

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์  
กลุ่มอายุ 18 – 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก



รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารายวิชาการวิจัยทางสุขภาพ (551461)

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2552

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การหาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 – 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
<b>ผู้ศึกษาค้นคว้า</b>	ชูเกียรติ ปิจิตร, น้ำค้าง คงรอด, พรพรรณ นุญเตาอิฐ, สมพร น้อยสุขชะ, สายฝน พิลาศจิตร
<b>ที่ปรึกษา</b>	อาจารย์ ฤดีรัตน์ มหานุญปิติ
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	รายงานการศึกษารายวิชาการวิจัยทางสุขภาพ (551461) มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective or case - control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 – 35 ปี และน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 - 35 ปี ที่มีการฝากครรภ์ในเขตอำเภอ นครไทย และคลอดบุตรในปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 412 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอดของห้องคลอด และจากแบบบันทึกการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย โดยการสร้างแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เรื่องแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA ในการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการหาอัตราเสี่ยง (Odds ratio) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัยพบว่า การเป็นโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 18-35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0014) โดยที่การเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18-35 ปี มีความเสี่ยงต่อการที่ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18-35 ปี ที่ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบถึง 7.35 เท่า (OR = 7.53, 95 % CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
วันลงทะเบียน... 27 ส.ค. 2553  
หมายเลข bib... 6.2789619  
หมายเลข item... 1.5143408  
เลขเรียกหนังสือ... WA90.5

ค181

2552

## ประกาศคุณูปการ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จสมบูรณ์ได้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.นิทรา กิจธีรวุฒิมังษ์ และอาจารย์อรรณพ แซ่ตัน ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สมบูรณ์ และมีคุณค่า

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน

ชูเกียรติ

น้ำค้าง

พรพรรณ

สมพร

สายฝน

ปิจิตร

คงรอด

บุญเตาอิฐ

น้อยสุชชะ

พิลาศจิตร

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	4
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของงานวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์.....	8
ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์.....	11
หญิงตั้งครรภ์กับโรคเหงือกอักเสบ.....	16
โรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	22
การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ แบบการศึกษาย้อนหลัง.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

## สารบัญ (ต่อ)

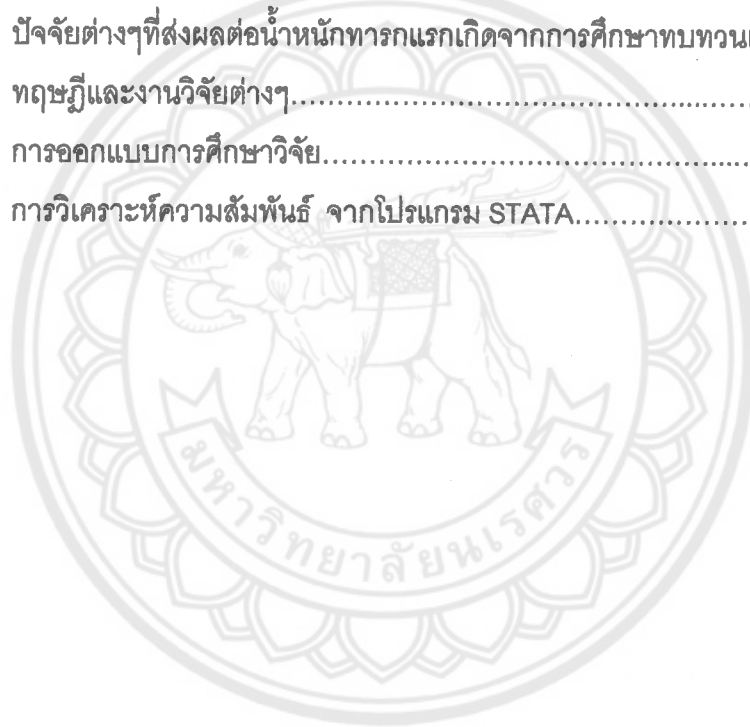
บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด.....	45
ส่วนที่ 2 การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์.....	48
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม.....	49
5 บทสรุป.....	52
สรุปผลการวิจัย.....	52
อภิปรายผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	58
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก.....	61
ประวัติผู้วิจัย.....	66

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2548 - 2552 จังหวัดพิษณุโลก (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 7).....	3
2 แสดงข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการศึกษาออนไลน์.....	34
3 แสดงจำนวนกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาโดยแยกตามรายตำบล.....	41
4 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกเขตตามตำบล.....	45
5 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลำดับที่การตั้งครรภ์.....	46
6 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	47
7 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการได้รับทันตสุขภาพ/ สถานควบคุมครรภ์.....	48
7 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมินการแปรผัน	48
7 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกรณีโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ.....	50

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 สมดุลของผู้ป่วย เชื้อจุลินทรีย์และสิ่งแวดล้อมในยามปกติ.....	18
3 การแบ่งชนิดของการศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามลำดับเวลา.....	32
4 การออกแบบการศึกษาเชิงพรรณนา.....	33
5 ปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ.....	38
6 การออกแบบการศึกษาวิจัย.....	39
7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากโปรแกรม STATA.....	65





## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

หญิงตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษรวมทั้งด้านสุขภาพช่องปาก เพราะมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบรุนแรงกว่าช่วงเวลาอื่นๆ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย (Muramatsu Y and Takaesu Y, 1994) ภาวะการเป็นโรคเหงือกอักเสบหรือการอักเสบใดๆ ที่เกิดขึ้นในช่องปาก นอกจากส่งผลต่อสุขภาพช่องปากโดยตรงแล้วยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการตั้งครรภ์ การคลอดและส่งผลต่อน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดได้

ปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลต่อน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด มาจากหลายปัจจัย เช่น ขณะตั้งครรภ์มารดามีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อายุครรภ์ น้ำหนักมารดา ก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานยาบางประเภท สภาพเศรษฐกิจ มีโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคเหงือกอักเสบ ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งได้ด้วย (WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Systemic and Oral Health, Adverse Pregnancy Outcomes and periodontal Diseases. <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/systpreterm.html>) มีรายงาน ว่าปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงปี 2540 ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจนและตกงาน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2547) และรายงานในการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกคลอดน้อย สูงกว่ามารดาวัยเจริญพันธุ์ (สำเร็จ ไตรติลานันท์, 2550)

โรคเหงือกอักเสบเป็นปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วไปเป็นโรคเหงือกอักเสบ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ของจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2552 โดยกองทันตสาธารณสุขพบว่า หญิงวัยทำงาน (อายุ 19 - 59 ปี) จำนวน 634 ราย เป็นโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 93.67 (กองทันตสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์มักเป็นโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ บางราย อาจมีอาการรุนแรงจนกระทั่งเหงือกมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อโตขึ้นมาก (Pregnancy Tumor) มีเลือดออกง่าย และจะเจ็บก็ต่อเมื่อก้อนเนื้อใหญ่ขึ้นจนเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยว (การตั้งครรภ์ กับโรคเหงือกอักเสบ, <http://www.thaiparents.com/periodontal.html>)

โรคเหงือกอักเสบหมายถึงโรคที่มีการอักเสบของเหงือก การอักเสบของเนื้อเยื่อที่รองรับฟันให้ติดกับกระดูกขากรรไกรและกระดูกหุ้มรากฟัน โดยสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบเกิดจากคราบแบคทีเรียที่ติดอยู่กับแผ่นคราบฟัน (Dental plaque) ที่อยู่รอบๆ ตัวฟันมีการปล่อยสารพิษและกระตุ้นให้ร่างกายมีการปล่อย สารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบส่งผลให้เกิดการอักเสบของเหงือก เหงือกบวมแดง และยังทำให้เนื้อเยื่อที่รองรับฟันให้ติดแน่นกับกระดูกขากรรไกรฉีกขาด เกิดจากหินปูนหรือหินน้ำลาย ตะกอนของแคลเซียมและฟอสฟอรัสในน้ำลายร่วมกับแผ่นคราบจุลินทรีย์จะค่อยเปลี่ยนจากสภาพนี้มาเป็นแข็ง และบาดเหงือก ทำให้เหงือกเกิดการอักเสบรุนแรง เยื่อยึดรากฟันอาจถูกทำลาย หรือถ้าอาการอักเสบลุกลามไปถึงกระดูกมีการละลายของกระดูกเรียกว่าโรคปริทันต์อักเสบ อาการที่พบ ได้แก่ เหงือกบวม แดงซ้ำ เหงือกกร่น ถ้ากระดูกละลายมากอาจพบฟันโยกได้ (ดร.ชูลีรัตน์ บรรจงลิขิตกุล, 2544)

จากการศึกษาของ Offenbacher และคณะ (1996) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด (คลอดก่อน 37 สัปดาห์) หรือมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยจะเป็นโรคเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบมากกว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกปกติ 7 เท่า (Offenbacher S และคณะ J Periodontol, 1996)

การศึกษาของ Marin C (2005) ได้ศึกษาสภาวะโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ 152 ราย โดยการวัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ การมีเลือดออกและการสูญเสียการยึดเกาะของเนื้อเยื่อปริทันต์ พบว่าคุณแม่ที่มีเหงือกแข็งแรงจะให้กำเนิดเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากที่สุด รองลงมาคือคุณแม่ที่มีเหงือกอักเสบเล็กน้อยและมีเหงือกอักเสบมากตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) และยังพบว่าโรคเหงือกอักเสบจะพบในคุณแม่ที่ลูกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มากกว่าคุณแม่ที่มีลูกน้ำหนักตัวปกติ (Marin C, Segura – Egea JJ, Bullon P. Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status, 2005)

ในปี 2007 Le HTT และคณะ ศึกษาย้อนหลังในสตรีชาวเวียดนามที่ไม่ดื่มเหล้าและไม่สูบบุหรี่ พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด ( $OR = 4.47$   $95\%CI = 2.43 - 8.20$ ) (Le, H.T.T., Jareinpituk S, Kaewkungwal J, Pitiphat W., 2007)

การศึกษาในประเทศไทย ในปี 2541 Dasanayake ศึกษาในหญิงที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบปกติ มีโอกาสคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าผู้ที่มีเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = 0.3$  ;  $95\%CI 0.75 - 0.98$ ) (Dasanayake AP.,1998) ในปี 2550 ไพรัช ตั้งยิ่งยง รายงาน

พบความสัมพันธ์ของโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี มีความเสี่ยงต่อเด็กมี น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมถึง 3 เท่า ความสัมพันธ์นี้จะพบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ไพรัช ตั้งยิ่งยง, มัณฑนา ขววรรณกุล., 2550)

ซึ่งทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึงทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยตั้งเป้าหมายให้ทารกเกิดมีชีพ ที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 อย่างไรก็ตาม จากรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2552 พบว่าประเทศไทยยังมีทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.6 และจังหวัดพิษณุโลก พบว่า เด็กทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 11.42 ในขณะที่ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อยู่ที่ร้อยละ 8.73 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก จังหวัดพิษณุโลก, 2552)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2548 - 2552 จังหวัดพิษณุโลก (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 7)

สถานบริการ	ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.พุทธชินราช	468	12.62	510	13.23	647	15.85	477	12.12	609	15.37
รพ.นครไทย	58	9.18	53	8.98	60	10.31	45	8.08	57	8.73
รพ.ชาติตระการ	31	7.51	43	10.64	34	9.29	25	7.44	32	9.91
รพ.บางระกำ	17	4.22	25	7.08	23	7.40	22	7.61	31	9.57
รพ.บางกระพุ่ม	14	9.46	9	6.72	10	6.41	6	4.58	8	6.36
รพ.พรหมพิราม	13	4.11	14	5.22	19	7.25	11	5.02	12	5.11
รพ.วัดโบสถ์	26	10.12	23	9.62	24	9.34	20	8.89	18	8.87
รพ.วังทอง	49	9.28	49	11.58	42	8.38	36	7.98	35	7.99
รพ.เนินมะปราง	15	5.08	28	9.49	26	8.15	27	8.21	20	5.50
รพ.ค่ายฯ	142	6.68	160	8.14	5	5.38	4	3.51	10	7.04
รพ.เอกชน					121	7.20	123	7.24	120	7.22
รพ.ม.นเรศวร	-	-	-	-	-	-	-	-	36	14.29
รวม	833	9.44	1,878	10.72	1,011	11.83	796	9.61	988	11.42

ที่มา : ฝ่ายแผนและพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

จากตารางการรายงานร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2548 – 2552 จังหวัดพิษณุโลก พบว่าอำเภอนครไทยหรือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย มีสถิติทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เกินเกณฑ์ที่กำหนดเรื่อยมาตั้งแต่ ปี 2548 และพบว่า อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ยังไม่มีการศึกษาด้านโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ผู้ทำการวิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เพื่อนำมาพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ของอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกต่อไป

### **ปัญหาการวิจัย**

โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ของ อำเภอนครไทย มีผลต่อน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือไม่

### **จุดมุ่งหมายของการศึกษา**

1. เพื่อศึกษาโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 – 35 ปี และน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

### **สมมติฐานของการวิจัย**

โรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

### **ขอบเขตของงานวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคและปัจจัยต่าง ๆ แบบย้อนหลัง (Retrospective or case - control study) ซึ่งเป็นการศึกษาที่เริ่มจากผลไปหาสาเหตุ โดยการเลือกกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ลักษณะหรือผลที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยมีความสนใจที่ศึกษาเกี่ยวกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth

weight) โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight) กับโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18–35 ปี เขตอำเภอ นครไทย ที่มีการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย ทั้งหมด 11 ตำบล ได้แก่ ตำบล นครไทย ตำบลบ้านแยง ตำบลหนองกะท้าว ตำบลบ้านพร้าว ตำบลเนินเพิ่ม ตำบลห้วยเฮี้ย ตำบลบ่อโพธิ์ ตำบลยางโกลน ตำบลนาบัว ตำบลนครชุม และตำบลน้ำกุ่ม และ มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย ในปีงบประมาณ 2552 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552)

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ
  - 1.1 ทารกแรกเกิดที่คลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย ในปีงบประมาณ 2552 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552)
  - 1.2 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 18–35 ปี และมีการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย
  - 1.3 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ไม่ตั้งครรภ์แฝด
2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ
  - 2.1 ทารกแรกเกิดที่คลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย ที่คลอดก่อนหรือหลังปีงบประมาณ 2552
  - 2.2 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี
  - 2.3 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้มีการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย
  - 2.4 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์สูบบุหรี่ มีประวัติโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

- |           |   |
|-----------|---|
| ตัวแปรต้น | โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี |
| ตัวแปรตาม | น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม               |

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลการวิจัยมาวางแผนและดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันทางด้านทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ในเขต อำเภอ นครไทย
2. เพื่อนำข้อมูลการวิจัยมาขยายผล วางแผนและดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันทางด้านทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ในระดับ จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ที่ต้องการนำข้อมูลการวิจัยมาศึกษา ขยายผลต่อไป ในระดับ จังหวัด ระดับประเทศต่อไป

### นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ตรงกัน ผู้วิจัยได้ให้นิยามความหมาย ของคำต่างๆ ไว้ดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย

ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight หรือ LBW) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่คลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในปีงบประมาณ 2552 (1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ซึ่งขณะมารดาตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

อำเภอ นครไทย หมายถึง เขตปกครองของอำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 11 ตำบล ได้แก่ ตำบลนครไทย ตำบลบ้านแยง ตำบลหนองกะท้าว ตำบลบ้านพร้าว ตำบลเนินเพิ่ม ตำบลห้วยเสี้ย ตำบลบ่อโพธิ์ ตำบลยางโกลน ตำบลนาบัว ตำบลนครชุม และตำบลน้ำกุ่ม

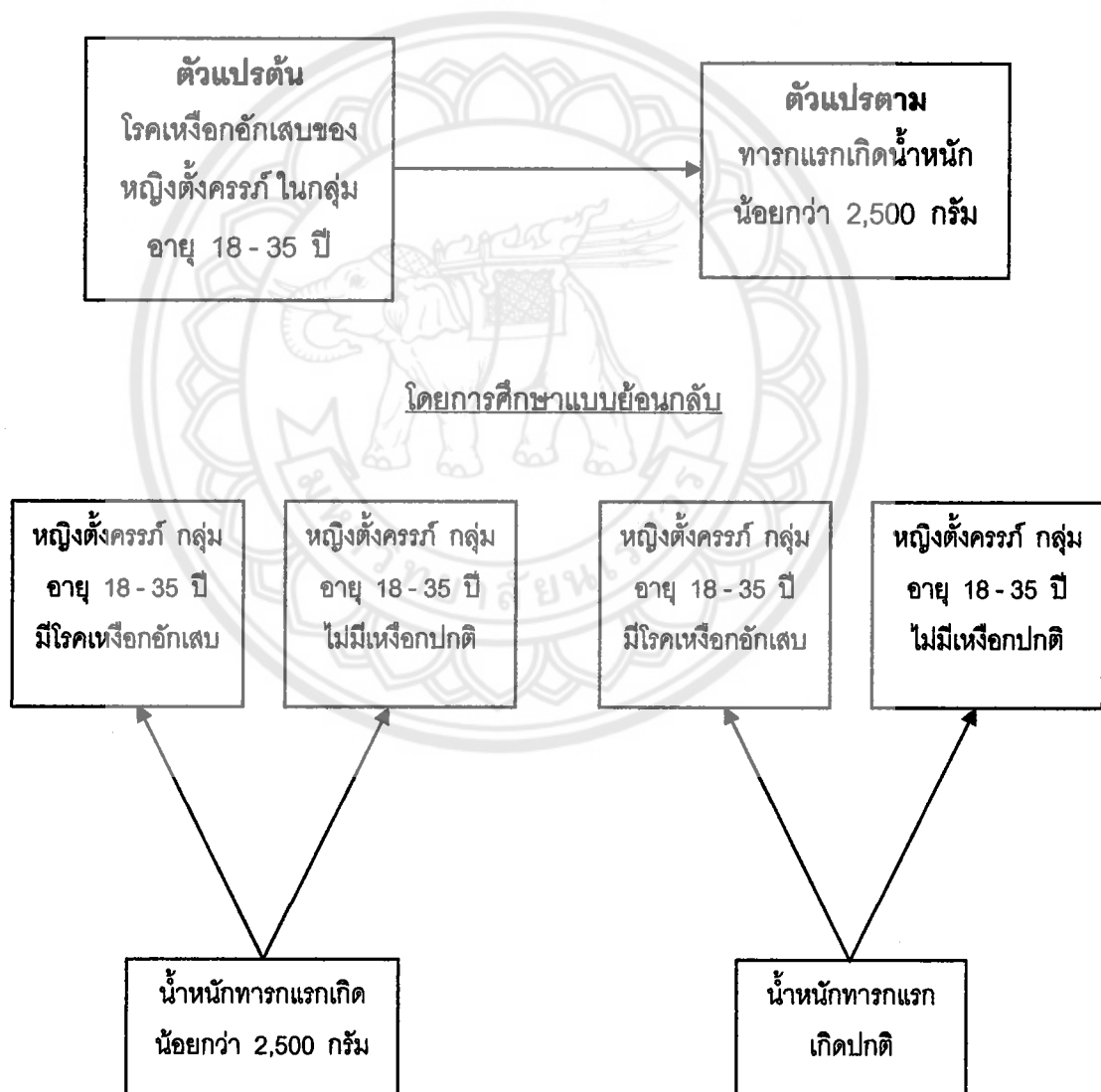
การตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เพื่อตรวจและแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ทันตศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งมีการประเมินการแปร่งฟันในหญิงตั้งครรภ์ด้วย

โรคเหงือกอักเสบ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีการตรวจสุขภาพช่องปาก พบการเกิดการอักเสบของเหงือก เหงือกบวมแดง ข้ำ มีเลือดออกตามไรฟันขณะแปรงฟัน มีภาวะเหงือกอักเสบ มีหินปูนครอบคลุมตัวฟัน จนถึงมีฟันโยก

แบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด หมายถึง แบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งแบ่งแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเป็น 2 เล่ม ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากในเขตตำบลนครไทยและแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากนอกเขตตำบลนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ผู้ทำการศึกษาได้ทำการศึกษาและค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์
3. หญิงตั้งครรภ์กับโรคเหงือกอักเสบ
4. โรคเหงือกอักเสบ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
6. การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ แบบการศึกษาย้อนหลัง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

##### 1.1 ความเป็นมาและคำจำกัดความ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำ เป็นภาวะที่ผู้สนใจมามากกว่า 100 ปี เพราะพบว่าทารกเหล่านี้มีอัตราการตายและเจ็บป่วยสูง ซึ่งกุมารแพทย์ได้รายงานปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากทารกน้ำหนักต่ำไว้มากมาย ในระยะแรกยังไม่มีการตกลงกันว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักเท่าใดจึงถือว่าผิดปกติ บางท่านใช้น้ำหนัก 2500 กรัม บางท่านใช้ 2000 กรัม เป็นต้น แต่ก็เป็นที่เข้าใจกันว่าทารกเหล่านี้เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด (prematurity and immaturity) จนมีการประชุมใหญ่ขององค์การอนามัยโลกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2491 ได้ตกลงกันว่าจะใช้น้ำหนักทารกแรกเกิดเท่ากับหรือน้อยกว่า 2500 กรัมเป็นมาตรฐานแสดงภาวะคลอดก่อนกำหนด

ภายหลังจากนั้นมีการศึกษากว้างขวาง แต่ก็เป็นเวลากว่า 10 ปี จึงได้เป็นที่เข้าใจกันว่า การใช้น้ำหนัก 2500 กรัมเป็นเกณฑ์ เพื่อให้หมายถึงทารกคลอดไม่ครบกำหนดนั้นยังไม่ถูกต้อง เพราะยังมีทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดจำนวนไม่น้อยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ดังนั้นในการประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญทางอนามัยแม่และเด็กขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2504 จึงแนะนำให้เปลี่ยนคำจำกัดความใหม่ว่า ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนัก 2500 กรัมหรือน้อย



กว่า ให้เรียกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำ ส่วนภาวะคลอดก่อนกำหนด (prematurity) ให้หมายถึง ภาวะที่ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา อย่างไรก็ตาม ในการประชุมใหญ่องค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2519 ได้เปลี่ยนจากคำจำกัดความ ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำใหม่ว่า หมายถึงทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (low birth weight) หมายถึง น้ำหนักแรกคลอดของทารกที่น้อยกว่า 2500 กรัม ซึ่งรวมทั้งทารกที่คลอดก่อนกำหนดคือ มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และทารกคลอดครบกำหนด คือมีอายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2536 : 13)

น้ำหนักทารกแรกเกิด เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโต และการมีชีวิตรอดของทารก ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอัตราการอยู่รอดต่ำ ประมาณการว่าทุก ๆ 10 วินาที ทารก (Infant) ในประเทศกำลังพัฒนาเสียชีวิตจากโรค หรือปัญหาการติดเชื้ออันเนื่องมาจากน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight, LBW) ในประเทศกำลังพัฒนา ประมาณการว่าทารก 17 ล้านคนที่คลอดในแต่ละปีมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และในจำนวนทารกเหล่านี้ที่รอดชีวิตประสบปัญหาการบกพร่องของสติปัญญา (Cognitive) ระบบประสาท ยิ่งไปกว่านั้นเด็กที่มีประวัติการคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมประสบปัญหาการตายก่อนวัยอันควรจากปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่คลอดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม (Pojda J, Kelley L, eds., 2000)

## 1.2 ปัญหาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) มีปัญหาการเจ็บป่วย และการตายสูงจากการติดเชื้อและในวัยทารกและวัยเด็กพบปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และตัวเตี้ย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันต่ำ พัฒนาการล่าช้า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ปัญหาท้องเสียหรือปอดบวมจากการประมาณการในประเทศบังคลาเทศ ประมาณครึ่งหนึ่งของการตายของทารกที่ตายจากภาวะปอดบวมหรือท้องเสีย สามารถป้องกันได้หากปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) ได้รับการแก้ไขในปัจจุบัน มีหลักฐานที่แสดงว่าเด็กที่โตขึ้นมาจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน coronary heart disease และ stroke (Pojda J, Kelley L, eds., 2000)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เป็นภาวะที่มีผู้สนใจมาก เพราะพบว่าทารกเหล่านี้มีอัตราการตายและการเจ็บป่วยสูง ซึ่งกุมารแพทย์ได้รายงานปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไว้มากมาย อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low birth weight)

แตกต่างกันไปตามแต่ละตัวแปรต่างๆ ในแต่ละสถานที่ แต่พบว่ามีความแตกต่างกันไม่มากนัก อิทธิพลที่มีความสำคัญมากกว่าคือสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นที่ยอมรับกันว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดหรืออุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นเครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสถานภาพทางอนามัยแม่และเด็ก

ลักษณะสำคัญของมารดาที่มีอัตราเสี่ยงในการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

#### 1.2.1 อัตราเสี่ยงทางลักษณะประชากร (demographic risks)

- 1) อายุ (น้อยกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 35 ปี)
- 2) สภาวะเศรษฐกิจและสังคม ต่ำ
- 3) การศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา

#### 1.2.2 อัตราเสี่ยงทางสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์

- 1) ลำดับครรภ์ (ครรภ์แรก หรือตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง)
- 2) น้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์ (เทียบกับความสูง)
- 3) ความผิดปกติแต่กำเนิดทางระบบสืบสภาวะและอวัยวะสืบพันธุ์
- 4) โรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
- 5) ภาวะไม่มีภูมิคุ้มกัน ทำให้ติดเชื้อบางอย่างเช่น หัดเยอรมัน
- 6) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติ เช่น แท้งติดต่อกัน

หลายครั้ง หรือคลอดทารกน้ำหนักน้อยมาก่อน

- 7) กรรมพันธุ์ เช่นมารดาตัวเล็กมาตั้งแต่กำเนิด

#### 1.2.3 อัตราเสี่ยงทางสุขภาพขณะตั้งครรภ์

- 1) ครรภ์แฝด
- 2) น้ำหนักขึ้นน้อย
- 3) เว้นระยะจากครรภ์ครั้งก่อนสั้น
- 4) ความดันโลหิตต่ำ
- 5) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
- 6) มีภาวะโรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์ขณะตั้งครรภ์
- 7) การติดเชื้อบางอย่าง เช่น หัดเยอรมัน cytomegalovirus การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแล้วไม่ได้รับการรักษา

เชื้อทางเดินปัสสาวะแล้วไม่ได้รับการรักษา

- 8) มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สอง
- 9) ปัญหาของรก รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด

- 10) อาการแพ้ท้องมาก
- 11) ภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ
- 12) อาการซีด
- 13) Isoimmunization
- 14) ความพิการแต่กำเนิดของทารก
- 15) ปากมดลูกไม่แข็งแรง (Incompetent cervix)
- 16) ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (premature rupture of membrane)

#### 1.2.4 อัตราเสี่ยงทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

- 1) การสูบบุหรี่
- 2) ภาวะทุพโภชนาการ
- 3) การดื่มเหล้าหรือติดยาเสพติด
- 4) เคยได้รับ DES (diethylstilbestrol) หรือสารร้ายแรงอื่นๆ

#### ขณะประกอบอาชีพ

- 5) อยู่ในพื้นที่ที่สูงจากระดับน้ำทะเลมาก

#### 1.2.5 อัตราเสี่ยงทางการดูแลสุขภาพและอนามัย

- 1) ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่เพียงพอ

## 2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์

มีการศึกษาและรายงานจำนวนมากที่บ่งบอกถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดดังต่อไปนี้

### 2.1 อายุของมารดา

Baird (1964) ได้ศึกษาถึงระดับวิทยาของการคลอดก่อนกำหนด พบว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดก่อนกำหนดและให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ มดลูกยังไม่สมบูรณ์

Bjerre และ valendh (1975) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทางด้านชีววิทยาบางอย่าง และด้านเศรษฐกิจและสังคม ในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในปี ค.ศ.1966 ที่สวีเดน โดยการศึกษาแบบย้อนหลัง ในกลุ่มมารดาหลังคลอด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 188 ราย กับกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 3,563 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปีและมากกว่า 35 ปี ให้กำเนิด

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุระหว่าง 19–34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

สุมาลี (2527) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2526 โดยการศึกษาแบบย้อนหลังในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษา หมายถึงมารดาครรภ์เดียวที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม 200 ราย และกลุ่มควบคุมหมายถึงมารดาครรภ์เดียวที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากประวัติการรักษาของแพทย์ พบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.005$ )

## 2.2 ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

Bjerre และ valendh (1975) พบว่าทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกและมากกว่าครั้งที่ 4 จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย

Fedrick และ Adelstein (1978) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่าอายุครรภ์อื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

นงนุช (2524) พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กับลำดับการตั้งครรภ์

## 2.3 ระยะห่างของการตั้งครรภ์

อาริยา (2526) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยการศึกษาแบบย้อนหลังในมารดาหลังคลอด ซึ่งมีครรภ์ครบกำหนด ครรภ์เดียวและเด็กไม่มีความพิการแต่กำเนิดจากการตรวจร่างกายภายในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 2,210 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในประวัติการฝากครรภ์และคลอดของแต่ละบุคคล พบว่าระยะความถี่ห่างของการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด

## 2.4 รูปร่าง

Fedrick และ Adelstein (1978) หญิงตั้งครรภ์ที่สูงน้อยให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่สูงกว่า

Sompol และ คณะ (1988) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและความสูงของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาล

รามาริบัติ เป็นการศึกษาระบบสำรวจย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลรามาริบัติทุกคน ที่มีคุณสมบัติครรภ์เดี่ยว อายุ 28 – 42 สัปดาห์ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม สูติกรรม และศัลยกรรม ให้กำเนิดทารกคนเดียวที่ไม่มีความพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 8,322 ราย หลังการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดผันแปรตามน้ำหนักตัวและส่วนสูงของมารดา เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมารดาที่พอมเตี้ยให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น

## 2.5 โรคประจำตัวของมารดาและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

### 1) โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงของหญิงในขณะตั้งครรภ์ คือระดับที่เกินกว่า 140/90 mmHg และภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ ให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย และมีการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูง (Ounsted and Redman, 1980)

### 2) โรคไต

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไตเรื้อรังและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติได้ จะมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเสียชีวิตของทารกสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไตเรื้อรังและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (Zacur and Mitch, 1977)

### 3) ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติหรือมีภาวะต่อมไทรอยด์ผิดปกติโดยเฉพาะภาวะ Hypothyroidism มักคลอดก่อนกำหนดและให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อมไทรอยด์ปกติ (Innerfield and Hollandor, 1977)

### 4) โรคหัวใจ

Brown และ Dixon (1979) มารดาที่เป็นโรคหัวใจชนิด Cyanotic Heart Disease จะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ อุบัติการณ์การตายของทารกในครรภ์และการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาที่เป็นโรคหัวใจสูงกว่าในมารดาที่หัวใจปกติ

### 5) โรคติดเชื้อ

Baird (1964) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บป่วยในขณะตั้งครรภ์ เช่น เป็นไข้มาเลเรีย มักคลอดก่อนกำหนดและให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

โรคติดเชื้อมาชนิด เช่น อีสุกอีใส ูสุวัด ตับอักเสบ หัดหนองในและวัณโรคมีผลทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้ากว่าปกติ และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย หรือพิการ (Vaughan, Mackey and Behrman, 1979)

#### 6) โรคพิษแห่งครรภ์

Long และคณะ (1980) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้าและภาวะครรภ์เป็นพิษ ระหว่างปี ค.ศ. 1971 – 1978 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษแห่งครรภ์ และรักษาไว้ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กเมอริซี จำนวน 2,434 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์ ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

ประมวล และคณะ (2511) ได้ทำการศึกษาเรื่องมารดาที่รับไว้รักษาที่แผนกสูติศาสตร์ - นารีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 33 ราย พบว่ามารดาที่เป็น Eclampsia เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกมากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งหลัง สำหรับทารกที่คลอดออกมา พบว่า 13 ราย น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม

#### 7) การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์

Funderburk และ meldrum (1980) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการตกเลือดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวน 257 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวน 25,118 ราย เก็บรวบรวมจากบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด หลังการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการตกเลือดในระยะแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

Fedrick และ Adelstein (1978) พบว่ามารดาที่อาการตกเลือดในระยะแรกและระยะที่ 2 ของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

#### 8) การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด

Miller และคณะ (1976) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การคลอดก่อนกำหนดและการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด ที่ศูนย์แพทย์ มหาวิทยาลัยดุก ระหว่างปี ค.ศ. 1971 – 1975 โดยการศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500

กรัม จำนวน 981 ราย พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดมากถึง 151 ราย

## 2.6 ครรภ์แฝด

ปกติทารกครรภ์แฝดมีการเจริญเติบโตช้าน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย เนื่องจากมารดาขาดอาหารไปเลี้ยงรกและทารก (วงศ์กุลพัทธ์, 2531) และจากการศึกษาของ Bleker และคณะ (1979) เรื่องน้ำหนักทารกแรกเกิด น้ำหนักรก อัตราตายของทารกครรภ์แฝดเปรียบเทียบกับครรภ์ทารกเดี่ยวที่แผนกสูติรีเวชของโรงเรียนผดุงครรภ์ในกรุงอัมสเตอร์ดัม ระหว่างปี ค.ศ. 1931 - 1975 โดยการศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มศึกษาได้แก่ ทารกครรภ์แฝดจำนวน 1,655 คู่ ที่คลอดจากมารดาอายุมากกว่า 16 ปี กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมได้แก่ ทารกครรภ์เดี่ยวจำนวน 10,284 ราย พบว่าในทารกครรภ์แฝดมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกครรภ์เดี่ยวเนื่องจากมีพื้นที่ขณะอยู่ในครรภ์มารดาจำกัด

## 2.7 ประวัติการตั้งครรภ์

Bakketeig และคณะ (1979) ได้ทำการศึกษาเรื่องแนวโน้มที่จะเกิดอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดช้าในอายุครรภ์ลำดับต่อๆ ไป ระหว่าง ค.ศ.1967 - 1973 ที่ประเทศนอร์เวย์ โดยศึกษาแบบย้อนหลัง จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกที่คลอดจากครรภ์เดี่ยว จำนวน 454,388 ราย พบว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดในครรภ์แรกมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 27.7 ที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในครรภ์ที่ 2

Fedrick และ Adelstein (1978) พบว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในครรภ์ต่อไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## 2.8 ทารก

ความผิดปกติที่ยีนหรือกรรมพันธุ์ และความพิการอื่นๆ แต่กำเนิดของทารกทารกที่ได้รับการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ถึงร้อยละ 10-20 เปอร์เซนต์ (Lin and Evans, 1984)

จากการศึกษาของ Wald (1980) ได้ทำการศึกษาเรื่อง น้ำหนักทารกแรกเกิดที่ป่วยเป็นโรค Spina bifida ระหว่าง ค.ศ.1965 - 1972 ที่มณฑลออกฟอร์ดและมณฑลนอร์ทเบรก โดยศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่งเป็นกลุ่มศึกษาได้แก่ทารกที่คลอดจากมารดาครรภ์เดี่ยว ป่วยเป็นโรค Spina bifida และ Encephalocele จำนวน 189 ราย เป็นกลุ่มศึกษากลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทารกที่คลอดจากมารดา

ครรภ์เดียวที่ไม่มีความผิดปกติของท่อทางระบบประสาท (Neral tube) หลังการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทารกที่ป่วยเป็นโรค Spina bifida และ Encephalocele มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่ไม่ป่วยเป็นโรคนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

### 3. หญิงตั้งครรภ์กับโรคเหงือกอักเสบ

หญิงตั้งครรภ์หรือหญิงมีครรภ์นั้นมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบได้ ตั้งแต่อายุครรภ์ 8-12 สัปดาห์หรือประมาณเดือนที่ 2-3 และเหงือกจะเริ่มมีการอักเสบรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนถึงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์หรือ 8 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน มีการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ในขณะตั้งครรภ์ มีผลทำให้เชื้อจุลินทรีย์ ที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบมีการเจริญเติบโตอย่างมาก ทำให้มีการอักเสบของเหงือก เหงือกบวมแดง มีเลือดออกขณะแปรงฟัน

โดยปกติโรคเหงือกอักเสบเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง ผู้ที่แปรงฟันไม่สะอาด ไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะชอกฟันและไม่ใช้ไหมขัดฟัน มีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่เนื่องจากโรคเหงือกอักเสบมีการดำเนินโรคช้า และมักไม่แสดงอาการเจ็บปวดรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยขาดการสนใจ จนกระทั่งโรคเหงือกอักเสบได้ลุกลามมากแล้ว ผู้ป่วยจึงรู้ตัวว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เหงือกมีสีแดงคล้ำเข้ม ขอบเหงือกมีลักษณะบวมแดง มีเลือดออกขณะแปรงฟันหรือใช้ไหมขัดฟัน หรืออยู่ๆ เจ็บก็มีเลือดออก ยอดสามเหลี่ยมของเหงือกมีลักษณะมนกลม มีกลิ่นปากและมีอาการเสียวฟัน บางรายอาจมีฟันโยก เจ็บเวลากินอาหาร เป็นต้น ในบางครั้ง หญิงตั้งครรภ์อาจมีโรคเหงือกอักเสบรุนแรงมากจนกระทั่งเหงือกมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อโตขึ้นมามาก (Pregnancy tumor) มีเลือดออกง่าย และจะเจ็บก็ต่อเมื่อก่อนเนื้อใหญ่ขึ้นจนเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยว (สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลปิยะเวท, 2552)

การรักษาโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ สามารถทำได้ช่วงการตั้งครรภ์ที่ 16-24 สัปดาห์ หรือช่วงตั้งครรภ์เดือนที่ 4-5-6 โดยการขูดหินน้ำลายหรือขูดหินปูน ทำความสะอาดฟัน รวมไปถึงการรักษาอื่นๆ เช่น การอุดฟัน กรณีมีฟันผุ หากมีก้อนเนื้อออก (Pregnancy tumor) ที่เหงือกก็จะได้ทำการรักษา โดยการตัดออก แต่ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ควรมาตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคในช่องปาก อีกทั้งเตรียมวางแผนการรักษาหากพบความผิดปกติในช่องปาก ตลอดจนจะได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ สารตีฝักปฏิบัติการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน เป็นต้น



### 3.1 ภาวะการตั้งครรภ์ที่มีผลอย่างไรต่อโรคเหงือกอักเสบ

สาเหตุการเกิดโรคเหงือกอักเสบ เกิดจากคราบเชื้อจุลินทรีย์ที่ เกาะบนผิวตัวฟันและบริเวณขอบเหงือกร่วมกับหินน้ำลาย และผิวด้านข้างฟัน เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นตัวก่อโรคนี้จะปล่อยสารพิษและกระตุ้นให้ร่างกายมีการปล่อย สารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเหงือก เหงือกบวมแดง หรือถ้าอาการอักเสบลุกลามไปถึงกระดูกมีการละลายของกระดูกเรียกว่า อากาที่พบ ได้แก่ เหงือกบวม แดงซ้ำ อาจพบเหงือกกรัน ถ้ากระดูกละลายมาก อาจพบ ฟันโยก ได้เช่นกัน

ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogens), โปรเจสติน (Progestins) และฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน (Gonadotropins) ที่มีความสัมพันธ์กับช่วงการมีรอบเดือน ของเพศหญิง ภาวะการเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy Gingivitis) เริ่มต้นตั้งแต่ฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน (Gonadotropins) มีระดับเพิ่มขึ้น ซึ่งจะคงอยู่ตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 16 – 32 สัปดาห์ หรือช่วงเดือนที่ 4 ถึงเดือนที่ 8 (พร้อมกับการเพิ่มระดับฮอร์โมน เอสโตรเจน และโปรเจสติน) โดยจะมีระดับลดลงที่เดือนสุดท้ายมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของเชื้อจุลินทรีย์และเชื้อแบคทีเรียชนิดที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ สัมพันธ์กับภาวะการตั้งครรภ์ นั่นคือมีการศึกษาที่พบเชื้อ Prevotella Intermedia ในปริมาณมากในหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการให้ความเห็นว่า ฮอร์โมนที่หลั่งออกทางช่องเหงือก อาจเป็นตัวเร่งให้เชื้อมีการเจริญเติบโต ภาวะเหงือกอักเสบจากการตั้งครรภ์ จะมีอาการแสดงให้เห็น คือ มีเหงือกบวมแดง เลือดออกง่าย โดยการบวมนี้ มักพบบวมเป็น กระเปาะได้

โรคเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบซึ่ง เป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่ง มีผลทำให้ร่างกายผลิตสารต่างๆ ได้แก่ cytokine, prostanoid, และ protease มากขึ้น ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายจะผลิตสารเหล่านี้ตอนใกล้คลอดเท่านั้น แต่ในสภาวะติดเชื้อ ร่างกายหลั่งสารเหล่านี้มากขึ้น มีผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อย จากการศึกษาของ Offenbacher และ คณะ ในปี 1996 ศึกษา พบว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดหรือมารดาที่คลอด ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย จะเป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกปกติ ประมาณ 7.9 เท่า สอดคล้องกับการศึกษา ของ Jeffcoat และคณะ ในปี 2001 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเหงือกสุขภาพดี 4 – 7 เท่า ขึ้นกับระดับความรุนแรงของการอักเสบ ซึ่ง Canakci และ คณะในปี 2007 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรคนี้ด้วย

3.2 ภาวะโรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) มีผลอย่างไรต่อการตั้งครรภ์

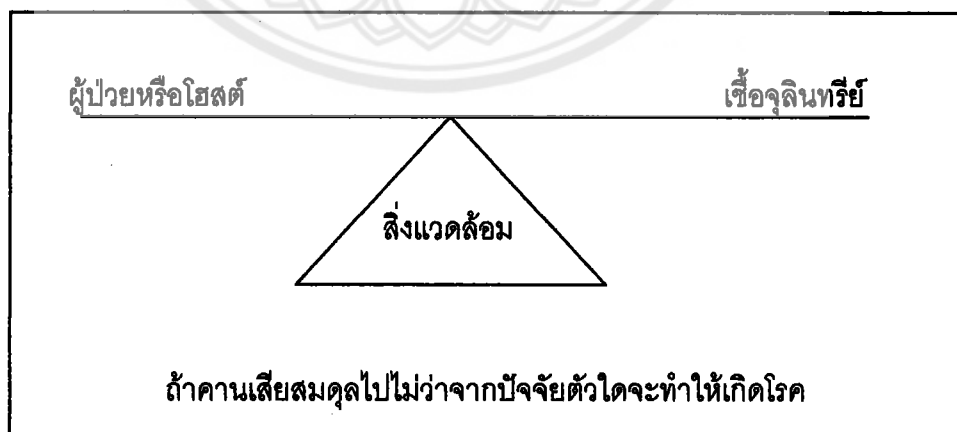
มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับ ภาวะการคลอดก่อนกำหนด พบว่าคนที่เป็โรคปริทันต์อักเสบ และไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสที่จะเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็น 4 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นปริทันต์อักเสบ โดยคาดว่าในผู้ป่วยปริทันต์อักเสบ มีการติดเชื้อจาก Bacteria ก่อโรค จะมีการหลั่งของสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เข้าสู่กระแสเลือด และสารเหล่านี้เองที่อาจจะมึผลเกี่ยวข้องกัภาวะการคลอดก่อนกำหนด

#### 4. โรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์ (Periodontitis)

โรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์ เป็นโรคที่เกิดการทำลายกับอวัยวะรอบๆ ฟัน ที่รองรับฟัน โดยที่ตัวฟันยังปกติ อวัยวะเหล่านี้ได้แก่ เหงือกซึ่งจะถูกทำลายเป็นอันดับแรก และเมื่อเป็นมากขึ้นจะลุกลามลงไปเนื้อเยื่อปริทันต์ และกระดูกเบ้ารากฟัน เกิดการทำลายของกระดูก เหงือกกร่น รากฟันโผล่ อาจปวดบวม ฟันโยกหลุดได้

##### 4.1 สาเหตุของการเกิดโรค

โรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์เป็นติดเชื้อแต่ไม่ติดต่อ มีหลายลักษณะ มีความรุนแรงแตกต่างกันไป ซึ่งกลไกการเกิดค่อนข้างซับซ้อน แต่โดยทั่วไปแล้วสาเหตุหลักมาจากเชื้อจุลินทรีย์



ภาพที่ 2 แสดงสมดุลของผู้ป่วย เชื้อจุลินทรีย์และสิ่งแวมดัด้อมในยามปกติ

เชื้อจุลินทรีย์ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่จับอยู่บริเวณขอบเหงือก และบริเวณร่องเหงือก ซึ่งเชื้อโรคชนิดนี้ตามปกติถ้ามีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมจะไม่ก่อให้เกิดอันตราย แต่เมื่อใดก็ตามที่เกิดการเสียสมดุลระหว่างเชื้อจุลินทรีย์สิ่งแวดล้อมในปากและตัวผู้ป่วย ทำให้เชื้อจุลินทรีย์ชนิดนี้เพิ่มปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ปล่อยสารพิษออกมาทำลายเหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูกเขี้ยวรากฟัน ซึ่งสภาพแวดล้อมในช่องปากที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ที่พบได้ชัดเจนคือหินน้ำลายหรือที่เรียกกันว่าหินปูน ซึ่งเกิดจากการตกตะกอนของแร่ธาตุ แคลเซียม ฟอสฟอรัส ที่มีอยู่แล้วตามปกติในน้ำลาย ในปริมาณมากน้อยต่างกันไปในแต่ละคน แร่ธาตุเหล่านี้เมื่อมีการตกตะกอนร่วมกับแผ่นคราบจุลินทรีย์ แล้วค่อยๆ เปลี่ยนสภาพจากอ่อนนุ่มเป็นแข็งขึ้นตามระยะเวลาของการพอกพูน จนในที่สุดก็จับกันเป็นก้อนแข็ง ซึ่งไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการแปรงฟันอีกต่อไป หินปูนหรือหินน้ำลายนี้จะมีความขรุขระจะเป็นที่เกาะยึดของแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ดี และความแข็งคมของหินน้ำลายจะบาดเหงือกที่อักเสบอยู่แล้วจากสารพิษของเชื้อจุลินทรีย์ตลอดเวลา ทำให้การอักเสบของเหงือกรุนแรงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคยังขึ้นกับสุขภาพร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกัน และการดูแลทันตสุขภาพของแต่ละบุคคลด้วย

#### 4.2 อาการ

เหงือกปกติจะมีลักษณะ เนื้อแน่น ขอบบาง แนบสนิทกับคอฟัน มีสีชมพูอ่อนหรือสีคล้ำตามสีผิว มีร่องตื้นๆ โดยรอบระหว่างเหงือกกับตัวฟัน ลึกประมาณ 1 – 2 มม. แต่เมื่อใดก็ตามที่เหงือกมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ขอบเหงือกมีสีแดงจัด เป็นมันวาว บวมยื่นเลยคอฟัน มีเลือดออกง่ายขณะแปรงฟัน แสดงว่าอาจมีปัญหาเกี่ยวกับโรคปริทันต์เกิดขึ้นแล้ว โรคปริทันต์แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เหงือกเริ่มอักเสบเริ่มมีสีแดงเข้ม ขอบเหงือกบวมไม่แนบสนิทกับคอฟัน อาจมีเลือดออกขณะแปรงฟัน ระยะนี้ถ้าสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์นุ่มๆ ที่ติดบริเวณคอฟันออกได้เองโดยการแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟันหรืออุปกรณ์อื่นๆ ช่วยทำความสะอาดดีๆ อาการอักเสบเหล่านี้จะหายไป เหงือกสามารถกลับสู่สภาพปกติได้ดังเดิม

ระยะที่ 2 ถ้ายังทำความสะอาดได้ไม่ดี แผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ตกค้างมีการสะสมมากขึ้น มีการตกตะกอนของแร่ธาตุในน้ำลายร่วมด้วย กลายเป็นหินน้ำลายที่คมและขรุขระเพิ่มความระคายเคืองต่อเหงือก เหงือกจะอักเสบมากขึ้น มีสีแดงคล้ำ บวมเลือดออกง่าย เหงือกแยกจากตัวฟันมากขึ้น เริ่มมีการทำลายในส่วนของกระดูกหุ้มรากฟัน ร่องเหงือกรอบฟันจะลึกขึ้น

ระยะที่ 3 หินน้ำลายที่จับตัวหนายังไม่ถูกกำจัดออก จะขยายไปตามรากฟัน ลึกลงไปในเหงือก กระดูกหุ้มรากฟันถูกทำลาย เหงือกร่นฟันเริ่มโยกเจ็บปวดขณะเคี้ยวอาหาร มี

เลือดออกจากเหงือกได้เอง อาจมีหนอง กลิ่นปากรุนแรง ระยะเวลาการรักษาจะซับซ้อนมากกว่าการ ชูดหินปูนธรรมดา อาจจำเป็นต้องใช้ยาชาในการเกลารากฟัน หรือผ่าตัดเหงือกร่วมด้วย หลังการ รักษา ยังคงมีรอยโรคเหลืออยู่ เช่น เหงือกถ่น เพราะกระดูกถูกทำลายไม่มีการงอกกลับคืน ความ สวยงามเสียไป ความแข็งแรงของฟันก็ลดลง การดูแลทำความสะอาดก็ยุ่งยากขึ้น ต้องใช้อุปกรณ์ เฉพาะ เนื่องจากจุดที่เคยเป็นโรคปริทันต์ บางครั้งมีรอยโรคเป็นแอ่งบริเวณเหงือก ที่ง่ายต่อการ สะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่รุนแรง ปวดฟัน เคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันโยกมาก เป็นฝี หนองที่เหงือก เหงือกบวมอาจบวมขยายไปถึงใบหน้าด้วย ระยะนี้ไม่สามารถเก็บฟันไว้ จำเป็นต้องถอน

#### 4.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์

นอกจากสาเหตุโดยตรงของโรค ที่เกิดจากพิษของจุลินทรีย์ที่อยู่ บนแผ่นคราบ จุลินทรีย์บนตัวฟัน ร่วมด้วยปัจจัยเสริมคือหินน้ำลายแล้ว อาจมีสาเหตุหรือปัจจัยอื่นจาก สิ่งแวดล้อมในช่องปาก สภาพร่างกายหรือพฤติกรรมบางอย่างที่มีส่วนสนับสนุนให้มีโอกาสเกิดโรค ได้ง่ายหรือเสริมสภาวะโรคที่เป็นอยู่แล้วให้รุนแรงขึ้น โดยปัจจัยดังกล่าวจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดโรคปริทันต์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ ปัจจัยทั่วไปและปัจจัยเฉพาะ

##### 4.3.1 ปัจจัยทั่วไป

ด้านของสภาพร่างกาย พบว่า

1) คนที่มีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ในหญิงมีครรภ์ สตรีวัยหมด ประจำเดือน เด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาวต้องระวังความสะอาดในช่องปากเพิ่มมากขึ้น เพราะบางคน เหงือกอักเสบเกิดขึ้นได้ง่ายและรุนแรงทั้งๆ ที่มีปริมาณคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายมีไม่มากนัก

2) คนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น มักมีแนวโน้มการเกิดโรคนี้ได้สูง เนื่องจาก ลักษณะของโรค เป็นการสะสมมาเรื่อยๆ จนถึงระดับที่แสดงอาการมักพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย แต่ความรุนแรงของโรคเพศชายจะสูงกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงสนใจดูแลทันต สุขภาพและหมั่นไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอรับการรักษามากกว่า

3) คนที่ร่างกายขาดสารอาหาร โดยเฉพาะวิตามินซี วิตามินบี และ วิตามินดี มีผลต่อความต้านทานของเหงือก และความแข็งแรงของกระดูกหุ้มรากฟัน

4) คนที่มีปัญหาโรคทางร่างกาย เช่น โรคเกี่ยวกับภาวะภูมิคุ้มกัน บกพร่อง เบาหวาน มะเร็งเม็ดเลือดขาว จะมีอาการของโรคเหงือกร่วมด้วยอยู่แล้ว ในผู้ป่วย

เบาหวานอาจมีการทำลายกระดูกเป็รากฟัน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เหนือกจะอีกเสบ บวมมากกว่าปกติ ซึ่งการรักษาความสะอาดให้ดีเป็นวิธีการจะช่วยลดอาการเหล่านี้ลงได้

การใช้ยาบางชนิดบางอย่างเป็นประจำ เช่น ยาต้านชัก โรคลมบ้าหมู (antiepileptic drugs) จะก่อให้เกิดโรคเหงือกอักเสบชนิดบวมโต หรือการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่ ผสมโปรเจสโตเจน (progestogens) จะทำให้โรคปริทันต์อักเสบรุนแรงขึ้นได้

นอกจากนี้สภาพเศรษฐกิจและสังคมในยุคปัจจุบัน พบว่าคนมีความเครียดสูง เช่น คนตกงาน หย่าร้างบ้านแตก จะมีส่วนทำให้อาการของโรคปริทันต์รุนแรงกว่าเดิม

#### 4.3.2 ปัจจัยเฉพาะ

1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านการบริโภค ถ้าชอบรับประทานอาหารที่ นิ่มละเอียด ตกค้ำงและติดฟันง่าย ร่วมกับการแปรงฟันที่ยังไม่สะอาดเพียงพอ จะทำให้เกิดการ สะสมคราบจุลินทรีย์ง่ายและเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอื่นช่วยส่งเสริม เช่น

1.1) การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างซ้ายหรือข้างขวาเพียงข้างเดียว ตลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจากฟันอีกข้างหนึ่งผุเป็นรูเคี้ยวแล้วเจ็บจึงพยายามหลีกเลี่ยง หรือไม่ถนัดใน การเคี้ยวอาหารทั้งสองข้าง ฟันข้างที่ไม่ได้ใช้งานจะไม่ได้รับการขัดสีจากอาหาร คราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลายจะสะสมมากเห็นได้ชัด

1.2) การหายใจทางปากหรือริมฝีปากปิดไม่สนิท อาจเป็นผลมาจาก ฟันยื่นหรือมีปัญหาระบบการหายใจ ลักษณะนี้จะทำให้เหงือกแห้ง มีการสะสมของสารพิษจาก เชื้อจุลินทรีย์ได้ง่าย เพราะไม่มีน้ำลายมาชะล้าง

1.3) การระคายเคืองจากสารเคมี ซึ่งอาจเกิดจากการแพ้สารเคมีหรือ ใช้ยาผิดวิธี เช่น ปวดฟันแล้วใส่ยาแก้อักเสบหรือแก้ปวดมาปนทาบริเวณเหงือก การแป้น้ำยา บ้วนปาก ยาสีฟัน ก็อาจทำให้เป็นแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่ออ่อนอักเสบได้

1.4) การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเป็นโรคปริทันต์สูง กว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และปัจจุบันมีพวกสูบบุหรี่ไร้ควัน (smokeless tobacco) ลักษณะคล้ายยาจุน หรือหมากพลู ซึ่งตัวนี้จะมีอันตรายมากกว่าบุหรี่ธรรมดา เพราะก่อให้เกิดความระคายเคือง มากกว่าบุหรี่ธรรมดา

1.5) นอกจากนี้นิสัยบางอย่างที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ไม้จิ้มฟันที่ไม่ ถูกสุขลักษณะแคะฟันหรือวิธีการแคะฟันโดยใช้ไม้จิ้มฟันไม่ถูกวิธีเหล่านี้ จะเป็นต้นเหตุของโรคปริทันต์ที่ต้องพึงแก้ไขและหลีกเลี่ยง

## 2) ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะแวดล้อมในปาก เช่น

2.1) การมีฟันซ้อนเก เรียงตัวไม่เป็นระเบียบหรือลักษณะฟันล้มเอียง เหงือกกร่น ทำความสะอาดยาก

2.2) รอยโรคบางอย่างในช่องปาก เช่น ฟันผุบริเวณคอฟัน รากฟัน ต้องรีบทำการอุดรักษา มิฉะนั้นจะเป็นจุดที่กักคราบจุลินทรีย์ได้

2.3) การใส่ฟันปลอมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ถ้าเป็นฟันปลอมชนิดถอดได้ ใส่แล้วไม่พอดี มักมีเศษอาหารตกค้างอยู่ใต้ฟันปลอม ฟันปลอมแบบติดแน่นพวกครอบฟันหรือสะพานฟันที่มีขอบเกิน ขอบฟันที่อุดเกินเหล่านี้ จะเป็นจุดอ่อนที่นอกจากจะทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์ ทำให้เกิดโรคปริทันต์ง่ายแล้ว ฟันบริเวณนั้นมักจะผุไปด้วย (กองทันตสาธารณสุข, 2540)

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

### 5.1 ความหมายของการรับรู้

"การรับรู้" ถือเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี "ความจำ" "ความคิด" หรือ "การเรียนรู้" การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ เป็นขั้นตอนดังนี้ บุคคลรับพลังงานจากสิ่งเร้าซึ่งเร้าประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัสพลังงานนั้นผ่านประสาทและเส้นประสาทจะส่งข้อมูลต่อไปยังสมอง ซึ่งขั้นสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า นั้น ในกระบวนการนี้ ความใส่ใจ (attention) ของบุคคลจะแสดงถึงความรู้สำนึกที่พุ่งไปที่สิ่งของที่เป็นสิ่งเร้า ประสาทสัมผัสและการรับรู้จะแสดงถึงลักษณะของสิ่งของในด้านรูปร่าง เสียง ความรู้สึก รส และกลิ่น

การรับรู้ (Perception) ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ ไว้ดังนี้

ด้อย ชุมสาย (2508) กล่าวถึงการรับรู้ว่า หมายถึง "การตีความ" หรือ "การแปล" โดยที่คนจะต้องใช้ความรู้เก่า หรือความชัดเจนที่มีมาแต่หนหลัง ถ้าความรู้เก่าไม่ปฏิบัติการในหน้าที่ (เช่น เราลืมเสีย หรือ เราไม่มีความรู้ในเรื่องนั้นเลย) คนก็ไม่มี การรับรู้ จะมีแต่ความรู้สึกเท่านั้น

เดโช สนวนานนท์ (2518) ให้ความหมายการรับรู้ว่า หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่มาเร้าทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้นๆ ออกมา

จำเนียร โชติช่วง และคณะ (2526) กล่าวถึงการรับรู้หมายถึง กระบวนการแปลความโดยผ่านประสาทสัมผัส หรือ หมายถึง กระบวนการที่คนเรารู้จักสิ่งแวดล้อมโดยใช้

สัมผัสต่างๆ ที่อินทรีย์มีอยู่ หรือภาพของโลกภายนอกที่บุคคลแต่ละคนมองเห็นในจินตนาการของตนเอง และการรับรู้มีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ

จากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความหมายของการรับรู้ได้ว่าการรับรู้ คือการรู้จัก หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ซึ่งมีผลมาจากการแปลความหรือตีความของสมองโดยอาศัยความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วยและอาจมีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่างๆ ของบุคคล

## 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

จากที่กล่าวมาแล้วว่าการรับรู้จะต้องเกิดจากการตีความ หรือแปลความจนเกิดเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย ประสบการณ์เดิมจึงเป็นตัวหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจำเนียร และคณะ (2526) ได้สรุปไว้ 2 ประการคือ

5.2.1 ลักษณะสิ่งเร้า ลักษณะสิ่งต่างๆ ของสิ่งเร้าก่อให้เกิดการรับรู้แก่บุคคลได้แตกต่างกัน เช่น สิ่งเร้าที่มีความเข้มกว่า มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นบ่อยๆ จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดี

5.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ

1) ด้านร่างกาย เป็นลักษณะความแตกต่างด้านกายของผู้รับรู้แตกต่างด้านกายภาพของผู้รับรู้ เช่น สมรรถนะของอวัยวะรับสัมผัสต่างๆ ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น เป็นต้น ถ้าผิดปกติย่อมทำให้การรับรู้แตกต่างกัน

2) ด้านจิตวิทยา การรับรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรแล้ว เลือกที่จะรับสัมผัสเลือกเฉพาะสิ่งที่ต้องการและแปลความให้เข้ากับตนเอง โดยมีอิทธิพลจากความรู้เดิม ความต้องการที่จะรับรู้ ความสนใจที่จะรับรู้ ภาวะทางอารมณ์ และลักษณะทางวัฒนธรรม การรับรู้ของบุคคลจึงแตกต่างกันตามคุณสมบัติส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทั้ง 2 ด้านนี้ มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ชัยพร (2521 : 93) กล่าวว่า ปัจจัยทั้ง 2 ด้าน มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้สภาวะแวดล้อมต่างๆ แตกต่างกัน และถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่คล้ายกันเกี่ยวกับสิ่งเร้าหนึ่ง การรับรู้สิ่งเร้านั้นย่อมมีความคล้ายคลึงกันด้วย

Becker และคณะ (1974 อ้างใน ประภาเพ็ญ, 2536) ได้ทำการศึกษาปรับปรุง การรับรู้สุขภาพของบุคคล เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ได้กล่าวถึงการรับรู้ใน 3 ด้าน ดังนี้คือ

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค

การรับรู้ของบุคคลทั้ง 3 ด้าน จึงเป็นกระบวนการของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำตามแนวความคิด หรือการรับรู้ต่างๆ

รายละเอียดของการรับรู้ต่อการเกิดโรคทั้ง 3 ด้านมีดังนี้ คือ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคต่างๆ ได้ง่ายยากเพียงใด ความเชื่อนี้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน บางคนเชื่อว่าตนไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย การรับรู้นี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นสนใจดูแลสุขภาพตนเอง (Becker, 1974)

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยคาดคะเนเองในความรุนแรงของโรค ซึ่งมีอันตรายสามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อการครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น ปัจจัยนี้ความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงๆ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บุคคลก็อาจยังไม่แสดงพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค หากบุคคลไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่จะมีผลต่อตนเอง

3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคหรือรักษา เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตน หรือให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย เพราะถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือหรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นสามารถลดการคุกคามของโรคต่อสุขภาพของเขาได้จริง และเชื่อว่าเขาสามารถจะจัดการกับขั้นตอนความลำบากในการปฏิบัติต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาค่าใช้จ่าย ในการรักษาความเจ็บป่วย ความไม่สบายใจของการรักษาความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจและคนที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น



สรุปการรับรู้ต่อการเกิดโรค คือ ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ซึ่งมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามความเข้าใจนั้นๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ประกอบต่างๆ 3 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค

### 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องที่จำเป็นยิ่งสำหรับการดำรงชีวิต เนื่องจากมีปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ประชาชนมีความรู้กว้างไกลขึ้นตามกระแสความเคลื่อนไหวของยุคโลกาภิวัตน์

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศทางซีกตะวันตก โดยเฉพาะในอเมริกา เลวิน (Levin, 1976 อ้างใน สมใจ, 2531) นิยามการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลธรรมดาสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการวินิจฉัย การรักษาโรค ในระดับที่เป็นทรัพยากรเบื้องต้นของระบบการดูแลสุขภาพ เขาให้มุมมองอย่างชัดเจนว่า การดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือองค์ประกอบหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ ในขณะที่ วิกเคอรี (Vickery, 1989 อ้างใน สมใจ, 2531) กล่าวว่า การดูแลตนเองทางการแพทย์ หมายถึง การกระทำทั้งหมดที่กระทำโดยบุคคลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่มีรูปแบบการปฏิบัติและรักษาโรคที่หลากหลายตามวัฒนธรรมความเชื่อ

การดูแลตนเองตามแนวคิดของนอร์ริส (Norris, 1979 อ้างใน สมใจ, 2531) ได้กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัว ได้ริเริ่มความรับผิดชอบและทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับร่างกายตลอดจนจิตใจของตน เพื่อประเมินวินิจฉัยภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติ หรือเจ็บป่วย การดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าวต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อลงความเห็นและตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตน

2) การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติในสังคมของบุคคลนั้น เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน ล้างมือ รับประทานอาหาร เป็นกิจวัตรประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้และยอมรับที่จะปฏิบัติเป็นนิสัย กิจกรรมเหล่านี้ บิดามารดาและครอบครัวมีอิทธิพลในการสร้างประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

3) การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องวิธีการรักษาหรือการปฏิบัติที่เหมาะสมกับความสามารถ สอดคล้องกับค่านิยม และความเชื่อของตน

4) การดูแลตนเองโดยการป้องกันโรคหรือภาวะที่ไม่สมดุลทางสุขภาพ การดูแลลักษณะนี้ต้องการความรู้ ที่ปรึกษา การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน หรือการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล

5) การดูแลตนเองตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องได้รับรู้ถึงแหล่งบริการในชุมชนที่ควรไปรับบริการเมื่อเกิดความต้องการ และการเปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้บทบาทนี้เป็นไปอย่างกว้างขวางและตรงตามความต้องการยิ่งขึ้น

6) การดูแลตนเองในแง่การตรวจสอบและติดตามแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนในการรักษาที่ตนจะได้รับและสามารถตรวจสอบได้ว่าถูกต้องตามนั้นหรือไม่

7) การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือข้อคิดเห็นต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

จะเห็นได้ว่าแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองข้างต้น เป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อตนเอง สนใจสุขภาพของตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคได้ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

นอกจากนี้ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง และพื้นฐานในการแสดงความสามารถของการดูแลตนเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ การใช้ความรู้ร่วมกับแรงจูงใจและทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ในด้าน เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี

สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต (Orem, 1985 : 220) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผลกัน (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรม และแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเสมือนระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ของบุคคลตามมา

การดูแลทันตสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติ ที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมทันตสุขภาพ มีหลักปฏิบัติดังนี้ (พวงเพชร, 2527 : 25 - 28)

#### 1) การแปรงฟัน

การแปรงฟันจัดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และถูกที่สุดของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ การแปรงฟันที่ถูกต้องและทั่วถึง จะสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้เกือบหมด เนื่องจากการแปรงฟันนั้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดฟันผุและโรคปริทันต์ได้แน่นอน โดยมากในคนทั่วไปการแปรงฟันจะสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้เพียงครึ่งหนึ่ง ฉะนั้นจะมีคราบจุลินทรีย์เหลืออยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณซอกฟัน

วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธี แต่วิธีที่ถือว่าทำความสะอาดได้ดีที่สุด คือการขยับปัดตามความยาวของฟัน การขยับทางขวาเล็กน้อยเพื่อปัดเศษอาหารตามขอบเหงือกวิธีนี้ ต้องใช้เวลานานพอสมควรจึงจะแปรงฟันได้ทั่วทุกด้าน ต้องแปรงฟันซ้ำบริเวณละ 2 - 3 ครั้ง ดังนั้นใช้เวลาประมาณ 3 นาทีเป็นอย่างต่ำ

สำหรับความถี่ในการแปรงฟันนั้น ตามหลักการที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่แนะนำคือ เช้าและก่อนนอน และหากเป็นไปได้ควรแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ

#### 2) การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

ฟลูออไรด์เป็นสารที่ยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้ โดยมีฟลูออไรด์ในอัตราส่วน 900 - 1,100 ส่วนในล้านส่วน จะต้องใช้เวลานานไม่ต่ำกว่า 2 นาทีเป็นอย่างน้อยจึงจะได้ผลดี

### 3) การใช้เส้นใยไหมขัดฟัน (Dental floss)

เส้นใยขัดฟันหรือด้ายขัดฟันหรือไหมขัดฟัน (Dental floss) เป็นเส้นใยในล่อน ได้รับการเชื่อถือ โดยทั่วไปว่ามีประโยชน์ในการกำจัดเศษอาหาร และคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ในบริเวณซอกฟัน ในคนที่สภาพเหงือกปกติการใช้ไหมขัดฟันสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ (พวงเพชร, 2527 : 28) เส้นใยขัดฟันเป็นเส้นใยในล่อนมี 2 ชนิดคือ ชนิดเคลือบขี้ผึ้ง (waxed) และชนิดที่ไม่เคลือบขี้ผึ้ง (unwaxed) วิธีการใช้เส้นใยขัดฟันคือ ตัดเส้นใยขัดฟันออกมาประมาณ 15 – 18 นิ้ว พันปลายด้านหนึ่งไว้ในนิ้วกลางของมือหนึ่ง ส่วนปลายที่เหลืออีกด้านหนึ่งให้พันไว้ที่นิ้วนางอีกมือหนึ่ง ให้ระยะห่างระหว่างนิ้วกลางของมือทั้งสองเหลือเส้นใยยาวประมาณ 2 นิ้ว ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือรับเส้นใยผ่านระหว่างซอกฟัน โดยโอบเส้นใยเข้าหา ด้านข้างของฟันซี่ใดซี่หนึ่ง ขณะที่เคลื่อนเข้าหาขอบเหงือก ควรระวังไม่กดเส้นใยขัดฟันแรงจนกดเหงือก เมื่อเส้นใยสัมผัสส่วนที่ลึกของร่องเหงือก ให้ดึงเส้นใยให้โอบให้แนบกับด้านของซี่ฟันนั้น แล้วให้เลื่อนเส้นใยขึ้นไปยังด้านบนค้ำค้ำอาหาร เพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ในร่องเหงือก และที่อยู่ระหว่างซี่ฟัน

### 4) การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

วิธีการเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งทุกคนสามารถทำได้ แต่ที่จำเป็นอย่างมากในการตรวจสุขภาพช่องปากของตนเอง คือความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก การเกิดโรค ระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น ภายหลังจากการแปร่งฟันโดยตรวจได้เองจากกระจกเงา

การตรวจช่องปากด้วยตนเองทำให้ทราบถึงสุขภาพในช่องปาก หากมีความผิดปกติ ก็จะได้พบตั้งแต่แรกเริ่มและสามารถแก้ไขได้ทันที่ ก้อนจะส่งผลเสียหายต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การตรวจฟันด้วยตนเองทำได้โดย

4.1) ตรวจฟันหน้าทั้งบนและล่าง ยืมมือกับกระจกให้เห็นทั้งเหงือกและฟันหน้าทั้งบน - ล่าง

4.2) ตรวจฟันหลังด้านใกล้แก้ม หันหน้าไปทางด้านข้าง ยืมมือให้เห็นถนัดไปจนถึงเหงือกและฟันกรามซี่ข้างในสุด อาจใช้นิ้วมือช่วยดึงมุมปากให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ทำที่ละข้างทั้งด้านซ้ายและด้านขวา บนและล่าง

4.3) ตรวจด้านในและด้านบนค้ำค้ำของฟันล่าง โดยอ้าปากให้กว้าง ก้มหน้าลงเล็กน้อย เพื่อตรวจดูได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4.4) ตรวจด้านในและด้านบดเคี้ยวของฟันบน เหยงหน้าและซ้าปากมองในกระจก อาจใช้กระจกเล็กๆ ช่วยสะท้อนภาพให้เห็นกระจกบานใหญ่ที่ละบริเวณ ควรตรวจช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากพบความผิดปกติ ควรไปปรึกษาทันตบุคลากรทันที สำหรับเด็ก ควรให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตรวจให้ หลังจากแปรงฟันทุกวันและฝึกให้เด็กหัดตรวจด้วยตนเอง ในการตรวจฟันแต่ละครั้ง

#### 5) การตรวจฟันโดยทันตแพทย์

เมื่อผ่านการตรวจช่องปากของตนเองแล้ว ถ้าพบความผิดปกติหรือเกิดความสงสัยว่า ตนเองเป็นโรคในช่องปากหรือไม่นั้น ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งจากผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากโดยตรงนั่นคือ ทันตแพทย์ เนื่องจากลักษณะการเป็นโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์นั้นไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยตาเปล่าได้อย่างเดียว จำเป็นต้องใช้กลวิธีทางการแพทย์ เช่น การถ่ายภาพรังสี (X-ray) หรือการใช้เครื่องมือของทันตแพทย์ในการตรวจ ความถี่การไปพบทันตแพทย์นั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเป็นทุก 3 เดือน 6 เดือน ปีละครั้ง หรือปีละหลายครั้ง อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับคำแนะนำของทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ให้คำแนะนำ สำหรับช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ทุก 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงของการเฝ้าระวังที่เหมาะสมที่สุด การไปพบทันตแพทย์ควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพราะนอกจากทันตแพทย์จะสามารถให้การป้องกันโรคได้อย่างสมบูรณ์แล้ว ยังเป็นโอกาสในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน และปลูกฝังนิสัยการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีให้แก่เด็กด้วย (นิธิภาวี และคณะ, 2539 : 35)

#### 6) การใช้ไม้จิ้มฟัน (toothpick)

ประโยชน์ของไม้จิ้มฟันคือ การทำความสะอาดซอกฟันเป็นหลัก ซึ่งเป็นบริเวณที่การแปรงฟันไม่สามารถสะอาดได้ทั่วถึง จากการศึกษาทางคลินิกของ เซนเลย์ (Shanley ; 1980 : 42 อ้างใน กมล ; 2532) พบว่า ไม้จิ้มฟันเป็นอุปกรณ์ในการทำความสะอาดซอกฟันที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับเส้นใยขัดฟัน หรือบริเวณที่เป็นร่อง บริเวณรากฟันเป็นแอ่ง ในผู้สูงอายุที่มีเหงือกกร่นทำให้ช่องว่างระหว่างฟันห่างเศษอาหารติดมาก การใช้ไม้จิ้มฟันแนบไปตามรากฟันครั้งหนึ่งปลายไม้จิ้มฟันจะจิ้มลงในแอ่งได้พอดี การใช้ไม้จิ้มฟันมีประโยชน์หากใช้อย่างถูกวิธีโดยจะช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์บางส่วนออกไปจากตัวฟัน ถ้าใช้ไม้จิ้มฟันร่วมกับการแปรงฟันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการแปรงฟันได้ดีมากขึ้น

#### 7) การบ้วนปากด้วยน้ำ

การบ้วนปากด้วยน้ำเป็นวิธีที่ง่าย การบ้วนปากแรงๆ พบว่าคราบจุลินทรีย์ที่เกิดขึ้นใหม่จะหลุดออกได้แม้ไม่ทั้งหมด รวมทั้งสามารถกำจัดเศษอาหารที่ตกค้างอยู่บนตัวฟันและ

เยื่อในปาก ในรายที่มีเหงือกปิดร่องฟันสนิทจะไม่มีอาหารตกค้างที่ร่องฟัน การบ้วนปากจึงเป็นการกำจัดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้วิธีหนึ่ง นั่นคือเป็นการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากได้เช่นเดียวกัน จึงเป็นสิ่งที่ทุกคนควรทำทุกครั้งหลังจากที่รับประทานอาหารแล้ว หากไม่สามารถแปรงฟันหลังอาหารได้

#### 8) การบริโภคอาหาร

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ อาหารแต่ละชนิดมีทั้งส่งผลและต่อต้านการเกิดโรคในช่องปากแตกต่างกันไป การป้องกันอันตรายของอาหารที่มีต่อฟันนั้น นอกจากจะต้องรับประทานอาหารให้เพียงพอครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการและมีหลักในการบริโภคอาหารดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2539)

##### 8.1) ชนิดของอาหาร

8.1.1) ชนิดของอาหาร การบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากขึ้นอยู่กับชนิดของอาหารและความถี่ในการรับประทานอาหาร เช่น อาหารหวาน อาหารเหนียว ละเอียดยืด ตกค้างในปากได้นาน จะก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากได้มากกว่าอาหารที่เคี้ยวแล้วกลืนไปเลย เช่น การอมลูกอมทอฟฟี่ กับการกินฝอยทอง การอมลูกอมทอฟฟี่ จะทำให้ช่วงเวลาที่มีน้ำตาลคงอยู่ในปากในระดับสูงนาน และถูกเปลี่ยนเป็นกรด ทำลายฟันได้มากกว่าและยาวนานกว่า

8.1.2) ชนิดของอาหารที่เชื่อว่าป้องกันฟันผุได้เพราะมีเส้นใย ช่วยทำความสะอาดฟันไปในตัวระหว่างรับประทานอาหาร เช่น พุทรา มันแกว ฝรั่ง ชมพู แต่ต้องพิจารณาให้ดีเพราะผลไม่บางอย่าง เช่น กลัวย แอบเปิ้ล กลับมีความสามารถทำให้เกิดฟันผุได้พอๆ กับน้ำตาล

##### 8.2) ความถี่ของการกิน

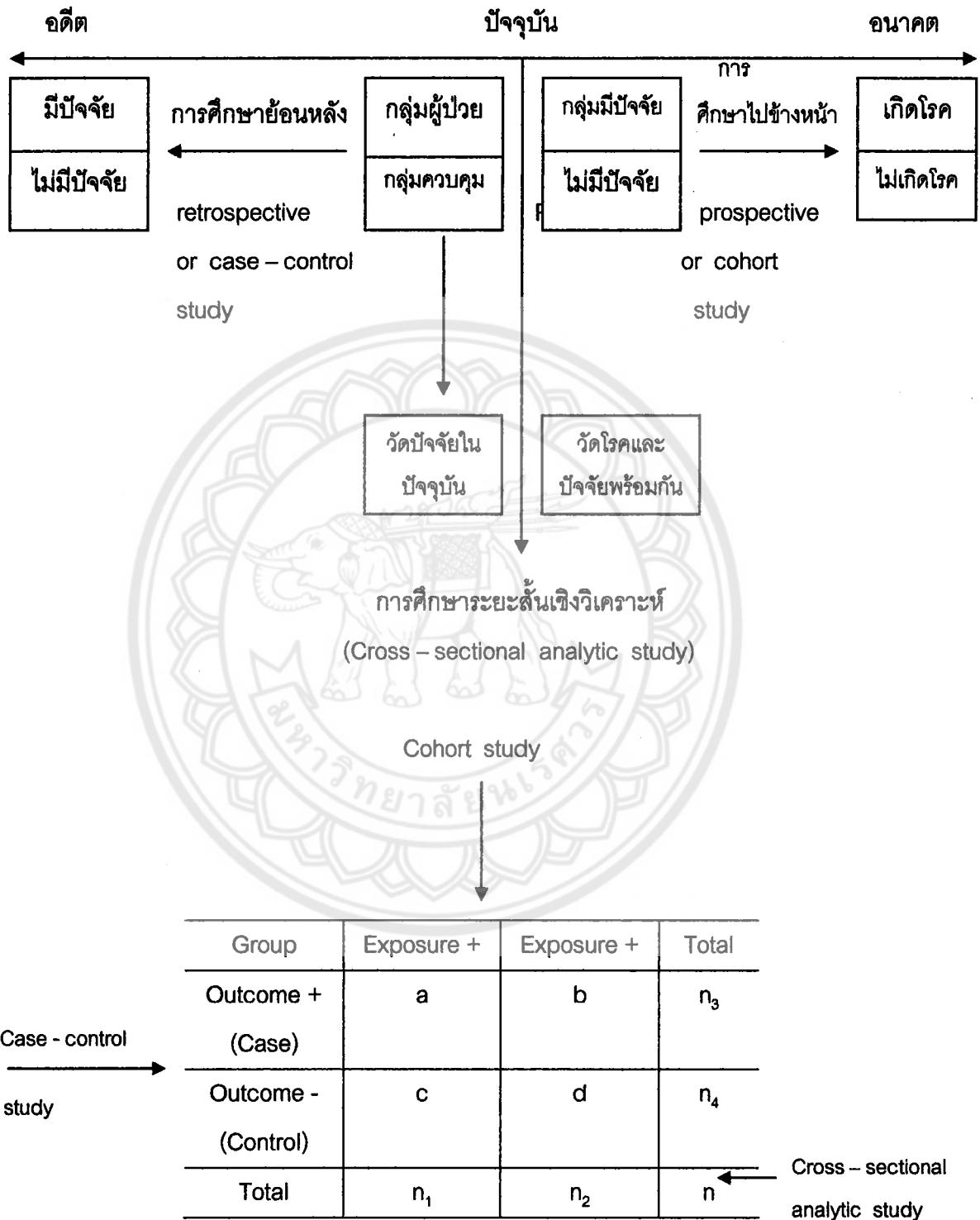
คนที่กินจุบจิบไม่เป็นเวลานานออกมื่ออาหารปกติ การชะล้างของน้ำลายน้อยกว่าในมื้ออาหาร ยิ่งถ้าเป็นอาหารหวานและเหนียว โอกาสที่จะตกค้างในช่องปากยังมีสูง โอกาสเกิดโรคในช่องปากก็สูงด้วย

## 6. การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ แบบการศึกษาย้อนหลัง

การศึกษาทางระบาดวิทยา จำแนกออกเป็นชนิดต่างๆ ได้หลายชนิด แต่ละชนิดมีคุณสมบัติหรือลักษณะจำเพาะแตกต่างกันออกไปบางชนิดก็ช่วยในการค้นหาข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ ตลอดจนช่วยในการตั้งสมมุติฐาน บางชนิดก็ช่วยในการศึกษาความสัมพันธ์เบื้องต้น และช่วยในการทดสอบสมมุติฐาน แต่ละชนิดของการศึกษาต่างก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย บางชนิดอาจเสียค่าใช้จ่ายมากและเสียเวลามาก แต่ค่อนข้างดีในแง่ไปทดสอบสมมุติฐาน การเลือกชนิดของการศึกษาทางระบาดวิทยาจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง และควรเข้าใจถึงข้อดี ข้อเสียของการศึกษาแต่ละชนิดเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาในการเลือกรูปแบบการศึกษา (ไพบูลย์, 2552 : 97)

### ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytical epidemiology)

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในชุมชน ทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆ รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เป็นรูปแบบการศึกษาที่มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเพื่อศึกษาสาเหตุของโรค และสาเหตุของการระบาดของโรค ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรค และอัตราเสี่ยง (relative risk) ของปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคในกลุ่มที่มีปัจจัยว่าเป็นก็เท่าของอัตราการเกิดโรคในกลุ่มที่ไม่มีปัจจัย ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ในด้านการให้บริการอนามัยและเป็นแนวทางในการจัดบริการป้องกันและควบคุมโรค รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามภาพ (ไพบูลย์, 2552 : 103 - 104)



Group	Exposure +	Exposure -	Total
Outcome + (Case)	a	b	$n_3$
Outcome - (Control)	c	d	$n_4$
Total	$n_1$	$n_2$	$n$

ภาพที่ 3 แสดงการแบ่งชนิดของการศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามลำดับเวลา

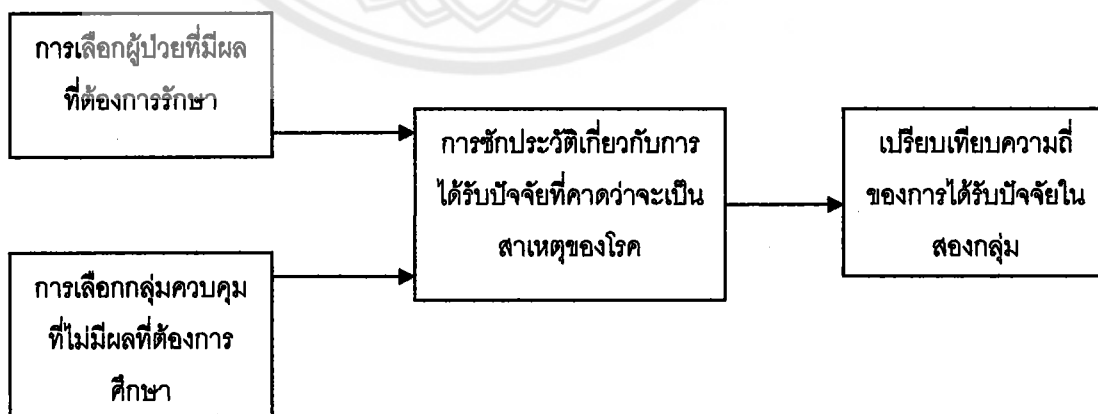


การศึกษาเชิงวิเคราะห์ประกอบด้วยวิธีการศึกษาระยะสั้นได้แก่การศึกษาระยะสั้นเชิงวิเคราะห์ ทำการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ส่วนการศึกษาระยะยาว ได้แก่ การศึกษาย้อนกลับและการศึกษาไปข้างหน้า จะต้องพิจารณาเลือกรูปแบบศึกษาเชิงวิเคราะห์ให้เหมาะสมกับปัญหาที่ต้องการศึกษาและสมมุติฐานที่ต้องการทดสอบ

#### การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective or case - control study)

การศึกษาแบบนี้เป็นการศึกษาที่เริ่มจากผลไปหาเหตุ โดยการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะหรือผลที่ต้องการศึกษา เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกมีความพิการแต่กำเนิด แล้วดำเนินการเลือกกลุ่มควบคุมหรือเปรียบเทียบโดยควบคุมตัวแปรต่างๆ นอกจากตัวแปรที่ศึกษาให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด กลุ่มควบคุมอาจเป็นผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ หรือประชาชนทั่วไป ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ทารกที่ไม่มีความพิการแต่กำเนิด แล้วถามประวัติได้รับหรือไม่ได้รับปัจจัยที่คาดว่าจะเป็สาเหตุของโรค แล้วเปรียบเทียบอัตราการได้รับปัจจัย

การสัมผัสปัจจัยก่อโรค (Exposure)	ผล (Outcome)	
	มี	ไม่มี
สัมผัส	a	b
ไม่สัมผัส	c	d



ภาพที่ 4 แสดงการออกแบบการศึกษาเชิงพรรณนา

การศึกษาย้อนหลังช่วยหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคและตัวแปรต่างๆ ที่สงสัยจะเป็นสาเหตุของโรค มักใช้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาสำหรับการศึกษาไปข้างหน้าต่อไป เพราะบางครั้งอาจมีปัจจัยหลายอย่างหรือสมมุติฐานหลายอย่างที่เกี่ยวกับสาเหตุของโรคชนิดหนึ่ง จึงจำเป็นต้องศึกษาแบบนี้ก่อน เพื่อดูความน่าจะเป็นไปได้ของแต่ละสมมุติฐาน

การศึกษาย้อนหลังต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากข้อที่เก็บไว้ล่วงหน้าในเวชระเบียนของผู้ป่วยอาจไม่ตรงตามจุดประสงค์ที่ต้องการศึกษา ผู้ศึกษาจะต้องออกแบบสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลเอง การเลือกกลุ่มควบคุมต้องทำด้วยความระมัดระวัง เช่น การหาความสัมพันธ์ของโรคบางอย่างกับการสูบบุหรี่ การใช้กลุ่มควบคุมจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล จะทำให้ค่าความสัมพันธ์น้อยลง เพราะอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรทั่วไปน้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาล การใช้กลุ่มควบคุม ทั้งในโรงพยาบาลและจากประชากรทั่วไปย่อมเกิดผลดีกว่า สำหรับการเลือกกลุ่มผู้ป่วย (case) ควรเลือกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ เพราะจะง่ายต่อการแปลผล การเลือกผู้ป่วยเก่าด้วย ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างมากขึ้น แต่การแปลผลลำบาก การศึกษาย้อนหลังจะต้องพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการศึกษานี้ด้วย

## ตารางที่ 2 แสดงข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง

ข้อดีของการศึกษาย้อนหลัง	ข้อเสียของการศึกษาย้อนหลัง
1. มีประโยชน์มากในกรณีของโรคที่พบยาก	1. ไม่ได้ศึกษาในประชากรทุกกลุ่ม อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคจึงไม่สามารถวัดได้โดยตรง
2. ทนค่าใช้จ่าย ไม่แพง	2. มีประโยชน์น้อย ในกรณีปัจจัยที่สัมพันธ์พบน้อย
3. ทำได้ง่าย ได้ผลเร็ว	3. การกำหนดหรือเลือกกลุ่มควบคุมที่เหมาะสมทำได้ยาก
4. ไม่มีอคติในการค้นหาโรค	4. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงหรือมีระยะของโรคสั้น อาจเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลน้อย
	5. โรคที่ทำการศึกษาอาจมีผลกระทบกับปัจจัยที่ต้องการวัดหรือวิธีการวัด
	6. ในกรณีที่ไม่ได้ศึกษาจากผู้ป่วยใหม่ ข้อมูลที่อยู่ในบันทึกผู้ป่วยหรือเอกสารอื่นๆ อาจไม่ตรงกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Offenbacher และคณะ (1996 : 67) ศึกษาแบบย้อนหลัง (case – control study) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ มีโอกาสคลอดบุตรก่อนกำหนด (คลอดก่อน 37 สัปดาห์) มากกว่ามารดาผู้ที่มีปริทันต์ปกติ 7 เท่า

Marin C (2005 : 299 - 344) ได้ศึกษาสภาวะโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ 152 ราย โดยการวัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ การมีเลือดออก และการสูญเสียการยึดเกาะของเนื้อเยื่อปริทันต์ พบว่าคุณแม่ที่มีเหงือกแข็งแรงจะให้กำเนิดเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากที่สุด รองลงมาคือคุณแม่ที่มีเหงือกอักเสบเล็กน้อยและมีเหงือกอักเสบมากตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) และยังพบว่าโรคเหงือกอักเสบจะพบในคุณแม่ที่ลูกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มากกว่าคุณแม่ที่มีลูกน้ำหนักตัวปกติ

Radnai (2006 : 33) ได้ศึกษาย้อนหลัง เพื่อดูว่าสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรังเฉพาะที่ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ( $< 37$  สัปดาห์) หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือเด็กในครรภ์ไม่เติบโตตามอายุครรภ์หรือไม่ เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์ คือมีเลือดออกมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ตรวจ และมีตำแหน่งที่สูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ โดยมีร่องเหงือกลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 มม. อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง พบว่าโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.0001$ ) โดยมีค่า OR เท่ากับ 3.32 (95% CI = 1.64 – 6.69) และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของเด็กที่แม่เป็นโรคปริทันต์ จะน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มที่เป็นปริทันต์เฉพาะตำแหน่ง และพบความสัมพันธ์สูงสุด กรณีวัดด้วยเกณฑ์การมีเลือดออกภายหลังการหยั่ง (bleeding on probing) ทั้งนี้อธิบายว่าการมีเลือดออกและร่องปริทันต์ที่แสดงถึงการอักเสบระยะกัมมันต์ (active) ร่องปริทันต์ที่ลึกมากขึ้นจะเพิ่มพื้นที่ในการแทรกซึมของเชื้อและสารพิษเข้าสู่กระแสเลือด

Le HTT และคณะ (2007 : 93) ศึกษาย้อนหลังในสตรีชาวเวียดนามที่ไม่ดื่มเหล้าและไม่สูบบุหรี่ พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด (OR = 4.47 95%CI = 2.43 – 8.20)

Dasanayake (1998 : 206) ศึกษาในหญิงที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบปกติ มีโอกาสคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.3 ; 95%CI 0.75 – 0.98)

ไพรัช ตั้งยิ่งยง (2007 : 127 - 136) รายงานพบความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี มีความเสี่ยงต่อเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึง 3 เท่า ความสัมพันธ์นี้จะพบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

Lohsoonthorn (2009 : 731 - 739) ศึกษาความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ในประชากรเขตกรุงเทพมหานคร ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

Offenbacher และคณะ (2001 : 164) มีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ได้ตรวจตัวอย่างเมื่ออายุครรภ์ได้ 26 สัปดาห์ และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของสภาวะปริทันต์ พบว่าผู้ที่มีการลุกลามของโรคปริทันต์ขณะตั้งครรภ์ มีความชุกของการคลอดบุตรก่อนกำหนด เด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะเด็กโตช้าในครรภ์ (low weight for gestational age) สูงกว่าปกติ โดยหญิงที่มีสภาวะปริทันต์อักเสบในระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่เป็นในระดับเล็กน้อยหรือไม่เป็นเลย

Jeffcoat และคณะ (2001 : 132) พบว่าผู้ที่มีภาวะปริทันต์อักเสบหลายตำแหน่งในช่องปาก มีโอกาสคลอดบุตรก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าปกติถึง 4 เท่า

Lopez และคณะ (2002 : 58 - 63) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะยากจนในชิลี พบว่าผู้ที่มีภาวะปริทันต์อักเสบ มีโอกาสคลอดบุตรน้ำหนักน้อย มากกว่าผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ (RR = 3.5 ; 95%CI 1.5 - 7.9)

วรานูช ปิติพัฒน์และคณะ (2008 : 62 - 70) รายงานการศึกษาแบบไปข้างหน้าในหญิงตั้งครรภ์ชนชั้นกลางชาวอเมริกัน พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นโรคปริทันต์อักเสบกับภาวะคลอดก่อนกำหนดและ/หรือเด็กตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age) (OR = 2.26 ; CI 1.05 - 4.85)

มีการศึกษาอีกหลายการศึกษา ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์ในหญิงตั้งครรภ์กับบุตรคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อย เช่น การศึกษาของ Lohsoonthorn (2009 : 731 - 739) และ McGaw T (2002 : 165) อย่างไรก็ตามเขาชี้ว่าโรคปริทันต์อาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรง (causal relationship) ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย แต่อาจเกี่ยวข้องในระดับมีความสัมพันธ์ได้ จึงควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อเติมมากยิ่งขึ้น

Mitchell - Lewis และคณะ (2001 : 109) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของสภาวะปริทันต์ในแม่ที่มีการคลอดปกติและแม่ที่คลอดก่อนกำหนด แต่พบว่าแม่คลอดก่อน

กำหนดหรือคลอดเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย จะมีระดับแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์สูงกว่าแม่ที่คลอดปกติ และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์แล้วไม่ได้รับการรักษา จะพบอัตราคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ร้อยละ 18.9 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษา พบเพียง ร้อยละ 13.5

ด้านการศึกษาเพื่อพิสูจน์ถึงผลของการรักษาต่อการเกิดโรค Lopez และคณะ (2002 : 58 - 63) ศึกษาในหมู่หญิงตั้งครรภ์ 639 คน ในจำนวนนี้ 460 คนเป็นโรคเหงือกอักเสบและได้รับการรักษาหลังอายุครรภ์ได้ 28 สัปดาห์ อีก 233 คน เป็นโรคแต่ได้รับการรักษาหลังจากคลอดแล้ว พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษา มีอัตราคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักแรกคลอดน้อย ร้อยละ 2.5 ส่วนในคนที่เป็โรคปริทันต์อักเสบ พบร้อยละ 8.6 โดยมีค่า relative risk = 3.5 (95%CI = 1.7 - 7.3)

Lopez และคณะ (2005 : 53) ยังได้ศึกษาแบบไปข้างหน้า ในหญิงตั้งครรภ์ 870 คน ที่มีโรคเหงือกอักเสบ เพื่อดูว่าการควบคุมคราบจุลินทรีย์และการขูดหินน้ำลาย ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ จะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้หรือไม่ กลุ่มศึกษาได้รับการดูแลโดยเข้าโปรแกรมควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ ขูดหินน้ำลาย และอมบ้วนปากทุกวันด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซิดีน 0.12% ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ 290 คน ได้รับการรักษาหลังคลอดแล้ว เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า กลุ่มศึกษามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ร้อยละ 2.14 เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบร้อยละ 6.71 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.26 ; 95% CI = 1.56 - 6.83 ; p = 0.0009) สรุปได้ว่าการควบคุมความสะอาดช่องปากและการรักษาภาวะเหงือกอักเสบ อาจช่วยลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้

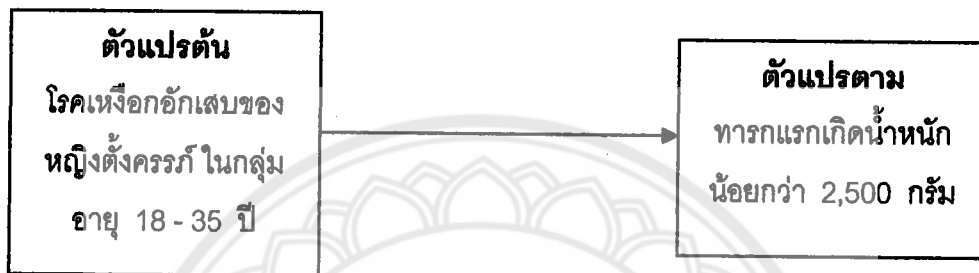
การศึกษาของ Tarannum (2007 : 103) ในหญิงตั้งครรภ์ 200 คนที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ โดยตรวจสภาวะปริทันต์ทั้งปาก กลุ่มศึกษาได้รับบริการในระหว่างตั้งครรภ์โดยการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่าการรักษา ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการภายหลังจากคลอดแล้ว ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ  $33.8 \pm 2.8$  สัปดาห์ และ  $32.7 \pm 2.8$  สัปดาห์ ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.006$ ) ส่วนน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ พบ 26 รายและ 48 ราย มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย  $2,565.3 \pm 331.2$  กรัม และ  $2459.6 \pm 380.7$  กรัม ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวน แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ซึ่งมีดังภาพ



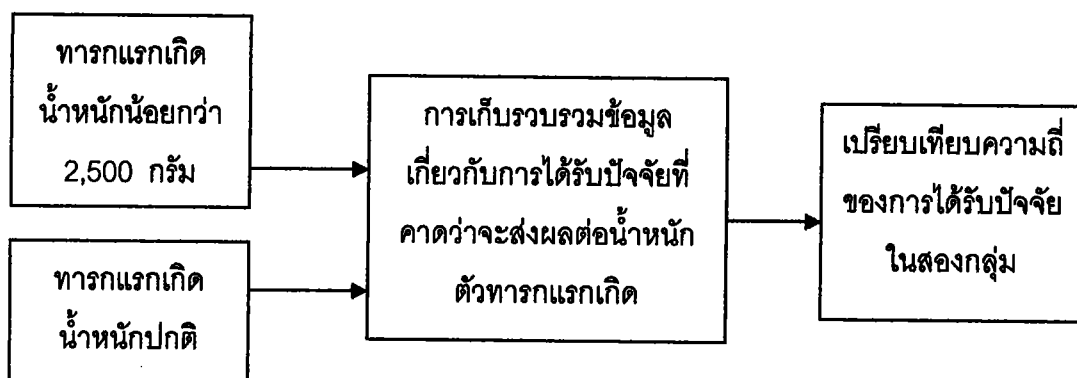
ภาพที่ 5 แสดงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวน แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โรคเหงือกอักเสบก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผล ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง โรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ



การออกแบบการศึกษาย้อนหลังการวิจัยครั้งนี้คือ

การสัมผัสปัจจัยก่อโรค (Exposure)	ผล (Outcome)	
	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ
หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีโรคเหงือกอักเสบ	a	b
หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ	c	d



ภาพที่ 6 แสดงการออกแบบการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective or case - control study) เพื่อรวบรวมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุระหว่าง 18 - 35 ปี ที่มีการฝากครรภ์ในเขตอำเภอ นครไทย และคลอดบุตรในปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประวัติการฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด และข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์จากประวัติและแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ได้มีการสร้างแบบบันทึกเพื่อนำมาเก็บข้อมูลและสรุปการศึกษา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีการคลอดบุตร ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ซึ่งมีทั้งหมด 653 ราย และได้ทำการคัดเลือกประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ดังนี้

##### 1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ

- 1.1 ทารกแรกเกิดที่คลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย ในปีงบประมาณ 2552 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552)
- 1.2 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี และมีการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลและสถานอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย
- 1.3 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ไม่ตั้งครรภ์แฝด

##### 2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ

- 2.1 ทารกแรกเกิดที่คลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย ที่คลอดก่อนหรือหลังปีงบประมาณ 2552



2.2 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี

2.3 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้มีการฝากครรภ์กับ โรงพยาบาลและสถานอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย

2.4 มารดาของทารกแรกเกิดใน ข้อ 1.1 ขณะตั้งครรภ์สูบบุหรี่ มีประวัติโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด

เขตอำเภอ นครไทย โรงพยาบาลและสถานอนามัยในเขตอำเภอ นครไทย ซึ่งแบ่งออกเป็น ทั้งหมด 11 ตำบล ได้แก่ ตำบลนครไทย ตำบลบ้านแยง ตำบลหนองกะท้าว ตำบลบ้านพร้าว ตำบลเนินเพิ่ม ตำบลห้วยเฮี้ย ตำบลบ่อโพธิ์ ตำบลยางโกลน ตำบลนาบัว ตำบลนครชุม และ ตำบลน้ำกุ่ม เมื่อคัดเลือกประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มประชากร ที่ต้องการศึกษา รวมจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น 412 ราย รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาโดยแยกตามรายตำบล

ลำดับที่	ตำบล	จำนวนหญิงตั้งครรภ์	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ	LBW
1	นครไทย	37	36	1
2	บ้านแยง	68	65	9
3	หนองกะท้าว	43	39	4
4	บ้านพร้าว	47	43	4
5	เนินเพิ่ม	30	29	1
6	ห้วยเฮี้ย	81	76	5
7	บ่อโพธิ์	38	35	3
8	ยางโกลน	13	10	3
9	นาบัว	40	39	1
10	นครชุม	8	6	2
11	น้ำกุ่ม	7	6	1
	รวม	412	378	34

ที่มา : ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น                      โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี
2. ตัวแปรตาม                    น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) รูปแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลการฝากครรภ์ การคลอดและการตรวจสุขภาพของปากขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ เช่น ประวัติการฝากครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์และบุตรที่มีชีพ เป็นต้น จากแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอดของห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย และจากแบบการบันทึกการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

2. สร้างแบบบันทึกข้อมูล ให้ครอบคลุม สอดคล้องกับปัจจัยที่ต้องการศึกษา คือปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด และให้เหมาะสมกับข้อมูลที่มีการจัดเก็บบันทึกไว้ ซึ่งในแบบบันทึกแบ่งเก็บข้อมูล 2 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ลำดับที่ของครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการมาตรวจสุขภาพของปากขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเหงือกอักเสบ การได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการประเมินการแปรงฟัน ซึ่งข้อมูลด้านโรคเหงือกอักเสบ การได้รับทันตสุขภาพ และการประเมินการแปรงฟัน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การตรวจและการประเมิน ดังนี้

#### โรคเหงือกอักเสบ

มีโรคเหงือกอักเสบ	เป็น	1
ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ	เป็น	0

#### การได้รับทันตสุขภาพ

ได้รับทันตสุขภาพ	เป็น	1
ไม่ได้รับทันตสุขภาพ	เป็น	0

### การได้รับทันตสุขศึกษา

ผ่าน	เป็น	1
ไม่ผ่าน	เป็น	0

ซึ่งแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 ที่สร้างขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย และจากแบบการบันทึกการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. ลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 ที่สร้างขึ้น
3. นำข้อมูลในแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ไปวิเคราะห์และสรุปผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด มาลงรหัสบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ นำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA และในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $\alpha = 0.05$ ) เป็นเกณฑ์ ในการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานในการวิจัย

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics) ศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ภูมิลำเนาจำแนกตามตำบล และอายุ ด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

#### 2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

วิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการหาอัตราเสี่ยง (Odds ratio) หรือค่า OR

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective or case - control study) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ของหญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 - 35 ปี ที่มีการฝากครรภ์ในเขตอำเภอ นครไทย และคลอดบุตรใน ปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 412 ราย ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสร้างแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เรื่องแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 และเสนอผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามตำบล ในเขตอำเภอ นครไทย ตามลำดับการตั้งครรภ์ และกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการประเมินการแปร่งฟัน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18-35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการคำนวณหา Odds Ratio หรือค่า OR และ 95% Confidence Interval

ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามตำบล ในเขตอำเภอนครไทย ตามลำดับการตั้งครรภ์ และกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์ นำเสนอโดยแจกแจงเป็นตารางความถี่ และร้อยละพร้อมสรุป ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกเขตตามตำบล

ลำดับ ที่	ตำบล	จำนวนหญิงตั้งครรภ์		ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ		LBW	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	นครไทย	37	8.98	36	9.52	1	2.94
2	บ้านแยง	68	16.50	59	15.61	9	26.48
3	หนองกะท้าว	43	10.44	39	10.32	4	11.76
4	บ้านพร้าว	47	11.41	43	11.38	4	11.76
5	เนินเพิ่ม	30	7.28	29	7.67	1	2.94
6	ห้วยเขี้ย	81	19.66	76	20.11	5	14.72
7	บ่อโพธิ์	38	9.22	35	9.26	3	8.82
8	ยางโกลน	13	3.16	10	2.65	3	8.82
9	นาบัว	40	9.71	39	10.32	1	2.94
10	นครชุม	8	1.94	6	1.58	2	5.88
11	น้ำกุ่ม	7	1.70	6	1.58	1	2.94
รวม		412	100	378	100	34	100

Mean (ของ LBW) = 3.09 , S.D. (ของ LBW) = 2.35 , Max = 9 , Min = 1

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามเขตตำบล ใน อำเภอ นครไทย ผลการวิเคราะห์พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 ตำบลห้วยเขี้ย มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 19.66 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 20.11 อันดับสองรองลงมาเป็นตำบลบ้านแยงมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 16.50 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 15.61 อันดับที่สามเป็นตำบลบ้านพร้าวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 11.41 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 11.38 อันดับที่ยี่เป็นตำบลหนองกะท้าวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 10.44 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.32 อันดับที่ยี่ห้าเป็นตำบลนาบัวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 9.71 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.32

อันดับที่หกเป็นตำบลปอโพธิ์มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 9.22 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 9.26 อันดับที่เจ็ดเป็นตำบลนครไทยมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 8.98 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 9.52 อันดับที่แปดเป็นตำบลเนินเพิ่มมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 7.28 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 7.67 อันดับที่เก้าเป็นตำบลยางโกลนมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 3.16 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 2.65 อันดับที่สิบเป็นตำบลนครชุมมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 1.94 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.58 และอันดับสุดท้ายที่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์น้อยที่สุดเป็นตำบลน้ำกุ่ม คิดเป็นร้อยละ 1.70 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.58

ผลการวิเคราะห์จากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ส่วนใหญ่มารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์อยู่ในตำบลบ้านแยงมากเป็นอันดับที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 26.48 อันดับที่สองอยู่ในตำบลห้วยเสี้ย คิดเป็นร้อยละ 14.72 อันดับที่สามอยู่ในตำบลหนองกะท้าวและตำบลบ้านพร้าว คิดเป็นร้อยละ 11.76 อันดับที่สี่อยู่ในตำบลปอโพธิ์และตำบลยางโกลน คิดเป็นร้อยละ 8.82 อันดับที่ห้าอยู่ในตำบลนครชุม คิดเป็นร้อยละ 5.88 และส่วนน้อยมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์อยู่ในตำบลนครไทย ตำบลเนินเพิ่ม ตำบลนาบัว และตำบลน้ำกุ่ม คิดเป็นร้อยละ 2.94

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลำดับที่การตั้งครรภ์

ลำดับการตั้งครรภ์	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ		LBW	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครั้งแรก	103	27.25	7	20.59
ครั้งที่ 2	165	43.65	19	55.88
ครั้งที่ 3	66	17.46	5	14.71
ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป	44	11.64	3	8.82
รวม	378	100	34	100

Mean (ของ LBW) = 8.5 , S.D. (ของ LBW) = 6.80 , Max = 19 , Min = 3

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ส่วนมากเป็นการ

ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 43.65 อันดับสองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.25 อันดับสามเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 17.46 และอันดับสุดท้ายเป็นการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.64

ผลการวิเคราะห์จาก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ส่วนใหญ่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 55.88 อันดับสองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 20.59 อันดับสามเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.71 และอันดับสุดท้ายเป็นการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.82

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ		LBW	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
18 - 20 ปี	71	18.78	9	26.48
21 - 25 ปี	105	27.78	6	17.64
26 - 30 ปี	107	28.31	9	26.48
31 - 35 ปี	95	25.13	10	29.40
รวม	378	100	34	100

Mean (ของ LBW) = 8.5 , S.D. (ของ LBW) = 1.25 , Max = 10 , Min = 6

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.31 อันดับสองอยู่ในกลุ่มอายุ 21 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.78 อันดับสามอยู่ในกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.13 และอันดับสุดท้ายอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.78

ผลการวิเคราะห์จาก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า อายุมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี มากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 29.40 อันดับสองอยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 20 ปี และกลุ่มอายุ 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.48 และอันดับสามอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อยู่ในกลุ่มอายุ 21 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.64

ส่วนที่ 2 การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการประเมินการแปรงฟัน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์

การได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ		LBW	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับ	374	98.94	33	97.06
ไม่ได้รับ	4	1.06	1	2.94
รวม	378	100	34	100

จากตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 98.94 และไม่ได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 1.06

ผลการวิเคราะห์จาก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 97.06 และไม่ได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 2.94

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมินการแปรงฟัน

การแปรงฟัน	ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ		LBW	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผ่าน	341	90.21	4	11.76
ไม่ผ่าน	37	9.79	30	88.24
รวม	378	100	34	100



จากตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมนการแปร่งฟัน ผลการวิเคราะห์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมนการแปร่งฟัน คิดเป็นร้อยละ 90.21 และไม่ผ่านการประเมนการแปร่งฟัน คิดเป็นร้อยละ 9.79

ผลการวิเคราะห์จาก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมนการแปร่งฟัน คิดเป็นร้อยละ 11.76 และไม่ผ่านการประเมนการแปร่งฟัน คิดเป็นร้อยละ 88.24

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18-35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการหาค่า คำนวณหา Odds Ratio หรือค่า OR และ 95% Confidence Interval

การคำนวณหา Odds Ratio หรือค่า OR และ 95% Confidence Interval

- Cases = ป่วยหรือน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม
- Controls = ไม่ป่วยหรือน้ำหนักทารกแรกเกิดปกติ

จะอยู่แถวบนของตาราง 2x2 Table

- Exposed = สัมผัสสิ่งที่คาดว่าจะก่อโรคหรือหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปีมีโรคเหงือกอักเสบ

- Unexposed = ไม่สัมผัสสิ่งที่คาดว่าจะก่อโรคหรือหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปีไม่มีโรคเหงือกอักเสบ

จะอยู่ด้านซ้ายของ ตาราง 2x2 Table

และเมื่อศึกษาทั้งสองกลุ่มย้อนหลังไปว่า สัมผัสสิ่งที่คาดว่าจะก่อโรคหรือไม่

- Exposed = สัมผัสหรือหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปีมีโรคเหงือกอักเสบ

- Unexposed = ไม่สัมผัสหรือหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปีไม่มีโรคเหงือกอักเสบ จะอยู่ด้านบนของ ตาราง 2x2 Table

## การจัดกลุ่มในตาราง 2x2 Table ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการมีโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์

ขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

และกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ

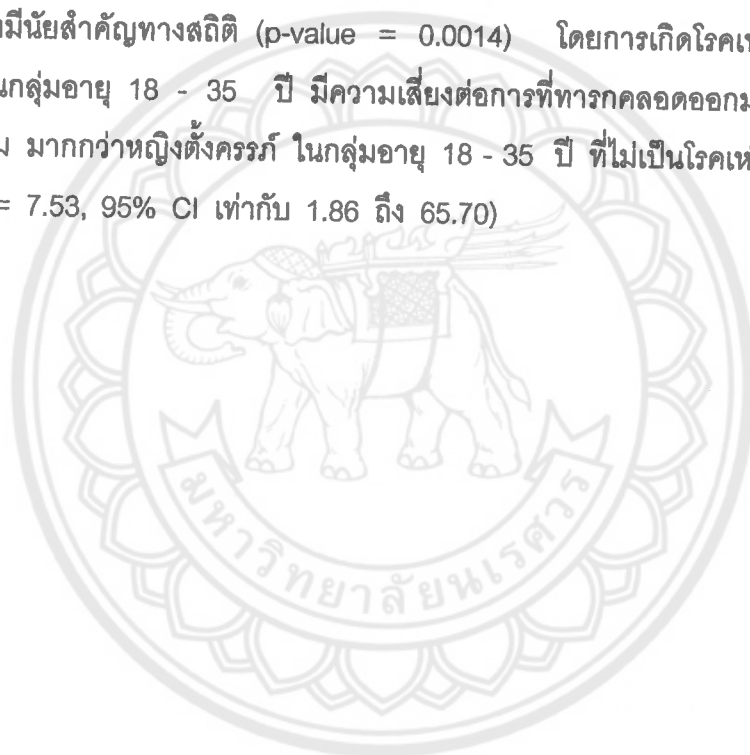
กลุ่ม	หญิงตั้งครรภ์ กลุ่ม อายุ 18 - 35 ปี มีโรคเหงือกอักเสบ	หญิงตั้งครรภ์ กลุ่ม อายุ 18 - 35 ปี ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ	รวม	ร้อยละ ของการมีโรค เหงือกอักเสบ
ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	32	2	34	94.12
ทารกแรกเกิด น้ำหนักปกติ	257	121	378	67.99
รวม	289	123	412	70.15
ร้อยละของการมีทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม	11.07	1.63	8.25	

OR = 7.53, 95% CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70

จากตารางที่ 9 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการมีโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ผลการศึกษา พบว่า อัตราการมีโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ทั้งหมดของอำเภอนครไทยอยู่ที่ ร้อยละ 70.15 อัตราการมีโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 94.12 ซึ่งสูงกว่า หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ที่พบเพียง ร้อยละ 67.99

ส่วนอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 - 35 ปี ทั้งหมดของอำเภอนครไทยอยู่ที่ ร้อยละ 8.25 อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 - 35 ปี ที่มีโรคเหงือกอักเสบ พบร้อยละ 11.07 ซึ่งสูงกว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ พบเพียงร้อยละ 1.63

ผลจากการวิเคราะห์สถิติด้วย โปรแกรม STATA พบว่า การเป็นโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.0014$ ) โดยการเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการที่ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบถึง 7.53 เท่า ( $OR = 7.53$ , 95% CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70)



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ของอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี และน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ในเขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective or case - control study) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ของหญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 - 35 ปี ที่มีการฝากครรภ์ในเขตอำเภอนครไทย และคลอดบุตร ในปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2552) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 412 ราย ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสร้างแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เรื่องแบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2552 สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการประมวลผลผลการศึกษามีดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด

ประกอบด้วย ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามตำบล ในเขตอำเภอนครไทย ตามลำดับการตั้งครรภ์ และกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์

จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ในเขตอำเภอนครไทย ที่มาคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ในปีงบประมาณ 2552 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ตำบลห้วยเขี้ยว มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มากเป็นอันดับหนึ่ง

ถึงร้อยละ 19.66 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 20.11 อันดับสอง รองลงมาเป็นตำบลบ้านแยงมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 16.50 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 15.61 อันดับที่สามเป็นตำบลบ้านพร้าวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 11.41 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 11.38 อันดับที่สูง เป็นตำบลหนองกะท้าวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 10.44 มีการคลอดทารกแรกเกิด น้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.32 อันดับที่ยี่ห้าเป็นตำบลนาบัวมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 9.71 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.32 อันดับที่ยี่หกเป็นตำบล ปอโพธิ์มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 9.22 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิด เป็นร้อยละ 9.26 อันดับที่ยี่เจ็ดเป็นตำบลนครไทยมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 8.98 มี การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 9.52 อันดับที่ยี่แปดเป็นตำบลเนินเพิ่มมี จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 7.28 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 7.67 อันดับที่ยี่เก้าเป็นตำบลยางโกลนมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 3.16 มีการคลอด ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 2.65 อันดับที่ยี่สิบเป็นตำบลนครชุมมีจำนวนหญิง ตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 1.94 มีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.58 และ อันดับสุดท้ายที่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์น้อยที่สุดเป็นตำบลน้ำกุ่ม มีร้อยละ 1.70 มีการคลอดทารก แรกเกิดน้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.58

ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ส่วนใหญ่มารดาขณะตั้งครรภ์ อยู่ในตำบลบ้านแยงมากเป็นอันดับที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 26.48 อันดับสองอยู่ในตำบลห้วยเสี้ย คิดเป็นร้อยละ 14.72 อันดับสามอยู่ในตำบลหนองกะท้าวและตำบลบ้านพร้าว คิดเป็นร้อยละ 11.76 อันดับสี่อยู่ในตำบลปอโพธิ์และตำบลยางโกลน คิดเป็นร้อยละ 8.82 อันดับห้าอยู่ใน ตำบลนครชุม คิดเป็นร้อยละ 5.88 และส่วนน้อยมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์อยู่ในตำบลนครไทย ตำบลเนินเพิ่ม ตำบลนาบัว และตำบลน้ำกุ่ม คิดเป็นร้อย ละ 2.94

ข้อมูลด้านลำดับของการตั้งครรภ์ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ส่วนมากเป็นการ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ถึงร้อยละ 43.65 อันดับสองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.25 อันดับสามเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 17.46 และส่วนน้อยเป็นการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ ครั้งที่ 4 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.64

ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ส่วนใหญ่ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 55.88 อันดับ

สองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 20.59 อันดับสามเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.71 และบางส่วนเป็นการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.82

ข้อมูลด้านอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 26 - 30 ปี ถึงร้อยละ 28.31 อันดับสองอยู่ในกลุ่มอายุ 21 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.78 อันดับสามอยู่ในกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.13 และอันดับสุดท้ายอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.78

ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า อายุมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี มากเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 29.40 อันดับสองอยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 20 ปี และกลุ่มอายุ 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.48 และอันดับสามอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อยู่ในกลุ่มอายุ 21 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.64

## ส่วนที่ 2 การตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์

ประกอบด้วย ข้อมูลการได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการประเมินการแปรงฟัน

จากผลการศึกษา พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ ถึงร้อยละ 98.94 และไม่ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ เพียงร้อยละ 1.06

ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ ถึงร้อยละ 97.06 และไม่ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 2.94

ข้อมูลการประเมินการแปรงฟันขณะตั้งครรภ์ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมินการแปรงฟัน ถึงร้อยละ 90.21 และไม่ผ่านการประเมินการแปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 9.79

ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมินการแปรงฟันเพียงร้อยละ 11.76 และไม่ผ่านการประเมินการแปรงฟัน ถึงร้อยละ 88.24

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

การหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการคำนวณหาค่า Odds Ratio หรือ OR และ 95% Confidence Interval

จากผลการศึกษา พบว่า อัตราการมีโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ทั้งหมดของอำเภอนครไทยอยู่ที่ ร้อยละ 70.15 อัตราการมีโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 94.12 ซึ่งสูงกว่า หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ที่พบเพียง ร้อยละ 67.99

ส่วนอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 - 35 ปี ทั้งหมดของอำเภอนครไทยอยู่ที่ ร้อยละ 8.25 อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 - 35 ปี ที่มีโรคเหงือกอักเสบ พบร้อยละ 11.07 ซึ่งสูงกว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ ที่พบเพียง ร้อยละ 1.63

ผลจากการวิเคราะห์สถิติด้วย โปรแกรม STATA พบว่า การเป็นโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.0014$ ) โดยการเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการที่ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบถึง 7.53 เท่า (OR = 7.53, 95% CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70)

#### อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ของหญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 - 35 ปี ที่มีการฝากครรภ์ ในเขตอำเภอนครไทย และคลอดบุตรในปีงบประมาณ 2552 (ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2551

ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2552) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในครั้งนี้จะนำเสนอประเด็นสำคัญที่พบในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ด้านข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามตำบล ในเขตอำเภอนครไทย ตามลำดับการตั้งครรภ์ และกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์ จากผลการศึกษา ภูมิสำเนาที่ห่างไกลจากตัวอำเภอนครไทย ไม่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เห็นได้จากผลการศึกษาข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามตำบล 3 อันดับแรก ที่พบว่า ส่วนใหญ่มารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมขณะตั้งครรภ์อยู่ในตำบลบ้านแยงมากเป็นอันดับที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 26.48 อันดับสองอยู่ในตำบลห้วยเสี้ย คิดเป็นร้อยละ 14.72 อันดับสามอยู่ในตำบลหนองกะท้าวและตำบลบ้านพร้าว คิดเป็นร้อยละ 11.76 ซึ่ง ตำบลบ้านแยง ตำบลห้วยเสี้ย ตำบลหนองกะท้าวและตำบลบ้านพร้าว เป็นตำบลที่อยู่ไม่ห่างจากตัวอำเภอนครไทย การเดินทางไปมาทางสะดวก

ข้อมูลด้านลำดับการตั้งครรภ์ จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 55.88 อันดับสองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 20.59 อันดับสามเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.71 และบางส่วนเป็นการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 4 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.82 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bjerre และ valendh (1975) พบว่าทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกและมากกว่าครั้งที่ 4 จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย

ข้อมูลด้านกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี หรืออายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งสอดคล้องกับ สุมาลี (2527) พบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .005$ )

เนื่องจากผลการศึกษาข้อมูลด้านกลุ่มอายุของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อันดับหนึ่งและอันดับสองของ อายุมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31-35 ปี มากเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 29.40 อันดับสองอยู่ในกลุ่มอายุ 18-20 ปี และกลุ่มอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.48 และอันดับสามอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อยู่ในกลุ่มอายุ 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.64

2. ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ข้อมูลการได้รับทันตศึกษา/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการประเมินการแปรงฟัน



จากผลการศึกษา ข้อมูลการได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ การให้ทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ แก่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการต่อการมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ ถึงร้อยละ 98.94 ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ขณะมารดาตั้งครรภ์ ได้รับทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ ถึงร้อยละ 97.06 ซึ่งไม่แตกต่างกัน

ในขณะที่ การแปรงฟันมีผลต่อการมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เนื่องจาก ผลการศึกษา พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมินการแปรงฟัน ถึงร้อยละ 90.21 และไม่ผ่านการประเมินการแปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 9.79 ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ขณะมารดาตั้งครรภ์ผ่านการประเมินการแปรงฟันเพียงร้อยละ 11.76 และไม่ผ่านการประเมินการแปรงฟัน ถึงร้อยละ 88.24 เพราะการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธีจะช่วยลดปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบ

ดังนั้น การให้ทันตสุขภาพ/สอนควบคุมคราบจุลินทรีย์ แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องเน้นฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธีให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการลดปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์

3. ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

ผลจากการวิเคราะห์สถิติด้วย โปรแกรม STATA พบว่า ปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.0014$ ) และปัจจัยด้านโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการที่ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบถึง 7.53 เท่า ( $OR = 7.53$  , 95% CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dasanayake (1998 : 206) ซึ่งทำการศึกษาในหญิงที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบปกติ มีโอกาสคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = 0.3$  ; 95%CI 0.75 - 0.98)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคั้งนี้

1. ควรเน้นการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพและการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแก่หญิงตั้งครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ในช่วง 4 - 12 สัปดาห์หรือช่วง 1 - 3 เดือน เพื่อตรวจเฝ้าระวังโรคเหงือกอักเสบ และทราบแนวทางการป้องกันได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์กับน้ำหนักรกแรกเกิด แบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective or cohort study) เพื่อการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม เกี่ยวกับการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และในการตรวจโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ควรมีการวัดระดับความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ
2. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลและมารักษาหรือควบคุมคราบจุลินทรีย์ขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากหญิงตั้งครรภ์ และหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับด้านระยะทางของหญิงตั้งครรภ์ ลำดับที่การตั้งครรภ์และกลุ่มอายุร่วมด้วย

## บรรณานุกรม

- Murammatsu Y , Takaesu Y. (August 1994). **Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy.** Retrieved January 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8620592>.
- WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Systemic and Oral Health. (25 October 2005). **Adverse Pregnancy Outcomes and periodontal Diseases.** Retrieved January 30, 2010, from <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/systpreterm.html>.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2547). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544 – 2547. (1). พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.**
- สำเร็จ ไตรดิลาพันธ์. 2550. **ปัจจัยเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2553, จาก** <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/283>.
- Offenbacher S และคณะ. (October 1996). **Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight.** Retrieved January 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8910829>.
- Marin C และคณะ. (March 2005). **Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status.** Retrieved Retrieved January 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15766374>.
- Le, H.T.T., Jareinpituk S, Kaewkungwal J, Pitiphat W. (May 2007). **Increased risk of preterm birth among non – smoking, non – alcohol drinking women with maternal periodontitis.** Retrieved January 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17877238>.
- Dasanayake AP. (July 1998). **Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight.** Retrieved January 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9722704>.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.**

- Lopez N J. ,Smith P.C, Gutierrez J. (2002). **Higher Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight in Women with Periodontal Disease**. Retrieved January 30, 2010, from <http://jdr.sagepub.com/cgi/content/abstract/81/1/58>.
- ไพรัช ตั้งยิ่งยง, มัณฑนา จวรรณกุล. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริทันต์อักเสบของมารดา กับทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย**. วิทยานิพนธ์ ว ทันต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- Tarannum. (November 2007). **Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in woman affected by periodontitis**. Retrieved January 30, 2010, from <http://www.joponline.org/doi/abs/10.1902/jop.2007.060388?journalCode=jop>.
- ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. (2552). **ระบาควิทยา**. (7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2536). **กุมารเวชก้าวหน้า**. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
- นงนุช บุญเกียรติ. (2524). **ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- Bjerre และ valendh . (March 1975). **A Study of some Biological and Socioeconomic Factors in Low Birth Weight**. Retrieved January 30, 2010, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/20>.
- สุมาลี อารีเอื้อ. (2527). **ปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อาริยา สัพพะเวช. (2526). **ปัจจัยที่มีผลน้ำหนักทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลปิยะเวท. (ตุลาคม 2552). **หญิงตั้งครรภ์กับโรคเหงือกอักเสบ**. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2553, จาก [http://www.piyavate.com/dental-institute/dental-institute\\_gingivittis\\_th.php](http://www.piyavate.com/dental-institute/dental-institute_gingivittis_th.php).
- เดโช สนวนานนท์. (2518). **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ: ไพธสามต้นการพิมพ์.
- จำเนียร ชวงโชติ. (2526). **จิตวิทยาการเรียนรู้และการรับรู้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.

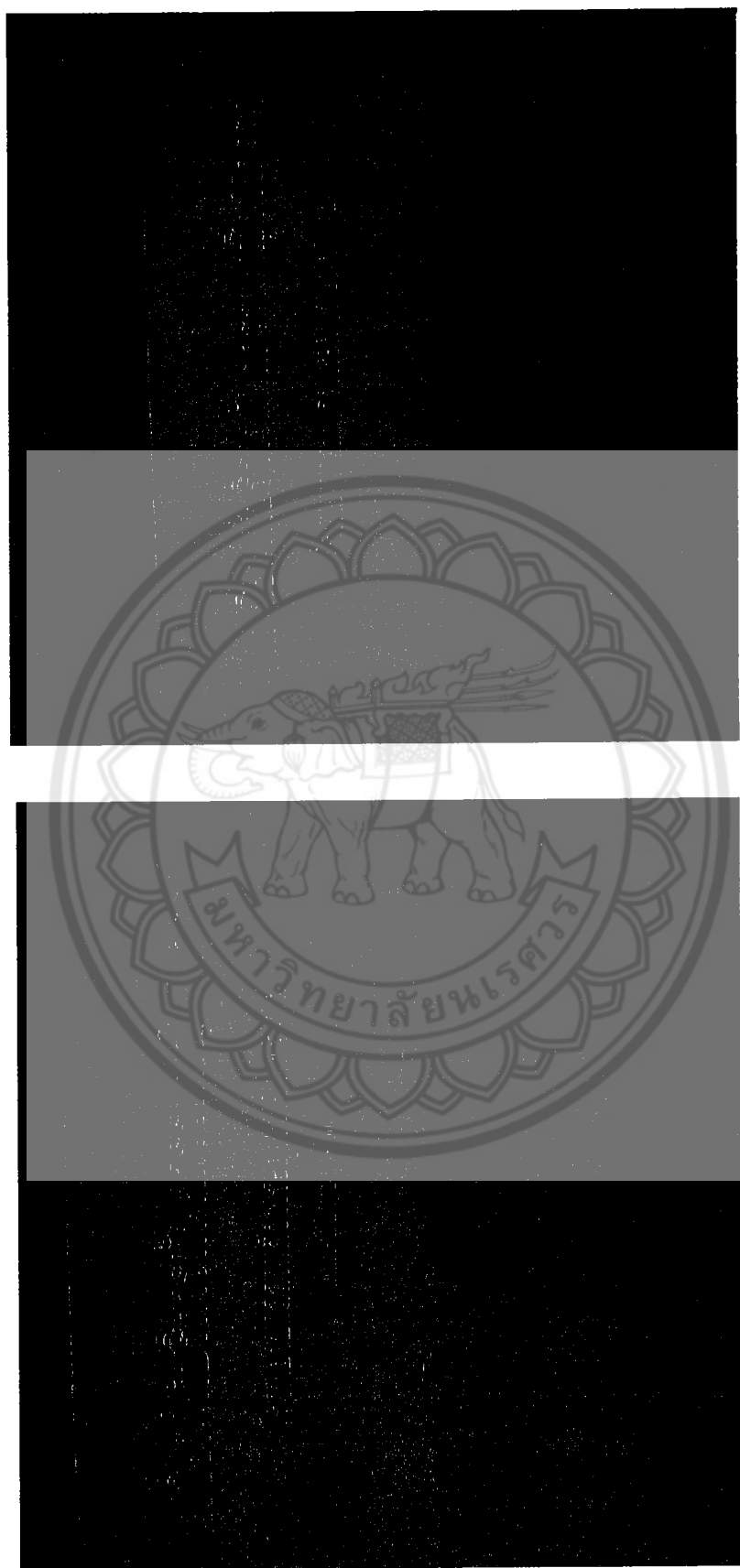


ภาคผนวก ก แสดงแบบรายงานการเก็บข้อมูลในงานวิจัย

แบบบันทึกการฝากครรภ์และการคลอด ของห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย



แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย







## ภาคผนวก ข แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากโปรแกรม STATA

### ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ OUT PUT จากโปรแกรม STATA

```
- label define pd 1 "yes"
- label define pd 0 "no", add
- label define lbw 1 "yes"
- label define lbw 0 "no", add
```

```
. tab pd lbw
```

periodenta	low birth weight		Total
1	0	1	
0	121	2	123
1	257	32	289
Total	378	34	412

```
. cc pd lbw
```

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	32	257	289	0.1107
Controls	2	121	123	0.0163
Total	34	378	412	0.0825
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	7.53307		1.86346 65.70274 (exact)	
Attr. frac. ex.	.8672521		.4633637 .9847799 (exact)	
Attr. frac. pop	.0960279			
	chi2(1) = 10.17		Pr>chi2 = 0.0014	

### ภาพที่ 6 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากโปรแกรม STATA

#### การแปลผลจากโปรแกรม STATA

การเป็นโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0014) โดย การเกิดโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการที่ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มอายุ 18 - 35 ปี ที่ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบถึง 7.53 เท่า (OR = 7.53, 95% CI เท่ากับ 1.86 ถึง 65.70)