

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

อรฉัตร คุรุรัตน์* จุติมา เดียววัฒนวิวัฒน์**

บทคัดย่อ

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนั้นประกอบด้วยปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจุบันการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้านการศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลปัจจัยทางคลินิกโดยการตรวจช่องปาก เก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลโดยวัดความเข้มแข็งในการมองโลกและเก็บข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้ข้อมูลฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี รุ่นที่ 45 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 256 คน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18-33 ปี เป็นชาย 47 คน (18.36%) และเป็นหญิง 209 คน (81.64%) การตรวจช่องปากพบค่าเฉลี่ยจำนวนฟัน ผุ ถอนอุด 6.08 ± 3.66 และนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นโรคเหงือกอักเสบ (70.31%) ผู้ปกครองของนักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาตรี (84.76%) และมีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (85.16%) ปัจจัยทางคลินิกและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก ($\text{Beta} = -0.178, p < .01$) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากร้อยละ 3.20 ($p < .01$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลก

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี, E-mail: orachad.g@hotmail.co.uk

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Factors influencing oral health related quality of life of dental nurse students at Sirindhorn college of public health, Chonburi

Orachad Gururatana* Thitima Diawwattanawiwat**

Abstract

Factors related to oral health related quality of life includes clinical, individual and environmental factors. However, at present only few researches included all factors in one study. Therefore, the aim was to study clinical and non-clinical factors comprising clinical oral health status, sense of coherence and socio-economic status of dental nurse students at Sirindhorn College of Public Health, Chonburi province. Clinical oral health status was collected by oral examination. Oral health related quality of life, socio-economic status and sense of coherence data were collected in classrooms. 256 students aged between 18 to 33 years old participated in the study, 47 (18.36%) were male and 209 (81.64%) were female. Mean number of Decayed Missing and Filled teeth (DMFT) was 6.08 ± 3.66 . Most students had gingival disease (70.31%). Most parents had education below graduate level (84.76%) and had income below 30,000 Baht per month (85.16%). Socio-economic status and clinical oral health status were not significantly related to oral health related quality of life. Sense of coherence (Beta = -0.178, $p < .01$) was significantly influencing oral health related quality of life and could explain 3.20% ($p < .01$) of oral health related quality of life variance. This finding states the importance of an individual factor on oral health related quality of life.

Keywords: oral health related quality of life, sense of coherence

*Sirindhorn College of Public Health, Chonburi, E-mail: orachad.g@hotmail.co.uk

**Sirindhorn College of Public Health, Chonburi

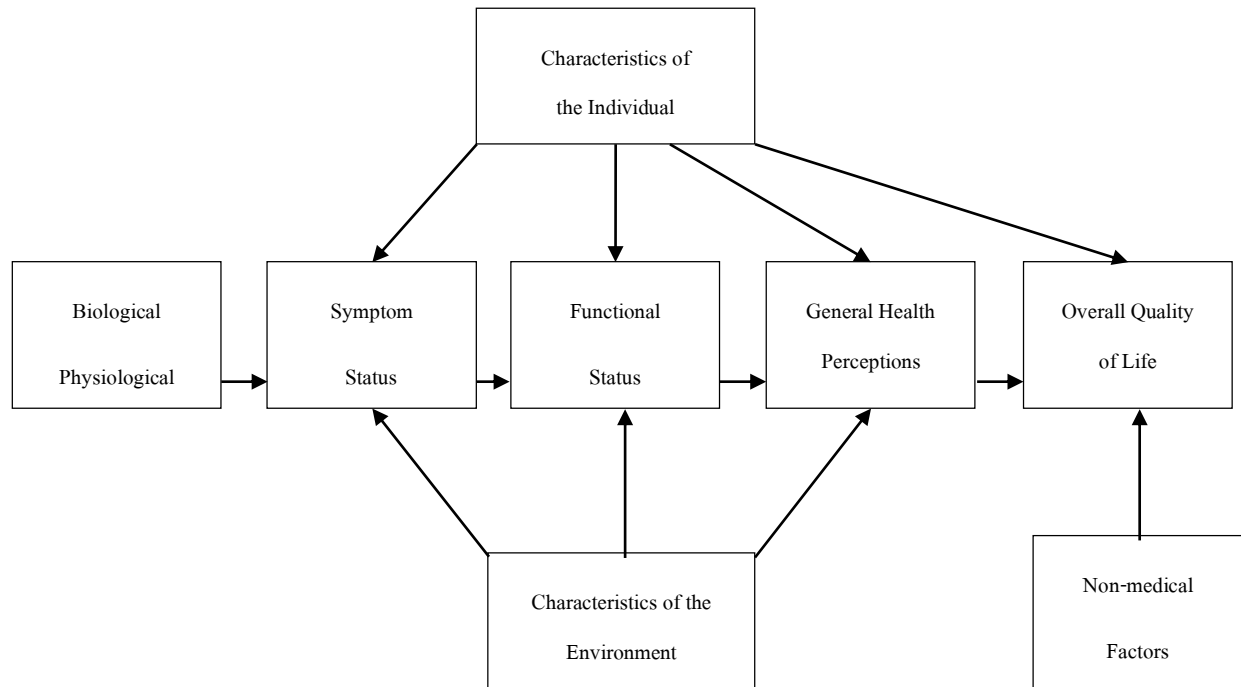
บทนำ

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมมีเป้าหมายหลักในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสภาพช่องปาก¹ Locker and Allen นิยามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากว่าหมายถึง ผลกระทบของรอยโรคหรือความผิดปกติในช่องปากที่มีต่อชีวิตประจำวัน โดยรอยโรคนั้นๆ มีความถี่ ความรุนแรงหรือระยะเวลาที่เป็นโรคนานาจนส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต² ในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเห็นได้จากการใช้คำว่า “คุณภาพชีวิตที่ดี” ไว้ในเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2555-2559 “ให้ประชาชนมีศักยภาพดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้และเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี”³ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นอาศัยการส่งเสริมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แต่ปัจจุบันองค์ความรู้ในเรื่องปัจจัยยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากปัจจุบันการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม

การวัดสุขภาพช่องปากตามโมเดลหลักการแพทย์เชิงสังคม (Biopsychosocial model) จำเป็นต้องประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตเพื่อวัดมิติทางจิตใจ สังคม โดยการใช้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก The Oral Health Impact Profile (OHIP)⁴ เป็นดัชนีที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายที่สุด ดัชนี OHIP วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากต่างๆ รวม 7 หมวด ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) ความรู้สึกไม่สบายทาง

จิตใจ (Psychological discomfort) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (Social disability) และความด้อยโอกาสทางสังคม (Handicap) มีคำถาม 49 ข้อ ถามเกี่ยวกับความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่เป็นผลมาจากช่องปากในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คำตอบเป็นตัวเลือก Likert 5 ระดับ จาก 0-4 (0 คือ ไม่เคย 1 คือ แทบจะไม่มีเคย 2 คือ เป็นบางครั้ง 3 คือ ก่อนข้างบ่อย 4 คือ บ่อยมาก)⁴ OHIP-49 และ OHIP-14 ถูกแปลเป็นหลายภาษา ซึ่งบางครั้งได้มีการเปลี่ยนจำนวนข้อคำถามไปบ้าง¹

กรอบแนวคิดตามหลักการแพทย์เชิงสังคม (Biopsychosocial model) ของ Wilson and Cleary⁵ (แผนภูมิที่ 1) มีการดัดแปลงให้สอดคล้องกับสุขภาพช่องปากโดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ความเชื่ออำนาจในตน (Internal locus of control) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม จำนวนบุตรในครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก (Biological and physiological) เช่น จำนวนฟัน ผุ ถอน อุด และสภาวะปริทันต์เป็นองค์ประกอบของสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Symptom status, functional status, general health perceptions, overall quality of life) ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตจะวัดโดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก



แผนภูมิที่ 1 โมเดลของ Wilson and Cleary⁵

หนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ ปัจจัยเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของ Salutogenic Theory⁶ ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Health) แตกต่างจากทฤษฎีทางการแพทย์หรือชีววิทยา (Biomedical model) ที่เน้นศึกษาสาเหตุของโรค (Disease) และอธิบายว่าสุขภาพนั้นเคลื่อนอยู่บนแนวแกน (Axis) ของการไม่มีโรค (Ease) และการมีโรค (Disease) Antonovsky ได้นิยามความเข้มแข็งในการมองโลกว่าเป็นการแสดงออกของบุคคลที่มีความอดทนและแสดงออกทางความรู้สึกที่ว่าสิ่งต่างๆ ที่มากระทบนั้นไม่ว่าสิ่งนั้นจะคาดการณ์ได้หรือไม่ก็ตาม ก็สามารถอธิบายสาเหตุของมันได้ และบุคคลนั้นสามารถหาแหล่งช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ บุคคลนั้นมีวิธีการที่จะจัดการแก้ไขปัญหาและรู้สึกว่าสิ่งที่มากระทบเป็นสิ่งที่ทำ

ทนาย มีคุณค่าที่จะจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ความเข้มแข็งในการมองโลกจะแปรเปลี่ยนไปตามวัยและสิ่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นได้รับ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) ความสามารถจัดการได้ (Manageability) และการเห็นคุณค่าความหมาย (Meaningfulness) เครื่องมือวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมี 13 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 7 ระดับ แบบ Semantic differential scale โดยมีตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เคยเลย-บ่อยมากช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-91⁶ มีการใช้แบบสอบถามนี้อย่างแพร่หลายใน 33 ประเทศ สามารถนำไปใช้กับเด็กอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้

การวิจัยพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งใน

การมองโลกต่ำ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและร่างกายแข็งแรงกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกสะโพกที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำต้องใช้ระยะเวลาพักฟื้นที่นานกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง¹⁰ ความเข้มแข็งในการมองโลกน่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดี¹¹⁻¹⁴ ผู้ใหญ่ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹⁵ ในประเทศไทยพบว่าเด็กที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ¹⁶

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า¹⁷ ทันตบุคลากรมักเข้าใจว่าการวัดสถานะสุขภาพช่องปากด้วยปัจจัยทางคลินิก เช่น ดัชนีจำนวนฟันผุ อุดและสภาวะปริทันต์อย่างเดียวนั้นเพียงพอแล้ว แต่งานวิจัยที่ผ่านมามีพบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างปัจจัยทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีทั้งงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ การเกิดฟันผุ การสูญเสียฟัน และการสูญเสียอวัยวะปริทันต์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก¹⁸ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยจำนวนฟัน ผุ อุด สภาวะปริทันต์และการสับสนกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก¹⁹ การวัด

เพียงปัจจัยทางคลินิกจึงไม่สามารถชี้ให้เห็นว่าบุคคลนั้นๆ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีหรือไม่ เพราะผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากทางกายอาจไม่สอดคล้องกับผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากทางสภาวะจิตใจและสังคม

ดังนั้น เพื่อให้การวัดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากครอบคลุมทั้งแกนตั้งและแกนนอนตามโมเดลของ Wilson and Cleary⁷ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทั้งผลของปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

วิธิดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลปัจจัยทางคลินิกโดยวิธีการตรวจช่องปากที่คลินิกฝึกปฏิบัติการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี และเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลก ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมโดยทำแบบสอบถามในห้องเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP)²⁰ ดัชนี OHIP แบ่งเป็น 7 หมวด ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (Social disability) และความด้อยโอกาสทางสังคม (Handicap) จำนวน 49 ข้อ การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขารัฐศาสตร์

ทันตสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รุ่นที่ 44 พบว่ามีค่าความตรงทางโครงสร้าง (Construct validity) Spearman's Rank Correlation Coefficient $p < .01$ มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) Cronbach's Alpha Coefficient .95

2. แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก Sense of Coherence (SOC)⁶ แบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่ความสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) ความสามารถจัดการได้ (Manageability) และการเห็นคุณค่าความหมาย (Meaningfulness) จำนวน 13 ข้อ การทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี รุ่นที่ 44 พบว่า มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) Cronbach's Alpha Coefficient .80 และความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) .52

3. แบบบันทึกปัจจัยทางคลินิกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยจำนวนฟันผุ ถอน อุด สภาวะปริทันต์และความคิดปกคิของช่องปากและฟัน เช่น ฟันตกกระ

4. ครุภัณฑ์และเครื่องมือตรวจสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ยูนิททันตกรรม กระจกส่องปาก และที่เขี่ยรูขุม (Dental explorer number 5) ที่มีปลาย 2 ด้าน ด้านหนึ่งมีลักษณะเป็นรูปเคียวอีกด้านหนึ่งเป็นมุมหักตรง²¹

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รุ่นที่ 45 ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 267 คน และการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาทั้งหมดที่มาเรียนในวันที่เก็บข้อมูล ประมาณจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำโดยใช้สูตร²²

$$n > 104 + 8m$$

n = จำนวนตัวอย่าง

m = จำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้น มีทั้งหมด 9 ตัว ประกอบด้วยจำนวนฟัน ผุ ถอน อุดและสภาวะปริทันต์ ความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาของผู้ปกครอง 2 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ศึกษาและศึกษาดำกว่าปริญญาตรี รายได้ของผู้ปกครอง 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีรายได้ รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท รายได้ 10,001-30,000 บาท และรายได้ 30,001-50,000 บาท ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 176 ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง 3/57 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2557 การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องระบุเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอภาพรวมโดยไม่มีการระบุข้อมูลที่สามารถบ่งชี้บุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การแจกแบบใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ซึ่งแจ้งการตอบคั้งนี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ดำเนินการโดยผู้วิจัยคนเดียว กลุ่มตัวอย่างตอบคั้งนี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกในห้องเรียนผู้วิจัยตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบครบถ้วนหรือไม่ ในกรณีที่ตอบไม่ครบผู้วิจัยนำกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบจนครบทุกข้อ การตรวจฟันทำ

ที่ศูนย์ทันตกรรม ดำเนินการ โดยผู้วิจัยและทันตแพทย์ 3 คน ที่ผ่านการปรับมาตรฐาน ณ คลินิกฝึกปฏิบัติการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี โดยใช้กระจกส่องปากและที่เขี่ยรูฟัน (Dental explorer number 5) จากนั้น บันทึกข้อมูลจำนวนฟันผุ ถอน อุดและสภาวะปริทันต์ลงใน แบบบันทึกปัจจัยทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จำนวนฟันผุ ถอน อุด สภาวะปริทันต์ ความเข้มแข็งในการมองโลก ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใช้ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจำนวนฟันผุ ถอน อุด สภาวะปริทันต์ ความเข้มแข็งในการมองโลกฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

สาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รุ่นที่ 45 ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2556 ทั้งหมด 267 คน รับการตรวจฟัน และทำแบบประเมิน 256 คน (ร้อยละ 95.88) โดยเป็นเพศชาย 47 คน (ร้อยละ 18.36) เพศหญิง 209 คน (ร้อยละ 81.64) (ตารางที่ 1) มีอายุระหว่าง 18-33 ปี (Mean 20.43, SD 2.97)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

| จำแนกตามเพศ | | |
|-------------|-------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| ชาย | 47 | 18.36 |
| หญิง | 209 | 81.64 |
| รวม | 256 | 100.00 |

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก วัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP)²⁰ ในห้องเรียน โดยผู้ที่ได้คะแนน OHIP น้อยจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนน OHIP มากโดยจะมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-216 การศึกษานี้พบว่าคะแนน OHIP อยู่ใน ช่วงระหว่าง 4-180 โดยมีค่าเฉลี่ย 48.38 (SD=26.27) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและในมิติสุขภาพช่องปากจำแนกตามหมวดย่อย (n= 256)

| | ช่วงคะแนน | คะแนนเฉลี่ย±SD |
|------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก | 4-180 | 48.38±26.27 |
| คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจำแนกตามหมวด | | |
| 1. ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) | 0-21 | 9.51±4.30 |
| 2. ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) | 1-26 | 10.08±4.53 |
| 3. ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) | 0-20 | 7.07±4.61 |
| 4. การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) | 1-30 | 11.28±6.08 |
| 5. การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) | 0-21 | 4.04±3.75 |
| 6. การสูญเสียความสามารถทางสังคม (Social disability) | 0-31 | 1.80±2.83 |
| 7. ความด้อยโอกาสทางสังคม (Handicap) | 0-15 | 3.02±2.97 |

ความเข้มแข็งในการมองโลกไว้โดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก Sense of Coherence (SOC)⁶ ในห้องเรียน โดยผู้ที่มีคะแนน SOC สูงจะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนน SOC น้อย คะแนน

SOC จะอยู่ในช่วงระหว่าง 1-91 คะแนน การศึกษานี้พบว่า SOC อยู่ในช่วง 36-74 โดยมีค่าเฉลี่ย 58.36 (SD = 6.14) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความเข้มแข็งในการมองโลกและความเข้มแข็งในการมองโลกจำแนกตามองค์ประกอบย่อย (n= 256)

| | ช่วงคะแนน | คะแนนเฉลี่ย±SD |
|--------------------------------------------|-----------|----------------|
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | 36-74 | 58.36±6.14 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลกจำแนกตามองค์ประกอบ | | |
| 1. ความสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) | 6-35 | 22.29±5.27 |
| 2. ความสามารถจัดการได้ (Manageability) | 4-28 | 17.38±4.71 |
| 3. การเห็นคุณค่าความหมาย (Meaningfulness) | 9-28 | 22.19±3.59 |

ผลการตรวจสุขภาพช่องปากนักศึกษาพบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุด (Decayed Missing and Filled Teeth: DMFT) 6.08 (SD = 3.66) ซึ่งต่อคนและมีเหงือกอักเสบ 180 คน (ร้อยละ 70.31)

การศึกษาระดับการศึกษาของผู้ปกครองพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 84.76) การศึกษารายได้ของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.16) มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท ต่อเดือน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง (n= 256)

| ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|-------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 5 | 1.95 |
| ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี | 212 | 82.81 |
| ระดับปริญญาตรีขึ้นไป | 39 | 15.24 |
| รายได้ต่อเดือน | | |
| ไม่มีรายได้ | 7 | 2.73 |
| รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท | 74 | 28.91 |
| รายได้ 10,001-30,000 บาท | 137 | 53.52 |
| รายได้ 30,001-50,000 บาท | 31 | 12.11 |
| รายได้มากกว่า 50,000 บาท | 7 | 2.73 |

การทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้น โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่าตัวแปรที่สัมพันธ์กับตัวแปร

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = -0.178, p < 0.01$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับปัจจัยทางคลินิก ความเข้มแข็งในการมองโลก ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครอง ($n = 256$)

| | r | p-value |
|-------------------------|--------|---------|
| จำนวนฟัน ผุ ถอน อุด | 0.080 | .202 |
| สภาวะปริทันต์ | -0.033 | .603 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | -0.178 | .004** |
| การศึกษาของผู้ปกครอง | -0.034 | .583 |
| รายได้ของผู้ปกครอง | -0.050 | .424 |

** $p < .01$

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) โดยมีตัวแปรนำเข้าได้แก่ จำนวนฟัน ผุ ถอน อุด สภาวะปริทันต์ ความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง พบว่าตัวแปรอิสระอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยการถดถอยพหุคูณมีค่าเท่ากับ -0.178 และค่าสัมประสิทธิ์กำหนด (R^2) มีค่าเท่ากับ 0.032 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 3.20 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอิทธิพลต่อการ

เปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน SOC มีอิทธิพลทางลบต่อคะแนน OHIP ซึ่งหมายความว่าผู้ที่มีคะแนน SOC สูง (มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง) จะมีคะแนน OHIP ต่ำ (มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี) ดังนั้นผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยสำหรับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ($n = 256$)

| ตัวแปรอิสระ | Beta | t | sig | R | R^2 |
|-------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | -0.178 | -2.876 | .004** | 0.178 | 0.032 |

$F = 8.270; p = 0.004; ** p < .01$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนแกน

ตั้งของโมเดล Wilson and Cleary และหลักการแพทย์เชิงสังคม (Biopsychosocial model) เพราะปัจจัยทางคลินิกซึ่งวัดโดยค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุดและสภาวะปริทันต์ไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแต่ปัจจัยที่ส่งผลสำคัญ

ต่อสุขภาพคือปัจจัยส่วนบุคคล อีกทั้งยังสนับสนุนทฤษฎี Salutogenic ที่ Antonovsky เสนอไว้¹⁶ และการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่¹⁷ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพช่องปากของตน สามารถรับมือและหาทางออกที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ด้วยการทำฟันน้อยกว่า²³ จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าและมีสภาวะจิตใจที่ดีจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี สาเหตุที่ร้อยละของความสามารถของความสามารถในการมองโลกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่าร้อยละของความสามารถของตัวแปรอิสระในการอธิบายตัวแปรตามของการศึกษาที่ผ่านมาระหว่างปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและคุณภาพชีวิต^{19, 24-25} อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตวิทยาปัจจัยเดียว ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มสูงสุดที่จะมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาศึกษาปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย เช่น การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นต้น^{19, 24-25} จึงพบร้อยละของความสามารถของตัวแปรอิสระในการอธิบายตัวแปรตามที่สูงกว่า

ผลการศึกษาที่ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และสภาวะปริทันต์ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสนับสนุนการศึกษามาก่อนหน้านี้ในประเทศ¹⁹ การศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์แบบสองตัวแปรเมื่อใช้การ

วิเคราะห์แบบหลายตัวแปรแล้วพบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองลดลงจนอาจไม่พบความสัมพันธ์²⁶ จึงไม่พบความสัมพันธ์ในงานวิจัยชิ้นนี้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคล (ความเข้มแข็งในการมองโลก) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจึงชี้ให้เห็นว่าน่าจะสามารถใช้การเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกมาพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ โดยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกที่เหมาะสมกับสำหรับประชากรวัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสุษสิรินทร จังหวัดชลบุรี สำหรับทุนวิจัย ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิง วรฤทัย จูติรุ่งเรือง ทันตแพทย์หญิงนิชา อึ้งวิจารณ์ปัญญา และทันตแพทย์หญิงยุวันดา ทรัพย์พิพัฒนาที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Gherunpong S. Oral health-related quality of life: Concepts & background. *Journal of Health Science*. 2007;16:17-25. (in Thai).
2. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measures? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11.
3. Laying P, Boontham K. Strategic oral health plan for Thailand 2012-2016. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Publications; 2013. (in Thai).

4. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
5. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 1995;273(1):59-65.
6. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
7. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(5):376-81.
8. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 1993;36(6):725-33.
9. Abdelgadir M, Shebeika W, Eltom M, Berne C, Wikblad K. Health related quality of life and sense of coherence in Sudanese diabetic subjects with lower limb amputation. *Tohoku J Exp Med.* 2009;217(1):45-50.
10. Badura-Brzoza K. Psychological and psychiatric factors related to health-related quality of life after total hip replacement-preliminary report. *Eur Psychiatry.* 2009;24(2):119-24.
11. Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, van den Borne BW. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behavior change model. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):68-77.
12. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(6):542-53.
13. Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R. The relationship between sense of coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. *J Clin Periodontol.* 2010;37(1):46-52.
14. Bernabe E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol.* 2010;37(11):981-7.
15. Savolainen JJ, Suominen-Taipale AL, Uutela AK, Martelin TP, Niskanen MC, Knuutila MLE. Sense of coherence as a determinant of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. *J Periodontol.* 2005;76(6):1006-12.
16. Nammontri O, Robinsion PG, Baker SR. Enhancing oral health via sense of coherence: A cluster-randomized trial. *J Dent Res.* 2013;92(1):26-31.
17. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MA. Quality of life related to oral health: Contribution from social factors. *Cien Saude Colet.* 2011;16 Suppl 1:1007-15.
18. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):305-16.

19. Gururatana O, Baker S, Robinsion PG. Determinants of children's oral-health-related quality of life over time. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(3):206-15.
20. Chaipothchanaphong N. Validity of the Thai version of the oral health impact profile in Thai patients. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2011. (in Thai).
21. Heyman HO, Swift EJ, Ritter AV. editors. *Sturdevant's art and science of operative dentistry.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2012.
22. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? *Mult Behav Res.* 1991;26(3): 499-510.
23. Jakkola S, Rautava P, Saarinen M, Lahti S, Mattila ML, Suominen S, et al. Dental fear and sense of coherence among 18-yr-old adolescents in Finland. *Eur J Oral Sci.* 2013;121:247-51.
24. Boyle MP. Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. *Am J Speech Lang Pathol.* 2015;24(1):1-12.
25. Kulprasutidilok A, Jirawongnusorn S, Chimanasak N, Supawantanakul D. Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly Bang Khen district, Bangkok. *Journal of Health Science Research.* 2014;8(2):35-46. (in Thai).
26. Gift HC, Atchison KA, Dury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res.* 1998;77(7):1529-38.