บทวิทยาการ

สถานการณ์ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา และการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน จากผลการสำรวจระดับจังหวัด ปี 2548-2550

ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา * *ศษ.บ (สุขศึกษา)*
ปิยะดา ประเสริฐสม * *ทบ., MSc. (Medical Epidemiology), อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)*

บทคัดย่อ

กองทันตสาธารณสุขได้ดำเนินการให้มีระบบการเฝ้าระวังสภาวะทันตสุขภาพในโรงเรียนในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี โดยให้มีการสำรวจสภาวะโรคฟันผุ และกิจกรรมที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพ เช่นกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และพฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มในระดับจังหวัด ซึ่งได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยมีจังหวัดที่ส่งข้อมูลการสำรวจ 50 63 และ 60 จังหวัด ในปี 2548 2549 และ 2550 ตามลำดับ ตลอดระยะเวลา 3 ปี ผลจากการติดตามสถานการณ์โรคฟันผุในกลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 42 ของเด็กเป็นผู้ปราศจากโรคฟันผุ ซึ่งค่อนข้างคงที่ในระยะ 3 ปี โดยที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีเด็กที่ปราศจากฟันผุมากกว่าภาคอื่น ในขณะที่ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 1.9 และ 2 ซี่/คน ในปี 2548 และ 2549 เป็น 1.6 ซี่/คน ในปี 2550 ภาคเหนือเป็นภาคที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุดสูงกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ เด็กมีแนวโน้มที่มีเหงือกปรกติมากขึ้นอย่างชัดเจน พบว่า ร้อยละ 48.3 ของเด็กมีเหงือกปรกติ ในปี 2548 เป็น ร้อยละ 54 ในปี 2550 โดยเด็กในภาคกลางจะมีสภาวะเหงือกปรกติสูงกว่าเด็กในภาคอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : เด็กวัยเรียน, การจัดบริการ, ส่งเสริมทันตสุขภาพ

* *กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*

บทนำ

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของกองทันตสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่าเด็กประถมศึกษามีปัญหาเพิ่มมากขึ้น ในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 (ปี2537 และ ปี 2453-2544) พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 53.9 และ 57.3 ตามลำดับ [1,2] สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งกองทันตสาธารณสุขได้พยายามที่จะจัดการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพและแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กวัยเรียน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยการบูรณาการงานส่งเสริมทันตสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของครูและนักเรียน [3] ทั้งนี้ให้เป็นไปด้วยความเหมาะสมสอดคล้องกับการเรียนรู้และระบบการเรียนการสอนในโรงเรียน นอกเหนือไปจากการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้แล้ว ยังมีกิจกรรมสนับสนุนเพื่อเสริมแรงและเป็นการกระตุ้นให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างครบวงจรและยั่งยืนโดยมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานทันตสุขภาพ และการควบคุมการบริโภคอาหาร/ขนมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การที่จะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างยั่งยืนและมีการติดตามอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องมีพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงและทันสมัย เพื่อใช้ในการติดตามงานและปรับปรุงโครงการต่างๆ เป็นระยะๆ ฐานข้อมูลจะมีส่วนสำคัญในการดำเนินการและประเมินผลการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียน การจัดทำฐานข้อมูลซึ่งมีองค์ประกอบของข้อมูลสำคัญทั้งทางด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมายและปัจจัยหลักที่กำหนดการเกิดปัญหาขึ้นจึงเป็นกลไกสำคัญยิ่งต่อการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

1. กองทันตสาธารณสุขร่วมกับฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศดำเนินการให้มีการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในนักเรียนชั้น ป. 6 ซึ่ง ใช้เป็นอายุดัชนีในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนทุกปี นับแต่ปี พ.ศ. 2548

2. กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการสำรวจประกอบด้วย
   1. กลุ่มตัวอย่าง
      - จำนวนโรงเรียนที่ทำการสำรวจ
   2. สถานการณ์โรค
      - ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ
      - ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด
      - ร้อยละของเด็กที่ไม่มีเหงือกอักเสบ
   3. สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน
      - ร้อยละของโรงเรียนที่มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครู ปีละ 2 ครั้ง
      - ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
      - ร้อยละของโรงเรียนที่ไม่มีการขายขนม/เครื่องดื่มเสี่ยงต่อฟันผุ
      - ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนรู้ทันตสุขภาพตามหลักสูตร

ในปี 2549 และ ปี 2550 สำรวจเพิ่มเติม อีก 3 รายการคือ ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำดำ (น้ำอัดลมรสโคล่า) ทุกวันที่มาโรงเรียน ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำหวานสีทุกวันที่มาโรงเรียน และร้อยละของเด็กที่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ

3. ประชากรตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Probability with Proportional to size (PPS)

4. ใช้แบบฟอร์มการสำรวจและแบบเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งออกแบบโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

5. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ คือ Periodontal Probe และกระจกส่องปาก

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ

สำรวจโดยใช้แนวทางเดียวกันทั่วประเทศ เกณฑ์ในการพิจารณาภาวะความผิดปกติในช่องปากคือ

- เหงือกอักเสบ คือ ภาวะการมีเลือดออกภายหลังการ probe รอบตัวฟัน (ตรวจโดยทันตบุคลากร)
- ฟันผุ คือ ฟันที่มีรูผุ (cavity) ที่ด้านใดด้านหนึ่งบนฟันหรือ เป็นฟันผุที่กินลึกเข้าไปใต้เคลือบฟัน มีพื้นหรือผนังนิ่ม

7. การนำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) ตามสภาวะโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แยกเป็นระดับ ประเทศ ภูมิภาค และศูนย์อนามัยเขตของกรมอนามัย

ผลการศึกษา

สถานการณ์ทันตสุขภาพ

1. จังหวัดที่ดำเนินการสำรวจในปี 2548 2549 และ ปี 2550 ทั้งสิ้น 73 จังหวัด 74 จังหวัด และ 68 จังหวัด (ไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร) และมีการเก็บข้อมูลครบถ้วน 50 จังหวัด 63 และ 60 จังหวัดตามลำดับ จังหวัดที่มีการสำรวจทั้ง 3 ปีได้แก่จังหวัดในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1, 2, 4, 5, 7 และ 11 จังหวัดที่มีการเก็บข้อมูลครบถ้วน ได้แก่ จังหวัดในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 และ 5 (ตารางที่ 1)

2. ผลการสำรวจของจังหวัดได้มีการถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากรอายุ 12 ปี ของแต่ละจังหวัด โดยใช้ข้อมูล พ.ศ. 2548-2550 ของกรมการปกครอง

ตารางที่ 1 รายชื่อจังหวัด จำแนกตามภาค และ เขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัย

Table 1 Name List of Provinces according to Region and Regional Health Promotion Center, Department of Health

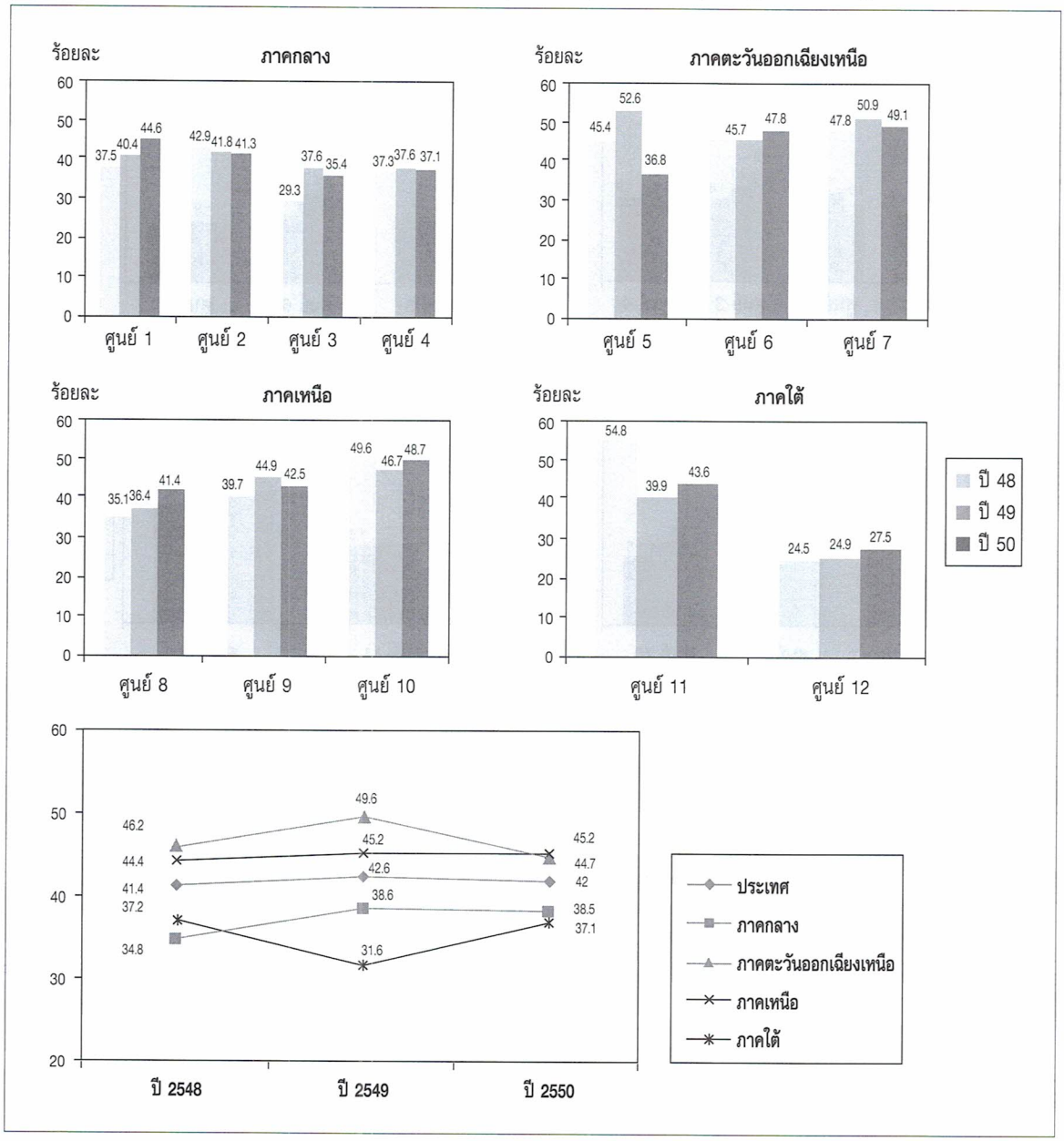
ภาค	ศูนย์อนามัยเขต	จังหวัดในความรับผิดชอบ
กลาง	ศูนย์อนามัยที่ 1	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง
	ศูนย์อนามัยที่ 2	สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท
	ศูนย์อนามัยที่ 3	สมุทรปราการ นครนายก ระยอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา
		ปราจีนบุรี สระแก้ว ตราด จันทบุรี
	ศูนย์อนามัยที่ 4	สุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี
		ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ศูนย์อนามัยที่ 5	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
	ศูนย์อนามัยที่ 6	มหาสารคาม ขอนแก่น เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู
		ร้อยเอ็ด
	ศูนย์อนามัยที่ 7	สกลนคร กาฬสินธุ์ อำนาจเจริญ นครพนม มุกดาหาร ศรีสะเกษ
		ยโสธร อุบลราชธานี
เหนือ	ศูนย์อนามัยที่ 8	นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร
	ศูนย์อนามัยที่ 9	ตาก สุโขทัย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์
	ศูนย์อนามัยที่ 10	เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน พะเยา
		เชียงราย แพร่ น่าน
ใต้	ศูนย์อนามัยที่ 11	นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา ภูเก็ต กระบี่
	ศูนย์อนามัยที่ 12	สงขลา ตรัง พัทลุง สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

กระทรวงมหาดไทย พบการเปลี่ยนแปลงของโรคในช่องปากในเด็กอายุ 12 ปีในช่วง 3 ปี ดังนี้

โรคฟันผุ

ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่ปราศจากโรคฟันผุมีแนวโน้มดีขึ้นคือ ร้อยละ 41.4 42.6 และ 42.0 ในปี 2548 2549 และ 2550 ตามลำดับ (ภาพที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจรายปีพบว่าจังหวัดในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1, 8 และ 12 มีเด็กปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี อย่างไรก็ดี เมื่อมองในภาพรวมทั้ง 3 ปี พบว่าจังหวัดในเขต 12 มีเด็กที่ปราศจากฟันผุน้อยที่สุด คือร้อยละ 24.5 24.9 และ 27.5 ตามลำดับ

ภาพที่ 1 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากโรคฟันผุแยกตามภาคและประเทศปี 2548-2550
Picture 1 Percentage of caries free children aged 12 year-old by Region during 2005-2007

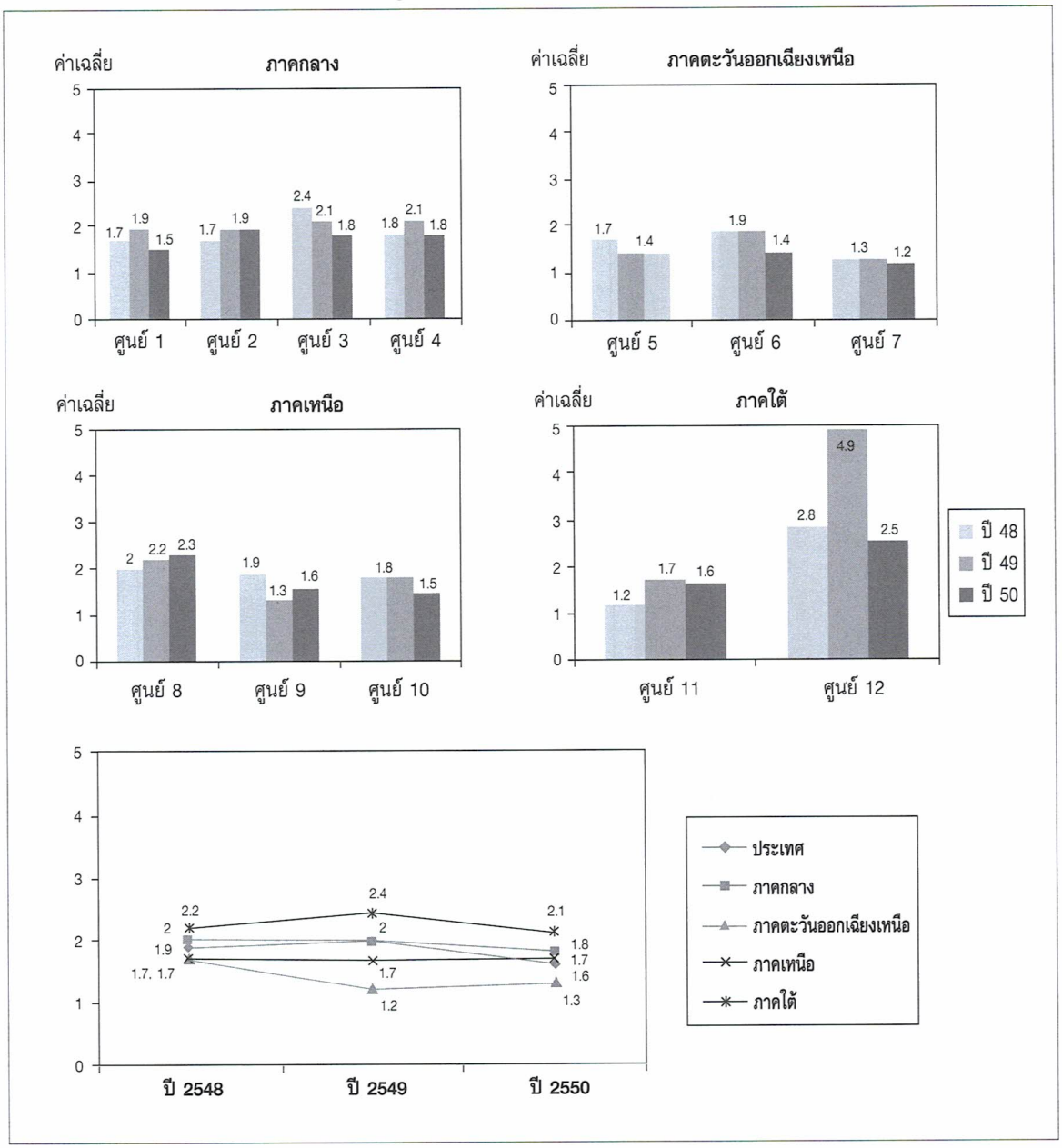


ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด จากปี 2548 2549 และ 2550 คิดเป็น 1.9 2.0 และ 1.6 ซี่ / คน ตามลำดับ (ภาพที่ 2) ซึ่งพบว่าจังหวัดในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 12 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงสุดคิดเป็น 2.8 4.9 และ 2.5 ตามลำดับ

สภาวะเหงือกอักเสบ

ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่ไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากปี 2548 2549 และ 2550 เป็น ร้อยละ 48.3 49.2 และ 54.0 ตามลำดับ (ภาพที่ 3) จังหวัดในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4, 6, 7

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดของเด็กอายุ 12 ปีแยกตามภาคและประเทศปี 2548-2550
Picture 2 Mean DMFT of children aged 12 year-old by Region during 2005-2007

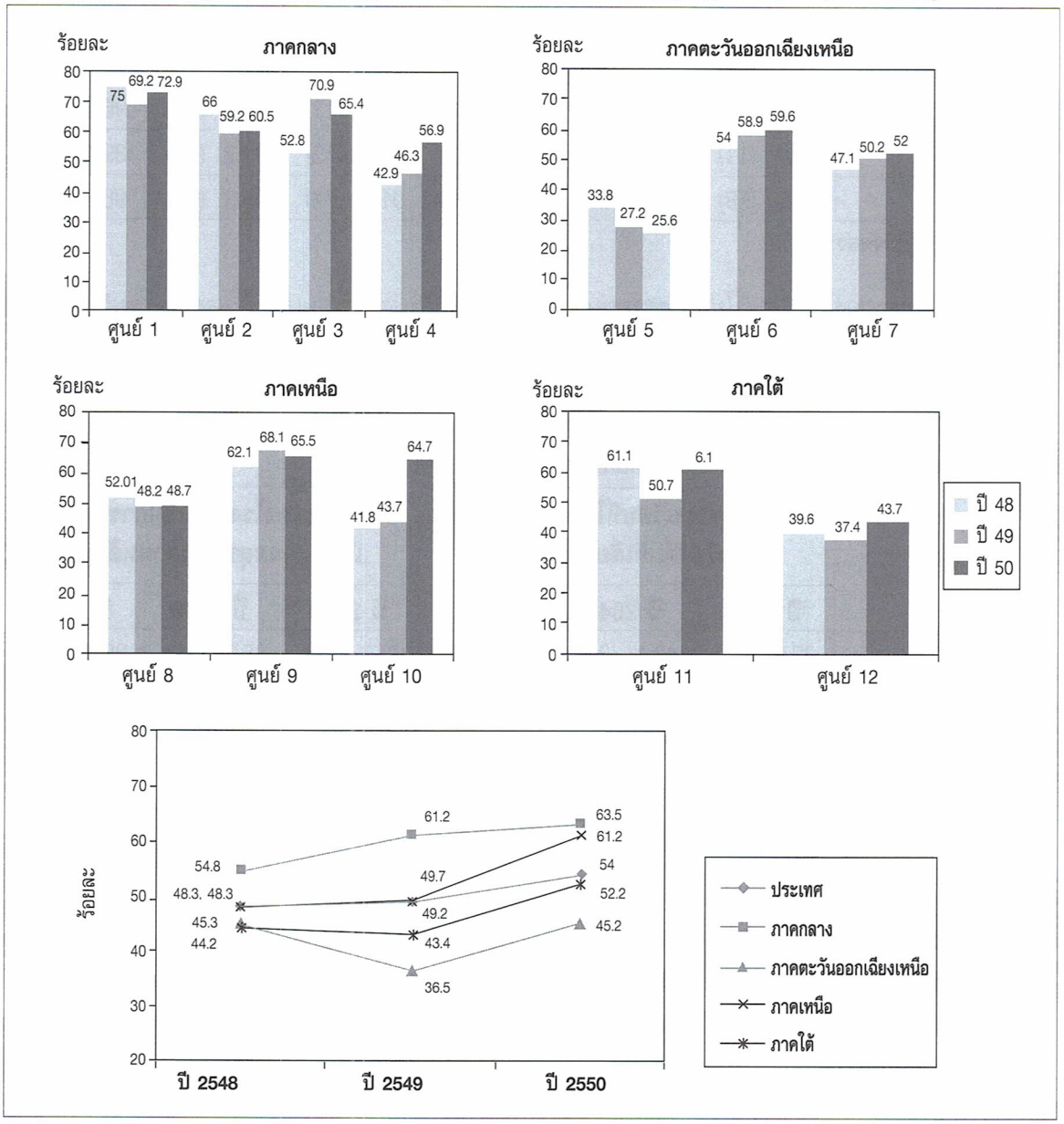


และ 10 มีเด็กไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี เขตที่พบว่าร้อยละของเด็กไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบต่ำและมีแนวโน้มที่จะลดลง คือ เขต 5

สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูและกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันตลอด 3 ปีที่ผ่านมามีความครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 85 (ตารางที่ 2) สำหรับกิจกรรมการควบคุมการบริโภคอาหาร / ขนม

ภาพที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากสภาวะเหงือกอักเสบแยกตามภาคและประเทศ ปี 2548
Picture 3 Percentage of children aged 12 year-old with healthy gingival by Region during 2005-2007



ตารางที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูปีละ 2 ครั้ง และร้อยละของโรงเรียนที่มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จากผลการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดปี 2548-2550 แยกตามภาคและประเทศ

Table 2 Percentage of Schools performed oral health examination in students twice a year and after lunch tooth brushing program during 2005-2007

ภาค	ร้อยละของโรงเรียนที่มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูปีละ 2 ครั้ง			ร้อยละของโรงเรียนที่มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน		
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
กลาง	97.3 (19)	92.7 (21)	95.4 (23)	96.9 (19)	96.9 (21)	97.9 (23)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	78.2 (16)	89.7 (19)	91.2 (18)	86.0 (18)	86.1 (19)	93.5 (18)
เหนือ	87.2 (12)	81.8 (14)	96.5 (13)	91.2 (13)	92.9 (14)	96.8 (13)
ใต้	92.4 (11)	90.0 (13)	85.9 (12)	90.9 (12)	92.2 (13)	89.4 (12)
ประเทศ	88.2 (58)	87.6 (67)	93.3 (66)	91.1 (62)	92.2 (67)	95.5 (66)

( ) จำนวนจังหวัดที่จัดส่งรายงาน*

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงเรียนที่ไม่มีการขายขนม / เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อฟันผุ และ ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนรู้ทันตสุขภาพตามหลักสูตรจากผลการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดปี 2548-2550 แยกตามภาคและประเทศ

Table 3 Percentage of Schools with "Free from unhealthy snacks and soft drinks" and integrated oral health in school curriculum during 2005-2007

ภาค	ร้อยละของโรงเรียนที่ไม่มีการขายขนม/เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อฟันผุ			ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนรู้ทันตสุขภาพตามหลักสูตร		
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
กลาง	28.3 (17)	42.1 (23)	44.0 (23)	95.3 (19)	85.3 (22)	90.3 (23)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26.8 (17)	34.5 (19)	33.6 (18)	72.9 (18)	76.7 (19)	82.3 (18)
เหนือ	55.8 (13)	27.1 (14)	47.6 (13)	78.8 (13)	72.1 (14)	84.9 (13)
ใต้	52.4 (12)	60.3 (13)	69.4 (12)	78.8 (12)	89.2 (13)	82.9 (12)
ประเทศ	43.7 (59)	38.0 (69)	45.5 (66)	78.2 (61)	79.2 (68)	86.1 (66)

( ) จำนวนจังหวัดที่จัดส่งรายงาน*

ที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพพบว่าร้อยละของโรงเรียนที่ไม่มีการขายขนม / เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อฟันผุจากปี 2548 2549 และ 2550 เป็น ร้อยละ 43.7 38 และ 45.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อทันตสุขภาพในปี 2550 พบว่าร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำดำ (น้ำอัดลมรสโคลา)ทุกวันที่มาโรงเรียนเพิ่มมากขึ้นจากปี 2549 จากร้อยละ 23.2 เป็นร้อยละ 27.4 รวมทั้งร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำหวานสีทุกวันที่มาโรงเรียนสูงขึ้นเช่นกัน คือจากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 22.5 และ

ตารางที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อทันตสุขภาพจากผลการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดปี 2549-2550 แยกตามภาคและประเทศ

Table 4 Percentage of unhealthy snacks consumption in children aged 12 years-old by Region during 2005-2007

ภาค	ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำดำ (น้ำอัดลมรสโคลา) ทุกวันที่มาโรงเรียน		ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำหวานสีทุกวันที่มาโรงเรียน		ร้อยละของเด็กที่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ	
	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2549	ปี 2550
กลาง	30.6 (25)	35.3 (24)	17.6 (25)	20.3 (24)	59.6 (22)	55.5 (22)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	24.4 (19)	27.1 (17)	18.1 (19)	28.1 (17)	75.2 (17)	76.4 (17)
เหนือ	13.4 (12)	27.1 (14)	11.8 (13)	16.7 (13)	72.4 (12)	70.8 (13)
ใต้	16.8 (14)	24.1 (12)	23.7 (14)	29.3 (12)	44.7 (12)	50.5 (11)
ประเทศ	23.2 (70)	27.4 (66)	18.0 (70)	22.5 (66)	63.4 (63)	63.5 (63)

(*) จำนวนจังหวัดที่จัดส่งรายงาน

ร้อยละของเด็กที่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำในปี 2549 และปี 2550 อยู่ในระดับค่อนข้างสูงคือร้อยละ 63.4 และ 63.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

โรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบเป็นโรคและสภาวะผิดปกติในช่องปากซึ่งพบได้มากในกลุ่มเด็กและเยาวชน[4] การดูแลควบคุมอัตราการเกิดโรคทั้งสองนี้เป็นกลวิธีที่สำคัญยิ่งในการป้องกันความรุนแรงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในวัยต่อมา การดำเนินงานในรูปแบบของโครงการที่ดำเนินการในระดับชุมชนเพื่อป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เป็นที่พิสูจน์มานานแล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการเกิดโรคได้ [5] นอกจากนี้การที่เด็กส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบโรงเรียน จึงทำให้การออกแบบโครงการเพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคผ่านช่องทางโรงเรียนเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญยิ่ง และเป็นข้อแนะนำที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศทั่วโลกดำเนินการ [6]

ประเทศไทยได้มีการพัฒนางานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนมานานกว่า 30 ปี [7] และมีการพัฒนารูปแบบและกิจกรรมต่างๆ ตามเงื่อนไข และบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาจากการติดตามกำกับ และสั่งการโดยส่วนกลาง สู่การประเมินสถานการณ์ ออกแบบโครงการ และเสนอแนะแนวทางโดยส่วนกลาง และดำเนินการภายใต้เงื่อนไขข้อมูลของจังหวัดโดยบุคลากรในพื้นที่ และประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจากการดูแลเพียงการสร้างสุขนิสัยในการแปรงฟันสู่ ประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อเป็นการต่อสู้กับกระแสบริโภคนิยม

กลไกการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนที่ได้สร้างขึ้น เพื่อให้ทุกๆ จังหวัดมีข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพได้อย่างเฉพาะเจาะจงทำให้เกิดข้อมูลที่เพียงพอแก่การดำเนินงานของทันตบุคลากรในพื้นที่พร้อมกันนั้นทำให้กองทันตสาธารณสุขสามารถจำแนกปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนที่จำเพาะสำหรับแต่ละ

ภูมิภาคมากขึ้น

ข้อมูลการสำรวจในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ทำให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยพบว่าเด็กอายุ 12 ปีปราศจากโรคฟันผุร้อยละ 41.4 42.6 และ 42.0 ในปี 2548 2549 และ 2550 ตามลำดับ (แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย และตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษาของกองทันตสาธารณสุขที่ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 45 ของเด็กอายุ 12 ปีปราศจากโรคฟันผุ) อย่างไรก็ดีข้อมูลสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพที่สำรวจในปี 2549 และ 2550 พบว่าร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำดำ (น้ำอัดลมรสโคลา) ทุกวันที่มาโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.2 เป็นร้อยละ 27.4 ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำหวานสีทุกวันที่มาโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 27.4 ร้อยละของเด็กที่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำร้อยละ 63.4 และ 63.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคคือในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบเด็กอายุ 12 ปีปราศจากโรคฟันผุมีแนวโน้มลดลง เป็นร้อยละ 46.2 49.6 และ 44.7 ในปี 2548 2549 และ 2550 ตามลำดับ และสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์การบริโภคอาหารที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพที่สำรวจในปี 2549 และ 2550 พบว่าร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำดำ (น้ำอัดลมรสโคลา) ทุกวันที่มาโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.4 เป็นร้อยละ 27.1 ร้อยละของเด็กที่ดื่มน้ำหวานสี ทุกวันที่มาโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 28.1 ร้อยละของเด็กที่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ ร้อยละ 75.2 และ 76.4 ตามลำดับ

ซึ่งในปัจจุบันมีหลักฐานพิสูจน์และเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก ว่า น้ำตาลเป็นตัวการทำให้เกิดฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก [8] ประเด็นที่สะท้อนอย่างชัดเจนที่เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุ คือการ ดื่มน้ำหวาน/น้ำอัดลมของเด็กนักเรียน ประกอบกับการบริโภคขนมกรุบกรอบซึ่งมีมากมายมหาศาลในปัจจุบัน [9]

นอกจากนี้สภาวะโรคเหงือกอักเสบมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และคุณภาพของการแปรงฟันที่สามารถหยุดยั้งการเกิดเหงือกอักเสบได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งพบว่าในปี 2548 2549 และ 2550 ร้อยละของโรงเรียนที่มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพิ่มเป็น ร้อยละ 91.1 92.2 และ 95.5 ตามลำดับ และเด็กอายุ 12 ปีปราศจากโรคเหงือกเพิ่มเป็นร้อยละ 48.3 49.2 และ 54.0 ตามลำดับ

การจัดการต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญดังกล่าวจึงจำเป็นต้องยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ซึ่งมีประเด็นสำคัญในเรื่องการปรับบริบททางสังคมเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มความเข้มแข็งของเด็กและชุมชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยเอื้อให้บุคคลมีศักยภาพที่จะส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง[10] ซึ่งเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสมในการดำเนินการอยู่ในปัจจุบันภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ[11] ที่ดำเนินการให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทั้งพฤติกรรมอนามัย และพฤติกรรมบริโภค

บทสรุป

การสำรวจทันตสุขภาพ ของจังหวัดที่ผ่านมาพบว่าผู้ปราศจากโรคเหงือกมีอัตราสูงขึ้นตลอด 3 ปี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น สอดคล้องกับ กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนมีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 85 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ข้อมูลฟันผุที่จำแนกเป็นรายเขตทำให้มองเห็นภาพของสถานการณ์การดำเนินงานทั้งจุดแข็งและข้อควรปรับปรุงของแต่ละพื้นที่ได้ตามแต่บริบทและสภาพความเป็นจริง ซึ่งจังหวัดควรมีการจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ทันตสุขภาพและรวบรวมไว้เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบติดตามการดำเนินงานและปรับปรุงโครงการต่างๆ เป็น

ระยะอย่างต่อเนื่องและรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ตรงกับสถานการณ์และข้อมูลที่ทันสมัย เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการหรือดำเนินโครงการเพื่อให้เกิดผลกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่จากจังหวัดทุกท่านที่ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลและรายงานไปยังกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2537 โรงพิมพ์บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด 2538
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ แห่งชาติครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2543-2544 โรงพิมพ์บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด 2545
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ยิ้มสดใสคนไทยฟันดี โครงการสำคัญปีงบประมาณ 2549 กระทรวงสาธารณสุข เอกสารอัดสำเนา, 2548
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในระดับบุคคลและครอบครัว โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) 2544
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. เป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563 สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2550
6. World Health Organization. “Oral Health Promotion: An essential Element of a health-Promoting School; WHO Information Series on School Health document eleven”. Geneva Switzerland 2003
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. หลักการและแนวคิดของเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียน ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด 2540
8. ฤดี สุราฤทธิ์. น้ำตาล โรงพิมพ์ออนพริ้นช้อพ 2549
9. ปิยะดา ประเสริฐสม, ผุสดี จันทร์บาง, อังศณา ฤทธิ์อยู่. รายงานข้อมูลน้ำตาลในขนมและเครื่องดื่ม ใน: น้ำตาล ความหวานในขนม เครื่องดื่ม นมพร้อมดื่ม นมผงสำหรับเด็ก โรงพิมพ์นโมพริ้นติ้งแอนด์พับบลิชชิ่ง 2550
10. Kelly Lee, Dr. การสร้างเสริมสุขภาพโลก สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 7-11 สิงหาคม 2548 ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพ มหานคร
11. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง) โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2547

■■■

Original Article

Provincial Survey of Oral Health Status in Primary School-Children and Oral Health Promotion Program in School during 2005-2007

Khanit Rattanarungsima*
B.Ed. (health Education)
Piyada Prasertsom*
D.D.S, M.Sc. (Medical Epidemiology), Diplomate in Dental Public Health

Abstract

The Dental Health Division; Department of Health has established an oral health system in school children aged 12 years old. The system was designed to examine the dental caries prevalence and significant factors such as after-lunch tooth brushing, snack and soft drink consumption behavior. Data since 2005-2007 was analyzed and presented in caries prevalence and extent (DMFT). There were 50, 63 and 60 provinces done their survey in 2005, 2006 and 2007 respectively. At the national level all the data was weighed by population size and then the prevalence of caries was calculated. The caries free rate in this group was quite constant at 42% while the mean DMFT was decreasing from 1.9 and 2 teeth /person in 2005 and 2006 to 1.6 in the recent year. The mean DMFT was highest in the northern part in opposite to the north-eastern part which revealed lowest DMFT score. The trend of healthy gingival was gradually increasing from 48.3% in 2005 to 54% in 2007. This figure reflect the impact from the oral health program launched in school for the past 3 years.

Key words : School children, Health Service System, Oral health promotion

* *Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health*