ้นแผนที่, pyogenic granuloma; 3. ตุ่มหรือก้อน ได้แก่ ถุงน้ำเมือกหรือต่อมน้ำลายอุดตัน (mucocele), squamous cell papilloma, hemangioma, eruption cyst, retro cuspid papillae, fibroma & granuloma บางชนิด, และเหงือกโตจากสาเหตุต่างๆ; 4. รอยโรคของเม็ดสี ได้แก่ melanotic nevus, มะเร็งเม็ดสีในช่องปากและสีวีตอะมัลกัม (amalgam tattoo); 5. รอยโรคซับซ้อน ได้แก่ ลิ้นเป็นร่อง ลิ้นเป็นขน ลิ้นผิวเรียบ แต่ถ้าตรวจรอยโรคในช่องปากอ้างอิงตาม ICD-10-WHO version for 2019-covid-expanded¹⁰ จะใช้รหัส K00–K14 diseases of oral cavity, salivary glands and jaw ดังต่อไปนี้ K12 Stomatitis and related lesions (K12.0–K.12.3), K13 Other diseases of lip and oral mucosa (K13.1–K13.7), K14 Disease of tongue (K14.0–K14.9) การวินิจฉัย รอยโรคในช่องปากให้แน่นอนเป็นเรื่องยาก การตรวจลักษณะคลินิกและอาการในช่องปากอย่างเดียว ไม่เพียงพอ จำต้องมีการซักประวัติและตรวจร่างกายทั้งระบบเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุโรคประจำตัวหรือโรค ร่วมต่างๆ รวมทั้งการตรวจทางคลินิกอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การป้ายรอยโรคไปตรวจ (swab) ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ตรวจเลือด เพาะเชื้อ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นภาษาอังกฤษและโปรตุเกส¹¹ บนฐานข้อมูลหอยสมุดแพทยศาสตร์แห่งชาติ (อินเทอร์เน็ตเฟซ NLM PubMed), Webscience และ Virtual ห้องสมุดสุขภาพ (BVS/BIREME-LILACS, Medline และ SciELO) พบความชุกของรอยโรคในช่องปากเด็ก ดังนี้

1. ลิ้นแผนที่ (geographic tongue) เป็นรอยโรคของลิ้นที่พบบ่อยที่สุดในเด็กทารก และมีอุบัติการณ์ร้อยละ 2–20 ในเด็กวัยเรียน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยความถี่จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแต่อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ เช่น กลุ่ม

อาการไรเตอร์ ดาวน์ซินโดรม โรคสะเก็ดเงิน เบาหวาน วิตกกังวล ความเครียด ภูมิแพ้ทุกประเภท ประวัติครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมบนฐานข้อมูล PubMed, EMBASE, Web of Science และ Cochrane¹² 33 บทความ มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยลิ้นแผนที่ที่อายุตั้งแต่ 0–85 ปี พบว่ามีการวินิจฉัยได้ในคลินิก ร้อยละ 98.81 มีความรู้สึกแสบร้อน ร้อยละ 9.2–47.0 มีการติดเชื้อรา ร้อยละ 7.6 การเกิดลิ้นแผนที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) ภูมิแพ้และความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบฟันผุร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรักษาทำเฉพาะในเด็กโตขึ้นไปโดยอาจใช้ 0.1% triamcinolone acetonide ร่วมกับ 0.05% retinoic acid ด้วยหรือไม่ก็ได้

2. ลิ้นเป็นร่อง (fissured tongue) พบร้อยละ 5 ของประชากรทั้งโลก และอาจสูงถึง ร้อยละ 30 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบในเพศชายที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบลักษณะลิ้นเป็นร่องสัมพันธ์กับการเกิดลิ้นแผนที่ และกลุ่ม Down syndrome และ Melkersson-Rosenthal syndrome รวมถึงการเกิดปากแหว่งด้วย พบร่องหรือรอยแยก รูป ร้างไม่แน่นอนของลิ้นที่แผ่แต่ไม่หลุดลอก มักพบที่ด้านท้ายหรือด้านข้างของลิ้น

3. แผลร้อนใน (recurrent aphthous stomatitis) ในเด็กพบ ร้อยละ 0.9–10.8 ซึ่งพบร้อยละ 14 ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี สาเหตุและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยายังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การกัดกระแทก การแพ้อาหาร ขาดธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและวิตามินบี 12 การติดเชื้อแบคทีเรีย ภูมิคุ้มกันผิดปกติ ความเครียดด้านจิตใจ ฮอริโมน พันธุกรรม และอื่นๆ พบในเนื้อเยื่อที่ไม่มีเคราติน เช่น เยื่อในช่องปาก ข้างลิ้น จะมีอาการเจ็บมากและหายได้เองภายใน 7–10 วัน RAS มี 3 แบบคือ minor, major, และ herpetiform การรักษาอาจใช้ corticosteroid, chlorhexidine, tetracycline, levamisole, cholicine, หรือ dapsone

5. การติดเชื้อรา (candidiasis) มีการพบเชื้อรา *Candida albicans* ถึงร้อยละ 75 ในคนสุขภาพดีที่ไม่มีอาการใดๆ ส่วนเด็ก

ทารกและอายุต่ำกว่า 2 ปี พบได้ ร้อยละ 1-37 ปัจจัยที่ทำให้มีความไวต่อการเกิดเชื้อรา ได้แก่ การขาดสารอาหาร ยาปฏิชีวนะ ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ น้ำลายน้อย ช่องปากไม่สะอาด การติดเชื้อราที่มีหลายรูปแบบ เช่น ลักษณะฝ้าขาวบาง ปื้นแดงผิวเรียบ ปื้นขาวหนา และแผลมุมปาก ในเด็กส่วนใหญ่มักพบลักษณะฝ้าขาวบางในเยื่อช่องปากแล้วลามไปลิ้น เพดานปากและ เยื่อช่องปากบริเวณแก้ม ฝ้าขาวเหล่านี้สามารถขูดออกได้แต่จะกลายเป็นผิวสีแดงที่บางครั้งมีเลือดออกและรู้สึกเจ็บปานกลาง การวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าเป็นเชื้อราต้องใช้การตรวจเซลล์หลุดร่วง (cytopathology exam) การรักษาอาจใช้ยาต้านเชื้อราเฉพาะที่ซึ่งนิยมใช้ nystatin ส่วนยาทางระบบนิยม fluconazole, itraconazole

6. โรคมือเท้าปาก (diseased of hand feet mouth) ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบแผลได้ทุกที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพดานปาก ลิ้น และเยื่อช่องปาก เห็นเป็นตุ่มใสแล้วจะแตกเป็นแผลหายไปใน 1 สัปดาห์ รอยโรคในช่องปากจะเกิดก่อนที่ผิวหนังโดยมีอาการนำคือ ไข้ต่ำๆ กลืนลำบาก ไม่อยากอาหาร ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และเจ็บคอ การรักษา คือยาแก้ปวดลดไข้

7. ไส้แดงแผลนัยช่องปาก⁷ (oral lichen planus) เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน มีความชุกราว ร้อยละ 0.5-2 พบรอยโรคที่ผิวหนังร่วมด้วย ลักษณะเป็นร่างแหเหี่ยวยาวหรือเทาอาจยกนูนเล็กน้อย เรียกว่า ร่างแหของวิกแฮม (Wickham's striae) ไส้แดงแผลนัยช่องปากมี 5 แบบ ได้แก่ แบบร่างแห (reticular) ตุ่มตัน (papular) ปื้นขาว (plaque-like) ฝ่อลีบ (atrophic) และแผล (ulcerative) โดยมักพบรอยโรคทั้งสองข้างสมมาตรกัน มากที่สุดคือเยื่อช่องปากและแก้ม แต่อาจพบที่เหงือก ลิ้น ได้โดยบริเวณเหงือกอาจเป็นลักษณะหลุดลอก และมักมีอาการแสดงอื่นร่วมด้วย เช่น รู้สึกแสบ ไม่สบายบริเวณรอยโรค และเป็นมากขึ้นเมื่อทานอาหารรสจัด เผ็ด ร้อน

8. ลิ้นผิวเรียบ (atrophic glossitis; AG) สาเหตุไม่

ปรากฏชัด แต่มักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการเผาผลาญในร่างกาย ระบบเลือด ภูมิคุ้มกัน และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเกิดจากการทานอาหารที่ไม่ครบถ้วนหรือมากเกินไป การดูดซึมไม่ดี นอกจากนี้ลิ้นผิวเรียบเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางตัวเช่น ยาลดความดัน ยารักษาเบาหวาน ยาคุมกำเนิด สารลดกรด ยาต้านมะเร็ง ยาระบบประสาท เป็นต้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการขาดวิตามินด้วย¹³ ลักษณะลิ้นผิวเรียบที่เกิดจากไส้แดงแผลนัยชนิดกัดกร่อน (erosive lichen planus) จะรู้สึกไม่ค่อยสบาย มักเกิดที่เยื่อช่องปากที่กระพุ้งแก้มและริมฝีปากล่างมากกว่าที่เหงือกและลิ้น สาเหตุหลักมาจากภูมิคุ้มกันลดลงและมีอาการร่วมกับปากแห้ง น้ำลายน้อย โรคปริทันต์ และการติดเชื้อรา

งานวิจัยนี้เป็นการตรวจเฝ้าระวังที่มีได้เจาะลึกถึงการวินิจฉัยและรักษาโรค แต่เป็นการวินิจฉัยบริบทสังคมสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในครอบครัวของเด็กเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองช่วยสังเกต เฝ้าระวัง และค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดโรคในช่องปากและอาการเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งคาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในช่องปาก ตามแนวปฏิบัติของสถานศึกษาที่มีการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ (4D) แบบก้าวกระโดด โดยใช้การพัฒนากระดับคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม ที่เรียกว่า "HOLISTICS"¹⁴ ประกอบด้วย 1) ใช้บ้านเป็นฐาน (homebase) คือใช้ครอบครัวในการพัฒนาด้านสุขภาพร่วมกับสถานศึกษา, 2) การจัดการองค์กร (organization) เป็นการพัฒนาโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมระหว่างสถานศึกษา ครอบครัว และชุมชน, 3) ภาวะผู้นำ (leadership) เป็นการพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษา ให้มีวิสัยทัศน์และกำหนดกลยุทธ์การบริหารเพื่อการพัฒนาสถานศึกษา, 4) การพัฒนาเด็กเป็นรายบุคคล (individual) เป็นการพัฒนาโดยใช้เด็กเป็นตัวตั้งและมีแผนการพัฒนาเป็นรายบุคคล 5) การแบ่งปัน (sharing) เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกัน 6) การทำงานเป็นทีม (team) เป็นการทำงาน

ร่วมกันระหว่างครู ผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว ชุมชนองค์กร และหน่วยงานต่างๆ, 7) วิธีการใหม่ (innovation) เป็นการสร้างนวัตกรรม หรือพัฒนาอย่างก้าวกระโดด, 8) การเปลี่ยนแปลง (change agent) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบในภาวะฉุกเฉินไม่ให้เกิดอันตรายต่อเด็ก, และ 9) ความปลอดภัย (safety) มีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัย รมั้ตระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และผลกระทบในด้านต่าง ๆ กับเด็ก ทั้งปัจจัยภายในตัวเด็กและ ผู้ปกครองเป็นปัจจัยนำและปัจจัยภายนอกด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่เป็นทั้งปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้ดีขึ้น โดยวัดจากรอยโรคในช่องปาก ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ทฤษฎี PRECEDE MODEL¹⁵ มาใช้สร้างกรอบแนวคิดของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับตัวบุคคลจนถึงสิ่งแวดล้อมรอบข้างที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ สภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง และพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factors) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับสภาวะและพฤติกรรม ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในการรับรู้ความสามารถ เหตุผล ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความพึงพอใจจากประสบการณ์ที่ช่วยสร้างแรงจูงใจหรือยับยั้งต่อการกระทำนั้นๆ ได้ ในงานวิจัยนี้ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เรื่องอนามัยช่องปากของผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยนำของเด็กคือ เพศ อายุ อาการป่วยบ่อยในรอบ 1 ปี โรคประจำตัว การบริโภคขนมหวานผักผลไม้ และการแปรงฟัน ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) คือ ปัจจัยที่สนับสนุนหรือกระตุ้นพฤติกรรมนั้นๆ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ตักเตือน เป็นตัวอย่าง ดำเนินชีวิตลงโทษ ซึ่งในงาน

วิจัยนี้คือ ช่องทางที่ผู้ปกครองได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมง่ายขึ้น ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ ทรัพยากรต่างๆ สถานที่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ในงานวิจัยนี้ได้แก่ เด็กได้รับการทันตกรรมและการตรวจช่องปาก โดยผู้ปกครอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยของการเกิดรอยโรคในช่องปาก ด้วยหลักการ PRECEDE Model ในกลุ่มเด็กปฐมวัย โรงเรียนอนุบาลสังขละบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มประชากรคือ เด็กนักเรียนชั้นปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในโรงเรียนอนุบาลสังขละบุรี อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งเพศชายและหญิง 331 คน โดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie และ Morgan¹⁶

$$n = \frac{\text{แทนค่าในสูตร} \quad (3.841)331(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(331-1)+(3.841)0.5(1-0.5)} = 178.03$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ไม่น้อยกว่า 179 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 1 รวมเป็น 181 เพื่อป้องกันปัญหาการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า chi-square ที่ระดับ 0.05

ระยะเวลาการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่โครงการ EC.3/2564 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564 แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิด ทำให้ต้องเลื่อนการวิจัยไปจนถึง มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

จากการตรวจช่องปากกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย 181 คนพบว่า เด็กปฐมวัยมีรอยโรคในช่องปาก 86 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 ซึ่งเด็กแต่ละคนพบเพียง 1 รอยโรคเท่านั้น โดยมีความถี่จากมากไปน้อย ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความชุกและลักษณะรอยโรคที่ลิ้นของเด็กปฐมวัย (n = 181 คน)

Oral lesions appearance of tongue	Number	ร้อยละ
Thin white patch	32	17.6
Thick white patch	28	15.5
Geographic tongue	6	3.4
Atrophic papillae of tongue	6	3.4
Red patch at tongue base	3	1.6
Lie bumps with white patch	2	1.1
Lie bumps	2	1.1
Fissured tongue	2	1.1
Atrophic papillae with white patch	2	1.1
Fissured tongue with thin white patch	2	1.1
Single white and red patch	1	0.5

ปัจจัยนำเข้าของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.6, อายุเฉลี่ย 37.29 ปี ร้อยละ 66.9, เป็นพ่อหรือแม่กับเด็ก ร้อยละ 30.4, เป็นญาติ (ปู่ย่าตายาย, ลุงป้า น้าอา) และเป็นพี่ ร้อยละ 2.8; ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/ขับรถรับจ้างสาธารณะ ร้อยละ 47.0, ค่าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัวและไม่มีอาชีพ มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 21.0, ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ, พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 4.4, อาชีพเกษตรกรรมน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 2.2; ด้านการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษามีมากที่สุดคือ ร้อยละ 33.1, รองลงมาคือกลุ่มประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.8 และร้อยละ 24.3 ตามลำดับ, กลุ่มปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีร้อยละ 8.3, กลุ่มอนุปริญญา/ปวช./ปวส. มีค่าน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 4.4; รายได้ ร้อยละ 56.9 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ, รายได้ไม่พอเพียงและ

มีหนี้สินมีร้อยละ 25.4, และกลุ่มพอเพียงมีเหลือเก็บ ร้อยละ 17.7; ปัจจัยนำเข้าเรื่องความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ มีคำถาม 5 ข้อตอบถูก-ผิด ดังนี้ 1. เด็กที่เป็นแผลในปากบ่อยๆ แสดงว่ามีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ (ถูก) 2. การดื่มนมหลับคาขวดในตอนกลางคืนทำให้ฟันผุ มีแผลในปาก (ถูก) 3.ภาวะปากแห้ง การดื่มน้ำน้อย น้ำลายเหนียว ทำให้ฟันผุง่ายขึ้น (ถูก) 4. การมีฝ้าขาวบนลิ้นที่แปร่งไม่ออกเป็นเรื่องปกติ (ผิด) 5. ขนมกรูปรอบ ขนมปังและนมเปรี้ยวทำให้ฟันผุง่ายขึ้น (ถูก) ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองมีความรู้สูง (ตอบถูก 4-5 ข้อ) ร้อยละ 44.8, ระดับกลาง (ตอบถูก 3 ข้อ) ร้อยละ 35.9, และความรู้ระดับต่ำ (ตอบถูก 1-2 ข้อ) ร้อยละ 19.3 โดยข้อที่คนตอบถูกจากมากที่สุดเรียงไปหาน้อยที่สุดคือ ข้อ 1 มีค่าร้อยละ 87.8, ข้อ 2 มีค่าร้อยละ 85.6, ข้อ 3 มีค่าร้อยละ 76.2, ข้อ 4 มีค่าร้อยละ 60.2, และข้อ 5 มีค่าร้อยละ 10.5

ปัจจัยนำของเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.9, อายุ 5 ปี ร้อยละ 76.8, โดยไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.0, มีโรคประจำตัวที่แพทย์ระบุไว้ 9 คน ได้แก่ หิดหอบ 2 คน โลหิตจาง 2 คน กระเพาะอักเสบ 1 คน ส่วนโรคหัวใจสามห้อง ลำไส้ผิดปกติ ผิวหนังน้ำเหลือง และเอชไอวี มีอย่างละ 1 คน ลักษณะอาการที่เจ็บป่วยบ่อยในรอบ 1 ปี แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือกลุ่มที่มีอุบัติการณ์สูง พบว่ามีอาการมีน้ำมูกมากที่สุดร้อยละ 65.2 รองลงมาคือไอ/จาม และตัวร้อนเป็นไข้ร้อยละ 50.3 และร้อยละ 40.4 ตามลำดับ กลุ่มอาการที่พบได้น้อย ได้แก่ ท้องอืด แน่นท้อง, ท้องเสียท้องผูก และผื่นแพ้-คัน มีค่าร้อยละ 6.6 ร้อยละ 6.6 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอาการที่พบน้อยมากคือ หอบ ร้อยละ 1.7 และเลือดกำเดาไหล ร้อยละ 0.6 เด็กได้รับการแปรงฟันโดยผู้ปกครองวันละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 93.4 ที่เหลือให้เด็กแปรงฟันเอง โดยไม่มีใครไม่ได้แปรงฟัน ประเภทขนม/อาหารที่เด็กปฐมวัยชอบทานมากที่สุดคือ ขนมประเภทแป้ง (ขนมถุงกรอบกรอบ ขนมปัง เค้ก) ร้อยละ 82.3 กลุ่มที่เหลือนี้อีกค่าใกล้เคียงกันคือ กลุ่มเครื่องดื่มหวานน้ำตาลสูง (นมหวาน นมเปรี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม) กลุ่มน้ำตาลอยู่ในปากหลายนาที่ (ลูกอม ทอฟฟี่ น้ำตาลปีบ น้ำตาลกรวด) และกลุ่มน้ำตาลติดร่องฟันง่าย (ซ็อกโกแลต ผลไม้กวน กะละแม) มีค่าร้อยละ 62.4 ร้อยละ 54.1 และ ร้อยละ 50.3 ตามลำดับ เด็กปฐมวัยไม่ชอบทานผัก-ผลไม้ร้อยละ 61.9 ผักที่เด็กชอบทานเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ผักบุ้ง แตงกวา แครอท ผักกาดขาว ฟักทอง กะหล่ำปลี กระบี่ ข้าวโพด มะเขือเทศ กระเจี๊ยบ ผักหวาน ผักกูด หน่อไม้ กะเพรา ถั่วฝักยาว ผลไม้ที่เด็กชอบทานจากมากไปหาน้อยคือ แตงโม องุ่น แอปเปิ้ล ส้ม มะม่วง ทุเรียน แก้วมังกร สตรอว์เบอร์รี่ มังคุด เงาะ ลำไย ถั่วลิสง ถั่วเขียว มะละกอ สับปะรด

ปัจจัยเอื้อ มี 2 ประเด็นคือ ผู้ปกครองตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก ร้อยละ 56.4 โดยความถี่ในการ

ตรวจอยู่ที่สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 23.8 ตรวจฟันให้เด็กเดือนละ 1-2 ครั้งและหลายเดือนต่อครั้ง มีค่าใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 12.2 และ 11.0 ตามลำดับ ส่วนการตรวจฟันเกือบทุกวันมีค่า ร้อยละ 9.4 ซึ่งร้อยละ 90.6 ของกลุ่มที่ตรวจไม่พบเห็นรอยโรคในช่องปากเด็ก เรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่าในรอบปีที่ผ่านมาผู้ปกครองไม่ได้พาเด็กไปหาหมอฟันหรือจำได้ว่าไปหาหรือไม่ ร้อยละ 87.3 โดยเหตุผลที่ไม่ได้ไปคือ ไม่มีเหตุจำเป็นที่ต้องพาไปมากที่สุด ร้อยละ 46.4 รองลงมาคือไม่มีเวลา ร้อยละ 14.9 และไม่มีคนพาไป ร้อยละ 9.4 ส่วนเด็กกลัวการทำฟันและรอนานมีค่า ร้อยละ 6.6 และ 1.1 ตามลำดับ เหตุผลที่ผู้ปกครองที่พาเด็กไปหาหมอฟันคือ เด็กมีอาการปวดฟันมากที่สุด ร้อยละ 24.9 รองลงมาคือฟันมีรู/มีจุดดำบนตัวฟัน เหงือกบวม/เป็นหนอง และมีแผลในปาก ร้อยละ 19.3 ร้อยละ 7.2 และร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ส่วนการพบทันตแพทย์ในเชิงบวกคือเพื่อเคลือบฟลูออไรด์และเพื่อตรวจฟันมีค่า ร้อยละ 3.9 และ 2.2 ตามลำดับ มีผู้ปกครอง ร้อยละ 8.8 พาเด็กไปหาหมอฟันปีละ 1 ครั้ง ผู้ปกครอง 6 คน (ร้อยละ 3.3) พาไป 2 ครั้งต่อปี และ 1 คน (ร้อยละ 0.6) พาไป 4 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมาหน่วยบริการที่พาเด็กไปหาหมอฟันมากที่สุดคือ โรงพยาบาลสังขละบุรี ร้อยละ 27.6 รองลงมาคือ รพ.สต./PCU ใกล้บ้านและหน่วยเคลื่อนที่ที่มีทันตบุคลากรจากหน่วยงานของรัฐ มีค่าร้อยละ 6.1 และร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ส่วนการพาบุตรหลานไปพบทันตแพทย์ในที่อื่นๆ เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อย (เป็นโรงพยาบาลเอกชนในอำเภอสังขละบุรี) และโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีค่าใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 1.7 ร้อยละ 1.1 และ ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ปัจจัยเสริม คือ ช่องทางการรับความรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเคยได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพช่องปาก มีร้อยละ 60.8 โดยช่องทางที่ได้รับความรู้มากที่สุดคือ หมอ/พยาบาล/

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 35.4, รองลงมาคือ ยูทูบ/เฟสบุ๊ก/ไลน์ ร้อยละ 33.1, โทรทัศน์ ร้อยละ 28.2, ช่องทางอื่นๆ ได้แก่ ครู ร้อยละ 18.8, อสม. ร้อยละ 13.8, พ่อแม่และญาติ ร้อยละ 11.0, โปสเตอร์/แผ่นพับ ร้อยละ 8.3, หนังสือ/วารสาร ร้อยละ 3.9, และจากเพื่อน ร้อยละ 0.6 ทั้งนี้เนื้อหาความรู้ที่ผู้ปกครองต้องการทราบเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากมากไปหาน้อย คือ วิธีการรักษาโรคในช่องปาก ร้อยละ 69.1, วิธีการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 67.4, และสิทธิและสวัสดิการการทำฟัน ร้อยละ 47.5

จากการวิเคราะห์ปัจจัยนำพบว่ารายได้และความรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการมีรายได้ไม่พอเพียงมีหนี้สิน พบรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัยมากกว่าการมีรายได้พอเพียงมีเหลือเก็บและพอเพียงไม่เหลือเก็บ คือ ร้อยละ 67.4

และร้อยละ 40.7 ส่วนผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ระดับต่ำและปานกลางพบรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ปกครองที่มีระดับความรู้สูง คือ ร้อยละ 55.2 และร้อยละ 38.3 ปัจจัยนำด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กพบรอยโรคมากกว่าเด็กที่ไม่ชอบกิน คือ ร้อยละ 54.0 และร้อยละ 36.8 ปัจจัยนำด้านเพศพบว่าเพศหญิงพบรอยโรคในช่องปากมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 54.5 และร้อยละ 36.2 ส่วนปัจจัยเอื้อคือ การตรวจช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองและการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย และปัจจัยเสริมคือ ช่องทางการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคในช่องปากของเด็กปฐมวัยแต่อย่างใด

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย

Factor	Total sample		Oral lesion		p-value
	Number	ร้อยละ	Number	ร้อยละ	
Total	181	100	86	47.5	
Predisposing factors of parent					
Sex					
Male	55	30.4	31	56.4	.158
Female	126	69.6	55	43.6	
Age (year)					
≤30	55	30.4	24	43.6	.880
31-40	73	40.3	37	50.7	
41-50	31	17.1	15	48.4	
≥51	22	12.2	10	45.5	
Relationship to children					
Father/mother	121	66.9	56	46.3	.865
Grandparents	33	18.2	16	48.5	
Aunt/uncle/brother/sister	27	14.9	14	48.1	

*= p-value by chi-square test for association

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย (ต่อ)

Factor	Total sample		Oral lesion		p-value
	Number	ร้อยละ	Number	ร้อยละ	
Occupation					
Government or private staff	16	8.9	9	56.3	.080
Private business/trade	38	20.9	11	28.9	
Farmer, labor	89	49.3	46	51.7	
No occupation	38	20.9	20	52.6	
Education level					
No education	60	33.1	31	51.7	.316
Primary school	54	29.8	25	46.3	
Secondary school	44	24.3	23	52.3	
Diploma/bachelor/master degree	23	12.8	7	30.4	
Income					
Not enough, has debt	46	25.4	31	67.4	.003*
Enough, with or without savings	135	74.6	55	40.7	
Oral hygiene knowledge					
Low/moderate	100	55.2	55	55.0	.037*
High	81	44.8	31	38.3	
<u>Predisposing factors of children</u>					
Sex					
Male	69	38.1	25	36.2	.026*
Female	112	61.9	61	54.5	
Age (years)					
4	42	23.2	24	57.1	.211
5	139	76.8	62	44.6	
Ailments within one year					
Have ailments	142	78.5	66	46.5	.726
No ailments	39	21.5	20	51.3	
Systemic diseases					
Available	9	4.9	5	55.6	.438
None	172	95.1	81	47.1	

*= p-value by chi-square test for association

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย (ต่อ)

Factor	Total sample		Oral lesion		p-value
	Number	ร้อยละ	Number	ร้อยละ	
Crispy food/bakery					
Take	149	82.3	67	45.0	.199
Don't take	32	17.7	19	59.4	
Chocolate/sweet sticky food					
Take	91	50.3	44	48.4	.938 ^a
Don't take	90	49.7	42	46.7	
Candies/sugars					
Take	98	54.1	45	45.9	.751
Don't take	83	45.9	41	49.4	
Sweet drinks					
Take	113	62.4	61	54.0	.036 [*]
Don't	68	37.6	25	36.8	
Eat vegetables/fruits					
Dislike	112	61.9	51	45.5	.599
Like	69	38.1	35	50.7	
Tooth brushing habit					
Self brushing	12	6.6	6	50.0	1.000
Parents brush for kids	169	93.4	80	47.3	
Enabling factors					
Dental services					
Never get services	113	62.4	53	46.9	.953
Get services	68	37.6	33	48.5	
Oral examination by parents					
No	79	43.6	36	45.6	.756
Yes	102	56.4	50	49.0	
Reinforcing factors					
Channels to get knowledge and information					
Get knowledge	71	60.8	35	49.3	.816
Never get knowledge	110	39.2	51	46.4	

*= p-value by chi-square test for association

วิจารณ์

รายได้ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .003$) คล้ายกับการศึกษาของ ปาริฉัตรถาวรวงษ์¹⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอยะพราง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยด้านรายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยคาดว่าหากมีหนี้สินทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดกังวลต้องให้ความสำคัญกับการหารายได้ให้พอเพียงมากกว่าชีวิตในด้านอื่นๆ ทำให้ไม่สนใจการดูแลสุขภาพเท่าใดนัก ความรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .037$) โดยผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ระดับต่ำ/ปานกลางพบรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ปกครองที่มีระดับความรู้สูงคือ ร้อยละ 55.0 และร้อยละ 38.3 นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้ แต่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับอาชีพและการศึกษา อาจเนื่องจากการตอบคำถามในงานวิจัยนี้ต้องมีความรู้รอบด้าน ต้องคิดวิเคราะห์ที่ใช้เหตุผลและเป็นเรื่องพฤติกรรม ผู้ปกครองที่สามารถตอบได้คะแนนสูงจึงน่าจะเป็นกลุ่มคนที่มีภูมิปัญญาในการบริหารจัดการชีวิตได้ดี มีคุณภาพให้ครอบครัวอยู่รอดไปได้โดยไม่ขึ้นกับลักษณะอาชีพและระดับการศึกษา แต่แบบทดสอบนี้มีข้อบกพร่องคือ มีคำถามน้อยเกินไปซึ่งควรมีอย่างน้อย 10 ข้อ และถามเรื่องรอยโรคช่องปากน้อยเกินไปคือถามเรื่องฟันผุ 3 ข้อ แต่ถามเรื่องรอยโรคในช่องปากเพียง 2 ข้อ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ณัฐธิดา พันพะสุก และคณะ¹⁸ ที่ได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองเด็ก 3-5 ปี กับโรคฟันผุพบว่า ระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็ก 3-5 ปี ($p\text{-value} = .372$) ซึ่งความจริงแล้วนำมา

เปรียบเทียบกันไม่ได้ เนื่องจากความรู้ที่ประเมินมีเนื้อหาปริมาณ และวิธีการทดสอบแตกต่างกัน งานวิจัยนี้ยังพบว่าเด็กปฐมวัยที่ชอบเครื่องดื่มรสหวานมีร้อยละ 62.4 ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนมากกว่าการสำรวจการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ในปี 2560 ที่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึง ร้อยละ 44.5 และ 47.6 ตามลำดับ¹⁹ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ เพราะหัวข้อคำถามมีนมหวาน นมเปรี้ยว น้ำหวาน และน้ำอัดลม นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่ชอบกินเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงพบรอยโรคในช่องปากมากกว่าเด็กที่ไม่ชอบกินคือ ร้อยละ 54.0 และร้อยละ 36.8 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .036$) โดยพบว่าปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ได้แก่ ชาเขียว 500 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 14.5 ช้อนชา, กาแฟสด 475 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 10.5 ช้อนชา, น้ำอัดลม 450 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 10.75 ช้อนชา, นมเปรี้ยว 400 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 19 ช้อนชา, ชานมไข่มุก 350 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 11.25 ช้อนชา, น้ำผลไม้ 200 มิลลิลิตร มีน้ำตาล 6.25 ช้อนชา นอกจากนี้ชานมไข่มุกประกอบไปด้วย นมผง ครีมเทียม หรือนมสด แป้งมันสำปะหลัง น้ำตาล สารกันบูด และโลหะหนัก ค่าพลังงานของชานมไข่มุก 1 แก้วมีค่าเท่ากับข้าวสวย 2.0-9.6 ทัพพี ซึ่งมีน้ำตาลเท่ากับ 4-18.5 ช้อนชา องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกคนบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน แต่การบริโภคชานมไข่มุกเพียง 1 หน่วยภาชนะก็มากกว่าน้ำตาลที่ควรได้รับต่อวันแล้ว²⁰

ปัจจัยด้านเพศของเด็กปฐมวัย โดยเด็กปฐมวัยเพศหญิงพบรอยโรคมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 36.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Van der Waal²¹ ใน ค.ศ. 2009 ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปปัจจัยเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็งของลิ้นคอเคลเคีย (leukoplakea) หนึ่งในนั้นคือ ผู้ป่วยเพศหญิง ลิ้นแผ่นที่มีการพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายและลดน้อยลง

ตามอายุ^{12,14} แต่บางครั้งพบในเพศหญิงมากกว่าชายในอัตรา 2:1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความรุนแรงมากกว่า²² ฮีแมงจิโอมา (haemangioma) พบในช่วงต้นของชีวิตและพบบ่อยในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย⁹ ไคเคนแพล์นส์ในช่องปากประมาณร้อยละ 15 มักพบรอยโรคในเพศหญิงอายุช่วง 30–70 ปี⁷ ความชุกของการเกิดดิสคอยด์ลูฟัสอีริ thema โตซัส (discoid lupus erythematosus) นั้น อยู่ที่ประมาณประชากร 5 คนต่อ 10,000 คน และมักพบรอยโรคในเพศหญิงมากกว่าชาย⁷ ยกเว้นลิ้นเป็นร่องที่มีโอกาสพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹¹

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร ถาวรวงษ์¹⁷ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบางแพ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุของเด็ก และทัศนคติการดูแลช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง และสอดคล้องกับการศึกษาของเจียรไน ตั้งติยะพันธ์ และคณะ²³ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมทันตสุขภาพและฟันผุในเด็กอายุ 2–3 ปี อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ปกครอง (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก) กับการที่เด็กได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

สรุป

การตรวจพบรอยโรคในช่องปากในเด็กปฐมวัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้สภาวะสุขภาพร่างกายเกี่ยวกับระบบเลือด เมตาบอลิซึม และภูมิคุ้มกันที่นำไปสู่การค้นหาลักษณะเจ็บป่วยหรือโรคอื่นๆ ตามมา งานวิจัยนี้พบว่าการบริโภค เครื่องดื่มรสหวานทำให้เกิดรอยโรค

มากขึ้น และเพศหญิงมีโอกาสเกิดรอยโรคได้มากกว่าเพศชาย

กิตติกรรมประกาศ

1. ขอขอบคุณ คุณขวัญจิรา หวังจิตต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้คำแนะนำในการเขียนโครงร่างงานวิจัยและช่วยสอนการใช้ค่าสถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS
2. ขอขอบคุณ คุณครูและผู้ปกครองของเด็กชั้นอนุบาล โรงเรียนอนุบาลสังขละบุรี ที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่นและครบถ้วน
3. ขอขอบคุณคณะกรรมการวิทยาสารทันตสาธารณสุข ที่ช่วยตรวจสอบให้คำแนะนำการแก้ไขบทความให้มีคุณภาพตรงคุณค่าด้านวิชาการมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. de Arruda JAA, Silva LVO, Kato CNAO, et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. Oral Oncol 2017;75(1):39–45. doi: 10.1016/j.oraloncology.2017.10.016.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2564]; เข้าถึงได้จาก: URL: https://nich.anamai.moph.go.th/th/childhood-development2/download?id=85762&mid=36768&mkey=m_document&lang=th&did=27745.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New normal). กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รอยโรคในช่องปาก สัญญาณอันตราย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มกราคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.thaihealth.or.th/รอยโรคในช่องปาก-สัญญาณ/>.
5. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M et al. Peripheral exophytic oral lesions: a clinical decision tree. *Int J Dent* 2017;17(5):1–19. doi:10.1155/2017/9193831.
6. Fuoad SAA, Shatty SR. Oral mucosal lesions in children. *Inter Ped Dent Open Acc* 2018;1(1): 12–4. doi: 10.32474/IPDOAJ.2018.01.000103
7. Yao H, Song Q, Zhang Q, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in children in Xiangyun of Yunnan, China: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr* 2022;48(1):1–7. doi: 10.1186/s13052-022-01209-6
8. Zahid E, Bhatti O, Zahid MA, et al. Overview of common oral lesions. *Malays Fam Physician* 2022;17(3):9–21. doi: 10.51866/rv.37
9. Aleksijević LH, Prpic J, Urek MM, et al. Oral mucosal lesions in childhood. *Dent J (Basel)* 2022; 10(11):214. doi: 10.3390/dj10110214
10. World Health Organization. ICD-10 version:2019 [internet]. 2019 [cited 2021 January 11]; Available from: URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/XI>
11. Bettegaa PVC, Navarro LB, Bendo CB, et al. Oral lesions of higher clinical frequency in children – literature review. *RFO-POA* 2019;60(2):66–82. doi: 10.22456/2177-0018.90274
12. González-Álvarez L, García-Pola MJ, García-Martin JM. Geographic tongue: predisposing factors, diagnosis and treatment. A systematic review. *Rev Clin Esp (Barc)* 2018;218(9):481–8. doi: 10.1016/j.rce.2018.05.006
13. Erriu M, Pili FMG, Cadoni S, et al. Diagnosis of lingual atrophic conditions: associations with local and systemic factors. A descriptive review. *Open Dent J* 2016;10:619–35. doi: 10.2174/1874210601610010619
14. สถาบันพัฒนาอานามัยแห่งชาติ กรมอนามัย. คู่มือการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. 2564 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2564]; เข้าถึงได้จาก: URL: https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=96185&mid=36391&mkey=m_document&lang=th&did=29659.
15. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสหภาพไทย* 2562;12(1):38–48.
16. TSIS Team. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูป [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2563]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.thetsis.com/post/research-tips-sampling>
17. ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสุขภาพและการศึกษา* 2564;1(2):69–82.

18. ณัฐธิดา พันพะสุก, อัชชาวดี สักกุนัน, อรรวรรณ นามมนตรี, และคณะ. การรับรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองกับ สภาวะสุขภาพช่องปาก เด็ก 3-5 ปี ในอำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2561; 29(2):13-26.
19. กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพ ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
20. กองบรรณาธิการ นิตยสารฉลาดซื้อ. ผลทดสอบ ปริมาณพลังงาน น้ำตาล และข้อมูลโภชนาการอื่นๆ ในเครื่องดื่ม “ชานมไข่มุก”. ฉลาดซื้อ [นิตยสาร ออนไลน์] 2562 [วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2564]; 220. เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.chaladsue.com/article/3171>.
21. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. Oral Oncol 2009;45(4-5):317-323. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.016.
22. Damm DD, Bouquot JE, Neville B, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001: 677-9.
23. เจียรโน ตั้งติยะพันธ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, อีระวุธ ธรรมกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ และฟันผุในเด็กอายุ 2-3 ปี อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2561; 23(2):28-37.

