

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุ ของเด็กไทย อายุ 3-5 ปี เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน

สุณี วงศ์คงคาเทพ* ทบ., สม., อท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 3-5 ปี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างในศูนย์เด็กเล็ก 246 แห่ง ศูนย์เด็กเล็กละ 10 ราย กระจายใน 20 จังหวัด ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2554 เก็บข้อมูลจากการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติโค-สแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก การศึกษานี้ใช้เกณฑ์แบ่งความยากจนคือรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวนเด็กในการวิเคราะห์จำนวน 2,113 คน มีเด็กในกลุ่มยากจนร้อยละ 29.3 พบปัญหาฟันผุร้อยละ 66.6 ส่วนเด็กไม่ยากจนพบอัตราผุ 57.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในการศึกษานี้ เรียงจากปัจจัยที่มีน้ำหนักความสัมพันธ์มากไปหาน้อย คือ อนามัยช่องปากของเด็ก การบริโภคน้ำอัดลม จำนวนความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ การได้รับบริการฟลูออไรด์เฉพาะที่ และ การบริโภคนมหวานประจำ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้ง 6 ระหว่างเด็กในครอบครัวยากจนและไม่ยากจน พบว่าปัจจัยอนามัยช่องปากเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มยากจนและไม่ยากจนมากที่สุด ส่วนการบริโภคน้ำอัดลมและการบริโภคนมหวานประจำพบมีสัดส่วนไม่แตกต่างใน 2 กลุ่ม

คำสำคัญ : เด็กอายุ 3-5 ปี, อัตราฟันผุ, ความยากจน, การดูแลอนามัยช่องปาก, การใช้ฟลูออไรด์, การบริโภคอาหารรสหวาน

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัญหาโรคฟันผุส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ พัฒนาการต่าง ๆ ในเด็ก¹ พบว่าเด็กที่มีความเจ็บปวดระหว่างการติดเชื้อของฟัน จะรับประทาน อาหารได้น้อยลง การเจ็บปวดยังจะรบกวนการนอน ของเด็ก ทำให้การหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญ เติบโตของร่างกาย (growth hormone) ลดลง นอกจากนี้ร่างกายจะเพิ่มการสร้างสารกลูโค- คอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ทำให้อัตราการเผา ผลาญพลังงานโดยรวมในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งรบกวน การเจริญเติบโตและการพัฒนาการตามปกติของเด็กด้วย และมีโอกาสน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเด็กปกติ ใน เด็กที่มีฟันผุนั้นมีอาการปวดฟันเรื้อรัง และถูกถอน ฟันไป² พบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารลำบากและ เคี้ยวไม่สะดวกทำให้เกิดผลภาวะโภชนาการบกพร่อง (malnourished) และอ้วน ไม่สามารถรับประทาน อาหารได้อย่างสมดุล และมักรับประทานอาหาร เหลวรสหวาน แม้มีน้ำหนักปกติ แต่สารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม การเกิดฟันผุเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างการสูญเสียแร่ธาตุ (demineralization) กับการคืนแร่ ธาตุ (remineralization) จากปฏิกิริยาของปัจจัย ร่วมกัน 3 ประการ คือ ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ อาหาร ที่เป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดสลายตัวได้ และโฮสต์ (host) ซึ่งได้แก่ ฟัน น้ำลาย แผ่นคราบน้ำลาย (acquired pellicle)³ รวมทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา อาหาร พฤติกรรม และสังคมและสิ่งแวดล้อม⁴ จากข้อมูล ระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีโดยกอง ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁵ พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มี โรคฟันผุจากร้อยละ 66.5 ในปี 2532 ลดลงเป็นร้อย ละ 61.4 ในปี 2550 แต่ในเขตชนบทกลับพบอัตรา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.8 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 67.2 ในปี 2550 แสดงให้เห็นความชุกของโรคฟัน น้ำนมผุของเด็กไทยอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้ม

เพิ่มมากขึ้นในเขตชนบท

ขณะเดียวกันมีการศึกษาจำนวนมากพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ปกครอง มีความ สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เด็กที่มีฟัน ผุมักจะมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและการศึกษา ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีฟันผุ⁶⁻⁷ และอาชีพของหัวหน้า ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการผุของเด็ก⁸ รวมทั้ง ปัจจัยรายได้ของครอบครัวและอาชีพของมารดามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแปรงฟันของลูก⁹ ขณะ เดียวกันผู้ปกครองในชนชั้นทางสังคมที่สูงกว่าจะมี พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกและการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกว่าชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า¹⁰ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 3-5 ปี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้ได้ประสานขอความร่วมมือ จากฝ่ายทันตสาธารณสุข ร่วมกับฝ่ายส่งเสริมสุ ภาพของโรงพยาบาลรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข การคำนวณขนาดตัวอย่างโดย ใช้สูตร $n = NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 0.05$ ค่า P = ความชุกของโรคฟันผุใน เด็กกลุ่ม 3 ปี (60%) ค่า d = ความคลาดเคลื่อนใน ระดับประชากร (0.015) และ N = ประชากรอายุ 0-5 ปี จากกรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 = 4,344,825 คน จากสูตรดังกล่าวคำนวณ ขนาดตัวอย่างได้ $n = 2,047$ สุ่มเพิ่ม 20% รวม จำนวนตัวอย่างทั้งหมด คือ เด็กและผู้เลี้ยงดูเด็ก ประมาณ 2,456 คู่ ในแต่ละภาคสุ่มจังหวัดอย่าง ง่าย โดยแต่ละจังหวัดคัดเลือกศูนย์เด็กเล็กในความ รับผิดชอบของโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง เพื่อเก็บข้อมูลในศูนย์ เด็กเล็กในความรับผิดชอบ ศูนย์เด็กเล็กละ 10 ตัวอย่างใน 20 จังหวัด รวมทั้งหมด 246 ศูนย์เด็ก

เล็ก รวมตัวอย่างทั้งหมด 2,460 คู่ ในระหว่างช่วง กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2554 ด้วยการตรวจสอบสภาพช่องปากเด็ก ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กที่พาเด็กมาฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยชุดคำถาม 5 หมวด หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก หมวดที่ 2 การตรวจช่องปากและการใช้บริการทันตกรรม หมวดที่ 3 หมวดอาหารประจำวัน หมวดที่ 4 หมวดขนม/เครื่องดื่มในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หมวดที่ 4 หมวดการทำความสะอาดช่องปาก หมวดที่ 5 หมวดนม การวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อมูลจากตัวอย่างที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 2,113 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มแบ่งกลุ่มการวิเคราะห์เป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ความยากจนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ระบุว่าเส้นความยากจน¹¹ คือ ผู้มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 1,666 บาท หมายความว่าในครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวมีรายได้ประมาณ 5,540 บาทต่อเดือน หากต้องเลี้ยงดูครองที่ไม่มีรายได้และลูกอีก 2 คน ถือว่าเป็นคนยากจน เพื่อให้ง่ายในการเก็บข้อมูลจึงกำหนดเส้นแบ่งรายได้ครอบครัวที่ยากจนเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มที่ 1 กลุ่มยากจนคือกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 5,000 บาท กลุ่มที่ 2 กลุ่มไม่ยากจนคือกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 5,000 บาท วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา

การเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์ระดับภาคพบว่าภาคที่มีอัตราตอบกลับสูงสุดคือภาคเหนือร้อยละ 98.8 และต่ำสุดคือตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 73.8 (ตารางที่ 1)

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรของเด็ก กลุ่มเด็กยากจนมีจำนวน 619 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 47 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ปี กลุ่มเด็กไม่ยากจนมีจำนวน 1,494 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.4 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ปี

ลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูหลัก ส่วนใหญ่เป็นทั้งพ่อ แม่รวมร้อยละ 74.2 จบการศึกษาประถมศึกษาและไม่ได้เรียนรวมร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างต่าง ๆ ร้อยละ 36 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้านร้อยละ 23.2 เป็นกลุ่มยากจนร้อยละ 29.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน พบว่ากลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก ระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดูหลัก และอาชีพผู้เลี้ยงดูหลักมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้เลี้ยงดูหลักในกลุ่มยากจนมีสัดส่วนกลุ่มญาติข้างพ่อ/แม่ที่ช่วยเลี้ยงดูร้อยละ 36.7 สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนที่พบร้อยละ 20.5 ระดับการศึกษาของกลุ่มยากจนมีสัดส่วนระดับการศึกษาไม่ได้เรียน/จบประถมศึกษาร้อยละ 66.4 สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนที่พบร้อยละ 28.1 และ อาชีพผู้เลี้ยงดูหลักของกลุ่มยากจนมีสัดส่วนอาชีพรับจ้างทั่วไปเกษตรกรรม ประมง ลูกจ้างโรงงานร้อยละ 47.0 สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนที่พบร้อยละ 31.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างเทียบเป้าหมายที่สุ่มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

Table 1 Percentages of responded samples compared to targeted samples by region.

ภาค	ประชากร 0-5 ปี	จำนวน จังหวัดที่สุ่ม	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง ที่เก็บได้	ร้อยละ
กลาง	1,174,995	7	70	700	644	92.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,599,709	6	88	880	649	73.8
เหนือ	768,627	4	43	430	425	98.8
ใต้	801,494	3	45	450	395	87.8
รวม	4,344,825	20	246	2,460	2,113	85.9

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะประชากรของเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักจำแนกตามความยากจน

Table 2 Demographic characteristics of children and their major caregiver by the poverty.

ลักษณะประชากร	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	619	1,494	2,113
เพศเด็ก			
ชาย	53	47.6	49.2
หญิง	47	52.4	50.8
รวม	100.0	100.0	100.0
อายุเฉลี่ยของเด็ก	3.47	3.52	3.51
ผู้เลี้ยงดูหลักในปัจจุบัน***			
แม่	48.8	50.9	50.3
พ่อและแม่	14.2	27.8	23.9
ญาติข้างพ่อ/แม่	36.7	20.5	25.2
จ้างเด็กเลี้ยง/สถานรับเลี้ยง/ศูนย์เด็กเล็ก	0.3	0.8	0.7
รวม	100.0	100.0	100.0
ระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดูหลัก***			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	66.4	28.1	39.3
มัธยมศึกษา	27.8	27.6	27.7
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5.8	44.2	33.0
รวม	100.0	100.0	100.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
อาชีพปัจจุบันผู้เลี้ยงดูหลัก***			
ว่างงาน	12.1	6.3	8.0
แม่บ้าน	30.5	20.2	23.2
รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ประมง ลูกจ้างโรงงาน	47.0	31.4	36.0
งานอิสระส่วนตัว งานบริการ	9.2	17.3	15.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.1	24.8	17.8
รวม	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

อัตราฟันผุและอนามัยช่องปากของเด็ก ผลการตรวจสอบภาวะฟันผุและอนามัยช่องปากของเด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีฟันผุจำนวน 1,274 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่ผู้ทั้งฟันหน้าและฟันหลังผุร้อยละ 41.7 และ ผู้ที่เฉพาะฟันหน้าร้อยละ 40.8 กลุ่มนี้มีอนามัยช่องปากไม่สะอาดร้อยละ 38.7 เมื่อเปรียบเทียบสถานะฟันผุและอนามัยช่องปากของเด็กระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน พบว่ากลุ่มที่ยากจนมีปัญหาฟันผุร้อยละ 66.6 และ มีอนามัยช่องปากไม่สะอาดร้อยละ 46.5 สูงกว่าและแตกต่างกลุ่มไม่ยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับค่า P-value = 0.05) ซึ่งพบปัญหาฟันผุร้อยละ 57.7 และ มีอนามัยช่องปากไม่สะอาดร้อยละ 35.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราฟันผุและอนามัยช่องปากของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความยากจน

Table 3 Prevalence of dental caries and oral hygiene in children by the poverty.

สถานะ	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	619	1,494	2,113
ฟันผุ***			
ไม่ผุ	33.4	42.3	39.7
ผุ	66.6	57.7	60.3
รวม	100.0	100.0	100.0
อนามัยช่องปากเด็ก***			
ปากสะอาดไม่เห็นคราบ	53.5	64.5	61.3
ปากไม่สะอาดเห็นคราบฟันชัดเจน	46.5	35.5	38.7
รวม	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

พฤติกรรมในการทำสะอาดช่องปาก

พฤติกรรมในการทำสะอาดช่องปากเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอนามัยช่องปากกับพฤติกรรมการแปรงฟัน จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง มีอนามัยช่องปากสะอาดร้อยละ 72.7 สูงกว่าและแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 51.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มที่ช่องปากไม่สะอาดพบปัญหาฟันผุร้อยละ 40.2 สูงกว่าและแตกต่างจากกลุ่มที่ช่องปากสะอาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 92.2) คือต่างกัน 2.3 เท่า (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณาผู้แปรงฟันให้เด็กในช่วงเช้าส่วนใหญ่คือผู้ใหญ่แปรงให้ร้อยละ 42 มีเด็กแปรงผู้ใหญ่ตรวจซ้ำร้อยละ 19.6 และมีเด็กแปรงเองสูงถึงร้อยละ 38.3 เมื่อวิเคราะห์ปัญหาฟันผุและอนามัยช่องปากจำแนกตามกลุ่มผู้แปรงฟันทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่เด็กแปรงเองพบปัญหาฟันผุร้อยละ 67.9

และมีอนามัยช่องปากไม่สะอาดร้อยละ 45.2 สูงกว่าอีกและแตกต่างกับอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าเด็กวัยนี้ถ้าปล่อยให้แปรงฟันเองมีโอกาสแปรงไม่สะอาดและอาจนำไปสู่ปัญหาฟันผุได้สูง เนื่องจากกล้ามเนื้อมือของเด็กวัยนี้ยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงไม่สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ (ตารางที่ 6) เมื่อเปรียบเทียบผู้แปรงฟันให้เด็กตอนเช้าทั้งตอนเช้าและก่อนนอนระหว่างกลุ่มยากจนและไม่ยากจน พบว่ากลุ่มยากจนมีสัดส่วนเด็กแปรงเองทั้งช่วงเช้าและก่อนนอนร้อยละ 46.7 และ 38.3 สูงกว่าและแตกต่างกลุ่มไม่ยากจน (ร้อยละ 34.9 และ 31.1 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7) เมื่อวิเคราะห์ความถี่ในการแปรงฟันพบว่าเด็กที่แปรงฟันสม่ำเสมอวันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและก่อนนอนทุกวันพบเพียงร้อยละ 47 ซึ่งถือเป็นอัตราความสม่ำเสมอในการแปรงฟันที่ค่อนข้างต่ำ โดยกลุ่มยากจนแปรงสม่ำเสมอ 2 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 35.2) ต่ำกว่าและแตกต่างกับกลุ่มไม่ยากจน (ร้อยละ 51.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 4 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามความสม่ำเสมอในการแปรงฟันและอนามัยช่องปากเด็ก

Table 4 Percentages of children by frequency of tooth brushing and oral hygiene.

อนามัยช่องปาก	ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน		Total
	แปรงฟันสม่ำเสมอ	แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ	
ไม่สะอาดเห็นคราบฟันชัดเจน	271 (27.3)	547 (48.8)	818 (38.7)
สะอาดไม่เห็นคราบ	722 (72.7)	573 (51.2)	1,295 (61.3)
รวม	993 (100.0)	1,120 (100.0)	2,113 (100.0)

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 5 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามอนามัยช่องปากและสภาวะฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง

Table 5 Percentages of children by oral hygiene and dental caries.

อัตราฟันผุ	อนามัยช่องปากเด็ก (ร้อยละ)		รวม
	ปากสะอาดไม่เห็นคราบ	ปากไม่สะอาดเห็นคราบฟันชัดเจน	
ผุ	520 (40.2)	754 (92.2)	1,274 (60.3)
ไม่ผุ	775 (59.8)	64 (7.8)	839 (39.7)
รวม	1,295 (100.0)	818 (100.0)	2,113 (100.0)

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 6 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามผู้แปรงฟัน ปัญหาฟันผุ และ อนามัยช่องปากของเด็ก

Table 6 frequency of children by Who brush the teeth, oral hygiene and dental caries.

ปัญหา	เด็กแปรงเอง	ผู้ใหญ่แปรงให้	เด็กแปรงผู้ใหญ่ตรวจ	รวม
จำนวน	810	888	415	2113
ปัญหาฟันผุ				
ผุ	67.9	57.3	51.8	0.3
ไม่ผุ	32.1	42.7	48.2	39.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
อนามัยช่องปากของเด็ก				
ปากไม่สะอาดเห็นคราบฟันชัดเจน	45.2	37.8	28.0	38.7
ปากสะอาดไม่เห็นคราบ	54.8	62.2	72.0	61.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 7 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามความสม่ำเสมอในการแปรงฟันและความยากจน

Table 7 Who brush the teeth by the poverty.

การทำความสะอาดช่องปาก	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	619	1,494	2,113
ผู้แปรงฟันให้เด็กตอนเช้า***			
เด็กแปรงเอง	46.7	34.9	38.3
ผู้ใหญ่แปรงให้	37.3	44.0	42.0
เด็กแปรงผู้ใหญ่ตรวจ	16.0	21.2	19.6
รวม	100.0	100.0	100.0
ผู้แปรงฟันให้เด็กตอนก่อนนอน***			
เด็กแปรงเอง	38.3	31.1	33.2
ผู้ใหญ่แปรงให้	46.7	48.4	47.9
เด็กแปรงผู้ใหญ่ตรวจ	15.0	20.5	18.9
รวม	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 8 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามความสม่ำเสมอในการแปรงฟันและความยากจน

Table 8 frequency of tooth brushing of children by the poverty.

การทำความสะอาดช่องปาก	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	619	1,494	2,113
ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน***			
แปรงสม่ำเสมอ 2 ครั้ง/วัน	35.2	51.9	47.0
แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ	64.8	48.1	53.0
รวม	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานของเด็ก
พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานในการ
ศึกษานี้หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน
การบริโภคนมรสหวานหรือนมเปรี้ยว การบริโภค
ขนม และ เครื่องดื่มมากกว่า 3 รายการต่อวันการกิน
ขนมขณะดูทีวี และการบริโภคน้ำอัดลม

การบริโภคอาหารรสหวาน

มีผู้เลี้ยงดูเด็กระบุว่าเด็กบริโภคอาหารรส
หวานเป็นประจำร้อยละ 35.8 มีเด็กที่บริโภคขนม/
เครื่องดื่มขณะดูทีวีสูงถึงร้อยละ 39.8 มีเด็กที่บริโภค
ขนม และ เครื่องดื่มมากกว่า 3 รายการต่อวันร้อยละ
82.5 มีเด็กที่บริโภคน้ำอัดลมร้อยละ 53.6 มีเด็ก

บริโภคเฉพาะนมจืดค่อนข้างน้อยร้อยละ 12.6 เมื่อ
เปรียบเทียบการบริโภคอาหารรสหวานของเด็ก
ระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน พบว่ามีเพียง
การบริโภค 3 เรื่องที่สองกลุ่มบริโภคแตกต่างกัน คือ
กลุ่มยากจนบริโภคอาหารรสชาติหวานเป็นประจำ
ร้อยละ 39.4 กินขนมและเครื่องดื่มขณะดูทีวีร้อยละ
43.6 และมีสัดส่วนที่บริโภคขนม/เครื่องดื่ม/วัน ≥ 3
รายการร้อยละ 85.5 สูงกว่าและแตกต่างกับกลุ่ม
ที่ไม่ยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่พบร้อยละ
34.3 38.3 และ 81.3 ตามลำดับ ขณะที่การบริโภค
นมรสหวานหรือนมเปรี้ยวและน้ำอัดลมพบว่าทั้งสอง
กลุ่มบริโภคไม่แตกต่าง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานและความยากจน

Table 9 Percentages of children by sugary food consumption by the poverty.

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	1,494	619	2,113
รสชาติอาหารที่เด็กกินเป็นประจำ***			
จืด/ธรรมดา	65.7	60.6	64.2
ออกหวาน/รสจัด	34.3	39.4	35.8
รวม	100.0	100.0	100.0
การกินขนมและเครื่องดื่มของเด็กขณะดูทีวี***			
ไม่กิน	61.7	56.4	60.2
กิน	38.3	43.6	39.8
รวม	100.0	100.0	100.0
รายการขนมและเครื่องดื่มที่บริโภค/วัน***			
1-2 รายการ	18.7	14.5	17.5
≥ 3 รายการ	81.3	85.5	82.5
รวม	100.0	100.0	100.0

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
การบริโภคน้ำอัดลม			
ไม่บริโภค	47.6	43.5	46.4
บริโภค	52.4	56.5	53.6
รวม	100.0	100.0	100.0
การบริโภคนม			
บริโภคแต่นมจืด	12.1	13.9	12.6
บริโภคนมรสหวาน/ เปรี้ยว/ คละรส	87.9	86.1	87.4
รวม	100.0	100.0	100.0

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

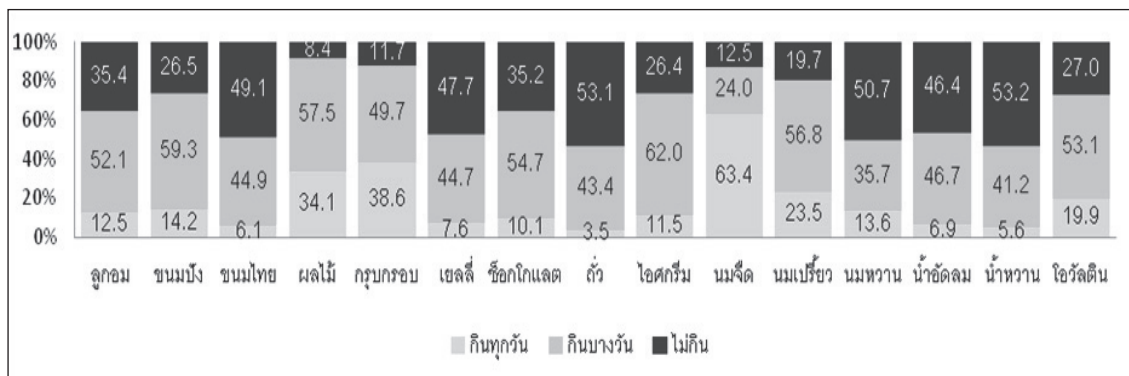
กลุ่มขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคใน 1 สัปดาห์
ก่อนการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคต่อวันใน 1 สัปดาห์ เมื่อแบ่งกลุ่มขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคใน 1 สัปดาห์เป็น 15 กลุ่ม พบว่ากลุ่มขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคสูงสุด 6 อันดับคือ กลุ่มผลไม้สูงสุดร้อยละ 91.6 ระบุว่าบริโภคทุกวันร้อยละ 34.1 รองลงมาคือ ขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 88.3

บริโภคทุกวันร้อยละ 38.6) ขนมปัง/เค้ก (ร้อยละ 73.5 บริโภคทุกวันร้อยละ 14.2) ไอศกรีม (ร้อยละ 73.6 บริโภคทุกวันร้อยละ 11.5) ช็อกโกแลต (ร้อยละ 64.8 บริโภคทุกวันร้อยละ 10.1) และ ลูกอม (ร้อยละ 64.6 บริโภคทุกวันร้อยละ 12.5) ตามลำดับ (รูปที่ 1) การเปรียบเทียบการบริโภคขนมและเครื่องดื่มระหว่างกลุ่มที่ฟันผุและไม่ผุ พบว่ากลุ่มขนมและเครื่องดื่มที่ทั้ง 2 กลุ่มบริโภคแตกต่างกันอย่างมีนัย

รูปที่ 1 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่และประเภทขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคใน 1 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์

Fig. 1 Percentages of children by groups of snacks and drinks which were eaten in a week.

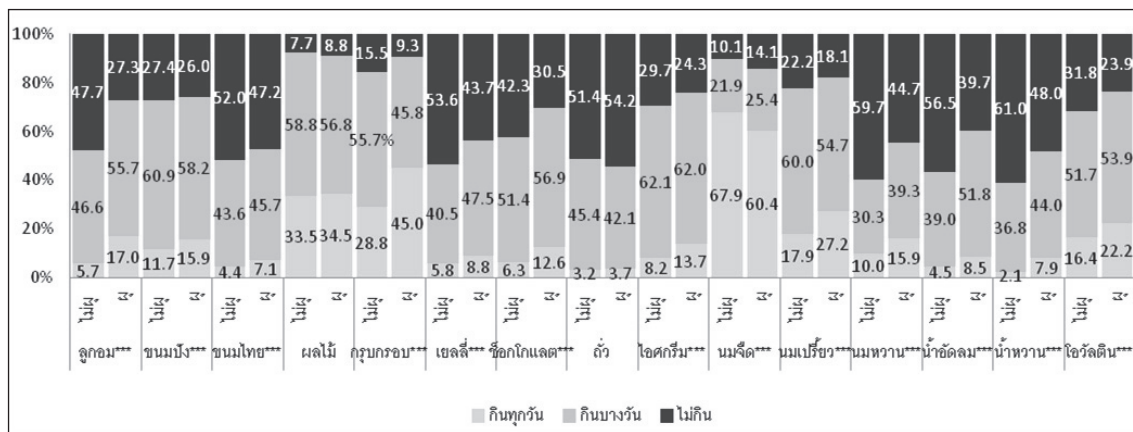


สำคัญทางสถิติเกือบทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มผลไม้ ถั่ว (รูปที่ 2) เมื่อวิเคราะห์ขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคต่อวันใน 1 สัปดาห์จำแนกตามความยากจน พบว่ากลุ่มยากจนจะบริโภคกลุ่มลูกอม ขนมกรุบกรอบ เยลลี่ ช็อกโกแลต นมหวาน และน้ำหวาน ใน

สัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจน ขณะที่กลุ่มไม่ยากจนจะบริโภคกลุ่มขนมปัง/เค้กในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มยากจน และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 3)

รูปที่ 2 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่และประเภทขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคใน 1 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์และอัตราฟันผุ

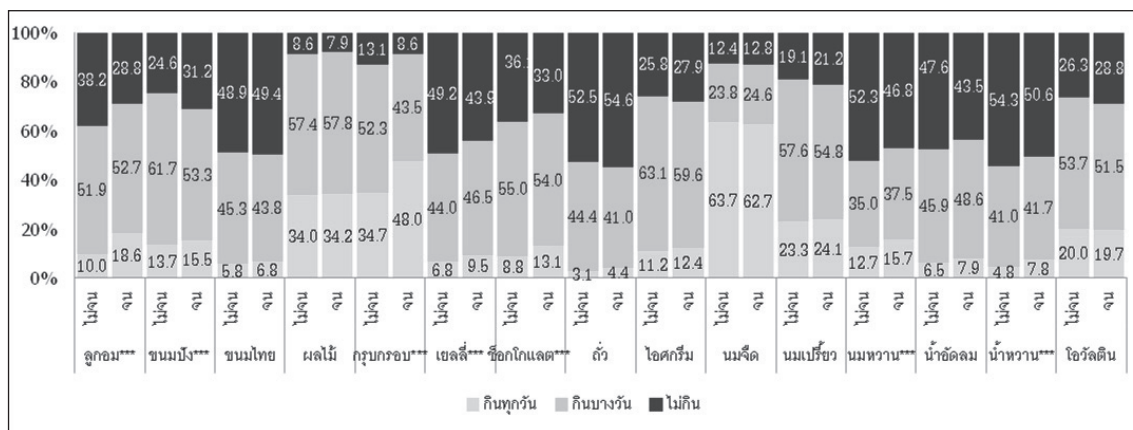
Fig. 2 Percentages of children by groups of snacks and drinks which were eaten in a week and dental caries.



***Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

รูปที่ 3 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่และประเภทขนมและเครื่องดื่มที่บริโภคใน 1 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์และความยากจน

Fig. 3 Percentages of children by groups of snacks and drinks which were eaten in a week and the poverty.



***Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

การใช้บริการทันตกรรมในรอบปี

ในส่วนของการรับบริการทันตกรรมในรอบปี มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.2 เคยได้รับการตรวจฟัน รองลงมา ได้รับการทาฟลูออไรด์ และการอุดฟัน ร้อยละ 33.3 และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อจำแนกการรับบริการตามความยากจนพบกลุ่มที่ยากจนได้รับบริการทาฟลูออไรด์ (ร้อยละ 28.8) และ บริการ

เคลือบหลุมร่องฟัน (ร้อยละ 3.9) ต่ำกว่าและแตกต่างกลุ่มไม่ยากจน (ร้อยละ 35 และ 8.4 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 10) เด็กที่ได้รับบริการทาฟลูออไรด์พบมีปัญหาฟันผุร้อยละ 55.3 ต่ำกว่าและแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการทาฟลูออไรด์ (พบฟันผุร้อยละ 62.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการใช้บริการทันตกรรมในปี 2010

Table 10 Oral health care of children in 2010 by the poverty.

การใช้บริการ	ความยากจน		รวม
	ยากจน	ไม่ยากจน	
จำนวน	1,494	619	2,113
เคยรับบริการ	53.7	48.8	52.2
ไม่เคยรับบริการ	46.3	51.2	47.8
รวม	100.0	100.0	100.0%
ร้อยละตรวจฟัน***	53.7	48.8	52.2
ร้อยละทาฟลูออไรด์***	35.0	28.8	33.2
ร้อยละอุดฟัน	12.0	13.9	12.5
ร้อยละเคลือบร่องฟัน***	8.4	3.9	7.1
ร้อยละถอนฟัน	6.4	6.0	6.2

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 11 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามการรับบริการทาฟลูออไรด์ และสภาวะฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง

Table 11 Percentage of children by Fluoride vanish service and prevalence of dental

ฟันผุ	การรับบริการทาฟลูออไรด์ (ร้อยละ)		Total
	ได้รับบริการ	ไม่ได้รับบริการ	
ไม่ผุ	313 (44.7)	526 (37.3)	839 (39.7)
ผุ	388 (55.3)	886 (62.7)	1,274 (60.3)
รวม	701 (100.0)	1,412 (100.0)	2,113 (100.0)

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับการเกิดฟันผุ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานกับการเกิดฟันผุ โดยใช้สถิติโค-สแควร์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ 2) การบริโภคนม 3) ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวัน และ 4) พฤติกรรมการบริโภคขนมขณะดูทีวี 5) การบริโภคน้ำอัดลม และ 6) อนามัยช่องปาก และ 7) การได้รับฟลูออไรด์ กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5, 11 และ 12) เพื่อให้รู้น้ำหนักตัวแปรแต่ละตัวที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของกลุ่มตัวอย่างนี้ จึงได้ทดสอบโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุเรียงจากปัจจัยที่น้ำหนักความสัมพันธ์มากไปหาน้อยคือ อนามัยช่องปาก ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวัน การบริโภคน้ำอัดลม การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ การบริโภคนม การได้รับฟลูออไรด์ ตามลำดับ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคและสภาวะฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง

Table 12 Percentage of children by food consumption behaviors and prevalence of dental caries.

ปัจจัยต่างๆ	สภาวะฟันผุ		รวม
	ไม่ผุ	ผุ	
การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ ***			
บริโภคไม่เน้นหวาน	616 (45.4)	740 (54.6)	1,356 (100.0)
บริโภคเน้นออกหวาน	223 (29.5)	534 (70.5)	757 (100.0)
รวม	839 (39.7)	1,274 (60.3)	2,113 (100.0)
ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่กินต่อวัน***			
1 - 2 รายการ	191 (51.6)	179 (48.4)	370 (100.0)
≥3 รายการ	648 (37.2)	1,095 (62.8)	1,743 (100.0)
รวม	839 (39.7)	1,274 (60.3)	2,113 (100.0)
พฤติกรรมการกินขนมขณะดูทีวี***			
ไม่กิน	555 (43.7)	716 (56.3)	1,271 (100.0)
กิน	284 (33.7)	558 (66.3)	842 (100.0)
รวม	839 (39.7)	1,274 (60.3)	2,113 (100.0)
การบริโภคน้ำอัดลม ***			
ไม่กิน	474 (48.4)	506 (51.6)	980 (100.0)
กิน	365 (32.2)	768 (67.8)	1,133 (100.0)
รวม	839 (39.7)	1,274 (60.3)	2,113 (100.0)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	สถานะฟันผุ		รวม
	ไม่ผุ	ผุ	
การบริโภคนม***	134 (50.2)	133 (49.8)	267 (100.0)
บริโภคเฉพาะนมจืด	705 (38.2)	1,141 (61.8)	1,846 (100.0)
บริโภคนมคละรส	839 (39.7)	1,274 (60.3)	2,113 (100.0)
รวม	2,373 (56.4)	1,833 (43.6)	4,206 (100.0)

*** Significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาฟันผุกับปัจจัยต่างๆโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก

Table 13 The association of prevalence of dental caries with explanatory variables determined by logistic regression analysis.

ปัจจัยต่างๆ	จำนวน (ร้อยละ)		Unadjusted		Adjusted	
	ฟันไม่ผุ	ฟันผุ	odd ratio (95% C.I.)	p-value	odd ratio (95% C.I.)	p-value
อนามัยช่องปากเด็ก						
ช่องปากสะอาด	775 (59.8)	520 (40.2)	1		1	
ช่องปากไม่สะอาด	64 (7.8)	754 (92.2)	17.559 (13.293-23.193)	0.000	16.295 (12.294-21.599)	0.000
ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่กินต่อวัน						
1 - 2 รายการ	191 (51.6)	179 (48.4)	1		1	
≥3 รายการ	648 (37.2)	1,095 (62.8)	1.803 (1.439-2.260)	0.000	1.681 (1.277-2.215)	0.000
การบริโภคน้ำอัดลม						
ไม่กิน	474 (48.4)	506 (51.6)	1		1	
กิน	365 (32.2)	768 (67.8)	1.971 (1.652-2.352)	0.000	1.493 (1.207-1.847)	0.000
การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ						
บริโภคไม่เน้นหวาน	616 (45.4)	740 (54.6)	1		1	
บริโภคเน้นออกหวาน	223 (29.5)	534 (70.5)	1.993 (1.650-2.409)	0.000	1.391 (1.110-1.743)	0.004

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	จำนวน (ร้อยละ)		Unadjusted		Adjusted	
	ฟันไม่ผุ	ฟันผุ	odd ratio (95% C.I.)	p-value	odd ratio (95% C.I.)	p-value
การบริโภคนม						
บริโภคเฉพาะนมจืด	134 (50.2)	133 (49.8)	1			
บริโภคนมผสมรส	705 (38.2)	1,141 (61.8)	1.631 (1.260-2.110)	0.000	1.438 (1.050-1.969)	0.024
ทาฟลูออไรด์ที่ผิวฟัน						
ใช้บริการ	313 (44.7)	388 (55.3)	1		1	
ไม่ใช้บริการ	526 (37.3)	886 (62.7)	1.359 (1.131-1.633)	0.001	1.285 (1.031-1.603)	0.026
พฤติกรรมการกินขนมขณะดูทีวี						
ไม่กิน	555 (43.7)	716 (56.3)	1		1	
กิน	284 (33.7)	558 (66.3)	1.523 (1.271-1.825)	0.000	0.192 (0.960-1.481)	0.111

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุเปรียบ
เทียบระหว่างกลุ่มยากจนและไม่ยากจน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุ ทั้ง 6 ปัจจัย เปรียบเทียบระหว่างเด็กในกลุ่มยากจนและไม่ยากจน พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างระหว่างเด็ก 2 กลุ่มคือ อนามัยช่องปาก ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวัน การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ การได้รับฟลูออไรด์ โดยเด็กยากจนมีช่องปากไม่สะอาดร้อยละ 46.5 มีสัดส่วนไม่เคยรับบริการทาฟลูออไรด์ร้อยละ 71.2 มีความถี่ในการบริโภค ≥ 3 รายการต่อวันร้อยละ 85.5 และบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำร้อยละ 39.4 สูงกว่าและแตกต่างกับเด็กในครอบครัวไม่ยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนการบริโภคน้ำอัดลมและนมหวาน/นมเปรี้ยวพบไม่มีความแตกต่างในเด็ก 2 กลุ่ม (ตารางที่ 8, 9 และ 10)

บทวิจารณ์

ความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆกับการเกิดฟันผุใน
เด็กปฐมวัย

การติดตามการเกิดฟันน้ำนมผุระยะยาวตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 เดือนของทรงชัย ลีตโสนกุล และคณะ¹² สรุปได้ว่าอุบัติการณ์ของโรคฟันผุเพิ่มสูงขึ้นจากวัยของ 9-18 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการดูแลก่อนคลอด คือขั้นตอนการดูแลทารกในขณะตั้งครรภ์ ตัวบ่งชี้ความเสี่ยงการเกิดฟันผุในระหว่างตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ คือการรับประทานนมมารดาและอาหารเสริมแคลเซียมชนิดของอาหารเสริมสำหรับทารก ความหวานของอาหารทารก ความถี่ในการบริโภคของว่างและการดูแลอนามัยในช่องปาก ขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีน้ำหนักความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุจากมากไปหาน้อย คือ อนามัยช่องปาก ความถี่ใน

การบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวัน การบริโภคน้ำอัดลม การบริโภคอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำ การบริโภคนม การได้รับฟลูออไรด์ ตามลำดับ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมกับการเกิดฟันผุ Vachirarojpisan และคณะ (2004)¹³ พบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้และการศึกษาต่ำ จะมีการผุมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้และการศึกษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ผลการศึกษาของชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล และ รพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541)¹⁴ ไม่พบความแตกต่างอัตราของลูกระหว่างกลุ่มมารดาที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนผลการศึกษาของทินกร จงกิตตินฤกร (2538)¹⁵ พบว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าและประสบการณ์การได้รับทันตสุขภาพของมารดาที่มีความถี่สูง ทำให้การดูแลฟันลูกได้ดีกว่า แต่ข้อจำกัดของการศึกษาเกือบทั้งหมดในประเทศไทย คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำอยู่แล้ว การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และ รายได้ครัวเรือนต่อเดือนของผู้ดูแลหลัก โดยกลุ่มเด็กที่ผู้ดูแลมีการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียน) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และกลุ่มมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ประมง ลูกจ้างโรงงาน จะมีปัญหาฟันผุสูงสุด และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่กลุ่มยากจนมีสัดส่วนที่สูงกว่าและแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อนามัยช่องปาก ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวัน การบริโภคอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำ การได้รับบริการทาฟลูออไรด์ ขณะที่ปัจจัยการบริโภคน้ำอัดลมและนมพบไม่มีความแตกต่างในเด็ก 2 กลุ่ม

พฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก

ตามปกติโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเริ่มเกิดฟันผุจากบริเวณฟันน้ำนมหน้าบน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ง่ายต่อการแปรงฟันอยู่แล้ว พฤติกรรมการแปรงฟันจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ การศึกษาในเรื่องความถี่ในการแปรงฟัน พบว่าการแปรงฟันบ่อย ๆ โดยที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน สามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้¹⁶⁻¹⁸ และหากพ่อแม่ปลูกฝังและช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ตั้งแต่ยังเด็ก จะช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กได้¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอนามัยช่องปากสะอาด พบว่ามีปัญหาฟันผุต่ำกว่า และ แตกต่างกับกลุ่มที่มีอนามัยช่องปากไม่สะอาด 2.3 เท่า การศึกษานี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันสม่ำเสมอ 2 ครั้งทุกวัน ร้อยละ 47 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ²⁰ ที่พบสัดส่วนการแปรงฟันสม่ำเสมอเพียงหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีสัดส่วนให้เด็กแปรงฟันเองกว่าหนึ่งในสามใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญในการแปรงฟัน ทำให้เด็กจำนวนมากเกิดความเคยชินกับสภาพช่องปากที่ไม่สะอาด จึงควรเร่งให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ 2 ครั้งต่อวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ที่เน้นแปรงฟันก่อนนอนรวมกับการใช้ไหมขัดฟัน จึงเป็นวาระแห่งชาติที่ควรสร้างกระแสสังคมให้ผู้เลี้ยงดูสนใจทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นซี่แรก ถือเป็นหัวใจที่ต้องมีการรณรงค์อย่างจริงจัง

การรับบริการสุขภาพช่องปากของเด็ก

การรับบริการของเด็กในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 52.2 เคยได้รับการตรวจฟัน และได้รับการทาฟลูออไรด์ และอุดฟันร้อยละ 33.2 และ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งผลศึกษามีความแตกต่างผลการ

ศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ²¹ ที่พบเด็กเคยได้รับการตรวจช่องปากสูงกว่าคือร้อยละ 62.6 ผู้ปกครองเคยได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก ร้อยละ 42.7 เด็กเคยได้รับการทาฟลูออไรด์ร้อยละ 16.2 เด็กที่เคยได้รับการอุดและถอนฟันร้อยละ 0.5 และ 0.3 ตามลำดับ คือเป็นสัดส่วนการได้รับการตรวจช่องปากที่สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ แต่การได้รับการทาฟลูออไรด์อุดฟัน และถอนฟันต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเด็กกลุ่มวัยนี้ได้รับการมากขึ้น

การบริโภคอาหารหวาน

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 35.8 ที่ระบุว่าเด็กบริโภคอาหารรสหวาน/รสจัดเป็นประจำ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สมนึก ขาญด้วยกิจ และ คณะ²² พบว่าสัดส่วนเด็กอายุ 6-30 เดือน กินอาหารรสหวานเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 9 ในกลุ่มอายุ 6-12 เดือน เป็นร้อยละ 17.1 ในกลุ่มอายุ 25-30 เดือนเพิ่มขึ้น 2 เท่า ขณะที่การบริโภคนมในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นการบริโภคนมละรสทั้งนมจืด นมหวาน นมเปรี้ยวรวม ร้อยละ 87.4 มีการบริโภคนมจืดอย่างเดียวเพียงร้อยละ 12.6 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่บริโภคต่ำกว่าผลการศึกษาของบุบผา ไตรโรจน์ และคณะ²³ ที่พบบริโภคนมจืดเพียงร้อยละ 18.2 ที่ดื่มนมจืด แสดงให้เห็นว่าแม้มีการรณรงค์การลดการบริโภคหวานและดื่มนมจืด แต่สัดส่วนการบริโภคนมจืดกลับมีสัดส่วนลดลง ขณะที่อุไรพร จิตต์แจ้ง และคณะ²⁴ ได้ศึกษาวิเคราะห์คุณค่าสารอาหารที่ได้รับจากนม เปรียบเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (Dietary Reference Intake, DRI) ของกลุ่มเด็ก 3 – 5 ปีใน 6 พื้นที่ พบว่าเด็กได้รับพลังงานจากนมร้อยละ 27 ของพลังงานอ้างอิง หรือประมาณ 1 ใน 3 ของพลังงานที่ควรได้รับ โดยมีอัตราส่วนการได้รับพลังงานจาก โปรตีน : คาร์โบไฮเดรต : ไขมัน คิดเป็น 6 : 27 : 67 และได้รับ

วิตามินซีเพียงร้อยละ 5 และได้รับโซเดียมในปริมาณที่ค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 34 การบริโภคขนมส่งผลให้เด็กได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้รายการขนมและเครื่องดื่มส่วนใหญ่ที่บริโภคส่วนใหญ่ขนมกลุ่มเสี่ยง คือ ลูกอม/เยลลี่ ช็อกโกแลต ขนมกรุบกรอบ ไอศกรีม/น้ำแข็งใส น้ำอัดลม น้ำหวาน ซึ่งเป็นรายการที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ดังนั้นมาตรการควบคุมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่สำคัญและจำเป็น คือ การรณรงค์ให้ครัวเรือน ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน จำกัดการบริโภคขนมและเครื่องดื่มเฉพาะในมื้ออาหาร ซึ่งเป็นการสร้างระเบียบวินัยในการบริโภคที่ต้องฝึกฝนในช่วงอายุ 1-3 ปี ที่ถือเป็นช่วงโอกาสสำคัญ (critical period) ของการเรียนรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวเด็ก ผลการศึกษานี้แสดงถึงแนวโน้มการบริโภคอาหารรสหวานที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการเลี้ยงดูเพื่อป้องกันการติดหวานในระดับครอบครัว ด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้และฝึกทักษะการบริโภคอาหารที่หวานอย่างพอเหมาะตั้งแต่แรกเกิด รวมถึงการฝึกระเบียบวินัยในการบริโภคอาหารให้กับเด็ก ถือเป็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์วิธีที่สำคัญที่ต้องพัฒนาศักยภาพผู้เลี้ยงดูในอนาคต

บทสรุป

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์แบ่งความยากจนคือรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีเด็กในกลุ่มยากจนร้อยละ 29.3 พบปัญหาฟันผุกลุ่มยากจน : ไม่ยากจน เท่ากับร้อยละ 66.6 : 57.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในการศึกษานี้ เรียงจากปัจจัยที่มีน้ำหนักความสัมพันธ์มากไปหาน้อย คือ อนามัยช่องปากของเด็ก การบริโภคน้ำอัดลม จำนวนความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม การบริโภคอาหารที่มีรสหวานประจำ การได้รับบริการฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการบริโภคนมหวานประจำ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทั้ง 6 ระหว่างเด็กในครอบครัวยากจนและไม่ยากจน พบว่าการบริโภคน้ำอัดลมและการบริโภคนมหวานประจำพบสัดส่วนไม่แตกต่างใน 2 กลุ่ม ขณะที่ปัจจัยอนามัยช่องปากเป็นปัจจัยที่มีสัดส่วนที่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มยากจนและไม่ยากจนมากที่สุด

คำขอบคุณ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณทีมงานจังหวัดทั้ง 20 จังหวัด ที่สละเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกรมอนามัยที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ayhan H., Suskan E. and Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. J Clin Ped Dent 1996; 20: 209-12.
2. Casamassimo P.S. Relationships between oral and systemic health. Pediatr Clin North Am 2000;47:1149-1157.
3. Seow. W.K. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26 supplement 1: 8-27.
4. Reisine S. and Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. Int Dent J. 1993; 3: 279-87.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2551.
6. Chan SC., Tsai JS. and 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.
7. Petersen P.E. Oral health behavior of 6-yearold Danish children. Acta Odontol Scand 1992; 50: 57-64.
8. Gibson S. and Williams S. Dental caries in preschool children: associations with social class, tooth-brushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. Caries Res 1999; 33: 101-13.
9. Chen M.S. Children's preventive dental behavior in relation to their mothers' socioeconomic status, health beliefs and dental behaviors. ASDC J Dent Child 1986; 61: 105-9.
10. Silver D.H. A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981 and 1989, in a Hertfordshire town, related to family behavior and social class. Br Dent J 1992; 172: 191-7.
11. <http://poverty.nesdb.go.th/>

เอกสารอ้างอิง

- poverty_new/doc/news/wannee_20071130114433.zip.
12. S. Thitasomakul, S. Piwat, A.Thearmontree, O. Chankanka1, W.Pithpornchaiyakul1, and S. Madyusoh. Risks for Early Childhood Caries Analyzed by Negative Binomial Models, J Dent Res 88(2):137-141, 2009.
 13. Vachirarojpisan T., Shinada K., Kawaguchi Y., Laungwechakan P., Somkote T. and Detsomboonrat P. Early childhood caries in children aged 6-19 months. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 1-10.
 14. ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล และระพีพรรณ โชคสมบัติชัย. พฤติกรรมการเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. ว.ทันต 2541; 48:259-68.
 15. ทินกร จงกิตตินฤกร. การปฏิบัติตนของแม่ในการดูแลฟันน้ำนมลูกวัย 9-18 เดือน. ว.ทันต 2538; 45: 253-9.
 16. Streckson-Blicks C. and Holm AK. Between-meal eating, tooth-brushing frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. Int J Pediatric Dent. 1995.Jun; 5(2): k67-72.
 17. Tsubouchi J., Tsubouchi M., Maynard R.J., Domoto P.K. and Weinstein P. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. ASDC J Dent Child.1995.Jul-Aug; 62(4):283-7.
 18. Douglass J.M., Tinanoff N., Tang J.M. and Altman D.S. Dental caries patterns and oral health behavior in Arizona infants and toddler. Community Dent Oral Epidemiol. 2001.Feb; 29:14-22.
 19. Harris R., Nicoll A.D., Adair P.M. and Pine CM. Risk factor for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Health Dent 2004 Mar; 21(Suppl):71-85.
 20. สุณี วงศ์คงคาเทพ. ความสัมพันธ์ของการทำความสะอาดช่องปากกับการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2551; 31 (2):34-47.
 21. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุภาวดี พรหมมา, สุรางค์ เชษฐพจนท์, สุพรรณิ สุคันวารานิล และ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. พฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 6-36 เดือน. ว.ทันต.สธ. 2552;14(1):59
 22. สมนึก ชาญด้วยกิจ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ขนิษฐ รัตนรังสิมา และ อังศณา ฤทธิ์อยู่. อิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กไทยอายุ 6 -30 เดือนต่อการเกิดโรคฟันผุ. ว. ทันต 2547: 2: 123-136.
 23. นุบผา ไตรโรจน์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และสุรางค์

เอกสารอ้างอิง

- | | |
|--|---|
| <p>เชษฐพฤษณ์. การศึกษาสถานการณ์การ
บริโภคนมของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็ก
เล็ก พ.ศ. 2546. ว.ทันต.สธ 2546; 8(1-2):
31-37</p> <p>24. อุไรพร จิตต์แจ้ง, ประไพศรี ศิริจักรวาล,</p> | <p>กิตติ สรรณเจริญพงศ์, ปิยะดา ประเสริฐสม
และผู้สดี จันทร์บาง. รายงานการวิจัยเรื่อง
การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคนมและ
อาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี พ.ศ.2547.
(เอกสารโรเนียว)</p> |
|--|---|



Original Article

Factors Related to Dental Caries among Thai Children Aged 3-5 years Compare Poor and Non-poor groups

Sunee Wongkongkathep* D.D.S., M.P.H., Diplomat (Thai Board of Dental Public Health)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the association between risk factors of early childhood caries (ECC) among Thai children aged 3 - 5 years compare poor and non-poor groups. A cross-sectional study was carried out by a sample of 2,113 children with their caregivers from 246 child centers in 20 provinces across the country between Feb-Mar, 2011. Children's caregivers were interviewed and children's oral status were finally examined by the hospital dental personnel. Data analysis was performed with Chi-square test and Logistic regression. Determining the cut of point for low family income per month of 5,000 Baht (29.3 % of the samples), their caries prevalence was found 66.6%, whereas the higher family income was 57.7%. Risk factors, which associated with dental caries, were reported respectively as individual oral hygiene, carbonated beverage consumption, the amount of daily intake of snacks and drinks, regular consumption of sugary foods, previous fluoride vanishing, and regular consumption of sweetened milk. Only four associated risk factors showed disparity between the poor and non-poor group, Oral hygiene care is the most strongly associated risk factors to dental caries with disparity economic status. Two factors without disparity economic status were carbonated beverage consumption and regular consumption of sweetened milk.

Key Words : *Children aged 3 to 5 years; Dental caries prevalence, The poverty, Oral hygiene care, Use of fluoride, Consumption of sugary food*

*Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.