

ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเล่นดูและโรคฟันผุในเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว

ลักขณา อภัยจิรากุล¹

สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา²

จันทนา อึ้งชูศักดิ์³

มยุดา ศิริเทพทวี⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเล่นดูและโรคฟันผุในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2555 เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยการสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กเล็ก และการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและผู้ปกครอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรในสมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก พบว่าเด็ก 431 คน เป็นชายร้อยละ 45.0 และหญิงร้อยละ 55.0 อายุระหว่าง 2 ถึง 5 ปี เด็กฟันผุร้อยละ 78.4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เด็กเล็กที่ผู้ปกครองมีความรู้ว่าการรับประทานนมหวานทำให้ฟันผุมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ (อัตราส่วนความเสี่ยง = 2.361; 95%CI = 1.012-5.506) เด็กเล็กที่ผู้ปกครองตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็กเป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองไม่ตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็ก (อัตราส่วนความเสี่ยง = 3.177; 95%CI = 1.768-5.709) เด็กเล็กที่ก่อนหย่านมไม่ได้ดื่มนมแม่เป็นหลัก มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ดื่มนมแม่เป็นหลัก (อัตราส่วนความเสี่ยง = 2.471; 95%CI = 1.425-4.285) เด็กเล็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาลเร็ว มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาลช้า (อัตราส่วนความเสี่ยง = 0.966; 95%CI = 0.938-0.993) และเด็กเล็กที่ผู้ปกครองมีค่าฟันผุถาวร (DMFT) สูงกว่า มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองมีค่าฟันผุถาวร (DMFT) ต่ำกว่า (อัตราส่วนความเสี่ยง = 1.086; 95%CI = 1.029-1.147)

คำสำคัญ : เด็กเล็ก ฟันผุ พฤติกรรมการเล่นดู

1 โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

2 ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3 สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4 ภาควิชาวินิจฉัยโรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

American Academy of Pediatric Dentistry¹ ปี 2009 นิยามโรคฟันผุในเด็กเล็ก (early childhood caries, ECC) คือ การพบรอยฟันน้ำนมผุอย่างน้อย 1 ซี่ในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 71 เดือน การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ลูกกลามถึงโพรงประสาทฟันรวดเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันมีน้อยกว่า² พบฟันผุทะลุถึงโพรงประสาทได้ตั้งแต่เด็กอายุ 18 เดือน³

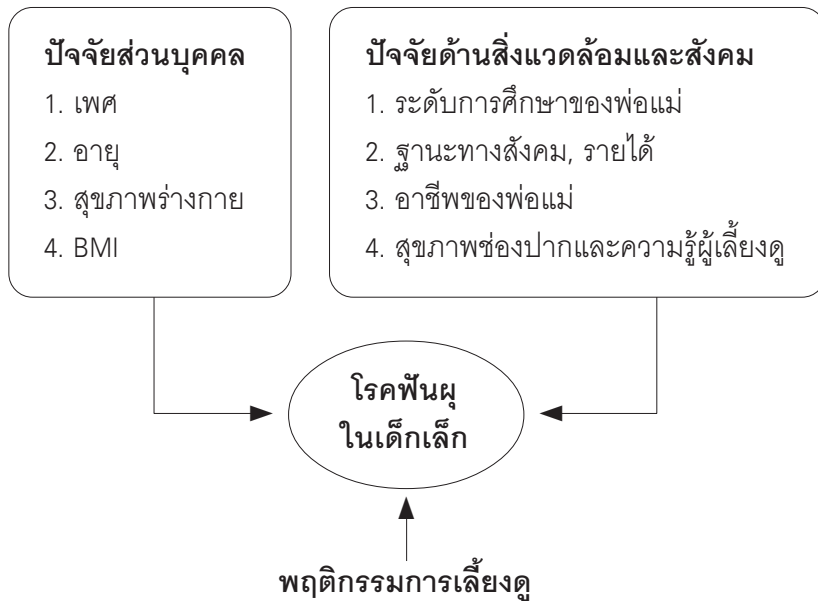
รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550⁴ พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 61.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.21 ซี่ต่อคน และร้อยละ 2.3 ของเด็กมีการสูญเสียฟัน เด็กอายุ 5 ปี ผุร้อยละ 80.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.43 ซี่ต่อคน เด็กในชนบทผุมากกว่าเด็กในเขตเมืองคือผุร้อยละ 67.2 และ 55.1 ตามลำดับ

การเกิดฟันผุในเด็กไทยพบได้ตั้งแต่อ่อนอายุ 1 ปี และจะเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 1-3 ปี⁵ ข้อมูลปี 2551 เด็กอายุ 3 ปีจำเป็นต้องได้รับการถอนฟันถึงร้อยละ 12.2⁶ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพพระระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีจังหวัดสระแก้วผุร้อยละ 63.0 มากกว่าระดับประเทศที่ผุร้อยละ 56.6⁷

โรคฟันน้ำนมมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอาหาร ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และด้านการได้รับบริการทันตกรรม ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ พฤติกรรมการเลี้ยงดู เนื่องจากเด็กเล็กต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉพาะจากผู้ปกครองเป็นสำคัญ การเลี้ยงดูจะส่งผ่านทัศนคติ ความรู้และทักษะต่างๆ จากผู้ปกครองสู่เด็กเล็ก และปลูกฝังจนเป็นนิสัยของเด็กเล็กต่อไป พฤติกรรมการเลี้ยงดู อาทิ การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ผู้ปกครองไม่ได้แปรงฟันให้เด็กและการใส่น้ำหวานในขวดนม การบริโภคอาหารของเด็กโดยเฉพาะขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ การดื่มน้ำหวานและการมีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน การขาดการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เป็นต้น

การศึกษาความชุกของโรค พฤติกรรมการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูและโรคฟันผุในเด็กเล็กจังหวัดสระแก้ว เพื่อผลที่ได้จะสะท้อนถึงปัญหาพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบใดที่ส่งผลกระทบต่อโรคฟันผุ ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการพัฒนาแผนงานและวางแนวทางการดำเนินการ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหាកาเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กจังหวัดสระแก้วต่อไป

กรอบแนวคิด



วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2555 ประชากรคือ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 18 แห่งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 เครือข่ายรวม 9 อำเภอของจังหวัดสระแก้ว คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร⁸

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

$Z = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

$p = 0.63$ (การสำรวจปี 2554 เด็ก 3 ปี จังหวัดสระแก้วผู้ร้อยละ 63.0)

$E = 0.05$ (ค่าความคลาดเคลื่อน)

$n = (1.96)^2 * 0.63 * 0.37 / 0.05^2 = 359$ คน

กำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการเก็บข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ

เข้าร่วมโครงการ

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ HE552184)

เก็บข้อมูล 2 วิธี คือ สอบถามและตรวจสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก⁹

ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการเล่นลูก ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเข้าใจคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสุขภาพช่องปาก

แบบตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและผู้ปกครอง ใช้ดัชนีฟันผุ ถอน ดุด dmfs, dmft และ

DMFT ตามลำดับ เป็นแบบบันทึกที่ดัดแปลงมาจากแบบตรวจตามองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1997¹⁰

ทันตแพทย์ 2 คนเป็นผู้ตรวจ (1 คนตรวจเด็ก อีกคนตรวจผู้ปกครอง) แต่ละคนฝึกจนสามารถตรวจได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานของผู้เชี่ยวชาญ และปรับมาตรฐานการตรวจวัดสถานะช่องปากภายในบุคคล (intra-examiner calibration) ตรวจจากกลุ่มตัวอย่างซ้ำร้อยละ 10 ลงบันทึกข้อมูล 2 ครั้ง (Double data entry) โดยผู้ลงบันทึกคนละกลุ่มและเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกแล้ว

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับสองตัวแปร (Bivariate analysis) และหลายตัวแปรโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก

(Multivariable logistic regression) เพื่อหาอัตราส่วนความเสี่ยง (Adjusted odds ratio) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

จำนวนตัวอย่างเด็ก 431 คน (ตารางที่ 1) เป็นชายร้อยละ 45.0 และหญิงร้อยละ 55.0 อายุระหว่าง 2 ถึง 5 ปี อายุเฉลี่ย 3.5 ปี น้ำหนักตามเกณฑ์สมส่วนร้อยละ 68.5 เด็กฟันผุร้อยละ 78.4 dmfs 13.1 ด้าน/ คน dmft 5.7 ซี่/ คน พ่อและแม่เป็นผู้เลี้ยงดูร้อยละ 62.6 รองลงมาคือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 30.2 ร้อยละ 51 ของครอบครัวมีรายได้ 5,000-15,000 บาท/เดือน ผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่พ่อแม่จบประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 ส่วนพ่อหรือแม่ จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.3 และ ร้อยละ 54.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว

Table 1 Samples in the Child Development Centers, Sa Kaeo Province.

อำเภอ	จำนวนเด็ก (คน)	แบ่งตามสัดส่วน	จำนวนตัวอย่าง (คน)
เมืองสระแก้ว	1,291	79	86
วัฒนานคร	931	57	70
อรัญประเทศ	882	54	65
โคกสูง	337	20	30
ตาพระยา	896	55	47
วังสมบูรณ์	626	38	31
วังน้ำเย็น	548	34	31
คลองหาด	564	34	33
เขาฉกรรจ์	483	29	38
รวม	6,558	400	431

ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน การศึกษาสูงสุดของพ่อ ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานนมหวานทำให้ฟันผุ การกินนมของเด็ก อายุที่เด็กเล็ก กินนมตอนกลางคืน การดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม อายุที่เด็กเริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาล การตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก ค่าฟันผุถาวร (DMFT) ของผู้ปกครอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับโรคฟันผุในเด็กเล็ก

Table 2 Association between factors and early childhood caries

ปัจจัย	ฟันไม่ผุ (n=93)	ฟันผุ (n=338)	P-value
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน			0.033a
< 5,000บาท	10 (10.8%)	69 (20.4%)	
> 5,000 บาท	83 (89.2%)	269 (79.6%)	
การศึกษาสูงสุดของพ่อ			0.039a
ไม่ได้เรียนหนังสือ-ประถมศึกษา	22 (23.7%)	92 (27.2%)	
มัธยมศึกษาตอนต้น ขึ้นไป	71 (76.3%)	246 (72.8%)	
ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานนมหวานทำให้ฟันผุ			0.020a
ทำให้ฟันผุ	80 (86.0%)	284 (84.0%)	
ไม่ทำให้ฟันผุ, ไม่ทราบ	13 (14.0%)	54 (16.0%)	
การกินนมของเด็ก			0.041a
ไม่กินเลย, กินเป็นเวลา	76 (81.7%)	76 (81.7%)	
กินตลอดเวลาหรือทุกครั้งที่ยังให้อาหาร	17 (18.3%)	98 (29.0%)	
อายุที่เด็กเล็กกินนมตอนกลางคืน (เดือน)	29.0 ± 8.2	26.0 ± 9.4	0.042b
การดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม			0.004a
ใช่	47 (50.5%)	115 (34.0%)	
ไม่ใช่	46 (49.5%)	223 (66.0%)	
อายุที่เด็กเริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาล (เดือน)	27.7 ± 10.2	24.6 ± 9.6	0.017b
การตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก			0.001a
ไม่เคย, ทำบางครั้ง	40 (43.0%)	214 (63.3%)	
ทำเป็นประจำ	53 (57.0%)	124 (36.7%)	
ค่าฟันผุถาวร (DMFT) ของผู้ปกครอง	6.41 ± 5.56	8.36 ± 5.90	0.004 b

a หมายถึง ค่า P value ของไคสแควร์, $p < 0.05$

b หมายถึง ค่า P value ของ ที-เทส, $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรในสมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็ก ได้แก่ ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานขนมหวานทำให้ฟันผุ การตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก การดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม อายุที่เด็กเริ่มดื่มน้ำตาล และค่าฟันผุถาวร (DMFT) ของผู้ปกครอง โดยปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.3 (ตารางที่ 3)

บทวิจารณ์

การศึกษาที่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานขนมหวานทำให้ฟันผุ ประวัติการตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก ประวัติการดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม ช่วงอายุที่เด็กเริ่มดื่มน้ำตาล และค่าฟันผุ ถาวร ของผู้ปกครอง

ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานขนมหวานทำให้ฟันผุ พบว่า เด็กเล็กที่ผู้ปกครองทราบว่าการรับประทานขนมหวานทำให้ฟันผุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุมากกว่าเด็กเล็ก

ที่ผู้ปกครองไม่ทราบว่าการรับประทานขนมหวานทำให้ฟันผุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Kressin และคณะ¹¹ และการศึกษาของ Chan และคณะ¹² ที่พบว่าแม่และผู้ปกครองเด็กเล็กจำนวนมากยังขาดความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพของตนเองและลูก จึงมีโอกาสทำให้เด็กเล็กเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กเล็กได้สูง

ประวัติการตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก พบว่า ผู้ปกครองที่ตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็กเป็นประจำ เด็กจะมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองไม่ตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ วลิน เทียนกิ่งแก้ว¹³ ที่พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีประสบการณ์ฟันผุต่ำจะให้ความสำคัญและตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็กอย่างสม่ำเสมอ

การดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม พบว่าเด็กที่ก่อนหย่านมไม่ได้ดื่มนมแม่เป็นหลักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมแม่เป็นหลัก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Caplan และคณะ¹⁴ ที่ระบุว่าเด็กที่ดื่มนมขวดนานมากกว่า 1.5 ปี จะพบจำนวนด้านฟันผุและอุดมากกว่าเด็ก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรในสมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก

Table 3 The final multivariable logistic regression model

ปัจจัย	อัตราส่วนความเสี่ยง	ช่วงเชื่อมั่น 95%	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานขนมหวาน	2.361	1.012-5.506	0.047
การตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็ก	3.177	1.768-5.709	< 0.001
การดื่มนมแม่เป็นหลักก่อนหย่านม	2.471	1.425-4.285	0.001
อายุที่เด็กเริ่มดื่มน้ำตาล	0.966	0.938-0.993	0.014
ค่าฟันผุถาวร (DMFT) ของผู้ปกครอง	1.086	1.029-1.147	0.002

* Nagelkerke R Square = 17.3%

ที่มีประวัติดื่มนมแม่ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Lida H และคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาในเด็ก 2-5 ปีในพื้นที่ที่ยากจนในสหรัฐอเมริกา พบว่าการที่เด็กดื่มนมแม่เป็นเวลานานจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ และมีค่าดัชนีฟันผุถาวร (dmft) สูง Valaitis และคณะ¹⁶ มีหลายการศึกษาที่ได้เอียงกันมากเกี่ยวกับนมแม่ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็ก ในกรณีที่ให้นมตอนกลางคืน

ช่วงอายุที่เด็กเริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาล พบว่า เด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาลเร็วจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มใส่น้ำตาลช้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า เชื้อ *S. mutans* และโรคฟันผุในเด็กเล็กจะพบได้บ่อยในเด็กที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากเป็นเวลานาน เชื้อ *S. mutans* และเชื้อแลคโตบาซิลจะสามารถเผาผลาญน้ำตาลได้มาก ทำให้เกิดกรดทำลายเคลือบฟันและเนื้อฟันได้มากตามระยะเวลาสัมผัส¹⁷ และพบว่า เด็กที่ได้รับอาหารหวาน ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน ตั้งแต่ 5 เดือนแรกจะพบความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็ก¹⁸⁻¹⁹

ค่าฟันผุถาวร (DMFT) ของผู้ปกครอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berkowitz²⁰ ที่กล่าวว่า เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคติดต่อและติดต่อได้โดยเฉพาะจากแม่หรือผู้ปกครองไปสู่เด็ก พบว่าแม่ที่ตรวจพบเชื้อ *S. mutans* จะสามารถตรวจพบเชื้อในลูกได้เช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ Thitasomakul และคณะ²¹ พบว่า แม่ที่มีฟันผุ ตั้งแต่ 10 ซี่ขึ้นไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของลูกอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ควรคำนึงถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อโรคฟันผุในเด็กเล็ก นำไปสู่ความเข้าใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเล่นดูและโรคฟันผุในเด็กเล็ก

การกำหนดแนวทางและนโยบายต่างๆ ควรมีข้อมูลจากการสำรวจจริงมาประกอบ เพื่อให้การดำเนินงานตรงตามเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ ภายใต้อำนาจในเรื่องทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ

ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุแท้จริงที่ผู้ปกครองที่มีความรู้แต่ไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติที่ดี มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบสำคัญ และศึกษาถึงวิธีจูงใจให้ผู้ปกครองเห็นถึงความสำคัญของการนำความรู้สุขภาพช่องปากที่มี ผู้การปฏิบัติตนและการเลี้ยงดูเด็กเล็กอย่างเหมาะสม

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนัด ติดตาม กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ในการเก็บข้อมูล ฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์บุคลากรและการจัดเตรียมอุปกรณ์ และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2009; 30 (7 Suppl): 40-3.
2. สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. วิทยาการโรคฟันผุ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บริษัทไกรรูปเพรสจำกัด 2552
3. นุสรา ภูมาศ. รูปแบบการผุของฟันน้ำนมในเด็ก 3 และ 6 ปี : จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ประเทศไทย, 2539.
4. กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ.2549-2550, โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก; 2551.
5. จีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย. การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดฟันผุเด็กที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า ๖ ทนต์ 2551; 13: 16-24.
6. กนกพร โพธิ์หอม. ความชุกความรุนแรงและรูปแบบการผุของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี อ.เมือง จ.นครสวรรค์. ๖ ทนต์ 2551; 13: 150-9.
7. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานระบบเฝ้าระวังทันตสาธารณสุข. http://phdb.moph.go.th/hssd1/umd/HSS_DENTAL/report/report_dental.php. สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2555.
8. อรุณ จีรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
9. ศศิธร ตาลอำไพ. ประสิทธิภาพของฟลูออไรด์วาร์นิชในการป้องกันฟันผุ เปรียบเทียบระหว่างการทาทุก 3 เดือน และ 6 เดือนในเด็ก 8-22 เดือน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550. ประเทศไทย.
10. WHO. Dental status/Caries Recording Form . Available from: <http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Assessment-Forms-for-Clinical-Investigations/Oral-Health-Assessment-Form1/> (cited 28 Feb 2012)
11. Kressin NR, Nunn ME, Singh H, Orner MB, Pbert L, Hayes C, et al. Pediatric clinicians can help reduce rates of early childhood caries: effects of a practice based intervention. *Med Care* 2009; 47 (11): 1121-8.
12. Chan SCL, Tsai JSJ, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 322-31.
13. วสิน เทียนกิ่งแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2539.

14. Caplan LS, Erwin K, Lense E, Hick J Jr. The potential role of breast-feeding and other factor in helping to reduce early childhood caries. J Public Health Dent 2008; 68 (4): 238-41.
15. Iida H, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. Pediatrics 2007; 120 (4): e944-52.
16. Valaitis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breast feeding and early childhood caries. Canadian Journal of Public Health 2000; 91: 411-7.
17. Bowen WH, Pearson SK. 1993. Effect of milk on cariogenesis. Caries Res 27: 461-6.
18. Kashket S, DePaola DP. Cheese consumption and the development and progression of dental caries. Nutrition Reviews 2002; 60: 97-103.
19. Kawashita Y, Fukuda H, Kawasaki K, Kitamura M, Hayashida H, Furugen R, et al. Pediatrician recommended use of sports drinks and dental caries in 3-year old children. Community Dent Health 2011; 28: 29-33.
20. Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. J Calif Dent Assoc 2003; 31(2): 135-8.
21. Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madyusoh S. Risk for early childhood caries analyzed by negative binomial models. J Dent Res 2009; 88 (2): 137-41.

Association between child care behaviors and early childhood caries in Sa kaeo province

Lakkana Oujirakul¹

Supaporn Chatrchaiwiwatana²

Chanthana Uengchusak³

Mookhda Siritapetawee⁴

Abstract

The purpose of this study was to assess the association between child care behaviors and early childhood caries in children 2-5 years old residing in Sa Kaeo province, Thailand, during August to December, 2012. This cross-sectional analytic study included 431 children, 194 boys (45.01%) and 237 girls (54.98%) whose parents volunteered to take part in the study. Data on both the children and the parents were collected using a questionnaire as well as an oral health examination. Results were analyzed by means of descriptive, bivariate, and multivariable logistic regression analyses. Findings from descriptive statistics showed that 338 out of 431 children (78.42 %) had early childhood caries (ECC). The final multivariable logistic regression model showed that early childhood caries (ECC) was associated significantly with parents' oral health knowledge [AOR= 2.361; 95%CI=1.012-5.506], parents who did not check up their children's teeth [AOR=3.177; 95%CI=1.768-5.709], children who had breastfeeding before wean [AOR=2.471; 95%CI=1.425-4.285], age children started sweet beverages [AOR=0.966; 95%CI=0.938-0.993] parents' DMFT [AOR=1.086; 95%CI=1.029-1.147]. The findings confirm the importance of child care behaviors relating to early childhood caries. To reduce limitation of this cross-sectional study, a longitudinal study should be conducted further in order to clearly explain the association between child care behaviors and early childhood caries so that the results will be better used for planning dental health promotion programs for young children.

Keywords: *early childhood/ dental caries/ child care behaviors*

¹ Ta Phraya Hospital, Sa Kaeo

² Faculty of Dentistry, KhonKaen University

³ Bureau of Technical Advisors, Department of Health.

⁴ Faculty of Dentistry, KhonKaen University