

การเข้าถึงบริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดหนึ่ง ในภาคตะวันตกของประเทศไทย

ธันยชนก แสงเขียว* เสมอจิต พิธพรชัยกุล** ณัฐพร ยูรวงศ์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรมของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดผู้ตอบตอบด้วยตนเองกับผู้ปกครองเด็กชั้น ป.1-6 จำนวน 734 คน ในปีการศึกษา 2565 ระยะเวลา 23 มกราคม ถึง 20 มีนาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: พบเด็กจำนวน 437 คน (ร้อยละ 59.5) ได้รับการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา เขตชนบทมีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 64.8 รองลงมาคือเขตชายแดนและเขตเมือง ร้อยละ 60.0 และ 47.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรมคือเขตโรงเรียน โดยเขตชนบทได้รับการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่าเขตเมืองเป็น 2 เท่า (adjusted OR = 2.05, 95% CI 1.28-3.28, $p = 0.003$) การรับรู้ความรุนแรงของอาการของบุตรหลานในระดับที่ต้องหยุดเรียน (adjusted OR = 2.56, 95% CI 1.36-4.81, $p = 0.004$) การรับรู้ว่ามีบุตรหลานมีอาการในช่องปาก ยกเว้นฟันโยก (adjusted OR = 1.64, 95% CI 1.10-2.45, $p = 0.016$)

สรุป: เด็กในโรงเรียนเขตชนบทมีสัดส่วนการรับบริการทันตกรรมเป็น 2 เท่าของเขตเมือง รองลงมาคือเขตชายแดน และเขตเมืองมีสัดส่วนน้อยที่สุด ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการของเด็กในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพ เด็กวัยเรียน

วันที่รับ: 5 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไข: 22 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับ: 16 กันยายน 2567

*หลักสูตรการฝึกอบรบทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

**หน่วยวิจัยเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปาก สาขาวิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

***ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

Access to Dental Services Among Elementary School Students in a Province in The Western Region of Thailand

Thanchanok Saengkhiaiw* Samerchit Pithpornchaiyakul** Nattaporn Youravong***

Abstract

Objective: This study aimed to investigate factors associated with dental service utilization among grade 1-6 elementary school children in Ratchaburi province.

Materials and methods: This cross-sectional analytical study collected data using self-administered questionnaires from 734 parents of grade 1-6 students in the 2022 academic year, from January 23 to March 20, 2023. Data was analyzed using chi-square test, Fisher's exact test and multiple logistic regression. The level of significance was fixed at $p < 0.05$.

Results: The study showed that 437 students (59.5%) received dental services in the past year. Rural areas had the highest proportion at 64.8%, followed by border areas (60.0%) and urban areas (47.8%). Factors associated with dental services received were school area, with rural areas twice as likely to have received services than urban areas in the past year (adjusted OR = 2.05, 95% CI 1.28-3.28, $p = 0.003$), parent's perception of the severity of their child's oral health problem; school absence for dental care (adjusted OR = 2.56, 95% CI 1.36-4.81, $p = 0.004$), and parent's perception of their child's oral health problems except tooth mobility (adjusted OR = 1.64, 95% CI 1.10-2.45, $p = 0.016$).

Conclusions: Children in rural school areas had twice the dental service utilization rate compared to urban areas, followed by border areas, while urban areas had the lowest rate. Recommendations include developing oral health care systems that comprehensively meet the needs of children in each area.

Keywords: Dental health service, Health service accessibility, Students

Received Date: Jun 5, 2024

Revised Date: Aug 22, 2024

Accepted Date: Sep 16, 2024

*Residency Training Program in Dental Public Health, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai district, Songkhla province 90112, Thailand.

**Improvement of Oral Health Research Unit, Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai district, Songkhla province 90112, Thailand.

***Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai district, Songkhla province 90112, Thailand.

บทนำ (Introduction)

เด็กวัยเรียนประถมศึกษาเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงฟันจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุสูง การดำเนินของโรคเริ่มตั้งแต่ปฐมวัย อาจลุกลามอย่างรวดเร็ว และเด็กที่มีฟันผุตั้งแต่ยังเล็ก มีความเสี่ยงฟันผุสูงต่อเนื่องในอนาคต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานความชุกโรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้โดยเฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 42.7 และ 28.7 ตามลำดับ (1) ขณะที่ในประเทศไทย จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2555 และ 2560 เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี พบความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 52.3 และ 52.0 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 และ 1.4 ซี่/คน ตามลำดับ (2,3) การส่งเสริม ป้องกัน เช่น การตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ หรือการได้รับคำแนะนำในการดูแลช่องปากรวมถึงการรักษาจึงมีความสำคัญ แม้จะมีการดำเนินงานและพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน (4) รวมถึงการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม การพัฒนานโยบายและการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี แต่ความชุกโรคฟันผุในเด็กยังคงสูงและเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กวัยเรียน (5)

ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2563 พบเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ที่ร้อยละ 58.8 (6) ในขณะที่การใช้บริการทันตกรรมของเด็กอายุ 5-13 ปี ในประเทศนิวซีแลนด์ ปี ค.ศ. 2003 อยู่ที่ร้อยละ 97.0 (7) นอกจากนี้การเข้ารับบริการทันตกรรมของชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ. 2010 แบ่งตามรายอายุ โดยอายุ 2-20 ปี อยู่ที่ร้อยละ 77.0 อายุ 21-64 ปี อยู่ที่ร้อยละ 61.8 และอายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 69.9 (8) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมในประเทศไทยมีจำนวนน้อยกว่าในต่างประเทศ และสภาวะปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กทั้งโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบก็ยังมี ความจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไข

จังหวัดในการศึกษานี้อยู่ในภาคตะวันตกของประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ทั้งความเป็นเมือง ชนบท และชายแดน มีอำเภอที่มีเขตติดต่อกับประเทศพม่า นอกจากนี้ยังมีสถานศึกษาจำนวนมาก ประกอบด้วยโรงเรียนประถมถึง 365 แห่ง (9-10) ในสังกัดต่าง ๆ ทั้ง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) และตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.)

แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอ้างอิงตามทฤษฎีของ Andersen (11-12) กล่าวถึงปัจจัยสำคัญในการที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจไปหรือไม่ไปใช้บริการสุขภาพ คือ 1) ลักษณะประชากร ซึ่งประกอบด้วย 1.1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ เชื้อชาติ ปัจจัยทางโครงสร้างสังคม ซึ่งแสดงถึงสถานภาพของบุคคลในชุมชน เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยความเชื่อ คือทัศนคติ ค่านิยม และความรู้ที่มีต่อสุขภาพ 1.2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ทรัพยากรส่วนบุคคล เช่น รายได้ ประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ทรัพยากรของชุมชน เช่น ลักษณะของชุมชนซึ่งส่งผลต่อการมีของสถานพยาบาล เช่น ลักษณะ เมือง ชนบท 1.3) ความต้องการทางสุขภาพ เช่น การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการดำเนินไปของโรคนั้น 2) พฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสภาวะสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรม พฤติกรรมจึงมีผลต่อการเข้าใช้บริการอีกทางหนึ่ง

จากผลการดำเนินงานทันตกรรมในเด็กวัยเรียน ข้อมูลจาก HDC พบร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการตรวจฟันและได้รับการทันตกรรมในจังหวัดน้อยกว่าภาพรวมระดับเขตสุขภาพที่ 5 และระดับประเทศ (6) นอกจากนี้การศึกษากการเข้าถึงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการทันตกรรมของเด็กวัยเรียนในเขตชายแดนยังพบได้น้อย และยังไม่เคยมีการศึกษาในจังหวัดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเด็กประถมศึกษา และสัดส่วนการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งเขตเมือง ชนบท และชายแดน

เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมในเด็กประถมศึกษา เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม ให้สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ในผู้ปกครองของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร $n = NZ^2 P(1-P) / (d^2) / [d^2(N-1) + Z^2 P(1-P)]$ โดย $N = 64,505$, $Z = 1.96$, $p = 0.42$, $d = 0.05$ และ $d_{eff} = 1.5$ ได้จำนวน 559 คน ร่วมกับ Rule of thumb ได้จำนวนต่อกลุ่มคือ 170 คน และกำหนดขนาดตัวอย่างโดย proportional to size จึงได้กลุ่มตัวอย่างเขตเมือง 180 คน เขตชนบท 384 คน และเขตชายแดน 170 คน รวมทั้งหมด 734 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ปกครองเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 อายุไม่เกิน 12 ปี ปีการศึกษา 2565 ที่ดูแลเด็กเป็นหลัก มีความจำหรือนึกคิดย้อนอดีตในปีที่ผ่านมาได้ และมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย (ฟัง พูด อ่าน และ เขียน) ได้ 2) ผู้ปกครองอายุมากกว่า 70 ปี

เลือกพื้นที่โรงเรียนในเขตเมือง ชนบท และชายแดนในจังหวัด ด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดย เขตเมือง หมายถึงพื้นที่ในเขตเทศบาลเมือง เขตชนบท หมายถึงพื้นที่นอกเขตเทศบาลเมือง และเขตชายแดน หมายถึงพื้นที่ในตำบลซึ่งมีเขตติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาหรือประเทศพม่า และใช้โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน (ร.ตชด.) หรือโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ร.ร.สพฐ.) ยกจน เป็นตัวแทน และนิยมการรับบริการ ทันตกรรม หมายถึง การได้รับบริการทางทันตกรรมตั้งแต่การตรวจสุขภาพช่องปาก หรือได้รับการรักษาทั้งในส่วนส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูจากหน่วยบริการในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เช่น หน่วยตรวจฟันในโรงเรียน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชนิดผู้ตอบด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การใช้บริการ

ทันตกรรมของเด็ก 3 ข้อ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับทันตสุขภาพ 8 ข้อ 3) ข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพและการบริโภคของเด็ก 6 ข้อ และ 4) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก 10 และ 3 ข้อ ตามลำดับ โดยอ้างอิงกรอบทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (11) ลักษณะคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ ตัวอย่างเช่น ใน 1 ปีที่ผ่านมา บุตรหลานของท่านเคยทำฟัน/ไปหาหมอฟันหรือไม่, ตัวท่านเคยมีปัญหาลูกสุขภาพช่องปากใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่, บุตรหลานของท่านเคยมีปัญหาลูกสุขภาพช่องปากใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่, ปัญหาสุขภาพช่องปากของบุตรหลานที่ระบุนั้นรุนแรงแค่ไหน, 1 ปีที่ผ่านมาบุตรหลานของท่านแปรงฟันบ่อยแค่ไหน เป็นต้น ส่วนข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันของบุตรหลาน ชั้นเรียนของเด็ก เป็นต้น ควบคุมคุณภาพโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) รายข้อในช่วง 0.67-1.00 คะแนน และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการประเมินความเที่ยงตรงทางเนื้อหาเชิงพินิจ (Face validity) ของกลุ่มตัวอย่าง (Pilot study) จำนวน 30 คน

บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรม EpiData ตรวจสอบความถูกต้องด้วยการบันทึกข้อมูล 2 ครั้ง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's Exact test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรอิสระที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$ เข้าสู่สมการ และทดสอบ multicollinearity โดยมีเกณฑ์คือหากตัวแปร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.2 พิจารณาเลือกเพียงตัวใดตัวหนึ่ง โดยใช้ Enter method การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ EC6510-037 ได้รับการอนุมัติเมื่อ 12 ธันวาคม พ.ศ.2565 โดยมีระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม พ.ศ.2566 ถึง 20 มีนาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา (Results)**ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง**

ผู้ปกครองทั้งหมด 734 คน ร้อยละ 77.7 เป็นเพศหญิง มีเชื้อชาติไทย และกะเหรี่ยง ร้อยละ 82.0 และ 15.8 ตามลำดับ มีสัญชาติไทย ร้อยละ 87.7 และไม่มีสัญชาติ (กะเหรี่ยงและมอญ) ร้อยละ 7.9 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดา ร้อยละ 66.1 และเป็นบิดา ร้อยละ 20.0

ร้อยละ 44.3 ประกอบอาชีพ รับจ้างหรือลูกจ้าง รองลงมาคือค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกร เป็นร้อยละ 20.2 และ 12.9 ตามลำดับโดยมีระดับการศึกษาสูงสุดคือไม่ได้เรียนหนังสือหรือระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และ มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออนุปริญญา เป็นร้อยละ 33.2, 20.5 และ 25.2 ตามลำดับ ส่วนผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 21.1

ทัศนคติต่อการบริการทันตกรรมหรือสุขภาพช่องปาก มีความวิตกกังวลต่อการทำฟันระดับเล็กน้อย ร้อยละ 32.7 รองลงมา รู้สึกไม่กังวลและเฉย ๆ ร้อยละ 27.0 และ 24.0 ตามลำดับ

ด้านรายได้ พบร้อยละ 46.2 รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม รองลงมาคือ พอใช้และเหลือเก็บออม และไม่พอใช้ ร้อยละ 39.0 และ 14.8 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือประกันสังคม ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และไม่มีสิทธิการรักษา (ร้อยละ 50.7, 30.1, 8.7 และ 5.2 ตามลำดับ)

เศรษฐกิจกับการไปรับบริการทันตกรรม ส่งผลเล็กน้อย ส่งผลอย่างมาก และไม่ส่งผล ร้อยละ 53.8, 25.2 และ 21.0 ตามลำดับ

บุตรหลานเรียนในโรงเรียนเขตเมือง ชนบท และชายแดน เป็นร้อยละ 24.5, 52.3 และ 23.2 ตามลำดับ โดยสังกัดของโรงเรียนคือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) ร้อยละ 66.9 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร้อยละ 8.5 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ร้อยละ 7.8 และตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) ร้อยละ 16.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง (n = 734)**Table 1. General characteristics of parents (n = 734).**

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	164	22.3
หญิง	570	77.7
เชื้อชาติ		
ไทย	602	82.0
กะเหรี่ยง	116	15.8
พม่า จีน มอญ	16	2.2
สัญชาติ		
ไทย	644	87.7
พม่า จีน	32	4.4
ไม่มีสัญชาติ (กะเหรี่ยง มอญ)	58	7.9

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา	147	20.0
มารดา	485	66.1
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	62	8.4
อื่น ๆ	40	5.5
อาชีพ		
เกษตรกร	95	12.9
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	59	8.0
ลูกจ้าง/รับจ้าง	325	44.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	148	20.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน/แม่บ้าน)	83	11.3
อื่น ๆ	24	3.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา	244	33.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	150	20.5
มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออนุปริญญา	185	25.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	155	21.1
ความรู้สึกต่อการทำฟัน		
วิตกกังวลมาก/กลัว	120	16.3
วิตกกังวลเล็กน้อย	240	32.7
เฉย ๆ	176	24.0
ไม่กังวล	198	27.0
รายได้		
รายได้ไม่พอใช้	109	14.8
รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม	339	46.2
รายได้พอใช้และเหลือเก็บออม	286	39.0
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	372	50.7
ประกันสังคม	221	30.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท	64	8.7
อื่น ๆ (บริษัท อสม.)	39	5.3
ไม่มี	38	5.2
เศรษฐกิจโดยรวมกับการไปทำฟัน		
ไม่ส่งผล	154	21.0
ส่งผลบ้างเล็กน้อย	395	53.8
ส่งผลอย่างมาก	185	25.2

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เขตโรงเรียนของบุตรหลาน		
เมือง	180	24.5
ชนบท	384	52.3
ชายแดน	170	23.2
สังกัดโรงเรียนของบุตรหลาน		
สำนักงานเขตที่พื้นการศึกษาประถมศึกษา (สพป.)	491	66.9
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	63	8.5
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.)	57	7.8
ตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.)	123	16.8

**การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากและความรุนแรง
การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากและความรุนแรง
อาการของผู้ปกครอง**

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 41.0 ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองที่รับรู้ถึงอาการปวดฟัน เหงือกบวม และฟันโยก มีร้อยละ 34.2, 19.1 และ 16.3 ตามลำดับ รับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับที่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเท่ากับการกินยาหรือรักษาตามอาการ ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือหยุดงานเพื่อรักษาตัวหรือพบทันตแพทย์ ร้อยละ 8.0 (ตารางที่ 2)

**การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากและความรุนแรง
อาการของบุตรหลาน**

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ปกครองรับรู้อาการฟันโยกปวดฟัน และเหงือกบวมของบุตรหลานเป็นร้อยละ 34.6, 32.7 และ 10.8 โดยร้อยละ 37.9 ผู้ปกครองรับรู้บุตรหลานไม่มีอาการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงอาการของบุตรหลาน รับรู้ที่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ต้องกินยารักษาตามอาการ และต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวหรือพบทันตแพทย์เป็นร้อยละ 32.4, 23.2 และ 9.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปากและความรุนแรงของอาการโดยผู้ปกครอง (n = 734)

Table 2. Parents' perception of oral health status and severity of symptoms (n = 734).

การรับรู้สภาวะสุขภาพช่องปาก และความรุนแรงของอาการในช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาในช่องปาก 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ปกครอง		
(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n = 734)		
ไม่มี	301	41.0
ปวดฟัน	251	34.2
ฟันโยก	120	16.3
เหงือกบวม	140	19.1
อื่น ๆ	61	8.3
ความรุนแรงของอาการของผู้ปกครอง		
(เฉพาะผู้ปกครองที่มีอาการ)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n = 433)		
หยุดงานเพื่อรักษาตัว/พบทันตบุคลากร	59	8.0
กินยา/รักษาตามอาการ	196	26.7
ใช้ชีวิตได้ตามปกติ (มีอาการ)	196	26.7
ปัญหาในช่องปาก 1 ปีที่ผ่านมาของเด็ก		
(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n = 734)		
ไม่มี	278	37.9
ปวดฟัน	240	32.7
ฟันโยก	254	34.6
เหงือกบวม	79	10.8
อื่น ๆ	36	4.9
ความรุนแรงของอาการของเด็ก (เฉพาะเด็กที่มีอาการ)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n = 456)		
หยุดเรียนเพื่อรักษาตัว/พบทันตบุคลากร	68	9.3
กินยา/รักษาตามอาการ	170	23.2
ใช้ชีวิตได้ตามปกติ (มีอาการ)	238	32.4

การรับบริการทันตกรรม

ใน 1 ปีที่ผ่านมาจำแนกตามเขตโรงเรียนพบว่า เด็กเขตชนบทได้รับบริการใน 1 ปีที่ผ่านมาสูงสุด ร้อยละ 64.8 รองลงมาคือ เขตชายแดน และเขตเมือง ร้อยละ 60.0 และ 47.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมาของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เขตของโรงเรียน ($p = 0.001$) สังกัดของโรงเรียน ($p < 0.001$) ระยะเวลาเดินทางไปสถานบริการทันตกรรมใกล้บ้าน หรือที่ใช้บริการประจำ ($p = 0.025$) วิธีการเดินทาง ($p = 0.024$) การรับรู้ว่าการฟันโยกใน 1 ปีที่ผ่านมาของ

ผู้ปกครอง ($p = 0.017$) การรับรู้ความรุนแรงในระดับที่ต้องกินยารักษาตามอาการของผู้ปกครอง ($p = 0.044$) ในระดับที่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ($p = 0.013$) การรับรู้ว่าเด็กไม่มีอาการ ($p = 0.010$) การรับรู้อาการฟันโยกของเด็กโดยผู้ปกครอง ($p = 0.015$) การรับรู้ความรุนแรงในระดับที่เด็กต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตัว หรือพบทันตแพทย์โดยผู้ปกครอง ($p = 0.003$) ในระดับที่เด็กสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ($p = 0.005$) ชั้นเรียน ($P=0.018$) สัญชาติของผู้ปกครอง ($p = 0.005$) และรายได้ ($p = 0.005$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการทันตกรรม (n = 734)**Table 3. Factors associated with dental services utilization (n = 734).**

ตัวแปร	เด็กได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		เด็กไม่ได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เขต (n = 734)	437	59.5	297	40.5	0.001*
เมือง	86	47.8	94	52.2	
ชนบท	249	64.8	135	35.2	
ชายแดน	102	60.0	68	40.0	
สังกัดของโรงเรียน (n = 734)					< 0.001*
สำนักงานเขตที่พื้นการศึกษาประถมศึกษา (สพป.)	317	64.6	174	35.4	
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	14	22.2	49	77.8	
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.)	31	54.4	26	45.6	
ตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.)	75	61.0	48	39.0	
ระยะเวลาเดินทางไปที่ทำฟันใกล้บ้าน/ใช้บริการประจำ (n = 686)	427	62.2	259	37.8	0.025*
น้อยกว่า 10 นาที	70	74.5	24	25.5	
10-29 นาที	202	63.1	118	36.9	
30-60 นาที	116	56.6	89	43.3	
มากกว่า 60 นาที	39	58.2	28	41.8	

ตัวแปร	เด็กได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		เด็กไม่ได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัญหาในช่องปาก 1 ปี ที่ผ่านมา ของผู้ปกครอง (n = 734)	437	59.5	297	40.5	
ไม่มี	188	43.0	113	38.0	0.179
ปวดฟัน	154	61.8	97	52.7	0.057
ฟันโยก	58	23.3	62	33.7	0.017*
เหงือกบวม	84	33.7	56	30.4	0.468
อื่นๆ (กลิ่นปาก ฟันปลอมหัก หินปูนฟันบิ่น ฟันผุ เศษอาหารติด เสียวฟัน)	33	13.3	28	15.2	0.561
ความรุนแรงของอาการ เฉพาะผู้ปกครอง ที่มีอาการ (n = 433)	249	57.5	184	42.5	
หยุดงานรักษาตัว/พบทันตบุคลากร	38	15.3	21	11.4	0.249
กินยา/ รักษาตามอาการ	123	49.4	73	39.7	0.044*
ใช้ชีวิตได้ตามปกติ (มีอาการ)	100	40.2	96	52.2	0.013*
ปัญหาในช่องปาก 1 ปี ที่ผ่านมาของเด็ก (n = 734)					
ไม่มีอาการ/ปัญหาในช่องปาก	149	34.1	129	43.4	0.010*
ปวดฟัน	152	52.8	88	52.4	0.935
ฟันโยก	148	51.4	106	63.1	0.015*
เหงือกบวม	49	17.0	30	17.9	0.818
อื่น ๆ (ฟันผุ ฟันแท้ขึ้นซ้อน ฟันแตก)	25	8.7	11	6.5	0.415
ความรุนแรงของอาการ เฉพาะเด็กที่มีอาการ (n = 456)	288	63.2	168	36.8	
หยุดเรียนรักษาตัว/พบทันตบุคลากร	54	18.8	14	8.3	0.003*
กินยา รักษาตามอาการ	111	38.5	59	35.1	0.466
ใช้ชีวิตได้ตามปกติ (มีอาการ)	136	47.2	102	60.7	0.005*
ความรู้สึกต่อการรับบริการทันตกรรม (n = 734)					0.087
กลัว/วิตกกังวลมาก	66	55.0	54	45.0	
วิตกกังวลเล็กน้อย	134	55.8	106	44.2	
เฉย ๆ	105	59.7	71	40.3	
ยินดี	132	66.7	66	33.3	

ตัวแปร	เด็กได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		เด็กไม่ได้รับ บริการทันตกรรม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	สัญชาติ (n = 734)				
ไทย	383	59.5	261	40.5	
พม่า จีน	12	37.5	20	62.5	
ไม่มีสัญชาติ (กะเหรี่ยง มอญ)	42	72.4	16	27.6	
ระดับการศึกษาสูงสุด (n = 734)					0.486
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	137	56.1	107	43.9	
มัธยมศึกษาตอนต้น	95	63.3	55	60.7	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออนุปริญญา	109	58.9	76	41.1	
ปริญญาตรีขึ้นไป	96	61.9	59	38.1	
รายได้ (n = 734)					0.005*
รายได้ไม่พอใช้	63	57.8	46	42.2	
รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม	183	54.0	156	46.0	
รายได้พอใช้และเหลือเก็บออม	191	66.8	95	33.2	
สิทธิการรักษา (n = 734)					0.211
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	214	57.5	158	42.5	
ประกันสังคม	128	57.9	93	42.1	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท	70	68.0	33	32.0	
ไม่มี	25	65.8	13	34.2	

* Significant difference (Pearson Chi-square)

เด็กในโรงเรียนเขตชนบท มีโอกาสรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา เป็น 2 เท่าของเด็กในโรงเรียนเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) เมื่อพิจารณาในผู้ปกครองที่รับรู้ว่ามีอาการพบที่ผู้ปกครองที่รับรู้ว่ามีอาการในช่องปาก (ปวดฟัน เหงือกบวม หรืออื่นๆ เช่น ฟันผุ) ยกเว้นฟันโยก มีโอกาสที่เด็กได้รับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมาเป็น 1.6 เท่าของเด็กที่มีฟันโยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$)

โดยผู้ปกครองที่รับรู้ความรุนแรงอาการของเด็กในระดับที่ต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวหรือไปพบทันตแพทย์ มีโอกาสที่เด็กได้รับบริการทันตกรรมใน 1 ปี ที่ผ่านมาเป็น 2.6 เท่าของผู้ปกครองที่รับรู้ความรุนแรงอาการเด็กในระดับกินยารักษาตามอาการหรือสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายการได้รับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุ
 Table 5. Factors predicting dental services utilization in the past year using multiple logistic regression analysis.

ปัจจัย	Unadjusted			Adjusted		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
เขตโรงเรียน						
เมือง	1			1		
ชนบท	2.02	1.406, 2.890	< 0.001*	2.05	1.284, 3.275	0.003*
ชายแดน	1.64	1.073, 2.506	0.022*	1.30	0.724, 2.316	0.383
ไม่ได้หยุดเรียนเพื่อรักษาตัว						
หรือพบทันตบุคลากร	1			1		
หยุดเรียนเพื่อรักษาตัวหรือ						
พบทันตบุคลากร	2.57	1.362, 4.739	0.003*	2.56	1.359, 4.811	0.004*
เด็กมีอาการฟันโยก	1			1		
เด็กมีอาการในช่องปาก						
ยกเว้นฟันโยก	1.61	1.095, 2.387	0.016*	1.64	1.096, 2.448	0.016*

Cox and Snell R Square = 0.056, * Significant difference

บทวิจารณ์ (Discussion)

การศึกษานี้พบเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 ได้รับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 59.5 ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าเด็ก 6-12 ปีในประเทศไทย ได้รับบริการทันตกรรมปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 ร้อยละ 70.5, 58.1 และ 50.4 ตามลำดับ ส่วนในจังหวัด ร้อยละ 58.8, 41.7 และ 28.7 จากจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 44.4, 28.3 และ 15.7 ตามลำดับ (6) แม้การศึกษาจะมีเด็กได้รับบริการทันตกรรมในปีการศึกษา 2565 ร้อยละ 59.5 มากกว่าข้อมูลจาก HDC ทั้งระดับประเทศและจังหวัดปีงบประมาณ 2564 และ 2565 แต่ข้อมูลจาก HDC เป็นการเก็บข้อมูลบริการทันตกรรมจากหน่วยงานรัฐเท่านั้น ไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลในระบบบริการจากภาคเอกชน ซึ่งการศึกษานี้เก็บข้อมูลการได้รับบริการทันตกรรมทั้งการตรวจช่องปาก ส่งเสริม

ป้องกันและรักษา จากหน่วยงานรัฐ เอกชน และหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียน อย่างไรก็ตามรายงานในระบบ HDC แสดงให้เห็นว่าจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจช่องปากยังมีจำนวนน้อยและไม่ครอบคลุมเด็กทั้งจังหวัด

แม้การรับบริการทันตกรรมของเด็กในการศึกษานี้จะสูงกว่าภาพรวมของประเทศและในจังหวัด แต่ก็ยังต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 5 จากข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2563 เช่น จ.เพชรบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ที่เด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ได้รับบริการทันตกรรมช่วง ร้อยละ 62.9-74.2 และเมื่อพิจารณาอัตราการรับบริการทันตกรรมของเด็ก 6-12 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่จังหวัดนี้ มีอัตราการรับบริการในอันดับที่ 5-7 จากทั้งหมด 8 จังหวัด (6) ส่วนในภาพรวมของประเทศไทยก็ยังต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ

ประเทศในกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) เช่น สหรัฐอเมริกา และ ออสเตรเลีย ที่กลุ่มเด็กมีการใช้บริการทันตกรรมหรือ ตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ในช่วงร้อยละ 73.2-87.9 (13,14)

อัตราการได้รับบริการทันตกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ อาจเพราะกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมประเทศไทย ปี 2558 มีทันตแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:4,913 คน ทันตภิบาลต่อประชากรเป็น 1:9,523 คน รวมมีทันตแพทย์และทันตภิบาลต่อประชากรเป็น 1:3,241 คน (15) ส่วนในจังหวัดนี้มีอัตราส่วนทันตแพทย์และทันตภิบาล (ภาครัฐ) ต่อประชากรเป็น 1:7,281 และ 1:8,938 คน ตามลำดับ (16) ขณะที่อัตราส่วนของทันตบุคลากรต่อประชากรของประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ เป็น 1:1,162, 1:1,492, 1:1,694, 1:1,639 และ 1:1,923 ตามลำดับ (17) ซึ่งสูงกว่าประเทศไทยและจังหวัดนี้ อย่างมาก

เมื่อพิจารณาารายเขต เด็กในโรงเรียนเขตชนบทได้รับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมาสูงสุด ร้อยละ 64.8 รองลงมาคือ เขตชายแดน และเขตเมือง ร้อยละ 60.0 และ 47.8 ตามลำดับ อาจเพราะเขตชนบท นอกจากมีสถานบริการทันตกรรมที่หลากหลาย และใช้ระยะเวลาเดินทางน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับเขตชายแดน ยังมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนจากภาครัฐที่มีกำลังสนับสนุนได้ค่อนข้างเพียงพอต่อจำนวนเด็ก ส่วนในเขตชายแดนนั้นการเข้าถึงบริการทันตกรรมหลักมาจากการสนับสนุนโดยภาครัฐ คือการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนและการรับเด็กที่จำเป็นต้องทำหัตถการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีการจัดบริการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนภายใต้โครงการพระราชดำริ หรือจากหน่วยแพทย์อาสาอื่นๆ แตกต่างจากการออกหน่วยทันตกรรมในเขตเมืองและชนบท ส่วนเด็กในเขตเมืองสัดส่วนได้รับบริการทันตกรรมน้อยที่สุด อาจเนื่องจากความไม่เพียงพอของทันตบุคลากร และจำนวนเด็กในเขตเมืองมีสูง ประกอบกับความหนาแน่น

ของประชาชนในเขตเมืองมาก ภาระงานในการรับผิดชอบทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน การรักษาและฟื้นฟู ในกลุ่มวัยต่างๆ ก็มากเช่นเดียวกัน การจัดการด้านกำลังคนหรือทันตบุคลากรจึงอาจยังไม่เพียงพอ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในจังหวัดนี้คือเขตของโรงเรียน โดยเด็กนักเรียนในโรงเรียนเขตชนบทมีแนวโน้มใช้บริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่าในเขตเมือง อาจเนื่องมาจากความเพียงพอของทันตบุคลากร และจำนวนเด็กในเขตชนบท ประกอบกับความหนาแน่นของประชาชนในเขตชนบทน้อยกว่าเขตเมือง ภาระงานในการรับผิดชอบทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน การรักษาและฟื้นฟู ในกลุ่มวัยต่าง ๆ ก็อาจไม่เท่ากับเขตเมืองเช่นกัน การจัดการด้านกำลังคนหรือทันตบุคลากรอาจมีความเพียงพอกว่า โดยในเขตเมืองมีอัตราส่วนทันตบุคลากร (ทันตแพทย์และทันตภิบาล) ต่อประชาชนรวมเป็น 1:4,747 ส่วนเขตชนบทเป็น 1:4,352 ซึ่งเขตเมืองมีโรงเรียนในความรับผิดชอบถึง 185 โรงเรียน ขณะที่เขตชนบทมีเพียง 158 โรงเรียน หรืออาจเพราะผู้ปกครองในเขตเมืองใส่ใจดูแล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก จึงไม่ได้พาเด็กไปรับบริการ ส่วนปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงอาการของบุตรหลานในระดับที่ต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวหรือพบทันตแพทย์ การรับรู้ว่ามีอาการต่างๆ ในช่องปาก ยกเว้นฟันโยก เช่น ปวดฟัน เหงือกบวม ฟันผุ และอื่น ๆ เป็นสาเหตุให้เด็กได้รับบริการมากกว่าการมีฟันโยก ซึ่งอาจเป็นการโยกของฟันน้ำนม ขณะที่ฟันแท้กำลังขึ้นมาแทนที่ ทำให้เด็กและผู้ปกครองไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหา เพราะส่วนใหญ่จะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในเปรู ที่พบว่าเด็กที่อาศัยในเขตเมืองมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากน้อยกว่าในชนบท (adjusted PR=0.95, 95% CI 0.90-0.99, p = 0.013) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคที่ส่งผลต่อความเสี่ยงฟันผุต่างกัน เป็นผลให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาทันตกรรมต่างกัน (18) และการศึกษาในซาอุดีอาระเบียรายงานว่าเด็กที่มีอาการ

ปวดฟันใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มไปพบทันตแพทย์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.19, 95% CI 1.51-3.18, $p > 0.001$) (19) และการศึกษาแบบ scoping review ในชาวคูเวตระบุว่าประชาชนทุกช่วงวัยมักไปพบทันตแพทย์เพราะปวดฟัน (20)

การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ปกครองต่อสุขภาพช่องปากตนเองและบุตรหลาน สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของเด็ก โดยมีการศึกษาพบว่า การที่เด็กมีอาการปวดฟัน ฟันผุเป็นรู ส่งผลต่อการไปพบทันตแพทย์เร็วขึ้น (21) การรับรู้ความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพของเด็กส่งผลโดยตรงต่อความสนใจของผู้ปกครองในการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ (22) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงระดับที่ต้องหยุดเรียน หรือการรับรู้อาการอื่นๆ เช่น ปวดฟัน เหงือกบวม ฟันผุ เป็นผลให้เด็กได้รับบริการทันตกรรม ขณะที่การรับรู้อาการฟันโยกของตัวผู้ปกครองและบุตรหลานสัมพันธ์กับการที่เด็กไม่ได้รับบริการทันตกรรมอาจเพราะเป็นอาการที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และอาการฟันโยกของเด็กอาจเนื่องมาจากฟันน้ำนม ขณะที่ฟันแท้กำลังขึ้นมาทดแทน

จุดแข็งของการศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนมาก และคัดเลือกโดยไม่มี selection bias ดังนั้นผลการเข้าถึงบริการทันตกรรมนี้จึงเป็นตัวแทนของจังหวัดนี้ได้ ส่วนข้อจำกัดคือการรับรู้อาการเป็นการประเมินด้วยตนเอง การศึกษานี้ไม่ได้มีการตรวจช่องปากร่วมด้วย จึงอาจคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล (subjective) การประเมินอาการและระดับความรุนแรงของแต่ละบุคคลอาจต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรเพิ่มการสร้างตระหนักรู้และความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยอาศัยความร่วมมือจากโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ และทันตภิบาล ผู้มีความใกล้ชิดกับภาคประชาชน ให้เห็นความสำคัญตั้งแต่ก่อนมีอาการในช่องปากแล้วจึงพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม

2. เขตเมือง ควรประชาสัมพันธ์ช่องทางบริการรับบริการทันตกรรมให้ประชาชนทราบ ว่าสามารถเข้ารับบริการได้หลากหลาย พิจารณาเพิ่มบริการพิเศษนอกเวลาเพื่อลดปัญหาการขาดเรียน และรัฐควรพิจารณาการร่วมจ่ายกับประชาชน โดยมีภาคเอกชนเข้าร่วมตามความสมัครใจของผู้รับบริการ หรือจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม

3. เขตชนบท พิจารณาเพิ่มการหมุนเวียนของทันตบุคลากรยังหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. เพิ่มบริการทันตกรรมนอกเวลา โดยรัฐอาจสนับสนุนงบประมาณแบบ fee schedule เพื่อให้เด็กเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันได้สะดวกขึ้น

4. เขตชายแดน ควรประสานงานและสื่อสารการจัดรูปแบบบริการกับหน่วยแพทย์หรือหน่วยงานอื่นๆ ให้เกิดความครอบคลุมแก่เด็กทุกชั้นเรียน พิจารณาการเปิดบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อลดระยะเวลาการเดินทาง เพิ่มความสะดวกสบาย และอาจพิจารณาสนับสนุนรถทันตกรรมเคลื่อนที่ เพื่อเอื้อต่อการจัดบริการในพื้นที่ห่างไกล ลดความเสี่ยงการเดินทางเพื่อรับเด็กมาโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการ โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็นงานรักษาหรือส่งเสริมป้องกัน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละพื้นที่

2. การประเมินความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของการจัดบริการร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชนรูปแบบต่างๆ ที่ตอบสนองต่อปัญหาการได้รับบริการทันตกรรมของเด็กวัยประถมศึกษา

บทสรุป (Conclusion)

เด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในเขตชนบท ได้รับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมาสูงสุด รองลงมาคือเขตชายแดนและเขตเมือง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 คือเขตของโรงเรียน โดยเด็กในโรงเรียน

เขตชนบทมีโอกาสรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่าเขตเมือง การรับรู้ความรุนแรงของอาการของ บุตรหลานในระดับที่ต้องหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวหรือพบ ทันตแพทย์ และการรับรู้ว่าบุตรหลานมีอาการต่าง ๆ ใน ช่องปาก ยกเว้นฟันโยก

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การศึกษานี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) ผู้วิจัยขอขอบคุณทันตบุคลากร ผู้อำนวยการ โรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ เอื้ออำนวยและสนับสนุนการ ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Global oral health status report towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Bureau of Dental Public Health. The 7th national oral health survey of Thailand 2012. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013.
3. Bureau of Dental Public Health. The 8th national oral health survey of Thailand 2017. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018.
4. Bureau of Dental Public Health. Guidelines for promoting oral health among students in primary schools [Internet]. Bangkok: Bureau of Dental Public Health; [cited 2021 July]. Available from: URL: http://dental.skto.moph.go.th/documents/form/other20201109_023212.pdf.
5. Department of Health. Results of data and knowledge analysis [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health [cited 2021 July]. Available from:URL:<http://dental2.anamai.moph.go.th/download/download/>.

6. Ministry of Public Health. Data for response to oral health branch's service plan, OHSP Percentage dental services utilization [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 July]. Available from: URL: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5

7. Mathu-Muju KR, Friedman JW, Nash DA. Oral health care for children in countries using dental therapists in public, school-based programs, contrasted with that of the United States, Using dentists in a private practice model. *Am J Public Health.* 2013;103(9):e7–e13. doi: 10.2105/AJPH.2013.301251.

8. Wall. TP, Vujicic M, Nasseh K. Recent trends in the utilization of dental care in the United States. *J Dent Educ.* 2012;76(8):1020-7.

9. Ratchaburi Primary Educational Service Area Office 1. Basic information about school affiliation PEASO Ratchaburi 1. [Internet]. [cited 2021 July]. Available from: URL: https://data.bopp-obec.info/emis/school.php?Area_CODE=7001

10. Ratchaburi Primary Educational Service Area Office 2. Basic information about school affiliation PEASO Ratchaburi 2. [Internet]. [cited 2021 July]. Available from: URL:https://data.bopp-obec.info/emis/school.php?Area_CODE=7002

11. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.

12. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.

13. Crouch E, Nelson J, Merrell MA, Martin A. The oral health status of America's rural children: An opportunity for policy change. *J Public Health Dent.* 2021;81(4):251-60.

14. Harford JE, Luzzi L. Child and teenager oral health and dental visiting: results from the National Dental Telephone Interview Survey 2010. Canberra: AIHW; 2013.

15. Department of Health. Report on dental public health personnel for the year 2015. [Internet]. [cited 2023 Nov]. Available from: URL: <https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-survey-of-dental-health>.

16. Human Resources Management Department. Issues presented for government inspection. 2nd round, 2013. [Internet]. Ratchaburi Provincial Public Health Office; 2023 [cited 2023 November]. Available from: URL: <https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/27062023-074724-5949.pdf>.

17. World Health Organization. Oral health country profile [Internet]. WHO; 2022 [cited 2023 Nov]. Available from: <https://www.who.int/publications/m>.

18. Torres-Mantilla JD, Newball-Noriega EE. Factors associated with the use of oral health services in Peruvian children under the age of 12 years. *Clin Exp Dent Res.* 2023;9(1):230-9.

19. Aqeeli A, Alsharif AT, Kruger E, MarcTennant. Predictors of dental care utilization in school children in Al-Madinah, Saudi Arabia 2021;25(117):2789-97.

20. Shubayr MA, Kruger E, Tennant M. Access to dental-care services in Jazan, Saudi Arabia: A scoping review. *Saudi J Health Syst Res.* 2021;2(1):1-11. doi :10.1159/000517661.

21. Mukhari-Baloyi N, Ramphoma K, Phalwane M, Motloba P. Association of parental factors and delayed dental care for children. *The South African Dental Journal* 2021;76(10):607-12.

22. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(8):817-28.

ติดต่อบทความ:

รศ.ดร.ทพญ.ณัฐพร ยูรวงศ์

ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่

จังหวัดสงขลา 90112

โทรศัพท์ : 074 287 606

อีเมล: nattaporn.p@psu.ac.th

Corresponding author:

Asst.Prof.Dr. Nattaporn Youravong

Department of Preventive Dentistry, Faculty of
Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai
district, Songkhla province, Thailand 90112

Tel: (667) 428 7606

E-mail: nattaporn.p@psu.ac.th