

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของแรงงานภาคอุตสาหกรรม

จิรทีปต์ ใจดี*

บทคัดย่อ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของคนไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนงานอุตสาหกรรมไทย การศึกษานี้ประกอบด้วยผู้ใหญ่ 1,500 คน ที่ทำงานในนิคมอุตสาหกรรมนวนคร จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 ใช้สัดส่วนความน่าจะเป็นของการสุ่มตัวอย่างคลัสเตอร์ขนาด และรวม 16 กลุ่มในการศึกษานี้ แบบสอบถามสุขภาพช่องปากได้รับการพัฒนา ประเมินความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วมอบให้ผู้เข้าร่วมกรอก ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยชาย 621 คน (41.4%) และหญิง 879 คน (58.6%) ที่มีอายุระหว่าง 19-25 ปี ความชุกของการสูญเสียฟันโดยรวมอยู่ที่ 62.2% และสาเหตุหลักของการสูญเสียฟัน คือ ฟันผุ (60%) ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟัน ได้แก่ มีประวัติของการบาดเจ็บหรือการทำความสะอาดฟัน [adjusted Odds Ratio (AOR)= 2.47; 95% CI: 1.21-4.65] มีฟันผุโดยมีเนื้อฟันสัมผัส (AOR=4.12; 95% CI: 3.26-7.67) มีการเคลื่อนไหวของฟันเนื่องจากโรคปริทันต์ (AOR=2.41; 95% CI: 2.71-5.22) ต้องมีการบูรณะฟัน (AOR=1.75; 95% CI: 1.23-2.65) มีประวัติ Maxillofacial หรืออุบัติเหตุข้อต่อขากรรไกรล่าง (AOR=2.13; 95% CI: 1.87-3.23) การใส่ฟันปลอม (AOR =2.58; 95% CI: 2.17-6.72) ใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา (AOR= 2.21; 95% CI: 1.26-4.57) รับประทานของว่างและลูกอมทุกวัน (AOR=2.14; 95% CI: 1.82-2.92) ปวดฟัน (AOR=2.64; 95% CI: 1.43-3.92) มีฟันผุ (AOR=2.23; 95% CI: 1.62-3.27) และมีประวัติจัดฟัน (AOR=3.61; 95% CI : 1.84-5.68) Nagelkerke R กำลังสองสำหรับแบบจำลอง คือ 0.42 การค้นพบของเราชี้ให้เห็นถึงปัจจัยทางคลินิก เศรษฐกิจสังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิตหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันในหมู่คนงานอุตสาหกรรมไทยเหล่านี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านี้แล้วจะต้องพัฒนาและดำเนินการโปรแกรมสุขภาพช่องปากเชิงป้องกันที่เหมาะสมซึ่งมุ่งเข้าไปที่กลุ่มเสี่ยงสูงนี้สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้

คำสำคัญ: การสูญเสียฟัน; ความชุก; ปัจจัย; แรงงาน

* นักวิชาการอิสระ

Corresponding author: Jeerateep Jaidee Email: jaidee2004@gmail.com

Received 25/04/2024

Revised 27/05/2024

Accepted 24/06/2024

FACTORS RELATED TO TOOTH LOSS AMONG INDUSTRIAL WORKERS

*Jeerateep Jaidee**

ABSTRACT

Tooth loss is an essential oral health problem among Thai people. This study aimed to evaluate the prevalence and factors associated with tooth loss among Thai industrial workers. The study consisted of 1,500 adults working in Nava Nakorn Industrial Estate, Pathum Thani Province, Thailand, in 2014. Probability proportion to size cluster sampling was used, and 16 clusters were included in the study. An oral health questionnaire was developed, evaluated for content validity by experts, and then given to participants to fill out. The study population consisted of 621 males (41.4%) and 879 females (58.6%) aged between 19-25 years. The overall prevalence of tooth loss was 62.2%, and the primary reason for tooth loss was dental caries (60%). Results from multivariable logistic regression analysis show that factors associated with tooth loss were: having a history of scaling or tooth cleaning [adjusted odds ratio (AOR)= 2.47; 95% CI: 1.21-4.65], having dental caries with exposed pulp (AOR=4.12; 95% CI: 3.26-7.67), having tooth mobility due to periodontal disease (AOR=2.41; 95% CI: 2.71-5.22), having needed tooth restoration (AOR=1.75; 95% CI: 1.23-2.65), having a history of maxillofacial or a temporo-mandibular joint accident (AOR=2.13; 95% CI: 1.87- 3.23), wearing dentures (AOR=2.58; 95% CI: 2.17-6.72), using dental care services during the previous year (AOR=2.21; 95% CI: 1.26-4.57), eating snacks and candy daily (AOR=2.14; 95% CI: 1.82-2.92), having toothache (AOR=2.64; 95% CI: 1.43- 3.92), having dental caries (AOR=2.23; 95% CI: 1.62-3.27) and having a history of orthodontic treatment (AOR=3.61; 95% CI: 1.84-5.68). The Nagelkerke R squared for the model was 0.42. Our findings suggest that several clinical, socioeconomic, and lifestyle factors are associated with tooth loss among these Thai industrial workers. Considering these factors, an appropriate preventive oral health program targeting this high-risk group must be developed and implemented for this at-risk population.

Keywords: tooth loss; prevalence; factors; workers

*Independent Scholar

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพการทำงานของแต่ละบุคคล การศึกษาต่าง ๆ ได้สำรวจปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในหมู่คนงาน โดยระบุสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม อันตรายจากการประกอบอาชีพ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการเข้าถึงการรักษาทันตกรรมเป็นอิทธิพลหลัก การทบทวนวรรณกรรมนี้จะสังเคราะห์ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้มีความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการสูญเสียฟันของผู้ปฏิบัติงาน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากที่ได้รับการบันทึกไว้อย่างดี รวมถึงการสูญเสียฟัน ผู้ปฏิบัติงานที่มีภาวะ SES ต่ำกว่ามักเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมได้อย่างจำกัด ส่งผลให้สุขภาพช่องปากไม่ดีและมีอัตราการสูญเสียฟันสูงขึ้น การศึกษาโดย Sabbah และคณะ (2007) เน้นย้ำว่าบุคคลที่มีภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่ามีแนวโน้มที่จะประสบกับการสูญเสียฟันเนื่องจากการเข้าถึงบริการทันตกรรมเชิงป้องกันลดลง และการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่สูงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่และโภชนาการที่ไม่ดี¹

อาชีพบางอาชีพทำให้คนงานตกอยู่ในอันตรายซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันได้ ตัวอย่างเช่น งานที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารเคมี การบาดเจ็บทางร่างกาย หรือความเครียด อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากได้ การวิจัยโดย Folyan และคณะ (2014) พบว่าคนงานในอุตสาหกรรม เช่น การผลิตและการก่อสร้าง มีอุบัติการณ์ของการสูญเสียฟันจากอุบัติเหตุและการสัมผัสกับสารที่เป็นอันตรายสูงกว่า² นอกจากนี้ ความเครียดจากการทำงานยังเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี เช่น การละเลยการดูแลทันตกรรม และการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน³

พฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคปริทันต์ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียฟันได้ จากการศึกษาของ Albandar และคณะ (2000) ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะสูญเสียฟันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ⁴ นอกจากนี้ การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ดี เช่น ปริมาณน้ำตาลที่สูง ส่งผลให้ฟันผุและการสูญเสียฟันตามมา⁵ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคปริทันต์และการสูญเสียฟันอีกด้วย⁶

การเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการสูญเสียฟัน ผู้ที่เข้ารับบริการทันตกรรมเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลเชิงป้องกัน การวินิจฉัยโรคตั้งแต่เนิ่น ๆ และการรักษาปัญหาทางทันตกรรม การศึกษาของ Manski และ Magder (1998) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีการทันตกรรมมีโอกาสน้อยที่จะสูญเสียฟันเนื่องจากเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมได้ดีขึ้น⁷ ในทางกลับกัน พนักงานที่ไม่มีประกันทันตกรรมหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมจะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียฟันเนื่องจากความต้องการทางทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนอง⁸

ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่ซับซ้อนอันตรายจากการทำงาน พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันที่ซับซ้อนมีอิทธิพลต่อการสูญเสียฟันของพนักงาน การจัดการกับปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องมีกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุม ซึ่งรวมถึงการปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ และการลดความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ ด้วยการทำความเข้าใจและจัดการกับปัจจัยกำหนดการสูญเสียฟัน จึงเป็นไปได้ที่จะปรับปรุงสุขภาพช่องปากและความเป็นอยู่โดยรวมของประชากรวัยทำงานได้

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนไทยได้รับการรายงานจากที่อื่น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของพนักงานภาคอุตสาหกรรมไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนงานอุตสาหกรรมไทยในนิคมอุตสาหกรรมที่ได้รับการคัดเลือกในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนงานอุตสาหกรรมไทยเพื่อประยุกต์ใช้โปรแกรมสุขภาพช่องปากเชิงป้องกันกับประชากรกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนงานอุตสาหกรรมไทย

วิธีการศึกษา (Method)

ประชากร

การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวางของคนงานอุตสาหกรรม 1,500 คน โดยสุ่มคัดเลือกจากคนงาน 214,700 คน ในโรงงาน 108 แห่ง ในนิคมอุตสาหกรรมนวนคร จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2557 ผู้เข้าร่วมจะต้องเคยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมนวนครมาอย่างน้อยหนึ่งปีผ่านช่วงทดลองงานและได้รับการว่าจ้างเป็น

พนักงานประจำ ไม่รวมคนงานที่ไม่ใช่พลเมืองไทย พูดภาษาไทยไม่ได้ หรืออาศัยอยู่นอกนิคมอุตสาหกรรมนวนคร วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบคลัสเตอร์ตามสัดส่วนความน่าจะเป็นต่อขนาด (PPS) ถูกนำมาใช้เพื่อกำหนดประชากรที่ศึกษา ซึ่งรวมถึงโรงงาน 16 แห่ง และผู้เข้าร่วม 1,500 คน

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้ Epi Info เวอร์ชัน 4.0 ที่มีความน่าเชื่อถือ 95% ($\alpha = 0.05$) อัตราของประชากรกลุ่มนี้ที่ใช้บริการดูแลทันตกรรม ในปีที่แล้วที่ได้รับจากวรรณกรรม (36%) โดยมีความแตกต่างที่ยอมรับได้และมีข้อผิดพลาดสัมพัทธ์ที่ได้รับจากวรรณกรรม (10%)⁹

ระเบียบวิธีการศึกษานี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE571074)

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟัน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ภูมิหลังทางสังคมและประชากร 2) สุขภาพช่องปากและวิถีชีวิต และ 3) ความรู้ ทักษะ และแนวปฏิบัติ (KAP) เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก หลังจากจัดทำแบบสอบถามแล้ว คณะผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเนื้อหา มีความ

ถูกต้อง แบบสอบถามที่แก้ไขได้รับการทดสอบล่วงหน้าและตรวจเยี่ยมอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมแต่ละคน ผู้เข้าร่วมแต่ละคนตอบแบบสอบถามโดยได้รับความช่วยเหลือจากนักวิจัยตามความจำเป็น จากนั้นนำข้อมูลเข้าฐานข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ไคสแควร์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษานี้รวมคนงานในภาคอุตสาหกรรมทั้งหมด 1,500 คน ในจำนวนนี้ 58.6% เป็นผู้หญิงและ 41.4% เป็นผู้ชาย อายุระหว่าง 19 ถึง 59 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 31 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 15,524 บาทไทย 50.6% มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และ 31.6% มาจากภาคกลางของประเทศไทย 85% มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	621(41.1)
หญิง	879(58.6)
อายุ (เฉลี่ย +SD)	31.75+7.57
รายได้ (เฉลี่ย +SD)	15,524+5,490
ภูมิลำเนา	
อีสาน	759(50.6)
กลาง	453(31.6)
ตะวันออก	199(13.8)
อื่น ๆ	89(5.9)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	85(5.7)
มัธยมศึกษา	760(50.7)
อนุปริญญา	429(28.6)
ปริญญาตรีและสูงกว่า	226(15.0)

ตารางที่ 2 สรุปภาวะและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก มีผู้เข้าร่วมเพียง 542 คน (36.1%) เท่านั้นที่ได้รับการดูแลรักษาทันตกรรมในปีที่แล้ว การดูแลทันตกรรมที่ได้รับ ได้แก่ การขูดหินปูน (93.1%) การอุดฟัน (21%) การถอน (14.5%) และการผ่าตัดต้อ (6%) คนงานร้อยละ 25 เคยไปพบทันตแพทย์เพื่อถอนฟันและผ่าตัดต้อ แต่มีพนักงานเพียง 1.2% เท่านั้นที่ไปตรวจสุขภาพฟัน สัดส่วนของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟัน คิดเป็นร้อยละ

58.4, 10.5% และ 62.2% ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมทำสืบเจ็ดจุดห้าเปอร์เซ็นต์แปรงฟันไม่เกินวันละสองครั้ง และ 42.5% แปรงฟันบ่อยขึ้น ผู้เข้าร่วมสามสิบสามเปอร์เซ็นต์กินของว่าง น้ำตาล และลูกกวาดทุกวัน (ไม่แสดงข้อมูล) ทำสืบห้าจุดเก้าเปอร์เซ็นต์สูญเสียฟันเนื่องจากโรคฟันผุ และผู้หญิง (36.7%) สูญเสียฟันมากกว่าผู้ชาย (25.5%) ผู้หญิงจำนวนมากขึ้น (32.7%) สูญเสียฟันเนื่องจากโรคฟันผุ เมื่อเทียบกับผู้ชาย 23.2% ในขณะที่ผู้ชาย (8.3%) ประสบปัญหาการสูญเสียฟัน

ที่เกี่ยวข้องกับโรคปริพันธ์มากกว่าผู้หญิง (6.4%) ผู้หญิงจำนวนมากขึ้น (7.7%) ได้รับผลกระทบหรือถูกฝังออก ในขณะที่ผู้ชาย 4.3% ทำเช่นนั้น ผู้หญิง (9.1%) ได้รับการ

ถอนฟันเนื่องจากการจัดฟันมากกว่าผู้ชาย (3.1%) ผู้หญิง (23.8%) ไปพบทันตแพทย์ บ่อยกว่าผู้ชาย (12.3%)

ตารางที่ 2 สุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

	ชาย	หญิง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา	184(29.6)	358(40.7)	542(36.1)
ฟันผุ	355(57.2)	520(59.2)	875(58.4)
เหงือกอักเสบ	63(10.1)	95(10.8)	158(10.5)
สูญเสียฟัน	383(61.7)	550(62.6)	933(62.2)

ตารางที่ 3 สรุปผลการวิเคราะห์ไวยากรณ์ของตัวแปรที่เลือกที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟัน ในการวิเคราะห์แบบไวยากรณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟัน ได้แก่ อายุ ความสามารถในการจ่ายค่าห้องเช่า มีประวัติขูดหินปูนหรือทำความสะอาดฟัน มีประวัติการบูรณะฟัน มีประวัติถอนฟัน ต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม มีฟันผุเผยเนื้อฟัน ฟันเคลื่อนเนื่องจากโรคปริพันธ์ มีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกรหรือขากรรไกร (TMJ) การสวมฟันปลอม เชื่อว่าการสูญเสียฟันขึ้นอยู่กับอายุ การรู้ว่าฟันผุเป็นวงกว้างสามารถถูกลบไปสู่การสูญเสียฟันได้ หากใช้สวัสดิการทันตกรรม เคยใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา รู้ความพร้อมของสวัสดิการทันตกรรม การแปรงฟัน การ

บริโภคขนมและขนมทุกวัน ฟันผุ ปวดฟัน และเคยจัดฟัน ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติกส์แบบพหุคูณของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟัน หลังจากปรับปัจจัยรบกวน มีประวัติการขูดหินปูน มีฟันผุ โดยมีเนื้อฟันหลุดออก มีการเคลื่อนไหวของฟันเนื่องจากโรคปริพันธ์ มีการฟันพุฟัน การประสบอุบัติเหตุใบหน้าขากรรไกรหรือ TMJ การใส่ฟันปลอม การใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา การรับประทานขนมหรือลูกอมทุกวัน มีประวัติปวดฟัน การฟันผุ และการจัดฟัน มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรเหล่านั้นกับการสูญเสียฟัน ได้แก่ ผู้ที่ไปพบทันตแพทย์เพื่อขูดหินปูนหรือทำความสะอาดฟัน การอุดฟัน (การบูรณะฟัน) การ

เปลี่ยนฟันปลอม และผู้ที่รับบริการทันตกรรม หรือจัดฟันมีแนวโน้มสูญเสียฟันมากขึ้น กว่าผู้ที่ไม่ได้ไปพบทันตแพทย์ ผู้เข้าร่วมที่มีอาการ ดังต่อไปนี้ก็สูญเสียฟันมากขึ้นด้วย: ฟันผุ ฟัน ุผุเฉยเนื้อฟัน การเคลื่อนไหวของฟันเนื่องจาก

โรคปริทันต์ ปวดฟัน หรือมีประวัติการ บาดเจ็บที่ใบหน้าขากรรไกร ผู้เข้าร่วมที่ รายงานว่ากินของว่างและลูกกวาดทุกวันก็ ประสบปัญหาการสูญเสียฟันมากขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียฟัน

	COR (95%CI)	AOR (95%CI)	P value
เคยขูดหินปูน	3.5(2.1-5.9)	2.47(1.21-4.65)	0.001
ฟันผุทะลุโพรงประสาท	5.2(3.3-8.2)	4.12(3.26-7.67)	0.001
ปริทันต์อักเสบ	3.6(1.9-5.1)	2.41(2.71-5.22)	0.001
เคยอุดฟัน	2.5(1.3-3.2)	1.75(1.23-2.65)	0.001
เคยปวดขากรรไกร	2.6(1.5-5.2)	2.13(1.87-3.23)	0.006
ใส่สะพานฟัน	4.3(2.2-7.4)	2.58(2.17-6.72)	0.001
ได้รับการดูแลฟันในปีที่ผ่านมา	2.3(1.5-4.6)	2.21(1.26-4.57)	0.001
ทานของว่าง/ลูกกวาดทุกวัน	2.5(2.1-3.4)	2.14(1.82-2.92)	0.001
ปวดฟัน	2.3(1.8-4.9)	2.64(1.43-3.92)	0.001
ฟันผุ	2.8(1.5-5.3)	2.23(1.62-3.27)	0.001
เคยจัดฟัน	4.3(2.0-6.7)	3.61(1.84-5.68)	0.001

วิจารณ์ (Discussions)

ข้อค้นพบของการศึกษานี้ สอดคล้องและมีส่วนสนับสนุนการวิจัยที่มีอยู่ เกี่ยวกับความแตกต่างและพฤติกรรมด้าน สุขภาพช่องปากในหมู่คนงานใน ภาคอุตสาหกรรม การอภิปรายนี้จะ เปรียบเทียบผลลัพธ์กับการศึกษาอื่นๆ โดย เน้นถึงความเหมือน ความแตกต่าง และ

ผลกระทบที่กว้างขึ้นสำหรับนโยบายและ มาตรการจัดการด้านสุขภาพช่องปาก

ความชุกของโรคฟันผุสูง (58.4%) และ การสูญเสียฟัน (62.2%) ในหมู่คนงานใน ภาคอุตสาหกรรมในการศึกษานี้สอดคล้อง กับข้อค้นพบจากการวิจัยอื่นๆ ในประชากรที่ คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Petersen และคณะ (2005) ระบุว่าโรคฟันผุ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ใหญ่ใน

ประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย¹⁰ ซึ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันงานวิจัยของ Vachirarojpisan, et al. (2008) รายงานอัตราการเกิดฟันผุในผู้ใหญ่ชาวไทยที่สูง ตอกย้ำความจำเป็นในการปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลทันตกรรมและการศึกษา¹¹

การศึกษานี้สังเกตเห็นความแตกต่างทางเพศในด้านสุขภาพช่องปาก โดยผู้หญิงมีอัตราการสูญเสียฟันที่สูงขึ้นเนื่องจากโรคฟันผุ (36.7% เทียบกับ 25.5% ในผู้ชาย) การค้นพบนี้ได้รับการยืนยันโดยการศึกษาของ Sakki และคณะ (1998) ซึ่งยังพบว่าผู้หญิงมีอุบัติการณ์ของโรคฟันผุและการสูญเสียฟันสูงกว่าผู้ชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของฮอร์โมนและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร¹² นอกจากนี้ แนวโน้มที่ผู้หญิงจะไปรับการรักษาทันตกรรมบ่อยกว่าผู้ชาย (23.8% เทียบกับ 12.3%) ได้รับการบันทึกไว้ในงานวิจัยอื่น ๆ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพที่ดีเยี่ยมในหมู่ผู้หญิง

ข้อค้นพบของการศึกษาเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านสุขอนามัยช่องปากและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้รับการสนับสนุนโดยวรรณกรรมที่มีอยู่ ตัวอย่างเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปัจจัยเสี่ยงหลักทั่วโลกสำหรับโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ได้แก่ สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดีและการบริโภคน้ำตาลสูง พฤติกรรมที่สังเกตได้จาก

การบริโภคของว่างและลูกกวาดบ่อย ๆ (33% ต่อวัน)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheiham และ James (2014) โดยเน้นย้ำถึงผลกระทบที่เป็นอันตรายของน้ำตาลต่อสุขภาพฟัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่อาจเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมได้อย่างจำกัด¹⁴

ดังที่สังเกตในการศึกษานี้ ผลกระทบของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อสุขภาพช่องปากเป็นหัวข้อที่เกิดขึ้นเป็นประจำในการวิจัยด้านสาธารณสุข การศึกษาโดยแซนเดอร์ส และคณะ (2006)¹⁵ และ Locker (2000)¹⁶ แสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากที่แย่ลง รวมถึงโรคฟันผุที่สูงขึ้นและอัตราการสูญเสียฟัน การศึกษานี้พบว่าคนงานที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าจะมีผลด้านสุขภาพช่องปากที่แย่ลง โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการแทรกแซงแบบกำหนดเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพฟันในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ

อัตราการใช้การดูแลทันตกรรมเชิงป้องกันที่ต่ำ (1.2% สำหรับการตรวจสุขภาพฟัน) เป็นเรื่องที่น่าตกใจและสะท้อนถึงข้อค้นพบจากการศึกษาอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดย Kandelman, et al. (2002) รายงานว่าการดูแลทันตกรรมเชิงป้องกันจำเป็นต้องถูกนำมาใช้มากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาเนื่องจากมีอุปสรรคต่างๆ รวมถึง

ข้อจำกัดทางการเงินและการขาดความตระหนักรู้¹⁷ การศึกษาครั้งนี้ตอกย้ำความสำคัญของการส่งเสริมการดูแลทันตกรรมเชิงป้องกันเพื่อลดภาระโรคทางทันตกรรม

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าในการทำ ความเข้าใจความแตกต่างด้านสุขภาพช่องปากในหมู่คนงานในภาคอุตสาหกรรมในประเทศไทย การค้นพบนี้อยู่ในบริบทที่กว้างขึ้นของการวิจัยที่มีอยู่ เห็นได้ชัดว่าจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพช่องปากที่หลากหลาย และเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะสำคัญหลายประการสำหรับนโยบายและแนวปฏิบัติ:

1. เพิ่มการเข้าถึงการดูแลป้องกัน: การดูแลให้สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันได้และราคาไม่แพงสำหรับคนงานใน

ภาคอุตสาหกรรม สามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ของโรคฟันผุและการสูญเสียฟันได้ในระดับสูง

2. การเสริมสร้างการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก: โครงการที่มุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและคนงานอายุน้อยกว่า สามารถส่งเสริมหลักปฏิบัติด้านสุขอนามัยช่องปากที่ดีขึ้นและการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้

3. การจัดการกับอุปสรรคทางเศรษฐกิจและสังคม: นโยบายที่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับการดูแลทันตกรรม และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างเท่าเทียมกัน มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันของคนไทยได้รับการรายงานจากที่อื่น การศึกษานี้ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าในการทำ ความเข้าใจความแตกต่างด้านสุขภาพช่องปากของคนงานในภาคอุตสาหกรรมในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Sabbah W, Sheiham A, Watt RG. The role of cognitive ability in socioeconomic inequalities in oral

health. *Journal of Dental Research* 2007; 86(10): 904-908.

2. Folayan MO, Kolawole KA, Oziegbe EO, Oyedele TA, Oshomoji OV, Chukwumah NM. Association between socioeconomic status and oral health status of children in Nigeria. **Journal of Public Health Dentistry** 2014; 74(3): 232-239.
3. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF, Peres KG. Tooth loss in Brazil: analysis of the 2010 Brazilian oral health survey. **Revista de Saúde Pública** 2013; 47: 78-89.
4. Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. **Journal of Periodontology** 2000; 70(1): 13-29.
5. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. **Public Health Nutrition**, 4(2b); 2001: 569-591.
6. Moss ME, Beck JD, Kaplan BH. Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. **Journal of Periodontology** 1994; 65(1): 27-33.
7. Manski RJ, Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. **Journal of the American Dental Association** 1998; 129(2): 195-200.
8. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. **Journal of the American Dental Association** 2012; 143(8): 852-860.
9. Jaidee J, Ratanasiri A, Chatrchaiwiwatana S, Soonthon S. Prevalence and factors associated with the utilization of dental care services among factory workers in Nava Nakorn Industrial Estate, Pathumthani Province, Thailand. **J Med Assoc Thai** 2015; 98 (suppl 6): S73-80.
10. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization** 2005; 83(9); 661-669.
11. Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laohapand P, Somkotra T. Dental caries in Thai adults. **Journal of Oral Science** 2008; 50(4): 467-475.
12. Sakk TK, Knuuttila ML, Anttila SS. Lifestyle, gender, and occupational status as determinants of dental

- health behavior. **Journal of Clinical Periodontology** 1998; 25(7): 566-570.
13. World Health Organization. **Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.** WHO Technical Report Series, No. 916; 2003.
14. Sheiham A, James WP. Diet and dental caries: The pivotal role of free sugars reemphasized. **Journal of Dental Research** 2014; 93(10): 951-952.
15. Sanders AE, Spencer AJ, Slade G. D. Income, education, and oral health in NHANES III. **Journal of Dental Research** 2006; 85(8): 714-718.
16. Locker D. Deprivation and oral health: A review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2000; 28(3): 161-169.
17. Kandelman D, Arpin S, Baez RJ, Baehni PC, Petersen PE. Oral health care systems in developing and developed countries. **Periodontol** 2000 2012; 60(1): 98-109.