ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กกับสภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก อายุ 1-3 ปี อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

*พัชรี เรืองงาม**

บทคัดย่อ

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่พบมากในช่วงเด็กปฐมวัยส่งผลต่อเด็กหลายประการ ผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กให้ดีขึ้นได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคฟันผุของผู้เลี้ยงดูเด็ก สภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 1-3 ปี อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางโดยการสุ่มอย่างมีระบบ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กอายุ 1-3 ปี จำนวน 402 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็ก แบบตรวจสภาวะฟันผุและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม จากการศึกษาพบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 54.0 เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.5 (อายุเฉลี่ย 39.6 ปี ±14.03) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 41.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.0 กลุ่มตัวอย่างเด็กเป็นเพศชาย ร้อยละ50.7 และเพศหญิง ร้อยละ 49.3 คะแนนความรอบรู้เฉลี่ยของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (70.50 คะแนน ± 15.23) เด็กมีฟันผุ ร้อยละ 33.1 ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุเท่ากับ 1.6 ซี่ ±3.1 เด็กร้อยละ 12.7 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดจากสุขภาพช่องปาก โดยผลกระทบที่ได้รับมากที่สุดคืออาการปวดฟัน (ร้อยละ 6.5) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูคือระดับการศึกษา (OR=6.62, 95% CI=3.22-1.36) และระดับความสัมพันธ์กับเด็ก (OR=3.07, 95% CI=1.39-6.77) ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก

คำไขรหัส: *ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก/ สภาวะฟันผุ/ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก*

Received: *Mar 08, 2022*
Revised: *Oct 11, 2022*
Accepted: *Oct 27, 2022*

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่พบมากในช่วงเด็กปฐมวัย ส่งผลต่อเด็กหลายประการ เช่น เมื่อเด็กปวดฟันจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง รบกวนการนอนของเด็ก ส่งผลต่อน้ำหนักตัว การเจริญเติบโต และคุณภาพชีวิตของเด็ก[1-3] การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการพัฒนาวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Healthy lifestyles) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลส่วนหนึ่งของการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ พฤติกรรม ความเชี่ยวชาญและความสามารถส่วนบุคคล[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy: OHL) หมายถึงความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลสุขภาพช่องปากและโต้ตอบซักถามจนสามารถประเมินและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเลือกใช้บริการเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเองและสามารถแนะนำผู้อื่นต่อได้[5] ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก โดยผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับสูง เด็กจะมีสภาวะฟันผุและคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ[6] เพศชายมีความรอบรู้และการรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่าเพศหญิง[7] บางการศึกษาพบว่า อายุ เพศของผู้เลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก แต่ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดู[8] และยังพบว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของพ่อแม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก[9] ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ของเด็ก เด็กนักเรียนที่มีความรอบรู้จะมีทักษะในการตัดสินใจที่ดี

* *กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพรานกระต่าย อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร*

เมื่อเกิดโรคฟันผุจะสามารถบอกผู้ปกครองหรือให้ความร่วมมือในการเข้ารับบริการอุดฟันกรณีฟันผุและรู้วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นจนไม่ทำให้เกิดฟันผุซ้ำได้[10] การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยส่วนใหญ่จะเน้นวัดทักษะความรู้ความเข้าใจด้านคำศัพท์ทางทันตกรรมและความเข้าใจประโยคโดยการเติมคำในช่องว่างและมีการพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้มีมิติที่กว้างขึ้นตามนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้อย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มวัย โดยส่วนใหญ่พัฒนามาจากแบบวัด Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (READL) หรือ Test of Functional Health Literacy in Dentistry (ToFHLiD)[11] ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เช่น การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยใช้แนวคิดจากการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุ[12-14] นักเรียนประถมศึกษา[10,15-16] กลุ่มวัยรุ่น[17-18] ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย [19-20] เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาใช้แบบสอบถามตามกลุ่มวัย แต่บริบทของผู้เลี้ยงดูในอำเภอพรานกระต่ายมีความแตกต่างของกลุ่มอายุตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามวัดความรอบรู้ขึ้นมาโดยมีองค์ประกอบที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กจะช่วยให้การวัดและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความน่าเชื่อถือ

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กปฐมวัย โดยปัญหาที่พบบ่อยคือ อาการปวดฟัน และการรับประทานอาหาร ผลการปวดฟันส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม[1-3] คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) เป็นการแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การไม่มีโรคทางช่องปากแต่หมายความถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิต ทั้งทางกาย ใจ และสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปากของเขาด้วย[21] ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือตัวชี้วัดที่ใช้วัดผลกระทบของโรคหรือความผิดปกติทางช่องปากที่มีต่อชีวิตประจำวัน ต่อการทำหน้าที่หรือบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น โดยวัดขนาดออกมาให้เห็นถึงขนาดของปัญหาหรือผลกระทบนั้น ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากพัฒนามาตั้งแต่ทศวรรษ 1970's การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ใหญ่ การศึกษาในเด็กปฐมวัยยังมีไม่มากนักเนื่องจากเด็กปฐมวัยไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง การศึกษาจึงต้องได้รับข้อมูลจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเท่านั้น[22]

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3 ปี ของอำเภอพรานกระต่าย ปี พ.ศ. 2561 2562 และ 2563 มีฟันผุสูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ[23] และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นถ้ายังไม่มีการปรับปรุงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคฟันผุของผู้เลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 1-3 ปี หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคฟันผุของผู้เลี้ยงดูเด็ก เพื่อจะนำข้อมูลไปพัฒนาโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น เด็กมีฟันผุลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross–sectional analytical study) ประชากรคือผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กอายุ 1-3 ปี ในอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1,442 คู่[24] กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร (ค่าสัดส่วนฟันผุเด็กอายุ 3 ปี อำเภอพรานกระต่าย พ.ศ. 2563[23])

$$\text{สูตร } n = NZ^2_{\alpha/2}P(1-P) / [e^2 (N-1)]+[Z^2_{\alpha/2}P(1-P)]$$

ได้ขนาดตัวอย่าง 334 คน ปรับเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหาย ได้ขนาดตัวอย่าง 402 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ในสถานบริการทั้งหมด 17 แห่ง ตามขนาดของประชากร Sampling with Probability Proportional to size (PPS)[25] เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการเลี้ยงดูเด็กและเด็กอายุ 1-3 ปี เกณฑ์การคัดออกได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เด็กที่เป็นเด็กพิเศษหรือมีความพิการทางกายที่ส่งผลต่อการสื่อสาร เด็กที่ฟันยังไม่ขึ้นในช่องปากและเด็กที่ฟันหักหรือถอนจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรานกระต่ายเพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัยและประสานโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล (สถานบริการ) นัดผู้ปกครองและเด็ก ชี้แจงและขอความยินยอมผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง หากผู้เลี้ยงดูเด็กคนใดอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังทีละข้อ หากไม่ได้ตามเป้าหมายจะไปตรวจในสถานบริการ

ใกล้เคียง นำข้อมูลมาทดสอบทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคฟันผุของผู้เลี้ยงดูเด็กด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และและนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาทำการวิเคราะห์ต่อด้วยการถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม (Multinomial logistic regression) เป็นเทคนิคการวิเคราะห์สถิติเชิงคุณภาพโดยข้อมูลตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มที่มีหลายค่ามากกว่า 2 กลุ่ม เพื่อทำนายโอกาสจะเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05 งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 64 06 15 วันที่ 29 มิถุนายน 2564

เครื่องมือในการวิจัยคือ 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การไปพบทันตแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็ก และ เพศ อายุ การไปพบทันตแพทย์ของเด็ก 2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องโรคฟันผุ พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคฟันผุจากแนวคิดของ Sorensen[26] ร่วมกับแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-Shape ของวชิระ เพ็งจันทร์[27] ที่ครอบคลุมการเรียนรู้ 6 กระบวนการได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ทันตแพทย์เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 2 ท่านนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานด้านแม่และเด็กในโรงพยาบาลชุมชน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ทุกข้อ ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความรอบรู้และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลที่ไม่ได้รับการสุ่ม ของอำเภอพรานกระต่าย จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้เท่ากับ 0.89 หลังจากการปรับข้อคำถามแล้วนำวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 402 คน เป็นการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเพื่อสำรวจหรือค้นหาตัวแปรแฝงที่ซ่อนอยู่ภายใต้ตัวแปรที่สังเกตหรือวัดได้โดยพิจารณาจากค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ 0.914 ที่ระดับนัยสำคัญ <0.01 ใช้การหมุนแกนแบบ varimax พิจารณาจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสมจากค่าไอแกน (Eigen value) การจัดข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบพิจารณาค่า factor loading ที่เหมาะสมตั้งแต่ 0.35 ขึ้นไป จากการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ข้อคำถามทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 10 ข้อ 2) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพช่องปาก 5 ข้อ 3) การจัดการเพื่อการป้องกันฟันผุ 3 ข้อ 4) การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ 2 ข้อ 5) ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ 3 ข้อ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 3 ข้อ 7) การประเมินค่า 1 ข้อ 8) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 2 ข้อ และ 9) การนำข้อมูลไปใช้ 1 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ ข้อละ 2 คะแนน รวม 60 คะแนน ปรับคะแนนแต่ละองค์ประกอบให้เต็ม 100 และปรับคะแนนรวมให้เต็ม 100 คะแนน จาก 900 คะแนน เพื่อสะดวกในการแปลความหมายและวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากจุดตัดคะแนน (Cut-off scores) ในการแปลความหมาย 3 ระดับ[28] ดังนี้ ความรอบรู้ระดับไม่เพียงพอ (Inadequate) 0-59.9 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate) 60.0-79.9 คะแนน และระดับเพียงพอ (Adequate) 80.0-100.0 คะแนน[28] 3. แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัยในภาคภาษาไทย (Thai-ECOHIS)[29] ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน 6 มิติ 13 ข้อ ดังนี้ 1. ผลกระทบของสุขภาพช่องปากเด็กในชีวิตประจำวันของเด็ก (The child impact section: CIS) 9 ข้อ แบ่งเป็นมิติด้านอาการ (1 ข้อ) ด้านความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก (4 ข้อ) ด้านจิตวิทยาของเด็ก (2 ข้อ) และด้านภาพพจน์และการเข้าสังคมของเด็ก (2 ข้อ) 2. ผลกระทบของสุขภาพช่องปากเด็กต่อพ่อแม่หรือครอบครัว (The family impact section: FIS) 4 ข้อ แบ่งเป็น มิติด้านความทุกข์ (2 ข้อ) และด้านการทำงานของครอบครัว (2 ข้อ) โดยคะแนนความถี่แบ่งเป็น 4 ระดับ (คะแนน 0-3) ผลรวมของคะแนนทั้ง 13 ข้อ เท่ากับ 39 คะแนน นำผลรวมมาปรับให้เป็น 100 คะแนน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กเอง แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัย (The Early Childhood Oral Health Impact Scale: ECOHIS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นที่สหรัฐอเมริกา โดย Pahel และคณะ[30] และได้รับการแปลเป็นหลายภาษา โดยผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา

(Psychometric properties)[31-34] สำหรับในประเทศไทยมีการแปลเป็นภาษาไทยเช่นกัน[35-37] 4. แบบประเมินสภาวะฟันผุดัดแปลงจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก 2013[38] เป็นการตรวจฟันผุ ฟันที่ได้รับการอุดและฟันที่ถูกถอนจากฟันผุ แล้วมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยฟันน้ำนม ผุ ถอน อุด (dmft) โดยทันตแพทย์คนเดียวเป็นผู้ตรวจตลอดการวิจัยและผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้บันทึกข้อมูล ปรับมาตรฐานผู้ตรวจกับมาตรฐานอ้างอิง (Standardization) ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.94 ปรับมาตรฐานภายในของผู้ตรวจ (Intra- examiner calibration) ด้วยการสุ่มตรวจซ้ำ (Duplicate examination) ร้อยละ 10 ของจำนวนเด็กที่ตรวจฟันทั้งหมดในแต่ละสถานบริการ ได้ค่าร้อยละความเหมือน (% agreement) เท่ากับร้อยละ 88 ปรับมาตรฐานการบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกผลตรวจ 2 ครั้ง แล้วตรวจสอบความถูกต้อง

ผล

ผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กมีจำนวน 402 คู่ พบว่ามีผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นมารดาร้อยละ 54.0 และมิใช่มารดาร้อยละ 46.0 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ปู่ย่า/ตายาย มีช่วงอายุตั้งแต่ 16-70 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.0 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.0 และร้อยละ 80.1 ไม่เคยรับบริการทันตกรรมในรอบ 6 ที่ผ่านมา ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความรู้ทางทันตกรรมส่วนใหญ่ผ่านทางเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 81.3 รองลงมาคือ ผ่านทางอินเตอร์เน็ต เพื่อนและญาติ ทีวี ตามลำดับและร้อยละ 5.2 ไม่ได้ติดตามข่าวสาร คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารของผู้เลี้ยงดู พบว่าร้อยละ 49.5 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มเด็กเป็นเพศชายกับเพศหญิงใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ 50.7 และร้อยละ 49.3 ตามลำดับ เด็กมีอายุ 1-3 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกันอยู่ที่ ร้อยละ 33.8 ร้อยละ 36.1 และร้อยละ 30.1 ตามลำดับ และร้อยละ 77.9 ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เด็กไม่เคยมารับบริการทันตกรรม เด็กมีความชุกของการเกิดฟันผุเท่ากับร้อยละ 33.1 โดยแยกตามกลุ่มอายุได้ดังนี้ กลุ่มอายุ 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี มีความชุกของการเกิดฟันผุเท่ากับ ร้อยละ 11.0 ร้อยละ 34.5 และร้อยละ 56.2 ตามลำดับ มีจำนวนฟันผุสูงสุด 18 ซี่ จำนวนซี่ฟันอยู่ระหว่าง 4-20 ซี่ เฉลี่ย 16.0 ซี่±4.9 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ อุด ถอน เท่ากับ 1.6 ซี่±3.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก

Table 1 The percentage of caregivers' general information data

Variables	Persons	Percentage
Gender of caregivers		
- male	22	5.5
- female	380	94.5
Marital status		
- single	69	17.2
- marital	333	82.8
Occupation		
- full time work	24	6.0
- personal business	131	32.6
- famers	165	41.0
- stay at home	82	20.4
Level of education		
- unschooled	77	19.2
- primary school	105	26.1
- secondary school	177	44.0
- bachelor	43	10.7
Income		
- ≤5,000 baht	275	68.4
- 5,000-15,000 baht	103	25.6
- ≥ 15,001	24	6.0
Dental visit		
- never	322	80.1
- routine	80	19.9
Relation of children		
- mother	217	54.0
- father	14	3.5
- grandfather/grandmother	161	40.0
- aunt/uncle	10	2.5
Sources of oral health information*		
- do not follow	21	5.2
- TV	28	7.0
- internet	69	17.2
- friend/relatives	29	7.2
- dental health/health personnel	327	81.3

คะแนนความรอบรู้โดยรวมเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 70.47 คะแนน (SD=15.23) เมื่อแยกตามองค์ประกอบของความรอบรู้พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (48.14 คะแนน SD=26.38) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (55.37 คะแนน SD=28.56) ด้านการจัดการเพื่อการป้องกันฟันผุ อยู่ในระดับเพียงพอ (80.51 คะแนน SD=27.83) ด้านการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (59.45 คะแนน SD=39.45) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (58.70 คะแนน SD=33.00) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับเพียงพอ (81.09 คะแนน SD=23.81) ด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับเพียงพอ (97.76 คะแนน SD=14.81) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (67.41 คะแนน SD=32.48) และด้านการนำข้อมูลไปใช้อยู่ในระดับเพียงพอ (85.82 คะแนน SD=34.92) (ตารางที่ 2)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็ก พบว่ามีเด็กจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 1 กิจกรรม โดยผลกระทบของสุขภาพช่องปากเด็กในชีวิตประจำวันพบว่าเด็กเคยมีอาการปวดฟันมากที่สุด (ร้อยละ 6.5) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากเด็กต่อพ่อแม่หรือครอบครัวนั้นพบว่า ผลกระทบต่อความรู้สึกทุกข์ใจเนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กมากที่สุด (ร้อยละ 5.5) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องของผู้เลี้ยงดูเด็ก
Table 2 Oral health literacy (OHL) scores of caregivers. (N=402)

Variables	Possible range	Range	Mean (SD)
Information accessibility	0-100	0-100	48.15(26.38)
Data communication	0-100	0-100	55.37(28.56)
Management on caries prevention	0-100	0-100	80.51(27.83)
Follow on advice	0-100	0-100	59.45(39.45)
Knowledge	0-100	0-100	58.70(33.00)
Decision on caries prevention	0-100	0-100	81.09(23.81)
Appraisal	0-100	0-100	97.76(14.81)
Understanding of information	0-100	0-100	67.41(32.48)
Applied	0-100	0-100	85.82(34.92)
OHL scores (total)	0-900	166.67-900	634.28(137.09)
	0-100	18.52-100	70.47(15.23)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก
Table 3 Descriptive distribution of the Thai-ECOHIS by sections. (N=402)

Impacts	Number of items	Possible range	Range	Mean (SD)	Affected response (persons)*	%
Child impact section	9	0-27	0-11	0.3(1.19)	39	9.7
Child symptoms	1	0-3	0-3	0.1(0.45)	26	6.5
Child function	4	0-12	0-5	0.1(0.57)	24	6.0
Child psychology	2	0-6	0-5	0.04(0.35)	8	2.0
Self-image and social interaction	2	0-6	0-2	0.01(0.13	4	1.0
Family impact section	4	0-12	0-10	0.2(1.02)	25	6.2
Parental distress	2	0-6	0-6	0.2(0.74)	22	5.5
Family function	2	0-6	0-4	0.06(0.40)	11	2.7
All sections	13	0-39	0-18	0.5(1.8)	51	12.7

• could have many activities in each dimension

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กกับข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กกับสภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านอาชีพ ($p<0.001$) ระดับการศึกษา ($p<0.001$) อายุ ($p<0.001$) และระดับความสัมพันธ์กับเด็ก ($p<0.001$) แต่สภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็ก (ตารางที่ 4,5,6)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก
Table 4 Relationship between caregivers' oral health literacy with caregivers' general information.

variable	Oral health literacy (n/%)			P-value
	inadequate	moderate	adequate	
Occupation				
- full time work	1 (1.0)	6 (3.2)	17 (14.4)	0.001*
- personal business	26 (26.8)	64 (34.2)	41 (34.7)	
- famers	58 (59.8)	77 (41.2)	30 (25.4)	
- stay at home	12 (12.4)	40 (21.4)	30 (25.4)	
Level of education				
- unschooled	34 (35.1)	35 (18.7)	8 (6.8)	0.001*
- primary school	37 (38.1)	50 (26.7)	18 (15.3)	
- secondary school	26 (26.8)	88 (47.1)	63 (53.4)	
- diploma	0 (0.0)	14 (7.5)	29 (24.5)	
Age of caregivers				
- 16-30 years	17 (11.9)	66 (46.2)	60 (50.9)	0.001*
- 31-49 years	29 (20.7)	68 (48.6)	43 (36.4)	
- 50-70 years	51 (42.9)	53 (44.5)	15 (12.7)	
Relationship to the child				
- mother	28 (28.9)	98 (52.4)	91 (77.1)	0.001*
- not mother	69 (71.1)	89 (47.6)	27 (22.9)	

* Chi-square test, significant difference at $p<0.05$.

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับสภาวะฟันผุของเด็ก
Table 5 Relationship between caregivers' oral health literacy with dental caries.

variable	Oral health literacy level (n/%)			P-value
	low	moderate	high	
Dental caries				
- yes	35 (26.3)	65 (48.9)	33 (24.8)	0.357
- no	62 (23.0)	122 (45.4)	85 (31.6)	

* Chi-square test, significant difference at $p<0.05$.

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในเด็ก
Table 6 Relationship between caregivers' oral health literacy with the Thai-ECOHIS.

Thai-ECOHIS	Oral health literacy level (n/%)			P-value
	low	moderate	high	
Child impact section	9 (23.1)	20 (51.3)	10 (25.6)	0.804
Family impact section	2 (8.0)	14 (56.0)	9 (36.0)	0.096
All sections	10 (19.6)	27 (52.9)	14 (27.5)	0.578

* Chi-square test, significant difference at $p<0.05$.

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู เด็กมาวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม (Multinomial logistic regression) พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านระดับการศึกษาและระดับความสัมพันธ์กับเด็กเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถทำนายสมการได้ ร้อยละ 20.2 โดยผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ที่ระดับปานกลางมากกว่าระดับเพียงพอ ประมาณ 3 เท่า (OR=2.91, 95%CI=1.41-5.98) และมากกว่าผู้ที่มีการ ศึกษาระดับปริญญา ในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับสูงด้วย และผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นมารดาจะมีความรอบรู้ระดับไม่เพียงพอลดลง 0.32 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับระดับเพียงพอ (OR=0.32, 95%CI=0.15-0.72) และน้อยกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่มาดา ในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าระดับความสัมพันธ์กับเด็กสามารถทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นมารดาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่มารดา (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก พหุกลุ่ม
Table 7 Relationship between caregivers' oral health literacy with caregivers' general information with multinomial logistic regression.

Variables	inadequate–moderate OHL			inadequate-adequate OHL			moderate-adequate OHL		
	OR	95%CI	P-value	OR	95%CI	P-value	OR	95%CI	P-value
Education Level (ref = diploma)									
Unschooled	101393949	45691785-225001780	0.001*	542080584	188014904-1562915244	0.001*	5.34	1.77-16.12	0.003*
Primary	82079316	40135084-167858478	0.001*	325287748	140662598-752240610	0.001*	3.96	1.61-9.72	0.003*
Secondary	41040264	41040264-41040264	-	119512517	119512517-119512517	-	2.91	1.41-5.98	0.004*
Diploma	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Relationship to the child (ref = not mother)									
Mother	0.67	0.34-1.31	0.242	0.32	0.15-0.72	0.005*	0.48	0.25-0.93	0.030*
Not mother	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chi-square = 38.28, 8.39 Df = 6,2 Cox & Snell R^2= 0.202									

* The multinomial logistic regression, significant difference at $p<0.05$.

บทวิจารณ์

จากข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่ามีเพียงระดับการศึกษาและระดับความสัมพันธ์กับเด็กเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Adil และคณะ ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ได้[8] ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาสูง จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงด้วย[6,8,19] การศึกษาที่ผ่านมามักศึกษาในผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นบิดา-มารดา[39] มารดา[19] หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นผู้หญิง[40] ยังไม่มีการศึกษาใดที่แสดงให้เห็นว่าระดับความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูมีความแตกต่างกันในเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เนื่องจากสภาพสังคมของอำเภอพรานกระต่ายเป็นสังคมต่างจังหวัด บิดา-มารดามักฝากเด็กเอาไว้กับปู่ย่า/ตายายให้เลี้ยงดูเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าระดับระดับความสัมพันธ์กับเด็กมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้หรือไม่ จากผลการศึกษาพบว่ามีผู้เลี้ยงดูที่มิใช่มารดาถึงร้อยละ 46.0 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ปู่ย่า/ตายาย เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่มพบว่ามารดาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่มารดา ดังนั้นการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงต้องพิจารณาถึงกลุ่มวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย เมื่อพิจารณาข้อมูลของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากพบว่าในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารข้อมูลสุขภาพช่องปาก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุอยู่ในระดับไม่เพียงพอและมีผู้เลี้ยงดูเด็กถึงร้อยละ 5.2 ไม่ได้ติดตามข่าวสาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้เลี้ยงดูที่มิใช่มารดา ดังนั้นการเพิ่มกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูอาจต้องพึ่งพาบุคลากรสาธารณสุขเป็นสำคัญเพื่อพัฒนาความรอบรู้ในด้านที่มีคะแนนต่ำ สอดคล้องกับข้อมูลช่องทางการได้รับข้อมูลทางด้านทันตกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่าร้อยละ 81.3 ได้รับความรู้ทางทันตกรรมผ่านเจ้าหน้าที่ที่แตกต่าง

การศึกษา Vichayanrat และคณะ ที่พบว่ามารดาได้รับข้อมูลจากทีวี อินเทอร์เน็ต หรือญาติ มากกว่าได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขอาจเนื่องมาจากบริบทของสภาพสังคมที่ต่างกันคือในเมืองหลวงกับต่างจังหวัด[19]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในเด็กแตกต่างจากการศึกษาของ Vichayanrat และคณะ ที่ศึกษาในมารดาที่พาเด็ก อายุ 2-6 ปี มารับบริการในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้โอกาสเจอเด็กที่มีฟันผุมากกว่า (ร้อยละ 92.62) และมีผลต่อความสัมพันธ์ โดยมารดาที่มีระดับความรอบรู้สูงพบว่าลูกจะปราศจากฟันผุมากกว่ามารดาที่มีระดับความรอบรู้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[19] เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น[39-42] และผลการศึกษานี้พบว่าเด็กเมื่อมีอายุมากขึ้นจะพบฟันผุมากขึ้นเช่นกัน จากการที่ฟันอยู่ในช่องปากนานขึ้นพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุมากขึ้น ผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้สามารถช่วยดูแลเด็กในเรื่องการทำความสะอาดช่องปากและอาหารให้เด็กทำให้สุขภาพช่องปากของเด็กดีขึ้นได้ จึงควรพัฒนาความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กให้ดีขึ้นต่อไป [40]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก เด็กได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตมีเพียงร้อยละ 12.7 เด็กเคยมีอาการปวดฟันเพียงร้อยละ 6.5 เท่านั้น อาจเนื่องมาจากเด็กในการวิจัยครั้งนี้มีช่วงอายุน้อยคือ 1-3 ปี จึงพบฟันผุและความรุนแรงของฟันผุน้อยกว่าการศึกษาในเด็กที่มีอายุมากกว่า คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hiu Fong Lai และคณะ ที่ศึกษาในเด็กอายุ 3-6 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก พบว่าเด็กมีฟันผุร้อยละ 98.7 แต่มีเด็กที่เคยมีอาการปวดฟันเพียงร้อยละ 28.9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก[41] แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับคุณภาพชีวิตและสภาวะฟันผุในเด็ก[39,43] การศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก มักศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก เช่น การศึกษาของ Leelataweewud และคณะ ศึกษาในเด็กอายุ 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 39.3 ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 1 กิจกรรม ร้อยละ 55.1 โดยร้อยละ 26.7 ของเด็กเคยมีอาการปวดฟัน ร้อยละ39.7 ของผู้เลี้ยงดูรู้สึกผิด และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กที่มีฟันผุระดับสูง (severe ECC)[36]

เนื่องจากบริบทของผู้เลี้ยงดูเด็กในอำเภอพรานกระต่ายมีความแตกต่างกันทั้งในส่วนของระดับความสัมพันธ์กับเด็ก ช่วงอายุที่กว้างตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ทำให้ไม่สามารถใช้แบบสอบถามที่เคยใช้ในงานวิจัยอื่นได้ ผู้วิจัยจึงปรับแบบสอบถามให้เหมาะสมกว่าการใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานที่เน้นการวัดทักษะความรู้ความเข้าใจด้านคำศัพท์ทางทันตกรรมและความเข้าใจประโยคโดยการเติมคำในช่องว่าง[8,9]

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีอายุในช่วง 3-5 ปี เนื่องจากเด็กสามารถบอกผู้เลี้ยงดูเด็กถึงอาการที่เกิดจากผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตได้ ทำให้ผู้เลี้ยงดูสามารถตอบคำถามได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงเนื่องจากแบบสอบถามผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัย (Thai-ECOHIS) ได้รับข้อมูลจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเท่านั้น

บทสรุป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับปัจจัยระดับการศึกษาและระดับความสัมพันธ์กับเด็กแต่ไม่พบความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมที่เพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในเรื่องฟันผุแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยคำนึงถึงกลุ่มวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพรานกระต่าย เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลทุกแห่งและผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ทำให้งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดีแม้จะอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. Caries Res 2013;47:211-18.
2. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. Br Dent J 2006;201(10):625-6.
3. Shen A, Bernabe E, Sabbah W. The bidirectional relationship between weight, height and dental caries among preschool children in China. PLoS ONE 2019;14(4):e0216227.
4. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15(3):259-67.
5. National Institute of Health (NIH). The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the national institute of dental and craniofacial research, national institute of health. J Public Health Dent 2005;65:174-82.
6. Ismail AF, Ardini YD, Mohamad N, Bakar HA. Association between parental oral health literacy and children's oral health status. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2018;13(3): 305-9.
7. Sistani MM, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Oral health literacy and information sources among adult in tehran, Iran. Community Dent Health 2013;30(3):178-82.
8. Adil AH, Eusufzai SZ, Kamruddin A, Ahmad WMAW, Jamayet NB, Karobari MI, Alam MK. Assessment of parents' oral health literacy and its association with caries experience of their preschool children. Children (Basel) 2020; 7(8):101.
9. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. Int J Paediatr Dent 2008;18(1):48-55.
10. Sodsee A, Nakorn NN, Ngudgrtoke S. Assessment of oral health literacy of primary school students. Thai Dental Nurse J 2019;30(2):80-91.
11. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. BMC oral health 2014;14:148.
12. Kongsri S, Srisaad S. The component of oral health literacy among elderly in Khon Kaen Province, Thailand. Thai Dental Nurse J 2018;29(2):55-68.
13. Daemayu A, Panuthai S, Juntasopeepun P. Correlation between health literacy and self-management amongst older thai muslims with hypertension. JTNMC 2020;35(3):87-107
14. Piyakhunakorn P, Sermsuti-anuwat N. The relationship between periodontitis and oral health literacy among the older people in thailand. Glob J Health Sci 2021;13(6):103-9.
15. Hengtrakunvenit K, Pormchat K, Phungpisan R. Oral health promotion, oral health literacy, dental caries and quality of life among 12-year-old children, klonglan district, kamphangphet province. Th Dent PH J 2020;25:27-40.
16. Wanichsaithong P, Prasertsom P. Development and validation of an oral health literacy measurement for primary school children in thailand. Int J Dent 2022;2022:1-8.
17. Kongsri S, Srisaad S. Relationship between oral health literacy and oral health practices among dental public health students of sirindhorn college of public health, khon kaen province. Thai Dental Nurse J 2020;31(1):133-47.
18. Thanakwang W. The effective of oral health literacy program in novices, phrapariyattidhamma school, tha wang pha district, nan province. AJCPH 2021;7(1):86-97.

19. Vichayanrat T, Sittipasoppon T, Rujiraphan T, Meeprasert N, Kaveepansakol P, Atamasirikun Y. Oral health literacy among mothers of pre-school children. M Dent J 2014;34:243-52.
20. Waencwaen N, Srichantaranit A, Sanasuttipun W. The relationship between health perception, health literacy, and caring behavior of caregivers of children with acyanotic congenital heart disease. NURS SCI J THAIL 2021;39(1):23-37.
21. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005; 83(9):644.
22. Krisdapong S. Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) measure. In: Oral Health-Related Quality of Life. Bangkok: cuprint;2014. p.47-124.
23. Kamphaengphet Provincial Health Office. Management Information System. Kpi monitoring. [online] 2021 May 17; Available from: http:// www.kpo.go.th/ mis.kpo.go.th/mis 2021.
24. HDC dashboard. Kamphaengphet: Kamphaengphet Provincial Health Office [on line] 2021 April 17; Availablefrom:URL:https://www.kpo.go.th/kpt.hdc.moph.go.th/hdc/report.php?source=pop/pox_sex_agemoph.php
25. Bureau of Dental Health. Handbook for oral health survey and risk factors. Pathum Thani: Namo Plus Limited Parnership; 2019.
26. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
27. Phanggian W. Health literacy. In Document for the department of health personnel development workshop. Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2017.
28. Bloom BS. Learning For Mastery, (UCLA-CSEIP) The evaluation comment, 1(2). In Bloom BS, (eds). All our children learning. London: McGraw-Hill;1968.p.1-16.
29. Chatalongkorn S, Johns NP, Chatchaiwiwatana S, Siritapetawee M. Testing psychometric properties of the thai version of the early childhood oral health impact scale (Thai-ECOHIS). In document for hatyai academic conferment 4th. [online] 2021 May 27 [cited] 2013 May 4; Available from:URL:https://www.hu.ac.th/ pdf/book 1/ poster 2.
30. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes 2007;5:6.
31. Randrianarivony J, Ravelomanantsoa JJ, Razanamihaja N. Evaluation of the reliability and validity of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) questionnaire translated into Malagasy. Health Qual Life Outcomes 2020; 18(1): 39.
32. Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a French language version of the early childhood Oral Health impact scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes 2008;6:9.
33. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leao AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the early childhood Oral Health impact scale (B-ECOHIS). BMC Oral Health 2011;11:19.
34. Zaror C, Atala-Acevedo C, Espinoza-Espinoza G, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Martínez-Zapata MJ, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS) in chilean population. Health Qual Life Outcomes 2018; 16:232.
35. Chatalongkorn S, Krisdapong S, Chatchaiwiwatana S. Oral Health Related Quality of Life and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Khon Kaen Dent J 2013;16(1):57-64.
36. Leelataweewud P, Jirarattanasopha V, Ungchusak C, Vejvithee W. Validation of the Thai Version of Early Childhood Oral Health Impact Scale (Th-ECOHIS). BMC Oral Health 2020;1-18.

37. Leelataweewud P, Jirarattanasopha V, Ungchusak C, Vejvithee W. Psychometric evaluation of the Thai version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (Th-ECOHIS): a cross sectional validation study. BMC Oral Health 2021;21(1):64.
38. World Health Oraganization. Oral health surveys basic methods 5th edition 2013. Geneva: World Health Organization;2013.
39. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. J Dent Res 2010;89(12):1395-400.
40. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MMN, Motallebnejad M. Parents' Oral health literacy and its impact on their children's dental health status. Electronic Physician 2016;8(12):3421-25.
41. Baskaradoss JK, AlThunayan MF, Alessa JA, Alobaidy SS, ALwakeel RS, Alshubaiki AH and et al. Relationship between caregivers' oral health literacy and their child's caries experience 2019;36:1-7.
42. Hiu Fong Lai S, Kok Wun Wong M, Hai Ming Wong, Kar Yung Yiu C. Parental oral Health Literacy of children with severe early childhood caries in Hong Kong 2017;18(4):326-31.
43. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. Acta Odontol Scand 2012;70:390-7.

ผู้รับผิดชอบบทความ

พัชรี เรืองงาม
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพรานกระต่าย
อำเภอพรานกระต่าย
จังหวัดกำแพงเพชร 62110
โทรศัพท์ : 083 164 3710
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ : Rueng_ngam@hotmail.com

Caregivers' Oral Health Literacy, Dental Caries and Oral Health-Related Quality of Life Among 1-3-Year-Old Children, Phrankratai District, Kamphaeng Phet Province

*Patcharee R**

Abstract

Childhood caries were the most common and had the greatest impact on the quality of life. The caregivers could improve their children's oral health. The purpose was to assess the caregivers' oral health literacy, dental caries and oral health related-quality of life among 1-3-year-old children, Phrankratai district, Kamphaeng Phet province. Using a cross-sectional analysis and systematic random sampling, 402 parent-child pairs aged 1-3 years were sampled. Data were collected for general information, oral health literacy questionnaires, children's oral health examination and Thai-version of the early childhood oral health impact scale questionnaires. Analysis of descriptive and multinomial logistic regression was applied. 50.4% of caregivers were mother, 94.5% were female, the mean age was 39.6± 14.03, 41% were farmers, and 44.0% had completed secondary school. There were 50.7% boys and 49.3% girls in the child population. The caregivers' oral health literacy scores were moderate (mean=70.50±15.23). 12.7% of children experienced at least one oral health impact, with toothache being the most frequent issue (6.5 %). The multinomial logistic regression showed education level (OR=6.62, 95%CI=3.22-1.36) and relationship to the child (OR=3.07, 95%CI=1.39-6.77) were significant predictors of caregivers' oral health literacy. Dental caries and Oral health-related quality of life in children were not associated to caregivers' oral health literacy.

Keywords: *Oral health literacy/ Dental caries/ Oral health–related quality of life*

Corresponding Auther

Patcharee Rueang-ngam

Dental Department, Phrankratai Hospital,

Amphur Phran Kratai,

Kamphaeng Phet, 62110.

Tel. : +66 83 164 3710

E-mail : Rueng_ngam@hotmail.com

** Dental Department, Phrankratai Hospital, Amphur Phrankratai, Kamphaeng Phet.*