

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2550

VOL.12 NO.1 JAN - JUN 2007

บทความวิชาการ

- ☐ กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตร งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน
- ☐ ความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปากในสตรีชนบทจังหวัดขอนแก่น: การศึกษาระยะที่ 2
- ☐ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี
- ☐ สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา
- ☐ อายุการใช้งานของช่องปลอดเชื้อที่ใช้ในงานทันตกรรม
- ☐ สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปี 2549

บทความปริทัศน์

- ☐ ทำไมทันตศึกษาจึงไม่ได้ผล
- ☐ ระบบบริการสุขภาพช่องปาก : สร้างนำซ่อม : 30 ปีแห่งการซ่อมมากกว่าสร้าง

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตร งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์* วท.บ., ศ.ม., ส.ด.
อู๊ด ปันตาเครือ ** มัธยมศึกษาตอนปลาย
อรุณศักดิ์ ปัญญาเย็น ** ร.บ., ร.ม.
อำไพ ต้นตาปกุล *** ประกาศนียบัตรทันตภิบาล

บทคัดย่อ

งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์การบริหารงานส่วนตำบลควรวางอยู่บนหลักการพื้นฐานของการสร้างเสริมพลังชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเชื่อมโยงเครือข่ายพันธมิตรต่างๆ การร่วมกันกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ประธานและรองประธานกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 8 คน ผู้ปกครองเด็ก 10 คน และแม่ครัว 2 คน ในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง ของตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผลและวิจารณ์ กระบวนการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบมีส่วนร่วมได้อาศัยเครือข่ายทางสังคมในหมู่บ้านประกอบด้วยครอบครัว เครือญาติ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำท้องถิ่นระหว่างหมู่บ้านเช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสตรี ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร่วมกันดูแลกิจกรรม ในศูนย์ ฯ สนับสนุนร่างกายในการจัดกิจกรรมวันเด็ก วิธีการสร้างความร่วมมือและการประสานผลประโยชน์ โดยการ พูดคุยและประชุมผู้ปกครอง ร่วมกับสมาชิกองค์การบริหารงานส่วนตำบล กรรมการศูนย์และผู้ดูแลเด็กเสนอความคิดเห็นไปยังสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลได้มีการจัดสรรงบประมาณสร้างอาคารเรียนใหม่ทั้ง 4 แห่ง มีการแสวงหาทรัพยากรจากภายนอกชุมชน คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางและการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแม่มาะ งบประมาณที่องค์การบริหารงานส่วนตำบลสนับสนุนเป็นประจำต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาคือ อาหารว่าง อาหารกลางวันและนมจืด ความไว้วางใจของผู้ปกครองที่มีต่อผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือและมีความยั่งยืนของงานพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ มีการสร้างพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลไม้และผัก ฝึกหัดแปรงฟันและการขับถ่าย เข้านอนเป็นเวลา ออกกำลังกาย และควบคุมการกินขนมกรุบกรอบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คำสำคัญ : เครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพ, เด็กก่อนวัยเรียน

* กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ

** องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

บทนำ

องค์การสหประชาชาติตระหนักว่า การบรรลุสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติทุกคนโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของงานสาธารณสุขและมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบต่างๆ (องค์การอนามัยโลก, 2549) กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์ มาตรการที่มีประสิทธิภาพคือ

1. การทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้น ต้องอาศัยการดำเนินงานทางการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมที่กว้างขวาง และการขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. การส่งเสริมสุขภาพมีมาตรการต่างๆ ที่ได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิผลมาก สิ่งสำคัญคือต้องนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่อย่างเป็นรูปธรรม

งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ควรวางอยู่บนหลักการพื้นฐานของการสร้างเสริมพลังชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและเชื่อมโยงเครือข่ายพันธมิตรต่างๆ ร่วมกันกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์สำหรับกลยุทธ์สร้างเสริมพลังในระดับบุคคล กลุ่มและชุมชน คือการปฏิบัติที่ปลอดภัยในการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน และการจัดปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้รับบสนับสนุนจากกรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข ให้ดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ตามหลักการสร้างเสริมพลังชุมชน ระหว่าง พ.ศ.2542-2548 ในพื้นที่ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, บุญส่ง พิมสาร และอรุณศักดิ์ ปัญญาเย็น, 2543) ที่งานจึงได้ประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดลำปาง ในช่วงพ.ศ.2548-2549 เพื่อให้ทราบแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพันธมิตรภาคราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และประชาชน รัฐบาลมีการนำแนวทางการบริหารภาครัฐแนวใหม่(New Public Management)ผสมผสานการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์และระบบบริหารธุรกิจยุคใหม่มาประยุกต์ใช้ มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่เน้นการประสานงานการทำงาน(Matrix)ในระดับพื้นที่ หน่วยงานภาครัฐสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการแข่งขันในการทำงานรวมทั้งพัฒนาระบบเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งต้องอาศัยระบบข้อมูลเพื่อการบริหารในระดับจังหวัดที่ตีมากกว่าระบบข้อมูลเพื่อนำเสนอผลงานเพียงอย่างเดียว พร้อมทั้งให้มีการพัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆให้ดีขึ้นและมีธรรมาภิบาลในการบริหารงานมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

กลุ่มเป้าหมายโครงการ

1. กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน
2. กลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน
3. กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำสตรี ผู้ดูแลเด็ก

แม่ครัว สมาชิกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ประธาน
และรองประธานกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4
คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 8 คน
ผู้ปกครองเด็ก 10 คน และแม่ครัว 2 คน ในพื้นที่
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง ของตำบลบ้านเสด็จ
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) สัมภาษณ์ปลัดองค์การบริหารส่วน
ตำบลบ้านเสด็จเกี่ยวกับการใช้เงินงบประมาณ
กิจกรรมต่าง ๆ และกระบวนการจัดสรรงบประมาณ
ระหว่างปีงบประมาณ 2544 - 2548

2) ประเมินผลผลลัพธ์ (Outcome) ด้าน
พฤติกรรม โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม
ในกลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน อายุ
แรกเกิด - 3 ปีทุกคน จำนวน 105 คน ใน 5 หมู่บ้าน
เป้าหมาย และกลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยก่อน
เรียนทุกคน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง จำนวน
219 คน ข้อมูลที่เก็บได้แก่

2.1 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ในเรื่อง
การดูแลสุขภาพช่องปาก การฝึกหัดรับประทานอาหาร
การไปรับบริการทันตกรรม

2.2 พฤติกรรมความถี่และปริมาณ การ
บริโภคผัก ผลไม้และขนม ของว่าง ของเหลวหวาน
ในเด็กวัยก่อนเรียน

2.3 พฤติกรรมการควบคุมการบริโภค
ขนม ของว่าง ในเด็กวัยก่อนเรียน

3) ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในกลุ่ม
เด็กวัยก่อนเรียน อายุแรกเกิด - 3 ปี จำนวน 105
คน และ กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนทุกคนในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็ก 5 แห่ง จำนวน 219 คน ที่มงานเก็บข้อมูล
สภาวะฟันผุ สภาวะโภชนาการ ด้วยการตรวจ

สุขภาพ ช่องปาก ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

ลำดับกิจกรรม

1. ศึกษาข้อมูลที่จัดเก็บไว้ในหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเด็กที่จะประเมิน
ผล

2. กำหนดขอบเขตการประเมินผล ด้วยการ
ประยุกต์แนวคิดแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping)

3. วางแผนและกำหนดรูปแบบการประเมิน
ผล

3.1 สร้างเครื่องมือประเมินผล

3.2 กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
และคุณภาพ

3.3 สร้างทีมงานประเมินผล คือ กลุ่ม
ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ
ในจังหวัดลำปางและเชียงใหม่

3.4 ส่งเครื่องมือประเมิน ให้ที่ปรึกษา
ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง

4. ดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพ จากกลุ่มเป้าหมายในชุมชนคือ

4.1. กลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กวัยก่อน
เรียน

4.2. กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำสตรี ผู้ดูแลเด็ก
แม่ครัว สมาชิกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและรายงานผล

ผลการศึกษา

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ ได้รับ
การยกฐานะขึ้นจากสภาตำบลบ้านเสด็จ เป็นองค์การ
บริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จตามพระราชบัญญัติ
สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537
โดยประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องการจัดตั้ง
องค์การบริหารส่วนตำบล วันที่ 16 ธันวาคม 2539
และมีผลใช้บังคับ เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2540

ปัจจุบันมี 15 หมู่บ้าน แยกหมู่บ้านใหม่ คือหมู่ที่ 15 ในพ.ศ. 2549 เนื้อที่ประมาณ 96.13 ตาราง กิโลเมตร ระยะห่างจากตัวเมืองลำปาง 17 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์ 20 นาที ภูมิประเทศ เป็นที่ลาดชันและที่ราบลุ่ม มีแนวเขาที่ผ่านคือ ฝิ่ปันน้ำกลาง วางตัวในแนวเหนือ-ใต้แบ่งเขตตำบล บ้านเสด็จออกจากตำบลบ้านดงอำเภอแม่เมาะ สภาพภูมิอากาศแบบเขตร้อนแบบสะวันนา หรือ ร้อนชื้น อุณหภูมิสูงสุดโดยเฉลี่ยในเดือนเมษายน และต่ำสุดในเดือนมกราคม ปริมาณน้ำฝนอยู่ใน ระดับค่อนข้างสูง มีประชากรทั้งสิ้น 11,510 คนจาก 2,696 ครัวเรือน ความหนาแน่นประชากรเฉลี่ย 122 คนต่อตารางกิโลเมตร ทุกครัวเรือนมีรายได้ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานรายได้ขั้นต่ำ 20,000 บาท/ ครัวเรือน/ปี ถือว่าไม่มีครัวเรือนยากจน เนื่องจากการส่งเสริมอาชีพ กระจายเงินกองทุนหมู่บ้านและ งบประมาณสนับสนุนงานโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ในระยะห้าปีที่ผ่านมา อาชีพที่สำคัญได้แก่ เกษตร กรรมและรับจ้างทั่วไป พืชสำคัญทางเศรษฐกิจคือ สับปะรดและข้าว

จุดเด่นของพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนา ชุมชนคือเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีเส้นทางคมนาคมสะดวก ถนนพหลโยธินผ่านในตำบลและ สามารถติดต่อกับหน่วยราชการและตำบลอื่นๆ ที่ใกล้เคียงได้อย่างสะดวก มีคลองชลประทานก๊วลม -แม่วัง(ฝั่งซ้าย) และแม่น้ำวังไหลผ่าน หน่วยงาน ด้านสาธารณสุขมีสถานอนามัยประจำตำบล 3 แห่ง องค์การทางศาสนาประกอบด้วย วัด 8 แห่ง สำนัก สงฆ์ 2 แห่งสถานศึกษาในตำบลค่อนข้างครบถ้วน ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง โรงเรียนประถม ศึกษา 5 แห่งโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง ศูนย์การ เรียนชุมชน 1 แห่ง และที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำ หมู่บ้าน 8 แห่ง

วิสัยทัศน์การพัฒนาท้องถิ่นระบุไว้อย่าง ชัดเจนว่า “องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ มุ่ง

ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและ การแก้ปัญหาท้องถิ่น โดยสนับสนุนด้านทรัพยากร ที่มีอยู่ทั้งหมด แก่ชุมชน” พันธกิจหลักการพัฒนา ท้องถิ่นตำบลคือ

1. มุ่งบริหารองค์การโดยยึดถือกฎหมาย ระเบียบเป็นหลักการสำคัญ
2. มุ่งบริการประชาชนโดยถือความสุขของ ชุมชนเป็นหลัก
3. มุ่งตอบสนองนโยบายของรัฐบาลอย่าง เต็มขีดความสามารถ
4. มุ่งพัฒนาองค์การให้สามารถเติบโตรองรับ ความเปลี่ยนแปลงด้านบริบท

แนวนโยบายการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตความรับผิดชอบตำบลบ้านเสด็จคือบูรณาการ กิจกรรมส่งเสริมด้านการศึกษา สาธารณสุข สวัสดิการ และกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็ง ของชุมชนเข้าด้วยกัน มีเป้าหมายคือกลุ่มเด็กวัย ก่อนเรียนทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 162 คน (พ.ศ. 2548) งานดูแลเด็กถือเป็นงานบริการ สาธารณะอย่างหนึ่ง การประเมินผลงานผู้ดูแลเด็ก ใช้ตัวชี้วัดคือความพึงพอใจผู้ปกครอง

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงาน ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ได้อาศัยเครือข่าย ทางสังคมในหมู่บ้าน ประกอบด้วยสมาชิกใน ครอบครัวเด็ก เครือญาติ และเครือข่ายความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำท้องถิ่นระหว่างหมู่บ้านทั้ง 15 หมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การ บริหารงานส่วนตำบลบ้านเสด็จ แกนนำสตรี แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก เนื่องจากมีการสร้างงาน สร้างอาชีพให้แก่ประชาชน ตามนโยบายรัฐบาล ในเขตตำบลบ้านเสด็จ จำนวน ทั้งสิ้น 13 กลุ่มอาชีพ ได้แก่ 1)กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร 12 กลุ่ม 2)กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน 13 กลุ่ม 3)กลุ่ม ออมทรัพย์ 14 กลุ่ม 4)กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด 11 กลุ่ม 5)กลุ่มแปรรูปสับปะรด 6 กลุ่ม 6)กลุ่ม

ผลิตกระดาษจากใยสับปะรด 2 กลุ่ม 7)กลุ่มศูนย์
สาริตการตลาด 5 กลุ่ม 8)กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ 7
กลุ่ม 9)กลุ่มตัดเย็บเสื้อผ้า 1 กลุ่ม 10)กลุ่มผู้เลี้ยง
ปลาในกระชัง 1 กลุ่ม 11)กลุ่มทำวัสดุถุงหลังคา
จากหญ้าคา 1 กลุ่ม 12)กลุ่มผู้เลี้ยงวัว 2 กลุ่ม
13)กลุ่มผู้ผลิตน้ำตาลดิบบ้านเสด็จ

กลุ่มอาชีพหลักที่ประชาชนส่วนใหญ่เข้าร่วม
คือกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด กลุ่มสหกรณ์ผู้
ปลูกสับปะรดตำบล กลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับ
สับปะรด คือ กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร กลุ่มแปรรูป
สับปะรด กลุ่มผลิตกระดาษจากใยสับปะรด และ
ศูนย์สาริตการตลาด

กลุ่มอาชีพแปรรูปสับปะรด ได้ผลิตสับปะรด

กวน ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นขนมที่มีความเสี่ยงต่อ
โรคฟันผุสูง แต่พบว่า กลุ่มเด็กเล็กนิยมบริโภคขนม
กรุบกรอบ ช็อคโกแลตเวเฟอร์ ลูกอมมากกว่า
สับปะรดกวน ผลกระทบจากการสร้างงาน กระจาย
รายได้ ทำให้ผู้ประกอบการต้องการส่งเด็กเข้าไปอยู่ใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนอายุ 3 ปี และในช่วงเก็บ
สับปะรด ผู้ปกครองจะมาส่งเด็กตั้งแต่เช้าและรับ
เด็กกลับเย็นกว่าปกติ

การจัดสรรงบประมาณขององค์การบริหารส่วน
ตำบล เพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จให้การ
สนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขมากขึ้นเป็น

ตาราง 1 ร้อยละของงบประมาณจากการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จในงาน
สาธารณสุขเปรียบเทียบกับแผนงานอื่น ๆ จำแนกตามปีพ.ศ. 2544 - 2548

Table 1 Percentage of Tambon Ban Sadet Administrative Organization Budget comparing Public
health activities and other activities during 2001 - 2005

แผนงาน/โครงการ	2544	2545	2546	2547	2548
โครงสร้างพื้นฐาน แผนพัฒนาด้านคมนาคม	25.8 (1,248,045)	39.7 (3,008,204)	25.0 (2,363,900)	31.2 (3,826,800)	10.3 (1,290,194)
แผนพัฒนาเศรษฐกิจ	3.4 (167,000)	0.6 (47,600)	5.1 (479,855)	7.4 (911,927)	0.7 (82,000)
แผนพัฒนาสังคม	3.2 (156,005)	5.6 (421,000)	4.1 (383,000)	5.1 (619,000)	8.4 (1,053,000)
แผนพัฒนาด้านสาธารณสุข	1.2 (60,000)	1.8 (140,000)	2.1 (195,600)	2.9 (354,340)	6.5 (812,200)
แผนพัฒนาการศึกษา	4.6 (220,000)	3.3 (250,000)	7.9 (745,000)	10.5 (1,284,900)	15.4 (1,932,472)
แผนงานพัฒนาแหล่งน้ำ	6.5 (314,435)	7.6 (574,400)	8.2 (771,280)	- -	1.2 (154,000)
แผนงานพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	2.7 (130,000)	1.0 (75,000)	13.6 (1,300,000)	7.0 (862,954)	1.6 (205,000)
แผนงานด้านการเมืองการบริหาร	52.6 (2,542,738)	40.4 (3,049,996)	34.0 (3,212,815)	35.9 (4,386,446)	55.9 (7,000,907)
รวม	4,838,223	7,566,200	9,451,450	12,246,367	12,529,773

แหล่งข้อมูล องค์การบริหารงานส่วนตำบลบ้านเสด็จ, 2549

ลำดับ ในพ.ศ. 2544 - 2548 พบเป็นร้อยละ 1.2, 1.8, 2.1, 2.9 และ 6.5 ของงบประมาณทั้งหมดตามลำดับ การลงทุนด้านสุขภาพในตำบลนี้ เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ธรรมชาติให้ความรู้แก่เยาวชนในเรื่องเอดส์ กิจกรรมป้องกันไข้เลือดออก ดังแสดงในตาราง 1-2 งบประมาณได้รับเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีจาก 100,000 บาทในปีแรก เป็นค่าครุภัณฑ์ทันตกรรม มาเป็นน้ำยาและเครื่องฟันยาป้องกันโรคไข้เลือดออก 60,000 บาทและ 140,000 บาท ในปีที่สอง-สาม กิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ป้องกันโรคเอดส์ งานส่งเสริมสุขภาพและธรรมชาติให้ความรู้แก่ประชาชน เริ่มในปีที่สี่ - หก พบเป็นเงิน 195,600 บาท, 354,340 บาท และ 812,200 บาท ตามลำดับ

การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (พ.ศ. 2541-2548)

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กใช้แนวคิดส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกระบวนการขัดเกลาทางสังคม เป็นหลักการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้เกิดการยอมรับ ปฏิบัติเป็นนิสัย ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน กระบวนการสร้างเสริมพลังกลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูในเขตตำบลบ้านเสด็จ เริ่มในพ.ศ. 2542 มีการให้การศึกษาและฝึกปฏิบัติใช้กระบวนการกลุ่มในเรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในหมู่บ้าน 5 หมู่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง จำนวนเด็กทั้งหมดคือ 110 คน ความรู้ที่ให้แก่มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กคือ แปรงฟัน

ตาราง 2 งบประมาณสนับสนุนสถานื่อนามัย จากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ จำแนกตามปีพ.ศ. 2543 - 2548

Table 2 Budget supporting health center by Tambon Ban Sadet Administrative Organization

สถานื่อนามัย	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ครุภัณฑ์ เติ่งทำฟัน เครื่องมือทำฟัน	100,000	-	-	-	-	-
น้ำยาฟันน้ำยา	-	60,000	90,000	90,000	90,000	100,000
ประกวดบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย	-	-	-	-	49,500	-
เครื่องฟันหมอกควันละอองฝอย	-	-	50,000	-	-	476,000
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ	-	-	-	42,000	-	-
ออกกำลังกายในชุมชน	-	-	-	40,500	-	-
ชุมชนร่วมใจ สุขภาพจิตแจ่มใส						
สุขภาพกายแข็งแรง	-	-	-	23,100	-	-
ออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	-	-	-	-	69,900	61,000
ชมรมผู้สูงอายุ อบรมทำลูกประคบ						
8 หมู่บ้าน	-	-	-	-	-	32,000
ออกกำลังกายของเยาวชน	-	-	-	-	49,500	70,000
งานวันเอดส์โลก	-	-	-	-	60,000	60,000
ให้ความรู้โรคเอดส์	-	-	-	-	35,440	13,200
รวม	100,000	60,000	140,000	195,600	354,340	812,200

แหล่งข้อมูล องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ, 2549

ให้เด็ก ควบคุมขนมกรุบกรอบ ลูกอมช็อคโกแลต นมหวาน ของเหลวหวาน รณรงค์ให้บริโภคผลไม้ ผัก เพิ่มขึ้น แนะนำการจัดทำอาหารมื้อกลางวัน ที่มีประโยชน์แก่แม่ครัวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, 2545)

ทีมงานจากกลุ่มพัฒนาความร่วมมือ ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ประยุกต์หลักการสร้างเสริมพลังชุมชนมากระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการวางแผน งาน ร่วมคิด ร่วมวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ช้องปากเด็กเล็ก โดยคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กทั้งหมด มีการจัดทำ แผนงานโครงการเสนอของบประมาณ สนับสนุน กิจกรรมปรับปรุงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในช่วงพ.ศ. 2543 องค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ จึงมี นโยบายสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็ก เป็นต้นมา

การส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็กต้องการกิจกรรม ในระดับชุมชน (Action at the Community-based Population Level) ผ่านสมาชิกเครือข่ายองค์กร ที่สัมพันธ์กันภายในชุมชนและระหว่างชุมชนด้วยกัน สุขภาพที่ดีของประชาชนขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ที่ดีและสิ่งสนับสนุนต่างๆ การใช้ประโยชน์จาก เครือข่ายทางสังคมเช่น แกนนำผู้นำในหมู่บ้าน สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้ปกครองเด็กเล็กจะเป็น สะพานเชื่อมโยงส่วนต่างๆ ของชุมชนและกระตุ้น ให้เกิดการมีส่วนร่วม เกิดสมาชิกที่หลากหลายและ เพิ่มจำนวนมากขึ้น ในการเข้ามาเกี่ยวข้องกับ งานส่งเสริมสุขภาพผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพต้องการเครือข่ายผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และผู้นำองค์กรสังคมเช่นพระสงฆ์ในวัด ประจำหมู่บ้านให้การสนับสนุน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นสามารถเป็นองค์กรหลัก ในการเชื่อม

ประสานผลประโยชน์ สร้างความร่วมมือ แสวงหา ผู้ร่วมงานโครงการและปรับเปลี่ยนโครงการให้ เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของ กลุ่มผู้ปกครองเด็กในแต่ละหมู่บ้าน

กรณีตัวอย่างขององค์กรบริหารส่วนตำบล บ้านเสด็จ ในพ.ศ. 2543 มีการจัดทำแผนพัฒนา องค์กรบริหารส่วนตำบล 5 ปี(พ.ศ. 2545-2549) ด้วยกระบวนการประชาคมทุกหมู่บ้าน ประกอบกับ การจัดทำข้อมูล จปฐ., กชช.2ค. ความคิดเห็นของ กลุ่มพลังต่างๆ ในตำบลได้แก่กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่ม เกษตรกร, หน่วยงานราชการและหน่วยงานที่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อทราบปัญหา เข้าใจบริบท ชุมชน และรู้ถึงความต้องการของประชาชน การ วางแผนระดับตำบลถือว่ามีความสำคัญมากใน กระบวนการบริหารงานขององค์กรบริหารส่วน ตำบล ทำให้เกิดการบริหารงานในปีต่อๆมา มี ทิศทางและเป้าหมายที่สอดคล้องกันระหว่าง นโยบายและวัตถุประสงค์ และใช้เป็นเครื่องมือ ใน การติดตามและประเมินผลสำเร็จขององค์กร ลำดับ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กเล็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดที่รับผิดชอบต้อง ใช้เวลานานถึง 7 ปีดังนี้

1. การสร้างกฎ ระเบียบ ในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก

องค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ ได้รับ ถ่ายโอนภารกิจศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อช่วยบรรเทา ความเดือดร้อนประชาชนเนื่องจากไม่มีเวลาเลี้ยง ดูปุตรหลานและลดปัญหาของสังคม เมื่อปี พ.ศ. 2545 โดยได้รับการถ่ายโอนจำนวน 5 ศูนย์ ผู้ดูแลเด็ก 7 คน ปัจจุบันยุบรวมเหลือ 4 ศูนย์ มีผู้ดูแลเด็ก 8 คน คณะกรรมการบริหารและ สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบลร่วมกันวางกฎ ระเบียบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นลำดับ จากการ นำข้อมูล ผลการปฏิบัติได้จริงในศูนย์พัฒนาเด็ก

เล็กต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมกับระเบียบข้อบังคับของ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น คือ

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็ก
 - กำหนดระเบียบปฏิบัติผู้ดูแลเด็ก
 - พัฒนาด้านความรู้ เช่น ให้ผู้ดูแลเด็กทุกคนเรียนสถาบันราชภัฏลำปาง หลักสูตรการดูแล
เด็กปฐมวัย ระดับปริญญาตรีในวันหยุดเสาร์ อาทิตย์
 - ส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็น
 - สร้างขวัญและกำลังใจ ด้วยการให้
โบนัส จัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน
2. กำหนดระเบียบ
 - ให้เด็กที่จะเข้าเรียนใหม่ ทุกคนมา
สมัครเรียนที่องค์การบริหารส่วนตำบล
 - ห้ามเด็กทุกคนนำขนมมารับประทาน
ภายในศูนย์ฯ
 - ให้เด็กตีมนมจากแก้ว หรือดูดจาก
หลอดดูด
 - ให้เด็กนอนหลับอย่างน้อยวันละ 2
ชั่วโมง
 - ให้เด็กแต่งชุดตามสีประจำวัน
 - ห้ามเก็บค่าบริการเด็กที่มีอายุ 3 ปี
ขึ้นไป
 - ให้ผู้ดูแลเด็กประชุมผู้ปกครองเด็ก
อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง
 - ให้ผู้ประกอบอาหารกำหนดเมนู
อาหารและประกอบอาหารตามเมนูกำหนดโดยไม่
ให้ซ้ำกัน
3. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการศูนย์ฯ
4. ส่งเสริมบทบาท คณะกรรมการศูนย์ฯ
5. ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม
6. ให้ชุมชนมีส่วนร่วม
 - สร้างความตระหนักในการดูแลเด็ก
 - จัดกิจกรรม ร่วมกัน เช่น งานวันเด็ก
7. ตรวจสอบติดตาม โดยทีมประเมินผลประกอบ
ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการบริหารองค์การ

บริหารส่วนตำบล กรรมการศูนย์ฯ

* มีการประเมินผล ปีละ 3 ครั้ง

กิจกรรมนอกเหนือจากแนวที่ทางราชการ
กำหนด (ริเริ่มเอง)

1. ส่งเสริมให้เด็กรู้จักการประหยัดโดย
ให้เด็กทุกคนฝากเงินในบัญชีทุกวันคนละ 5 บาท
2. ส่งเสริมให้เด็กได้มีความคุ้นเคยกับ
กิจกรรมทางศาสนา เพื่อปลูกฝังให้เด็กมี คุณธรรม
และจริยธรรมตั้งแต่เล็ก ๆ โดยให้ครูผู้ดูแลเด็กนำ
เด็กเข้าฟังการบรรยายของพระสงฆ์
3. ส่งเสริมให้คณะกรรมการศูนย์ฯ
ผู้ปกครอง และเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ไปทัศนศึกษา
เช่น ศูนย์ฝึกลูกช้าง ศูนย์วิทยาศาสตร์จังหวัดลำปาง

2. งบประมาณสนับสนุนศูนย์พัฒนา เด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารงาน
ส่วนตำบลบ้านเสด็จและผู้นำชุมชน หาเงินทุนจาก
ภายนอกชุมชนมาสร้างอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
จำนวน 2 แห่งคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทรายมูล
และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเสด็จ ช่วงปีพ.ศ.
2544-2546 มูลค่าแห่งละ 589,515 บาท
สร้างเป็นอาคาร ขนาดกว้าง 12.0 เมตร ยาว 12.0
เมตร พื้นที่ 138 ตารางเมตร ทั้งสองแห่ง งบมา
จากองค์การบริหารงานส่วนจังหวัดลำปาง และ
งบต่อเติมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเสด็จได้รับ
มาจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแม่เมาะ ลำปาง และ
การทอดผ้าป่าจากผู้ปกครองและประชาชนในตำบล

งบประมาณขององค์การบริหารงานส่วนตำบล
บ้านเสด็จ จัดสรรเป็นค่านมจืดและอาหารกลางวัน
อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน
จาก 92,400 บาท ในพ.ศ. 2544 จัดสรรได้เพียง
100 วัน เพิ่มเป็น 216,000 บาท จัดสรรได้ 200
วัน ในพ.ศ. 2548 สำหรับอาหารเสริมนมได้จัดสรร
เพิ่มมากขึ้นเป็น 200 วันเช่นกัน วัสดุงานบ้าน

งานครัวและค่าตอบแทนผู้ดูแลเด็กเริ่มจัดสรรให้ในปีพ.ศ. 2548 การสร้างอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีก 2 แห่ง คือ ศูนย์เด็กเล็กบ้านทรายทอง และศูนย์เด็กเล็กบ้านเกาะเสรี จัดสรรและก่อสร้างแล้วเสร็จในปี 2548 เช่นกัน ด้วยเงินงบประมาณจำนวน 940,000 บาท รายละเอียดในตาราง 5 งบลงทุนเฉลี่ยเด็กรายคนเพิ่มเป็นลำดับจาก 1,044 บาท มาเป็น 1,044 บาท, 2,029.53 บาท, 2,060 บาท และ 8,315.46 บาท ในระยะเวลาห้าปี

สัดส่วนของการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุข เมื่อเทียบกับงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล พบเป็นร้อยละ 1.2, 1.8, 2.1, 2.9 และ 6.5 ของงบประมาณทั้งหมด ในช่วงพ.ศ. 2544 - 2548 รายละเอียดในตาราง 4 โดยมีการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่างานสาธารณสุข พบเป็นร้อยละ 3.3, 2.2, 3.7, 2.9 และ 11.9 ตามลำดับ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทรายมูล มีเหตุผลที่เริ่มก่อตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ ชาวบ้านส่วนใหญ่ทำการเกษตรกรรม ปลูกสับปะรด ต้องการให้เด็กเล็กมีผู้ดูแล เริ่มแรกชาวบ้านช่วยกันจัดสร้าง

อาคารกันเองเพื่อให้เป็นสถานที่เลี้ยงเด็ก เป็นศูนย์รับเลี้ยงเด็กในหมู่บ้าน ผู้ปกครองเองก็ต้องการให้เด็กได้เรียนหนังสือและฝึกฝนนิสัย ความเป็นอยู่ต่างๆ เช่น การกิน การขับถ่าย การนอนหลับ ศูนย์ฯ นี้ได้รับงบประมาณจากประชาสงเคราะห์ 20,000 บาทในพ.ศ. 2543 และมีการขอรับบริจาคจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิต เช่นจัดซื้อ อุปกรณ์การเรียนการสอน ผ้าห่ม ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการบริหารศูนย์ฯ ได้ทำเรื่องขอจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมาจัดสร้าง เป็นอาคารแรกในตำบล เป็นเงิน 589,515 บาท ศูนย์ฯ นี้มีความเข้มแข็งของชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การสนับสนุนผู้ดูแลเด็กได้ แสดงบทบาท ในการพัฒนากิจการบริการเรียนรู้ในศูนย์ ผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือต่างๆ ศูนย์นี้เป็นศูนย์ต้นแบบในการพัฒนาภาวะเยียบ กติกา ในการควบคุมขนมกรุบกรอบ ควบคุมการดูหนังหวด และฝึกให้เด็กรับประทานผลไม้ ผัก ในมือกลางวัน การรักษาความสะอาด สร้างสุขนิสัยให้เด็ก รักการแปรงฟัน แต่งกายสุภาพ นอนหลับเป็นเวลา

ตาราง 3 การลงทุนด้านสุขภาพเด็กและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ จำแนกตามปีพ.ศ. 2544 - 2548

Table 3 Children Health and Day Care Center Investment by Tambon Ban Sadet Administrative Organization during 2001 - 2005

การลงทุน	2544	2545	2546	2547	2548
จำนวนเด็กเล็ก	154 คน	158 คน	172 คน	172 คน	180 คน
ค่าอาหารและนม	160,776	164,952	335,780	354,320	374,400
ทำมุ้งลวด	-	-	13,300	-	-
วัสดุงานบ้านงานครัว	-	-	-	-	70,423
ค่าตอบแทนผู้ดูแลเด็ก	-	-	-	-	111,960
ก่อสร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง	-	-	-	-	940,000
รวม	160,776	164,952	349,080	354,320	1,496,783
งบลงทุนเฉลี่ยเด็กรายคน	1,044	1,044	2,029.53	2,060	8,315.46

แหล่งข้อมูล องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ, 2549

ตาราง 4 การลงทุนด้านสาธารณสุขและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ
จำแนกตามปีพ.ศ. 2544 - 2548

Table 4 Public Health and Day Care Investment by Tambon Ban Sadet Administrative -
Organization during 2001 - 2005

การลงทุน	2544	2545	2546	2547	2548
งบที่ได้รับทั้งหมด	4,838,223	7,566,200	9,451,450	12,246,367	12,529,773
งบสนับสนุนงานสาธารณสุข	60,000 (1.2 %)	140,000 (1.8%)	195,600 (2.1%)	354,340 (2.9%)	812,200 (6.5%)
งบสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	160,776 (3.3%)	164,952 (2.2%)	349,080 (3.7%)	354,320 (2.9%)	1,496,783 (11.9%)

3. การระดมทุนทรัพยากรจากสังคม (Social mobilization)

งบสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ และ
ผู้บริจาคกิจกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กมีมาโดย
ตลอดตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2444 เงินดังกล่าวเกิดขึ้นจาก
ความสามารถของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
ผู้นำชุมชนและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
ในการเสนอขอของบจากจังหวัดคือ งบจากองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด การบริจาคจากผู้มีอันจะกิน
ในจังหวัดลำปาง นำมาสมทบกับเงินบริจาคของวัด
พระธาตุเสด็จ ทำให้มีกิจกรรมการสร้างอาคารเรียน
การจัดซื้อของเล่นและอุปกรณ์การศึกษาต่างๆ
การระดมทรัพยากรและเงินจากนอกชุมชน มีความ
จำเป็นมากในระยะเริ่มแรก เนื่องจากความต้องการ
ของประชาชนที่เสนอเข้ามาในสภาตำบลมีมากมาย
การจัดลำดับความสำคัญของงานศูนย์เด็กเล็ก
มิได้เป็นอันดับต้นๆ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
บ้านเสด็จและคณะกรรมการบริหารงาน จำเป็นต้อง
เสนอโครงการไปขอรับความช่วยเหลือจากองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดลำปาง ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดี
ระหว่างผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านช่วยให้มีการพูดคุย
ปรึกษา ร่วมกันแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนต่าง ๆ
จากภายนอกชุมชน และคิดจัดผ้าป่า หาเงินทุน
มาสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการบริหารองค์
การบริหารงานส่วนตำบลบ้านเสด็จ ได้ทำหน้าที่
แสวงหาทรัพยากรภายนอกชุมชน เข้ามาพัฒนา
ศูนย์ฯ ในช่วงพ.ศ. 2544 - 2547 ร้อยละของ เงิน
ที่เข้ามาช่วยเหลือพบเป็นร้อยละ 79.4 (618,394
บาท), ร้อยละ 1.2 (2,000 บาท), ร้อยละ 64.7
(639,425 บาท), และร้อยละ 26.8 (129,450
บาท) ตามลำดับ (ตาราง 6) องค์การบริหารงาน
ส่วนจังหวัดลำปางสนับสนุนงบก่อสร้างอาคาร 2
แห่ง ส่วนงบจากประชาชน เป็นการสมทบในการ
ทำบุญเปิดอาคารศูนย์ฯ ใหม่

พบว่าการประสานงาน ประนีประนอมกัน
ระหว่างผู้นำชุมชน แกนนำในหมู่บ้าน และ สมาชิก
อบต. ในการประชุมหลายครั้ง จัดทำแผนงาน สร้าง
อาคารใหม่อีก 2 แห่ง ในพ.ศ. 2548 คือปีที่เจ็ดของ
การพัฒนา โดยใช้งบจากอบต.ทั้งหมด ร้อยละ 99.9
(1,496,783 บาท) คณะกรรมการบริหารองค์การ
บริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ มีการประชุมเพื่อ
คัดเลือกสถานที่ก่อสร้างและการยุบรวมศูนย์ฯ
ระหว่างหมู่บ้าน การชี้แจงรายละเอียด งบประมาณ
ในการพัฒนาศูนย์ฯ และลำดับการจัดสรรเงินใช้กลไก
การประชุมสภาตำบล และการตรวจเยี่ยมหมู่บ้าน
สถานที่ที่จะจัดสร้าง มีการประชาคม ประชาชน หัวข้อ

ตาราง 5 การลงทุนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากหน่วยงานและการบริจาคจากหน่วยงานนอกชุมชน
จำแนกตามปีพ.ศ. 2543 - 2548

Table 5 Day Care Center Investment by Tambon Ban Sadet Administrative Organization and Resources mobilized from other communities during 2000 -2005

การลงทุน	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
งบประมาณจากองค์การบริหารส่วน จังหวัดลำปาง สร้างอาคารศูนย์ ฯ	-	589,515* (95.3%)	-	637,425** (99.7%)	-	-	-
งบประมาณการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแม่เมาะ ลำปาง	2,700 (11.9%)	3,000 (0.5%)	2,000 (100%)	2,000 (0.3%)	102,000 (78.8%)	2,000 (100%)	-
เงินบริจาคจากประชาชน	-	25,879 (4.2%)	-	-	27,450** (21.2%)	-	-
เงินจากการทำบุญทอดผ้าป่า	-	-	-	-	-	-	1,609 (100%)
ประชาชนเคราะห์	20,000 (88.1%)	-	-	-	-	-	-
รวม	22,700 (100%)	618,394 (100%)	2,000 (100%)	639,425 (100%)	129,450 (100%)	2,000 (100%)	1,609 (100%)

แหล่งข้อมูล องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ, 2549

* สร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทรายมูล

** สร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเสด็จ

ตาราง 6 การระดมทุนพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ
จำแนกตามปีพ.ศ. 2544 - 2548

Table 6 Social Mobilization for Day Care Center Investment in Ban Sadet Sub-district during 2001 - 2005

การลงทุน	2544	2545	2546	2547	2548
ระดมทุนที่ได้รับทั้งหมด	779,170 (100%)	166,952 (100%)	988,505 (100%)	483,770 (100%)	1,498,783 (100%)
งบอบต.สนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	160,776 (20.6%)	164,952 (98.8%)	349,080 (35.3%)	354,320 (73.2%)	1,496,783 (99.9%)
งบที่ได้รับทั้งหมดจากหน่วยงานนอก ชุมชนและประชาชน	618,394 (79.4%)	2,000 (1.2%)	639,425 (64.7%)	129,450 (26.8%)	2,000 (0.1%)

เรื่องการจัดสร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นวาระแรกในการประชุมขององค์การบริหารงานส่วนตำบล ทรพยากรและกำลังเงินมาจากนอกชุมชน ส่วนร่างกายและการดูแลพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กเป็นงานพัฒนาขององค์การบริหารงานส่วนตำบลบ้านเสด็จ

4. พัฒนากิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครองและชุมชน

กิจกรรมการมีส่วนร่วมจากชุมชน มีชาวบ้านผู้ปกครองมาร่วมพัฒนาบริเวณสถานที่ของศูนย์ฯ เมื่อใกล้วันสำคัญ เช่น วันเด็ก, วันแม่, วันพ่อ ในปัจจุบันคณะกรรมการเห็นว่า คงเป็นไปได้ที่จะเลิกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หน่วยงานการศึกษาไม่มีความสามารถที่จะดูแลศูนย์เด็กเล็กได้ ควรเป็นหน่วยงานท้องถิ่นจึงจะทำได้อย่างคล่องตัว

กิจกรรมด้านการเรียนการสอน มีผู้ดูแลเด็กเล็ก 2 คนต่อศูนย์ 1 แห่ง จัดกิจกรรมให้กับเด็กทุกวัน คือจัดตารางกิจกรรม เข้าแถวเคารพธงชาติ ออกกำลังกาย ร้องเพลง แปร่งฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน ก่อนเข้านอนกลางวัน ส่วนการดูแลด้านสุขภาพ ทุกเดือนซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตรวจฟันทุกวัน ผู้ดูแลเด็กคนหนึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เมื่อพบเด็กเจ็บป่วยเป็นหวัดเป็นไข ผู้ดูแลเด็กสามารถรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้ได้ ในศูนย์ฯ จัดอุปกรณ์การเรียนการสอน สี ดินน้ำมัน ของเล่นต่าง ๆ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้ความรู้ให้สิ่งสนับสนุนต่างๆด้วยความค่อยๆเป็นกันเอง กิจกรรมวันสำคัญต่างๆ จะช่วยกันพัฒนาศูนย์ ถางหญ้า ผู้ดูแลเด็กพาเด็กไปทำกิจกรรมนอกสถานที่คือที่วัด ผู้ปกครองพอใจต่อกิจกรรมนี้มาก คือ ในวันพระมีการพาเด็กไปรู้จักกับพระสวดมนต์ ฟังพระสอนอะไรง่าย ๆ บางครั้งเด็กจะจำแล้วนำไปพูดที่บ้านว่า ฆ่าสัตว์ แล้วเป็นบาป ผู้ปกครองชอบกิจกรรมนี้มาก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการวางแผนเพื่อความปลอดภัยแก่เด็ก คือ มีการตั้งกฎกติกาให้ขนมกรุบกรอบ เพื่อป้องกันฟันผุและกำหนดไม่ให้ปรุงรสอาหารหวานเกินไป เน้นให้กินรสจืดเพื่อป้องกันโรคต่างๆ ที่จะตามมา เช่น ฟันผุ อ้วนและเบาหวานในด้านการเจ็บป่วยได้มีการจัดเตรียมยาสามัญประจำบ้านเอาไว้ ส่วนสนามรอบอาคารจะปลูกหญ้า และมีรั้วล้อมรอบ ป้องกันอันตราย ด้านการปรุงอาหารของแม่ครัวก็จะมีการตรวจดูแลความสะอาด ถูกสุขลักษณะการปรุง

5. ประเมินความพึงพอใจผู้ปกครองต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ลงสำรวจความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็ก ทำการสุ่มถามเป็นการส่วนตัว แบบลับ ๆ มีน้อยรายที่ไม่พอใจในเรื่องบางอย่าง เช่น ศูนย์มีความจำเป็นต้องหยุดเพราะผู้ดูแลเด็ก ต้องไปร่วมทำกิจกรรมของ อบต. หรือต้องไปศึกษาดูงาน ผู้ดูแลเด็กต้องทนกับความไม่พอใจของผู้ปกครอง เมื่อมีการหยุดศูนย์ฯ ผู้ดูแลเด็กต้องคำนึงในเรื่องความจำเป็น ว่าเรื่องประชุมดังกล่าวมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด ข้อดีจากการเปิดรับเลี้ยงเด็กคือ ผู้ปกครองได้ไปทำงานการเกษตรกรรมได้เต็มวัน เด็กๆมีผู้ดูแลและเอาใจใส่ให้ในบางครั้งอาจเกินเวลาทำงานไปบ้าง ผู้ปกครองก็ยินดีจ่ายค่าล่วงเวลาให้แก่ผู้ดูแลเด็กด้วยความพอใจ สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ สภาพภายนอก ยังไม่มีรั้วล้อมรอบสนามเด็กเล่น ห้องอาหาร ห้องครัวปรุงอาหาร

คณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กแต่ละคนมีหน้าที่และตำแหน่งในองค์กรชุมชน บางคนเป็นผู้ใหญ่บ้านบางคนเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) สมาชิกอบต. สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน กรรมการบางคนจำเป็นต้องไปทำงานตามหน้าที่ของตน แต่ก็ร่วมมือกันดี สนใจในปัญหาเด็ก พร้อมที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหามีอะไรก็บอกล่วงหน้ากัน พูดจากัน

อยู่เป็นประจำ เพราะศูนย์จะมีการประชุมกันทุก 3 เดือน ปีละ 4 ครั้ง ประชุมแต่ละครั้งอาจมาไม่ครบทุกคน ก็อะลุ่มอล่วยกันไป เพราะแต่ละคนมีหน้าที่ของตน บางครั้งตัวไม่มาก็ฝากแสดงความคิดเห็นมา สมาชิกองค์การบริหารงานส่วนตำบลของแต่ละหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ที่ดี มีงานโครงการอะไรที่ศูนย์ ก็ให้ความร่วมมือกันมาตลอด การทำงานราบรื่นดี ส่วนใหญ่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจะแวะเข้าไปดูแลสลับก้นไปตามที่มีการตกลงเอาไว้ จะหาเวลามาอยู่เรื่อยๆ มีข่าวมาเลี้ยงเด็ก ๆ ด้วยอยากให้เด็กได้คุ้นเคยกับกรรมการศูนย์ ฯ และสมาชิกอบต. เด็กจะรู้สึกอบอุ่นและกล้าทักทายสมาชิกอบต. ไม่ได้บริจาจาคเป็นตัวเงิน แต่ซื้อเป็นของขวัญ เช่น ลูกโป่งไปให้เด็ก ๆ ตามแต่โอกาส และคิดว่าการเข้าไปเยี่ยม ทักทายกับเด็ก ๆ เป็นสิ่งที่ควรทำ

ความขัดแย้งในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากอบต. นั้นมีน้อย เสนอโครงการกิจกรรมเกี่ยวกับเด็กเข้าไปในสภาตำบลที่ประชุม ก็จะมีการชี้แจงด้วยเหตุด้วยผลที่ส่วนใหญ่ยอมรับและได้รับการอนุมัติเกือบทุกเรื่องเพราะทำเพื่อเด็ก ด้านงบประมาณไม่มีความขัดแย้งเพราะเห็นแล้วว่าทำแล้วดี ศูนย์มีการพัฒนาเกิดประโยชน์กับเด็ก เป็นที่พอใจของชาวบ้าน กรรมการที่เข้มแข็งช่วยดูแลกิจกรรมร่วมกัน

ผู้ปกครองมีความพึงพอใจกับงานที่ศูนย์ฯ ช่วยให้มีการออมทรัพย์แก่เด็ก ๆ คือให้ผู้ปกครองออมเงินให้ลูก ตามความสมัครใจ เตรียมเป็นทุนเข้าเรียนต่อเก็บเป็นทุนตอนเข้าระดับอนุบาลผู้ปกครองบางคนออมให้วันละ 30 บาท พอไปต่ออนุบาลก็จะมีเงินทุน ทุกคนพอใจมาก เรียกว่าเป็นเงินออมทรัพย์ ให้อาทิตย์ละครั้งหรือแล้วแต่ จะให้เป็นเดือนก็ได้ เงินออมให้ผู้ปกครองออมไว้ และให้ผู้ปกครองกู้ยืมได้ด้วย เมื่อให้ยืมแล้ว จะคิดดอกเบี้ยร้อยละ 2 บาท 1 ปีก็เก็บคืน 1 ครั้ง มีปันผลให้กับผู้ปกครองด้วย แต่ผู้ปกครองไม่ทราบแผนงาน

พัฒนาศูนย์ฯ ตลอดปี เวลาที่มีกิจกรรมจะบอกผ่านมาทางครูหรือผู้ดูแลเด็ก บอกโดยตรงกับผู้ปกครอง ตอนที่ไปรับ-ส่งเด็ก บางครั้งจะประกาศเสียงตามสายของหมู่บ้าน เช่น มีการประชุม แจ้งข่าวเรื่องราวต่าง ๆ ของอบต. ที่ต้องการแจ้งให้ทราบ มีการบอกกันให้รู้ และมาร่วมกันเป็นงาน ๆ ไป ทางศูนย์ฯ ให้ความเท่าเทียมกันทั้งในกลุ่มผู้ปกครองในหมู่บ้าน และต่างหมู่บ้านหรือต่างตำบล ในการประชุมผู้ปกครองจะมีการแจ้งว่า จะทำอะไร ให้ผู้ปกครองช่วยอะไรบ้าง เช่น วันเด็กมีกิจกรรมการแสดงหรือแจกของ ขนม ก็บอกและให้ผู้ปกครองไปร่วมเตรียมของไปร่วมงาน

6. ประสิทธิภาพของงานส่งเสริมสุขภาพ

งานส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีผลมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกันดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 5 แห่งโดยผู้ดูแลเด็ก และการดูแลงานอนามัยแม่และเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย 3 แห่งในตำบล พบว่าจำนวนเด็กที่มีฟันผุลดลงจากร้อยละ 55.8 มาเป็นร้อยละ 25.0 ในกลุ่มอายุ 2 ปี และลดลงจากร้อยละ 75.9 มาเป็นร้อยละ 60.5 ในกลุ่มอายุ 3 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. 2542 และ 2549 โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดเฉลี่ยต่อคน ลดลงจาก 4.38 ซี่ต่อคน มาเป็น 3 ซี่ต่อคน (ตาราง 7)

ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ปฏิบัติอย่างปลอดภัยสำหรับช่องปากเด็กในหมู่บ้าน 5 แห่ง ระหว่างพ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2549 พบพฤติกรรมที่ต้องเร่งรัดแก้ไขคือ แปรงฟันซ้ำให้เด็กหลังจากเด็กแปรงฟันเอง พบผู้เลี้ยงดูเด็กมีพฤติกรรมดังกล่าวลดลงจากร้อยละ 42.6 เป็นร้อยละ 22.4 พฤติกรรมการดูนมขวดพบสูงขึ้นจากร้อยละ 50.0 มาเป็นร้อยละ 71.6 ผู้ปกครองส่วนใหญ่สามารถควบคุมเด็กไม่ให้นอนหลับคา

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของเด็กที่มีฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุดต่อคน จำแนกตามอายุ ใน 5 หมู่บ้าน ตำบลเสด็จ อำเภอมือง จังหวัดลำปาง เปรียบเทียบ พ.ศ. 2542 และ 2549

Table 7 Comparing number and percentage of children who had dental caries, total mean of dmft (decayed - missing - filled teeth) in five villages, Ban Sadet Sub-district in 1999

กลุ่มอายุ	จำนวนเด็ก 2542*2549	เด็กฟันผุ 2542*2549	ร้อยละฟันผุ 2542*2549	ฟันผุก่อนอุดเฉลี่ยต่อคน (ชั้ต่อคน)
1	24 14	4 2	16.7 14.2	- 0
2	43 32	24 8	55.8 25.0	- 0.97+1.87
3	29 38	22 23	75.9 60.5	4.38±4.62 3.00±3.41
แรกเกิด - 3	- 105	- 33	- 31.4	- 1.45±2.63
1 - 3	96 84	50 33	52.1 39.3	- 1.45±2.63

แหล่งข้อมูล * The effectiveness of an oral health promotion program applying community empowerment among preschool children in Lampang province, 2001

ตาราง 8 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ปฏิบัติอย่างปลอดภัยสำหรับช่องปากเด็กในหมู่บ้าน 5 แห่ง ระหว่างพ.ศ.2543 และ พ.ศ. 2549

Table 8 Comparing number and percentage of children / caretaker who provided oral safe-practice for children in five villages, in 2000 and 2006

การปฏิบัติที่ปลอดภัยสำหรับช่องปากเด็ก	จำนวน		ร้อยละ	
	2543	2549	2543	2549
1. การให้อาหารเด็ก				
1.1 ดูดนมขวด	33	68	50.0	71.6
1.2 ไม่นอนหลับคาขวดนม	53	80	80.3	80.8
1.3 ให้น้ำตามหลังดูดนมขวด	21	34	31.8	49.3
1.4 ให้น้ำตามหลังทานอาหาร	66	96	100.0	97.0
1.5 ไม่ให้นมมือตัก	44	57	66.7	57.0
2. ทำความสะอาดช่องปากเด็ก สม่ำเสมอทุกวัน				
2.1 แปรงฟันให้เด็กเช้าหลังจาก เด็กแปรงฟันเอง	26	17	42.6	22.4
3. ตรวจช่องปากเด็กทุกวัน	52	67	78.8	63.8

แหล่งข้อมูล * The effectiveness of an oral health promotion program applying community empowerment among preschool children in Lampang province, 2001

ขาดนม มีพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 80.3 และ 80.8 ตามลำดับ (ตาราง 8)

อภิปรายผล

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาการเด็กสมัยวัยและกระบวนการรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategy Scorecard) ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพ คือ สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ร่วมกันติดตามงาน แสดงบทบาทการชี้แนะกระตุ้นให้แกนนำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลได้สนใจปัญหาฟันผุในเด็กเล็กและสนับสนุนความรู้วิชาการ พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลเด็กและแม่ครัวให้มีความรู้ป้องกันการเกิดฟันผุ การจัดอาหารที่มีประโยชน์ ทดแทนขนมกรุบกรอบด้วยผลไม้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลในสถานอนามัยได้เสนอแนะแนวทางติดตามงาน และรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ มีการจัดคณะศึกษาดูงานส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนจากจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งคณะศึกษาดูงานจากต่างประเทศเป็นประจำทุกปี กระบวนการศึกษาดูงานช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างคณะผู้มาศึกษาดูงานและผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แกนนำหมู่บ้านเกิดการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบสำคัญ ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนจากการศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านเสด็จ ประกอบด้วย 6 ส่วนหลักคือ

1. การกำหนดประเด็นปัญหาความสนใจร่วมกัน ในกลุ่มผู้ปกครองต้องการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อดูแลลูกหลานของตนในเวลากลางวัน ผู้ปกครอง

ต้องไปทำงานในไร่สับปะรด ทำนา รับจ้างงานนอกชุมชน มีความต้องการส่งเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีเข้าศูนย์ฯ เนื่องจากต้องการออกไปทำงานเป็นผลจากภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจบางครั้งครอบครัวต้องทำงานรับจ้างในไร่สับปะรด การสร้างงาน กระจายรายได้ในตำบลบ้านเสด็จ ส่งผลให้เด็กเล็ก ต้องตกมาเป็นภาระของผู้เลี้ยงดูเด็กก่อนวัยอันควร คณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ ผู้ดูแลเด็ก ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการบริหารองค์การส่วนตำบล จำเป็นต้องยืดหยุ่นรับเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 3 ปี โดยขอเก็บค่าเลี้ยงดูจากผู้ปกครอง ส่วนเด็กที่มีอายุครบ 3 ปี จะไม่ต้องเสียค่าเลี้ยงดู

2. ความตระหนักในคุณค่าสุขภาพเด็กเล็กร่วมกันเกิดมากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากความรักและความห่วงใยเด็ก จำนวนเด็กที่เกิดในตำบลแต่ละปีมีไม่มากนัก พบเพียง 160-180 คนต่อปี ทำให้ทุกครอบครัวที่มีเด็กแรกเกิดสามารถดูแลเด็กได้ดีขึ้น ผู้ปกครองเด็ก โดยเฉพาะกลุ่มมารดาที่เพิ่งมีบุตรเป็นคนแรก ออกไปทำงานในเขตเทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้เห็นตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเมืองที่มีคุณภาพ ผู้นำชุมชนและกรรมการศูนย์เด็กเล็ก ได้รับการร้องเรียน ให้ปรับปรุงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในหมู่บ้านของตนเอง องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จได้จัดสรรงบประมาณเฉลี่ยเด็กรายคน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มจาก 1,044 บาท มาเป็น 1,044 บาท, 2,029.53 บาท, 2,060 บาท และ 8,315.46 บาท เป็นลำดับในระยะเวลาห้าปี จากพ.ศ. 2544 - 2548

3. การประสานงานเพื่อจัดสรรทรัพยากรและพัฒนาขีดความสามารถที่แต่ละคนมีอยู่ เน้นที่เด็กเป็นศูนย์กลาง ได้มีการดำเนินการผ่านการประชุมผู้ปกครอง กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสมาชิกองค์การปกครองส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 4 แห่ง ร่วมกัน

ดูแลกิจกรรมในศูนย์ กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สามารถสนับสนุนแรงกายในการจัดกิจกรรมวันเด็ก ร่วมบริจาคอาหารและของขวัญให้เด็ก และร่วมแรงกันในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของศูนย์ ความไว้วางใจของผู้ปกครองที่มีต่อผู้ดูแลเด็ก เป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือและมีความต่อเนื่องของงานพัฒนาส่งเสริมสุขภาพเด็ก ผู้ดูแลเด็กช่วยสร้างพฤติกรรมกรรการบริโภคผลไม้ ผัก ผักหัดแปรงฟัน และการขับถ่าย เข้านอนเป็นเวลา ออกกำลังกาย และ ควบคุมการกินขนมกรุบกรอบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นประจำทุกวัน

4. วิธีการสร้างความร่วมมือและการประสานผลประโยชน์ คือ พุดคุย ปรีกษาและประชุม ผู้ปกครอง เป็นประจำทุกๆ สามเดือน ผู้ปกครองได้ร่วมกันเสนอความคิดเห็นในเรื่องการปรับปรุงศูนย์ไปให้สมาชิกองค์การบริหารงานส่วนตำบล ทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านคณะกรรมการศูนย์และผู้ดูแลเด็ก สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีเด็กเข้าไปเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะเสนอความคิดเห็นไปยังที่ประชุมให้จัดสรรงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบลมาสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์ในระยะห้าปีที่ผ่านมาได้มีการจัดสรรงบประมาณมาสร้างอาคารเรียนใหม่ทั้ง 4 แห่ง โดยการแสวงหาทรัพยากรจากภายนอกชุมชน คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางและการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแม่มาเพิ่มเติ่มงบประมาณของตนเอง คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารงานส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทสำคัญในการแสวงหางบประมาณจากนอกชุมชน มาช่วยเหลือในระยะแรก

5. ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับตำบล ที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ผ่านกระบวนการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก สร้างความร่วมมือและประสานผลประโยชน์ในกลุ่มผู้ปกครองเด็ก คณะ

กรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสามารถกระจายทรัพยากรในตำบลโดยผ่านกลไกการวางแผนงาน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ เนื่องจากมีผู้นำที่เข้มแข็งในแต่ละหมู่บ้าน องค์การบริหารงานส่วนตำบลสามารถสร้างกลุ่มอาชีพ ที่มีความหลากหลายถึง 14 กลุ่มอาชีพ กระจายการสร้างงาน จัดตั้งกองทุนหมู่บ้านไปพร้อมๆ กันกับการเริ่มการออมทรัพย์ผ่านผู้ดูแลเด็กและกรรมการศูนย์ ผู้นำในหมู่บ้านที่เข้มแข็งสามารถสร้างศูนย์เด็กเล็กตัวอย่างนำร่องกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ และออกกฎระเบียบที่เหมาะสม คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทรายมูล ทำให้ศูนย์ฯ อีกสามแห่งที่อยู่ใกล้เคียง นำมาปฏิบัติต่อ เช่น ออมเงินเพื่อเป็นทุนการศึกษาต่อในชั้นประถมศึกษาควบคุมไม่ให้กินนมขวด ฝึกรับประทานผักผลไม้ ฝึกแปรงฟัน ความยั่งยืนของงานส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ปกครองเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็ก ยินดีทำตามมติของกลุ่มมีกฎกติกาที่กำหนดไว้เพื่อสร้างสุขนิสัยในการบริโภคอาหาร การรักษาอนามัยช่องปาก และความสะอาดของร่างกาย

6. ความต่อเนื่องของนโยบายส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็กจากส่วนกลางระหว่างองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เน้นการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบองค์รวมนบูรณาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการสร้างศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันตบุคลากร พยาบาล และแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สามารถสานต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยทีมงานสนับสนุนจากโรงพยาบาลจังหวัด และผู้ปฏิบัติงานในสถานีนามัยทั้งสามแห่ง ในพื้นที่ตำบลบ้านเสด็จ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลและทันตภิบาลเป็นคนในตำบล ไม่มีการโยกย้ายพร้อมปฏิบัติงานนอกเวลา ออกติดตามงานด้วยความเข้าใจและรักท้องถิ่น สามารถประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นอย่างดี

สิ่งที่พบในกระบวนการทำงานผู้ดูแลเด็ก
คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อสร้างความ
ร่วมมือจากผู้ปกครองเด็ก ในตำบลบ้านเสด็จ สอด
คล้องกับผลวิจัยของ ยุพิน แก้วบุญเรือง (ยุพิน
แก้วบุญเรือง, 2549)⁽⁷⁾ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน วัดสุวรรณมงคล
ตำบลบ้านค้อ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู
ซึ่งมองว่า ปัญหาเด็กกินขนมเก่ง มีสาเหตุมาจาก
ตามใจเด็ก ให้ขนมเด็กแทนความรัก ให้เป็นรางวัล
เด็กติดใจในรสชาติ รูปแบบขนมที่ดึงดูดใจ เมื่อ
เด็กกินขนมเก่ง ทำให้เด็กอิ่มรับประทานอาหารน้อย
ทำให้ได้สารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กเจ็บ
ป่วยบ่อยและฟันผุ การแก้ไขปัญหานี้ ไม่สามารถ
ทำด้วยคนกลุ่มเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือจาก
หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแล
เด็ก องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี
ในชุมชนบ้านทุ่งโปรงพัฒนา ตำบลกุดจิก อำเภอ
เมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ เริ่มจากการศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหา
สุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพเด็กและสัมภาษณ์ผู้
ปกครอง พบปัญหาเด็กกินข้าวน้อย ร้อยละ 95.1
และมีฟันผุร้อยละ 75 ได้มีการเสนอปัญหาต่อชุมชน
และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทางผู้ปกครองและ
แกนนำในชุมชนตกลงร่วมกัน คือ ขอความร่วมมือ
จากร้านค้าที่จำหน่ายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม
ไม่ให้นำมาวางหน้าร้าน มีการอบรมหมอพื้นประจำ
หมู่บ้าน ประกวดสุขภาพเด็ก พบว่าเด็กแพรงฟัน
ก่อนนอนเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 ผู้ปกครองปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมจากการซื้อขนมให้ลูกมาเป็นผลไม้แทน
พบเพิ่มเป็นร้อยละ 17.0 การที่สมาชิกในชุมชนมี
โอกาสค้นหาปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์หาเหตุด้วย
ตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นและเข้ามามีส่วน
ร่วมอย่างแท้จริง (อารมณจิตร ดารีย์, จิระประไพ
บุตรกัณหา และฉวีวรรณ พรหมจารย์, 2549)⁽⁹⁾

สำหรับงานวิจัยศึกษาของสำนักอนามัย
สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (ฉันทนา ลัมมรินทร์กุล,
2549)⁽²⁾ เกี่ยวกับภาคีการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ
ในชุมชนก่อสร้างสนามบิณสูวรรณภูมิ ประกอบ
ด้วยกลุ่มเจ้าของพื้นที่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และหน่วยงานรัฐอื่นๆ พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
แสดงบทบาทเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างภาคี จัด
เวทีประชาคม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและวางแผน
ร่วมกัน โดยเฉพาะสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครอง
แรงงานจังหวัดและสำนักงานพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์จังหวัด เข้ามามีบทบาทให้คำ
แนะนำ สนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ และ
สื่อการเรียนการสอน ผลการเคลื่อนไหวจัดประชุม
ทำให้เกิดข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 5 กระทรวง
คือ กระทรวงแรงงาน มหาดไทย สาธารณสุข การ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศึกษา
ธิการ แต่ทั้งนี้ควรให้หน่วยงานเจ้าของพื้นที่เป็น
ผู้ดำเนินงาน เป็นเจ้าของเรื่อง ดำเนินงานในรูปแบบ
คณะกรรมการร่วมระหว่างภาคีต่างๆ และจัดเวที
พูดคุย ปรับปรุงแผนปฏิบัติการเป็นระยะๆ หน่ว
งานเช่นองค์กรปกครองส่วนตำบลบ้านเสด็จ ได้
แสดงบทบาทดังกล่าวและใช้เวทีประชาคม ใน
หมู่บ้าน สมาตำบลเป็นเวทีแลกเปลี่ยน แสดงความ
คิดเห็น ข้อเสนอแนะ และลงมติ สรุปเป็นแผนพัฒนา
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์
ที่ดีระหว่างสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบลผู้ใหญ่
บ้าน และผู้นำกลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ ทำให้เกิดการ
สนับสนุน และร่วมกิจกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก
ในแต่ละแห่ง โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้วย
ตนเอง มีการประสานขอวิทยากรจากหน่วยงาน
วิชาการเช่นกลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุข
ระหว่างประเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
เข้ามาร่วมเป็นวิทยากรพัฒนาศักยภาพผู้นำ คณะ
กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็กและแม่ครัว
เป็นระยะ ๆ

สรุป

การสร้างนโยบายสาธารณะในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเอื้อต่อสุขภาพเด็ก จะช่วยให้เกิดระบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และโครงสร้างการบริหารงานในรูปคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและคณะกรรมการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ ที่พัฒนาขึ้นมาบนพื้นฐานทางปัญญาคิดแก้ปัญหาสุขภาพเด็กเล็ก และคิดแก้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณร่วมกัน โดยการมี

ส่วนร่วมจากผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการบริหารงานส่วนตำบล ในระยะเวลาเจ็ดปีที่ผ่านมา ได้ผ่านการกลั่นกรองในการจัดลำดับความสำคัญและเกิดการยอมรับจากผู้ปกครองเด็ก ย่อมส่งผลที่ดีในทางปฏิบัติจนเกิดเป็นความยั่งยืนของงาน ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

บรรณานุกรม

1. กิตติพัฒน์ แสหนวีสุข, ดนัย พาหุยุทธ์ และคณะ. รูปแบบความสัมพันธ์ของการบริหารงานราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่นอย่างมีธรรมาภิบาล นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548
<http://library.hsri.or.th/?fn=hs12!46.zip&case=1>
2. จันทนา ลิ้มนิรันดร์กุล. การศึกษาและพัฒนารูปแบบศูนย์เด็กเล็กก่อนอยู่ในชุมชนก่อสร้าง กรณีศึกษาชุมชนก่อสร้างสนามบินสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ. บทความวิชาการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตร์ร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี:กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2549
3. เดชรัต สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545
4. พสุ เดชะรินทร์ “พัฒนาการของ Balanced Scorecard ในประเทศไทย” ผู้จัดการรายสัปดาห์ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1010 วันที่ 10-16 เมษายน, 2549
5. พัทธินันท์ เล็กสวัสดิ์, บุญส่ง พิมสาร, อรุณศักดิ์ ปัญญาอิน. กรณีศึกษาที่ 8 ประสบการณ์การแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขระดับท้องถิ่น อบต.บ้านเสด็จ จังหวัดลำปาง. พิมพ์ในเอกสารวิชาการชุดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ 5 การกระจายอำนาจกับความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นและรอบประสบการณ์ทันตสาธารณสุข จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศันสนีย์ รัชชกุล, สุณี วงศ์คงคาเทพ บรรณาธิการ นนทบุรี:สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543. หน้า 48 -58.
6. พัทธินันท์ เล็กสวัสดิ์. ประสิทธิผลของการประยุกต์การสร้างเสริมพลังชุมชน ในงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดลำปาง. ทู่นสนับสนุนจากกองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วารสารอนามัย (Thai Health Journal), มกราคม - มิถุนายน, 31(1), 2545

7. ยุพิน แก้วบุญเรือง “การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน วัดสุวรรณมงคล” บทคัดย่อการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตรร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549
8. องค์การอนามัยโลก กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2549
9. อารมณจิตร ดารีย์, จิระประไพ บุตรกันหา และฉวีวรรณ พรหมจารย์ “การส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทุ่งโปรงพัฒนา ตำบลกุตจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู” บทคัดย่อการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตรร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข , 2549
10. Green L.W. National policy in the promotion of health. *Int J Health Educ* 22(3):161-168., 1979
11. Lekswat P. **The effectiveness of an oral health promotion program applying community empowerment among preschool children in Lampang province.** A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Public Health. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. 2001
12. World Health Organization. **Towards Health For All and Health Promotion.** p.iii, 1993
13. World Health Organization. **Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa: World Health Organization. European Regional Office. 1986

The Development of Networking for Health Promotion in Preschool Children

Patcharin Lekswat* B.Sc., M.A., Dr.P.H.
Aud Pintakrua** High School
Aroonsak Punyayuen** B.A., M.A.
Lalana Thakamfoo*** Dental Nurse Diploma

Abstract

The Tambon Administration Organization is a responsible organization to support health promotion in preschool children. It needs to be implemented by applying the community empowerment principle. In order to do this, initiating community participation, developing networking and creating healthy policies are necessary. The **objective of this research** was to study the process of developing a network health promotion for preschool children. The **design** was a descriptive study. Qualitative data were collected from four shifts of day-care center committee members, eight members of the Tambon Administrative Organization, ten parents of preschool children who attended a day-care center and two cooks at five day-care centers in Ban Sadet, Amphur Muang, Lampang province. **Results and Discussion:** the development of community participation for health promotion in preschool children by using social networks in fourteen villages, which included members of families, relatives and local leader in the villages. The key persons were the village headmen, women leaders, nannies, and parents. The day-care center committee had supported and managed activities such as Children's Day. Dialogues and meetings among parents were the main methods to assess and make the real needs of the villagers known to the members of Tambon Administrative Organization. The Tambon Administrative Organization was able to allocate a budget to build new buildings in four day-care centers. The local leaders asked outside communities to contribute funds for the buildings such as Lampang Provincial Administrative Organization and Mae Moug Electric Power Company. The Tambon Administrative Organization supported healthy snacks, lunch and non-sweet milk for five years (2000-2005). The parents trust in the nannies was important to support co-operation and sustain the health promotion program. They have trained children to consume fruit and vegetables; do tooth brushing exercises, toilet practice, go to sleep at regular times, exercise including controlling snack consumption.

Key word : Networking for Health Promotion, Preschool Children



* International Development and Cooperative Dental Health

** Tambon Ban Sadet Administrative Organization

*** Division of Health, Lampang Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปาก ในสตรีชนบทจังหวัดขอนแก่น: การศึกษาระยะที่ 2

สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา * ท.บ., ส.ม., ส.ด.
อมรรัตน์ รัตนศิริ ** ว.ท.บ., ส.ค.ม. ประกาศนียบัตร (วิทยาศาสตร์การแพทย์) และ ว.ท.ม., ส.ค.ด.
ปิยธิดา กุหิรัญญรัตน์ ** ส.บ., ว.ท.ม. (วิทยาศาสตร์ชุมชน), ว.ท.ม.(การพัฒนาระบบสุขภาพ) ป.ร.ด.
เบญจา มุกดาพันธ์ *** ส.บ., ส.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ในการประเมินความสัมพันธ์ของการเคี้ยวหมากและสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรศึกษาอันประกอบด้วย สตรีไทยอายุ 31-86 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างปี พ.ศ. 2535-2537 จำนวน 2,253 คน วิธีการเก็บข้อมูลประกอบด้วย การตรวจสอบสุขภาพช่องปากและการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ผลการศึกษาก่อทำทั้งแบบพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบลอจิสติกที่มีตัวแปรต้นหลายตัว ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยลอจิสติกในแบบจำลองสุดท้าย ซึ่งมีการควบคุมตัวแปรรบกวนแล้ว พบความสัมพันธ์เชิงผกผันระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุ โดยมีตัวแปรอื่นๆ ในแบบจำลอง ได้แก่ การสูญเสียฟัน และการมีกระเปาะปริทันต์ โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (ระดับความเชื่อมั่น 95%) เท่ากับ 0.488 (0.395, 0.603), 3.053 (2.535, 3.677), และ 1.236 (1.020, 1.498) สำหรับการเคี้ยวหมาก การสูญเสียฟัน และการมีกระเปาะปริทันต์ ตามลำดับ ส่วนในแบบจำลองความสัมพันธ์สุดท้ายระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคปริทันต์อักเสบ พบว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบ โดยที่ปัจจัยอื่นๆ ที่ปรากฏในแบบจำลองสุดท้าย ได้แก่ การสูญเสียฟัน การมีแผ่นคราบฟันสะสมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน อายุ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับอายุ โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (ระดับความเชื่อมั่น 95%) เท่ากับ 13.361 (3.538, 50.454), 1.034 (1.013, 1.056), 1.019 (1.016, 1.023), 1.055 (1.041, 1.069), 0.953 (0.931, 0.976) สำหรับการเคี้ยวหมาก การสูญเสียฟัน การมีแผ่นคราบฟันสะสมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน อายุ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับอายุ ตามลำดับ ผลจากการศึกษาบ่งชี้ว่า แม้ว่าการเคี้ยวหมากจะมีผลในทางทำให้เกิดโรคฟันผุน้อยลง แต่การเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบ สามารถส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนลดละเลิกพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเคี้ยวหมาก โรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ การสูญเสียฟัน

* คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ถึงแม้ว่าการเคี้ยวหมากจะเป็นพฤติกรรมที่พบได้มากในประชากรแถบภูมิภาคเอเชีย และในแถบชนบททางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เช่นที่จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁾ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปากยังนับว่าขาดแคลน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย⁽²⁻⁵⁾ ในขณะที่หลักฐานการศึกษาในห้องปฏิบัติการบ่งชี้ว่า การเคี้ยวหมากเป็นอันตรายกับสุขภาพช่องปาก เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบได้ โดยกลไกของสารประกอบในหมากทำให้เกิดการสะสมของแผ่นคราบหินปูนและยังยับยั้งการยึดเกาะของเซลล์ที่ผิวรากฟันร่วมกับลดการสร้างเนื้อเยื่อคอลลาเจนอีกด้วยนั้น⁽⁶⁻⁹⁾ เรายังขาดแคลนผลการศึกษาทางระบาดวิทยาในประชากรชาวไทย ในด้านผลของการเคี้ยวหมากกับโรคในช่องปาก ทั้งโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ดังนั้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างให้เกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในประชากรที่มีความเสี่ยงจากการมีพฤติกรรมเคี้ยวหมาก จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความสัมพันธ์ทางระบาดวิทยาระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ในประชากรกลุ่มเสี่ยง นอกจากนั้น การนำข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้วมาศึกษา ยังจัดเป็นวิธีการวิจัยที่ประหยัดและคุ้มค่าวัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้จึงเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสبدังกล่าว

วิธีการศึกษา

ขนาดตัวอย่างและอำนาจการทดสอบทางสถิติ

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากและโรคฟันผุ ได้รับการคำนวณจากการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าสัดส่วนและมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อปรับขนาด

กับลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์แบบมีตัวแปรอิสระหลายตัวในแบบจำลองสุดท้าย ข้อมูลป้อนเข้าสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างและอำนาจการทดสอบทางสถิติ นำมาจากการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียวกัน⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 1. สัดส่วนของผู้ที่เคี้ยวหมากและเป็นโรคฟันผุ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 49.1 2. สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้เคี้ยวหมากแต่เป็นโรคฟันผุ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 62.5 3. ระดับความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (alpha error) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.05 และมีค่าคงที่เท่ากับ 1.96 สำหรับการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง 4. ระดับความคลาดเคลื่อนแบบที่ 2 (beta error) ซึ่งกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.20 ดังนั้น อำนาจการทดสอบทางสถิติ (power of test) จึงมีค่าเท่ากับ 0.80 และค่าคงที่สำหรับอำนาจ การทดสอบทางสถิติที่ 0.80 มีค่าเท่ากับ 0.84 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการสำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุรวมเท่ากับ 364 คน (หรือคิดเป็นขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม กลุ่มละ 182 คน) สำหรับตัวอย่างจำนวน 1,889 คนที่เกินมา ทำให้สามารถควบคุมตัวแปรรบกวนในแบบจำลองสุดท้าย ได้อีกมากกว่า 10 ตัวแปร โดยที่เพื่อให้การควบคุม ตัวแปรรบกวนในแบบจำลองสุดท้าย 1 ตัวแปรมีตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 20% ของขนาดตัวอย่างเดิมที่คำนวณได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุ^(10,11)

สำหรับขนาดตัวอย่างเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคปริทันต์อักเสบ ได้รับการคำนวณจากการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าสัดส่วน และมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อปรับขนาดเข้ากับลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์แบบมีตัวแปรอิสระหลายตัวในแบบจำลองสุดท้าย เช่นกัน ข้อมูลป้อนเข้าสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. สัดส่วนของผู้ที่เคี้ยวหมากและเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ

54.8 2. สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้เคี้ยวหมาก แต่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 35 3. ระดับความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (alpha error) ซึ่งมีค่า เท่ากับ 0.05 และมีค่าคงที่เท่ากับ 1.96 สำหรับการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง 4. ระดับความคลาดเคลื่อนแบบที่ 2 (beta error) ซึ่งกำหนดให้ มีค่าเท่ากับ 0.20 ดังนั้น อำนาจการทดสอบทางสถิติ (power of test) จึงมีค่าเท่ากับ 0.80 และค่าคงที่สำหรับอำนาจการทดสอบทางสถิติที่ 0.80 มีค่าเท่ากับ 0.84 ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการสำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคปริทันต์อักเสบเท่ากับ 212 คน (หรือคิดเป็นขนาดตัวอย่าง ต่อกลุ่มกลุ่มละ 106 คน) สำหรับตัวอย่างจำนวน 2,041 คนที่เกินมาทำให้สามารถควบคุมตัวแปรรบกวนในแบบจำลองสุดท้ายได้มากกว่า 10 ตัวแปร^(10,11)

ประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของประชากรที่เข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งต่อเนื่องมาจากการตรวจในระยะที่ 1 (พ.ศ.2533-2534) ประกอบด้วยสตรีไทยอายุ 31-86 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2537 จำนวน 2,253 คน ซึ่งได้รับทั้งการตรวจสภาวะช่องปากและการสัมภาษณ์ โดยที่การศึกษาวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การตรวจสภาวะช่องปากและการสัมภาษณ์

การตรวจสภาวะช่องปากกระทำในพื้นที่ โดยใช้เก้าอี้ทำฟันเคลื่อนที่ และเครื่องมือตรวจช่องปากอันประกอบด้วย กระบอกส่องปาก เครื่องมือเช็ดตรวจหารูฟัน และเครื่องมือตรวจสภาวะปริทันต์ ภายใต้แสง

ธรรมชาติ การตรวจสภาวะช่องปากกระทำโดยอาจารย์ทันตแพทย์จากคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ผ่านการฝึกจนสามารถตรวจได้ถูกต้องตรงตามหลักเกณฑ์ ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาวะฟันผุ การมีแผ่นคราบฟันสะสม และสภาวะปริทันต์ ซึ่งได้รับการอธิบายหลักเกณฑ์ไว้แล้วในการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹²⁾ หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจช่องปากแล้ว ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะได้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกสัมภาษณ์มาแล้ว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้แก่ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ราย ได้ต่อเดือน อำเภอที่อาศัยอยู่ในขณะที่เข้าร่วมการตรวจและสัมภาษณ์ ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมถึงการเคี้ยวหมาก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การแปรงฟัน เป็นต้น

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การลงข้อมูลเริ่มแรกในพื้นที่กระทำโดยใช้แบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการลงข้อมูล หลังจากนั้น ข้อมูลจะได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลในเครื่องประมวลผล ข้อมูลข้อมูลที่ถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลแล้วจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนที่จะนำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SAS version 8.0 และ SPSS for Windows version 10.0 การวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุ และระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรคปริทันต์อักเสบกระทำตามลำดับขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ผลการศึกษาเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยลอจิสติกที่มีการควบคุมตัวแปรรบกวนในแบบจำลองสุดท้าย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงพรรณนา พบว่าร้อยละ 59.1 (1,331 คน) มีสภาวะฟันผุ ซึ่งหมายความว่ารวมถึงทั้งฟันที่ผุและฟันที่ได้รับการอุดแล้ว ส่วนร้อยละ 39.9 (866 คน) มีโรคปริทันต์อักเสบและร้อยละ 25.5 (574 คน) มีพฤติกรรมกรรมการเคี้ยวหมาก ส่วนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่ใช่พฤติกรรมที่พบมากในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีผู้สูบบุหรี่และดื่มสุรา เพียงร้อยละ 2 และ 1.3 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุและตัวแปรอื่นๆ ที่ละหนึ่งคู่ตัวแปร ใช้การทดสอบทางสถิติที่ (t-test) และการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า สภาวะฟันผุมีความสัมพันธ์กับการเคี้ยวหมาก การสูญเสียฟัน โรคปริทันต์อักเสบ และการมีหินน้ำลาย โดยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีฟันผุ มีการเคี้ยวหมากน้อยกว่า มีการสูญเสียฟันมากกว่า มีกระเปาะปริทันต์ระดับต้นมากกว่า และมีหินน้ำลายน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีฟันผุ (ตารางที่ 1) ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบและตัวแปรอื่นๆ ในตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ (หมายถึงมีกระเปาะปริทันต์ระดับต้นและระดับลึก) มีอายุมากกว่า มีรายได้มากกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่เคี้ยวหมากและสัดส่วนของผู้ที่มีการสูญเสียฟันมากกว่า มีแผ่นคราบฟันสะสมมากกว่า รวมทั้งมีฟันผุและฟันถอนมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยแบบจำลองด้วยความสัมพันธ์ถดถอยลอจิสติกในแบบจำลองสุดท้ายซึ่งได้นำสภาวะที่สนใจศึกษาอันได้แก่ โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรต่างๆ ที่ปรากฏความสัมพันธ์เบื้องต้น พร้อมกันในรูปแบบจำลอง เพื่อเป็นการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรรบกวน ดังผลการศึกษาในตารางที่ 3 และตารางที่ 4 ซึ่งพบว่า โรคฟันผุมี

ความสัมพันธ์แบบผกผันกับการเคี้ยวหมาก แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการสูญเสียฟันและการมีกระเปาะปริทันต์ (โรคปริทันต์อักเสบ) ด้วยค่าอัตราส่วนความเสี่ยงและระดับความเชื่อมั่น 95% ดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับผลการศึกษาในตารางที่ 4 แสดงถึงค่าอัตราส่วนความเสี่ยงพร้อมกับระดับความเชื่อมั่น 95% ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีโรคปริทันต์อักเสบ อันได้แก่ การสูญเสียฟัน การมีแผ่นคราบฟันสะสมระดับมากกว่า 2/3 ของเคลือบฟัน อายุ การเคี้ยวหมาก และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับอายุซึ่งค่าอัตราส่วนความเสี่ยงของการมีโรคปริทันต์อักเสบคำนวณจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับอายุในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากสูงกว่าผู้ที่ไม่เคี้ยวหมากในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นที่ระดับค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับค่าเฉลี่ยของอายุ หรือระดับค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ (ตารางที่ 5)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาที่สามารถสรุปได้ว่า การเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับโรคฟันผุ แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบ โดยที่ได้มีการควบคุมผลของตัวแปรรบกวนต่างๆ เรียบร้อยแล้วในแบบจำลองความสัมพันธ์สุดท้าย นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยทางด้านสภาวะช่องปาก อันได้แก่ การสูญเสียฟัน และการมีแผ่นคราบฟันสะสม เป็นปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงที่สำคัญของทั้งโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ในขณะที่อายุไม่ปรากฏนัยสำคัญในแบบจำลองความสัมพันธ์ทำนายโรคฟันผุ แต่เป็นปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงในแบบจำลองความสัมพันธ์ทำนายโรคปริทันต์อักเสบ

การที่การเคี้ยวหมากทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบนั้น สามารถอธิบายได้ว่าส่วนประกอบของค่าหมากที่เคี้ยว ซึ่งได้แก่ ใบพลู หมาก ปูน และยาเส้น ทำให้เกิดคราบสกปรกและเกิดการสะสม

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคฟันผุกับตัวแปรพื้นฐาน ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรสภาวะช่องปาก^a

Table 1 Association between dental caries and baseline characteristics, health behavior and oral health status

ตัวแปร	สภาวะฟันผุ		p-value
	ไม่ผุ	ผุ	
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นปี)	49.2 $\pm$ 11.0	49.9 $\pm$ 10.0	0.1087
รายได้ต่อเดือน (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นบาท)	2,141 $\pm$ 3379	2,138 $\pm$ 2563	0.9831
สถานภาพสมรส (ร้อยละ)			0.579
สมรส	467 (83.1%)	725 (84.2%)	
โสด	95 (16.9%)	136 (15.8%)	
การศึกษา (ร้อยละ)			0.555
ไม่มีการศึกษา	23 (3.8%)	46 (4.9%)	
ประถมต้น	556 (90.7%)	839 (89.4%)	
มากกว่าประถมต้น	34 (5.5%)	53 (5.7%)	
การเคี้ยวหมาก (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่เคี้ยวหมาก	630 (68.3%)	1,049 (78.8%)	
เคี้ยวหมาก	292 (31.7%)	282 (21.2%)	
การสูบบุหรี่ (ร้อยละ)			0.958
ไม่สูบบุหรี่	903 (97.9%)	1,304 (98.0%)	
สูบบุหรี่	19 (2.1%)	27 (2.0%)	
การดื่มสุรา (ร้อยละ)			0.116
ไม่ดื่ม	906 (98.3%)	1,318 (99.0%)	
ดื่ม	16 (1.7%)	13 (1.0%)	
การสูญเสียฟัน (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่มีการสูญเสียฟัน	597 (64.75%)	497 (37.3%)	
มีการสูญเสียฟัน	325 (35.25%)	834 (62.7%)	
โรคปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่มีกระเปาะปริทันต์	544 (64.5%)	761 (57.3%)	
มีกระเปาะปริทันต์	299 (35.5%)	567 (42.7%)	
แผ่นคราบฟันสะสม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
ระดับน้อย (< 1/3 ของเคลือบฟัน)	29.5 $\pm$ 27.6	31.0 $\pm$ 27.1	0.2046
ระดับปานกลาง (> 1/3 - < 2/3 ของเคลือบฟัน)	26.1 $\pm$ 27.6	25.4 $\pm$ 25.8	0.5678
ระดับมาก (> 2/3 ของเคลือบฟัน)	23.0 $\pm$ 32.7	22.9 $\pm$ 29.6	0.9390
สภาวะปริทันต์ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
สภาวะเลือดออกจากเหงือก	1.3 $\pm$ 7.1	1.5 $\pm$ 7.2	0.5244
สภาวะการมีหินน้ำลาย	75.2 $\pm$ 33.3	71.9 $\pm$ 33.6	0.0263 ^b
สภาวะการมีกระเปาะปริทันต์ระดับต้น	11.5 $\pm$ 21.3	14.9 $\pm$ 24.2	0.0006 ^b
สภาวะการมีกระเปาะปริทันต์ระดับลึก	4.5 $\pm$ 14.0	4.4 $\pm$ 13.1	0.8817

^a ขนาดตัวอย่างอาจไม่ถึงร้อยละ 100 กรณีมีการขาดหายไปของข้อมูลบางส่วนในบางตัวแปร

^b ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบที (t-test)

^c ทดสอบความแตกต่างของค่าสัดส่วนโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับตัวแปรพื้นฐาน ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรสภาวะช่องปาก^a

Table 2 Association between periodontitis and baseline characteristics, health behavior and oral health status

ตัวแปร	สภาวะปริทันต์อักเสบ		p-value
	ไม่มี	มี	
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นปี)	46.9 $\pm$ 9.7	53.0 $\pm$ 9.9	0.0001 ^b
รายได้ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นบาท/เดือน)	2,006 $\pm$ 2646	2,407 $\pm$ 3378	0.0150 ^b
สถานภาพสมรส (ร้อยละ)			0.526
สมรส	663 (83.5%)	479 (84.8%)	
โสด	131 (16.5%)	86 (15.2%)	
การศึกษา (ร้อยละ)			0.578
ไม่มีการศึกษา	38 (4.3%)	29 (4.9%)	
ประถมต้น	792 (89.7%)	539 (90.2%)	
มากกว่าประถมต้น	53 (6.0%)	29 (4.9%)	
การเคี้ยวหมาก (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่เคี้ยวหมาก	1,060 (81.3%)	570 (65.8%)	
เคี้ยวหมาก	244 (18.7%)	296 (34.2%)	
การสูบบุหรี่ (ร้อยละ)			0.128
ไม่สูบบุหรี่	1,283 (98.4%)	844 (97.5%)	
สูบบุหรี่	21 (1.6%)	22 (2.5%)	
การดื่มสุรา (ร้อยละ)			0.326
ไม่ดื่ม	1,284 (98.5%)	857 (90.0%)	
ดื่ม	20 (1.5%)	9 (1.0%)	
การสูญเสียฟัน (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่มีการสูญเสียฟัน	726 (55.7%)	308 (35.6%)	
มีการสูญเสียฟัน	578 (44.3%)	558 (64.4%)	
โรคฟันผุ (ร้อยละ)			0.001 ^c
ไม่มีโรคฟันผุ	544 (41.7%)	299 (34.5%)	
มีโรคฟันผุ	761 (58.3%)	567 (65.5%)	
สภาวะฟันผุ ถอน อุด (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
ฟันผุ	1.8 $\pm$ 2.6	2.3 $\pm$ 2.9	0.0001 ^b
ฟันถอน	1.9 $\pm$ 4.4	3.4 $\pm$ 5.0	0.0001 ^b
ฟันอุด	0.05 $\pm$ 0.37	0.03 $\pm$ 0.26	0.2163
แผ่นคราบฟันสะสม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
ระดับน้อย (< 1/3 ของเคลือบฟัน)	36.0 $\pm$ 27.1	22.9 $\pm$ 25.6	0.0001 ^b
ระดับปานกลาง (> 1/3 - < 2/3 ของเคลือบฟัน)	26.6 $\pm$ 26.9	24.9 $\pm$ 25.9	0.1411
ระดับมาก (> 2/3 ของเคลือบฟัน)	15.0 $\pm$ 24.0	35.6 $\pm$ 35.7	0.0001 ^b

^a ขนาดตัวอย่างอาจไม่ถึงร้อยละ 100 กรณีที่มีการขาดหายไปของข้อมูลบางส่วนในบางตัวแปร

^b ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบที (t-test)

^c ทดสอบความแตกต่างของค่าสัดส่วนโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ตารางที่ 3 ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงและระดับความเชื่อมั่น 95% ในแบบจำลองสุดท้ายชนิดสมการถดถอยลอจิสติก ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ (จำนวนตัวอย่าง 2,193 คน)^a

Table 3 Final multivariable logistic regression model demonstrating odds ratio and 95% confidence level of variables associated with dental caries (n = 2,193) ^a

ตัวแปร	ระดับความเชื่อมั่น 95%		
	ค่าอัตราความเสี่ยง	ค่าล่าง	ค่าบน
การสูญเสียฟัน	3.053	2.535	3.677
มีกระเปาะปริทันต์	1.236	1.020	1.498
การเคี้ยวหมาก	0.488	0.395	0.603

^a มีการขาดหายไปของข้อมูล 60 ราย คิดเป็น 2.7%

ตารางที่ 4 ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงและระดับความเชื่อมั่น 95% ในแบบจำลองสุดท้ายชนิด สมการถดถอยลอจิสติก ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์อักเสบ (จำนวนตัวอย่าง 2,170 คน)^a

Table 4 Final multivariable logistic regression model demonstrating odds ratio and 95% confidence level of variables associated with periodontitis (n = 2,170)^a

ตัวแปร	ระดับความเชื่อมั่น 95%		
	ค่าอัตราความเสี่ยง	ค่าล่าง	ค่าบน
การสูญเสียฟัน	1.034	1.013	1.056
มีแผ่นคราบฟันสะสมระดับมาก	1.019	1.016	1.023
อายุ	1.055	1.041	1.069
การเคี้ยวหมาก	13.361	3.538	50.454
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับอายุ	0.953	0.931	0.976

^a มีการขาดหายไปของข้อมูล 83 ราย คิดเป็น 3.7%

ตารางที่ 5 ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากและอายุในแบบจำลองสุดท้ายชนิดสมการถดถอยลอจิสติกทำนายโรคปริทันต์อักเสบ^a

Table 5 Odds ratio associated with interaction between betel quid chewing and age in the final multivariable logistic regression model determining periodontitis^a

ค่าตัวแปร	ค่าอัตราส่วนความเสี่ยง	
	กลุ่มผู้ที่ไม่เคี้ยวหมาก	กลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมาก
* ที่ระดับค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ^b	1.05	13.43
* ที่ระดับค่าเฉลี่ยของอายุ ^b	14.13	17.29
* ที่ระดับค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ^b	1.00	13.36

^a คำนวณจากค่าประมาณในแบบจำลองสุดท้ายชนิดสมการถดถอยลอจิสติกทำนายโรคปริทันต์อักเสบ

^b ค่าเฉลี่ยของอายุ = 49.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.4 ปี

ของแผ่นคราบหินปูน ฤทธิ์ของสารประกอบในหมาก ยังยับยั้งการยึดเกาะของเซลล์ที่ผิวรากฟันร่วมกับ ลดการสร้างเนื้อเยื่อคอลลาเจนอีกด้วย⁽⁶⁻⁹⁾ ส่วน การที่การเคี้ยวหมากลดการเกิดฟันผุได้นั้น เนื่อง มาจาก การเคี้ยวหมากทำให้มีการขัดสีฟัน และการเคี้ยวหมากยังลดสภาวะความเป็นกรดภายใน ช่องปาก ผลของแคลเซียมและฟลูออไรด์ในคํา หมากยังสามารถลดการละลายตัวของผิวเคลือบฟัน ได้ นอกจากนี้คราบหมากที่เคลือบผิวเคลือบฟัน เอาไว้ ยังช่วยลดการกัดกร่อนจากการกรดได้ และสาร ประกอบประเภทน้ำมันในหมาก (etheric oil) ยังมีฤทธิ์ในการลดการเกิดฟันผุได้อีกด้วย⁽¹³⁻¹⁹⁾

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาค ดัดขวางซึ่งไม่สามารถประเมินความสัมพันธ์เชิงเหตุ และผลได้โดยตัวของการศึกษาเอง ดังนั้น ความ สัมพันธ์ระหว่างการศึกษาเคี้ยวหมากกับโรคฟันผุ และ ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาเคี้ยวหมากกับโรคปริทันต์ อักเสบจึงต้องอาศัยความสอดคล้องกับหลักฐานจาก การศึกษาที่มีมาก่อนหน้า^(2-9, 12-19) นอกจากนี้ ข้อจำกัดประการสำคัญของการศึกษาจากข้อมูลที่มี อยู่คือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่างๆ อาจ ไม่มีครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้มี แนวโน้มที่จะเกิดความสัมพันธ์ในรูปของ ความเสี่ยง ที่มากกว่านี้ได้ ถ้าหากผู้ที่ทำการศึกษามีสามารถ ติดตามเอาประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อันได้แก่ กลุ่มคนที่มีโรคทางช่องปากหรือมีการสูญเสียฟันมากม ารวมอยู่ในการศึกษาได้ แต่เนื่องจาก เป็นข้อจำกัด ของการศึกษาที่กลุ่มประชากรผู้สนใจเข้าร่วมการ ตรวจคัดกรองโดยส่วนใหญ่ มักจะมีสภาพช่องปาก ดีกว่าหรือการสูญเสียฟันน้อยกว่าผู้ที่หลีกเลี่ยง ไม่ ยอมเข้าร่วมการตรวจ ทำให้ความสัมพันธ์ในรูปของ อัตราส่วนความเสี่ยงที่ประเมินได้ในการศึกษานี้ อาจ จะต่ำกว่าอัตราส่วนความเสี่ยงที่ควรจะเป็นจริง

กล่าวโดยสรุปแล้ว การศึกษานี้ได้ใช้ข้อมูล ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการประเมินความ

สัมพันธ์ทางระบาดวิทยาระหว่างการเคี้ยวหมาก กับสภาวะช่องปาก โดยเป็นความสัมพันธ์ใน สภาวะการณ์จริงที่ได้มีการปรับค่าความสัมพันธ์ สำหรับตัวแปรรบกวนเรียบร้อยแล้วในประชากร ไทยกลุ่มหนึ่ง ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทาง สำหรับการศึกษาก่อนหรือเอื้อประโยชน์ใน การนำไปวางแผน เพื่อให้เกิดการลดเล็ดพฤติกรรม การเคี้ยวหมาก เพื่อทำให้เกิดสภาวะสุขภาพ ช่องปากที่ดีในประชากรต่อไป ซึ่งนอกจากจะเกิด สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในกลุ่มประชาชนไทย ที่มีพฤติกรรมเคี้ยวหมากแล้ว^(1,20) การลดเล็ด พฤติกรรมการเคี้ยวหมากยังสามารถป้องกันโรค และสภาวะสุขภาพไม่ดีที่เกิดจากพฤติกรรมการ เคี้ยวหมากได้อีกด้วย⁽²¹⁻²³⁾ นอกจากนี้ ยังจำเป็ นต้องมีการเผยแพร่พิษภัยของการเคี้ยวหมากหรือ สารที่เป็นองค์ประกอบให้เป็นที่ทราบในประชาชน ไทย เพื่อป้องกันมิให้พฤติกรรมเคี้ยวหมาก หรือสารที่มีหมากเป็นองค์ประกอบ กลายเป็นที่นิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน ดังเช่นที่เกิดเป็น ปัญหาในประเทศใกล้เคียงอยู่ในปัจจุบัน⁽²⁴⁻³²⁾

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบคุณหน่วยมะเร็ง คณะ แพทยศาสตร์ และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Vatanasapt V, Sriamporn S, Vatanasapt P. Cancer control in Thailand. *Jpn J Clin Oncol*. 2002;32 Suppl:S82-91.
2. Mehta FS, Sanjana MK, Barretto MA, Doctor R. Relation of betel leaf chewing to periodontal disease. *J Am Dent Assoc* 1955;50:531-6.
3. Waerhaug J. Prevalence of periodontal disease in Ceylon. Association with age, sex, oral hygiene, socio-economic factors, vitamin deficiencies, malnutrition, betel and tobacco consumption and ethnic group. Final report. *Acta Odontol Scand* 1967;25:205-31.
4. Reichart PA, Lenz H, König H, Becker J, Mohr U. The black layer on the teeth of betel chewers: a light microscopic, microradiographic and electronmicroscopic study. *J Oral Pathol* 1985;14:466-75.
5. Chatrchaiwiwatana S. Risk indicators for missing teeth among adults in rural area of northeastern Thailand in relation to selected dental, lifestyle, and sociodemographic factors (dissertation). *Ann Arbor (MI): Univ. of Michigan*; 2000.
6. Anerud A, Loe H, Boysen H. The natural history and clinical course of calculus formation in man. *J Clin Periodontol* 1991;18:160-70.
7. Lee HT. The history, composition, chemistry & pharmacology of the betel-tobacco chew (QUID). *Dent J Malays* 1973;13:63-9.
8. Jeng JH, Lan WH, Hahn LJ, Hsieh CC, Kuo MY. Inhibition of the migration, attachment, spreading, growth and collagen synthesis of human gingival fibroblasts by arecoline, a major areca alkaloid, in vitro. *J Oral Pathol* 1996;25:371-5.
9. Chang MC, Kuo MY, Hahn LJ, Hsieh CC, Lin SK, Jeng JH. Areca nut extract inhibits the growth, attachment, and matrix protein synthesis of cultured human gingival fibroblasts. *J Periodontol* 1998;69:1092-7.
10. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley & Sons; 1990.
11. Hulley SB, Cummings SR. Designing clinical research. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000.
12. Chatrchaiwiwatana S. The association between betel quid chewing and periodontitis. *KDJ* 2002;5:62-7.
13. Chandra S, Desai VM. Relationship of betel chewing and dental caries. *J Indian Dent Assoc* 1970;42:269-76.
14. Moller IJ, Pindborg JJ, Effendi I. The relation between betel chewing and dental caries. *Scand J Dent Res* 1977;85:64-70.
15. Schamschula RG, Adkins BL, Barmes DE, Charlton G. Betel chewing and caries experience in New Guinea. *Community Dent Oral Epidemiol* 1977;5:284-6.
16. Nigam P, Srivastava AB. Betel chewing and dental decay. *Fed Oper Dent* 1990;1:36-8.
17. Thomas S, Raja RV, Kutty R, Strayer MS. Pattern of caries experience among an elderly population in south India. *Int Dent J* 1994;44:617-22.
18. Howden GF. The cariostatic effect of betel nut chewing. *Papua New Guinea Med J* 1984;27:123-31.

19. Reichart P, Gehring F. Streptococcus mutans and caries prevalence in Lisu and Karen of northern Thailand. *J Dent Res* 1984;63:56-8.
20. Gupta PC, Ray CS. Epidemiology of betel quid usage. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:31-6.
21. Chen TH, Chiu YH, Boucher BJ. Transgenerational effects of betel-quid chewing on the development of the metabolic syndrome in the Keelung Community-based Integrated Screening Program. *Am J Clin Nutr* 2006;83:688-92.
22. Ariyawardana A, Athukorala AD, Arulanadaam A. Effect of betel chewing, tobacco smoking and alcohol consumption on oral submucous fibrosis: a case-control study in Sri Lanka. *J Oral Pathol Med* 2006;35:197-201.
23. Allen SE, Singh S, Robertson WG. The increased risk of urinary stone disease in betel quid chewers. *Urol Res* 2006;34:239-43.
24. Lu CT, Lan SJ, Hsieh CC, Yang MJ, Ko YC, Tsai CC, Yen YY. Prevalence and characteristics of areca nut chewers among junior high school students in Changhua county, Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:370-3
25. Chen JW, Shaw JH. A study on betel quid chewing behavior among Kaohsiung residents aged 15 years and above. *J Oral Pathol Med* 1996;25:140-3.
26. Yang MS, Su IH, Wen JK, Ko YC. Prevalence and related risk factors of betel quid chewing by adolescent students in southern Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1996;25:69-71.
27. Phukan RK, Ali MS, Chetia CK, Mahanta J. Betel nut and tobacco chewing; potential risk factors of cancer of oesophagus in Assam, India. *Br J Cancer* 2001;85:661-7.
28. Gupta PC. Survey of sociodemographic characteristics of tobacco use among 99,598 individuals in Bombay, India using handheld computers. *Tob Control* 1996;5:114-20.
29. Sankaranarayanan R, Mathew B, Jacob BJ, Thomas G, Somanathan T, Pisani P, Pandey M, Ramadas K, Najeeb K, Abraham E. Early findings from a community-based, cluster-randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. The Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. *Cancer* 2000;88:664-73.
30. Carley KW, Puttaiah R, Alvarez JO, Heimburger DC, Anantha N. Diet and oral premalignancy in female south Indian tobacco and betel chewers: a case-control study. *Nutr Cancer* 1994;22:73-84.
31. Shah SM, Merchant AT, Luby SP, Chotani RA. Addicted schoolchildren: prevalence and characteristics of areca nut chewers among primary school children in Karachi, Pakistan. *J Paediatr Child Health* 2002;38:507-10.
32. Tobacco Free Initiative, World Health Organization. Tobacco and youth in the South East Asian region. *Indian J Cancer* 2002;39:1-33.
33. Sinha DN, Gupta PC. Tobacco and areca nut use in male medical students of Patna. *Natl Med J India* 2001;14:176-8.



Association between betel quid chewing and oral health among females in rural Khon Kaen: Phase II study

Supaporn Chatchaiwiwatana* D.D.S., M.P.H., Dr.PH
Amornrat Ratanasiri ** B.Sc., M.A., Cert. Med.Sc & M. Med Sc., Ph.D.
Piyatida Kuhirunnrat ** B.Sc., M.Sc., M.P.H., Ph.D.
Benja Muktabhant *** B.Sc., M.P.H.

Abstract

This study aimed to evaluate the association between betel quid chewing and oral health, using an existing data set. The study population comprised a total of 2,253 females, aged 31–86 years, residing in Chonnabot district, Khon Kaen province, Thailand during 1992–94. The data were obtained through oral examination and interview. The analyses employed descriptive, bivariate, and multivariable logistic regression. Findings from the final multivariable logistic regression revealed the inverse association between betel quid chewing and dental caries controlling for missing teeth and periodontal pocket, with the odds ratio (95% CI) of 0.488 (0.395, 0.603), 3.053 (2.535, 3.677), and 1.236 (1.020, 1.498) for betel quid chewing, missing teeth and periodontal pocket, respectively. In addition, results from the other final multivariable logistic regression analysis showed that betel quid chewing was directly associated with periodontitis in the presence of several confounding factors including age, heavy debris deposit, missing teeth as well as a significant interaction between age and betel quid chewing, with the odds ratio (95% CI) of 13.361 (3.538, 50.454), 1.034 (1.013, 1.056), 1.019 (1.016, 1.023), 1.055 (1.041, 1.069) and 0.953 (0.931, 0.976) for betel quid chewing, missing teeth, heavy debris deposit, age and interaction between betel quid chewing and age, respectively. The findings indicated that although betel quid chewing may reduce dental caries, the fact that betel quid chewing was a risk indicator of periodontitis enhances the chance of increasing tooth loss. Therefore, preventive programs aiming at discouraging Thai people from chewing betel quid should be established to preserve favorable oral health and health status.

Key words: betel quid chewing, dental caries, periodontitis, tooth loss

* Faculty of Dentistry, Khon Kaen University, Khon Kaen

** Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

*** Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี

อานันทยา พลสัทวา* ส.ป., ส.ม.
 สุพรรณณี ศรีอำพร** วท.บ., วท.ม., Ph.D.
 วรานุช ปิติพัฒน์*** ท.บ., สม.ม., M.S., Sc.D., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
 สุพจน์ คำสะอาด**** วท.บ., ส.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กอายุ 3 ปี ที่อาศัยในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3 ปี ที่กำลังเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 257 คน โดยเป็นเด็กในเขตเทศบาลไชยวาน จำนวน 90 คน และนอกเขตเทศบาล จำนวน 167 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก เพื่อประเมินปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก และตรวจสอบสภาวะฟันผุของเด็กด้วยดัชนีฟันผุ ถอน อุด คิดเป็นซี่ต่อคน (dmft) และอนามัยช่องปากด้วยดัชนีอนามัยช่องปาก (Oral Hygiene Index) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติทดสอบ t-test และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression) ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก เปรียบเทียบในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เด็กในเขตเทศบาลฟันผุร้อยละ 76.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ($\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 5.8 ± 4.8 ซี่ต่อคน และนอกเขตเทศบาล ฟันผุร้อยละ 85.0 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 6.1 ± 4.3 ซี่ต่อคน โดยในเขตเทศบาลพบว่า สภาวะอนามัยช่องปาก ($b=4.99$, 95% CI = 3.89 ถึง 6.09) มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ (dmft) ซึ่งสามารถทำนายสภาวะโรคฟันผุได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$) และนอกเขตเทศบาล พบว่า สภาวะอนามัยช่องปาก ($b=3.45$, 95% CI = 2.56 ถึง 4.34) และความถี่ของการบริโภคขนม ($b=0.42$, 95% CI = 0.14 ถึง 0.69) มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายสภาวะโรคฟันผุของเด็กนอกเขตเทศบาลไชยวานได้ร้อยละ 32 ($R^2 = 0.32$) และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุระหว่างในและนอกเขตเทศบาลไชยวานพบว่า สภาวะอนามัยช่องปาก มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุทั้งในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ความถี่ของการบริโภคขนมมีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุนอกเขตเทศบาลเท่านั้น ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสนับสนุน และกระตุ้นให้มารดาหรือผู้ดูแลเด็กเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้เด็กตั้งแต่วัยเล็ก และควบคุมกำกับการบริโภคขนมในเด็กร่วมด้วย

คำสำคัญ : โรคฟันผุ, เด็ก

* โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
 ** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 *** ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 **** หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาโรคฟันผุเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.7 โดยเขตชนบทมีการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าเขตเมือง¹ สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดอุดรธานี จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในเด็กอายุ 3 ปี ประจำปี ระหว่างพ.ศ. 2545-2547 พบเด็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 72.1 76.6 และ 73.2 ตามลำดับ โดยเด็กในเขตชนบทมีการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าในเขตเมือง² และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี ของอำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ในพ.ศ. 2545 - 2547 พบเด็กเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 73.1 73.7 และ 66.0 ตามลำดับ³ และเมื่อพิจารณาเด็กที่เป็นโรคฟันผุในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาล พบว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลมีฟันผุมากกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 และการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี ของจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าเด็กที่อยู่ในเขตชนบทฟันผุมากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเมือง และถึงแม้สถานการณ์เด็กที่เป็นโรคฟันผุของอำเภอไชยวานจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังน้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่ระบุว่าเด็กอายุ 3 ปีจะต้องมีฟันผุไม่เกินร้อยละ 50⁴ หากพิจารณาผลการสำรวจทั้ง 3 ครั้งจะพบว่าโอกาสการบรรลุเป้าหมายนั้นมีน้อยมาก และลักษณะการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีในอำเภอไชยวาน พบว่ามีความแตกต่างกับพื้นที่อื่น โดยเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลมีฟันผุมากกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล

งานวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ในและนอกเขตเทศบาลไชยวานว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ มีปัจจัยใดบ้าง

ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน และเปรียบเทียบปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ระหว่างเด็กที่อยู่ในและนอกเขตเทศบาลไชยวานว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาของแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคฟันผุในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ และยังใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโอกาสต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ศึกษาในพื้นที่อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3 ปีที่กำลังเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลไชยวานจำนวน 90 คน และนอกเขตเทศบาลไชยวาน จำนวน 167 คน รวม 257 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นในและนอกเขตเทศบาล จากนั้นสุ่มเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ และสุ่มเลือกเด็กอายุ 3 ปีที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สุ่มไว้แล้ว โดยให้ได้สัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁵ วัดสภาวะฟันผุของเด็กด้วยดัชนีฟันผุ ถอน อุด คิด เป็นซี่ต่อคนและอนามัยช่องปากด้วยดัชนีอนามัยช่องปาก และแบบสัมภาษณ์มารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่สร้างตามทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยสัมภาษณ์และตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพด้วยตนเองเพียงคนเดียว โดยตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซ้ำร้อยละ 10 ของเด็กที่อยู่ในแต่ละ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีค่าระดับความพึงพอใจ (Kappa) ของการตรวจสอบภาวะฟันผุเท่ากับ 0.98 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติทดสอบ t-test และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในเด็กอายุ 3 ปี ในเขตเทศบาล จำนวน 90 คน และนอกเขตเทศบาล จำนวน 167 คน รวมทั้งสิ้น 257 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล มีอายุเฉลี่ย 41.9 ± 3.6 เดือน นอกเขตเทศบาล มีอายุเฉลี่ย 41.6 ± 3.6 เดือน โดยส่วนใหญ่มีสถานะเคลือบฟันปกติ สภาวะอนามัยช่องปากอยู่ในระดับดี และเด็กมากกว่าร้อยละ 75 ไม่เคยได้รับฟลูออไรด์เสริม โดยปัจจัยส่วนบุคคลในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าในและนอกเขตเทศบาล ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก โดยในเขตเทศบาลมีอายุประมาณ 34 ปี และนอกเขตเทศบาลมีอายุประมาณ 30 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม โดยมารดาหรือผู้ดูแลเด็กกว่าครึ่งมีประสบการณ์ในการพบทันตแพทย์ ส่วนระดับความรู้ทางทันตสุขภาพของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กพบว่า จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ในเขตเทศบาลมารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.5 ± 2.1 คะแนน และนอกเขตเทศบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.3 ± 2.0 คะแนน ส่วนทัศนคติทางทันตสุขภาพของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กพบว่า จาก

คะแนนเต็ม 60 คะแนน ในเขตเทศบาล มารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 48.9 ± 2.9 คะแนน และนอกเขตเทศบาลมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 48.6 ± 3.6 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างในและนอกเขตเทศบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ในด้านความสัมพันธ์กับเด็กอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก พบว่า ในเขตเทศบาลให้เด็กดื่มนมมารดาเป็นระยะเวลาประมาณ 10 เดือน และนอกเขตเทศบาลประมาณ 12 เดือน โดยเด็กในเขตเทศบาลร้อยละ 42.9 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 52.3 หย่านมขวดแล้ว ส่วนใหญ่เด็กเคยดูดนมขวดแล้วกลับขณะมีขวดนมคาปาก และเด็กในเขตเทศบาลร้อยละ 64.3 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 78.1 มารดาหรือผู้ดูแลเด็กเคยให้เด็กดื่มน้ำตามหลังดื่มนมขวด เด็กส่วนใหญ่ในและนอกเขตเทศบาลบริโภคขนมทุกประเภท โดยบริโภคขนมประมาณวันละ 3 ครั้ง เด็กมีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารในเขตเทศบาลร้อยละ 45.6 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 68.9 ส่วนใหญ่เคยตรวจฟันให้เด็ก และมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ในเขตเทศบาลร้อยละ 50.0 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 31.1 เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ โดยพฤติกรรมการดูแลให้เด็กดูดน้ำตามหลังดื่มนมขวด การบริโภคลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ และการบริโภคน้ำอัดลม ไอศกรีม และน้ำหวาน การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เด็กในเขตเทศบาลฟันผุร้อยละ 76.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด 5.8 ± 4.8 ซี่ต่อคน และนอกเขตเทศบาลฟันผุร้อยละ 85.0 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

6.1±4.3 ซึ่งต่อกัน เมื่อพิจารณาเฉพาะเด็กที่ฟันผุในและนอกเขตเทศบาล พบว่า เด็กในเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 7.2±4.2 ซึ่งต่อกัน ส่วนเด็กนอกเขตเทศบาลมีฟันผุเฉลี่ย 6.9±3.9 ซึ่งต่อกัน โดยสภาวะโรคฟันผุของเด็กในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรม การดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลกับสภาวะโรคฟันผุพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุของ

กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) คือ สภาวะอนามัยช่องปาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) เท่ากับ 4.99 มีค่าประมาณแบบช่วงของสัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 3.89-6.09 ($P\text{-value}<0.001$) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของสภาวะโรคฟันผุในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 48 ดังตารางที่ 5

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างนอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามพื้นที่
Table 1 Characteristics of the children by study area.

ลักษณะที่ศึกษา	ในเขตเทศบาล (n=90 คน)	นอกเขตเทศบาล (n=167 คน)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	45 (50.0)	84 (50.3)	0.96 ^a
หญิง	45 (50.0)	83 (49.7)	
อายุ (เดือน)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	41.9 (3.6)	41.6 (3.6)	0.44 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	42 (36 : 47)	41 (36 : 47)	
สภาวะเคลือบฟัน			
ปกติ	85 (94.4)	148 (88.6)	0.13 ^a
ไม่ปกติ	5 (5.6)	19 (11.4)	
การได้รับฟลูออไรด์			
ได้รับ	21 (23.3)	41 (24.6)	0.83 ^a
ไม่ได้รับ	69 (76.7)	126 (75.4)	
สภาวะอนามัยช่องปาก (คะแนน)			
ระดับดี (0 ถึง 1.5)	75 (83.3)	143 (85.6)	0.74 ^a
ระดับปานกลาง (1.6 ถึง 2.5)	14 (15.6)	21 (12.6)	
ระดับไม่ดี (มากกว่า 2.5)	1 (1.1)	3 (1.8)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	0.9 (0.7)	0.9 (0.6)	0.77 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	0.8 (0.0 : 2.7)	0.8 (0.0 : 2.7)	

a : chi-square test

b : Independent-Sample t-test

* P-value < 0.05

คือสภาวะอนามัยช่องปากและความถี่ของการบริโภคขนม โดยสภาวะอนามัยช่องปากมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) เท่ากับ 3.45 ค่าประมาณแบบช่วงของสัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 2.56-4.34 (P-value< 0.001) และความถี่ของการบริโภคขนมมีค่าสัมประสิทธิ์

ถดถอย (b) เท่ากับ 0.42 ค่าประมาณแบบช่วงของสัมประสิทธิ์ความถดถอยที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 0.14-0.69 (P-value<0.01) ซึ่งสภาวะอนามัยช่องปากและความถี่ของการบริโภคขนมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสภาวะโรคฟันผุในกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 32 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมจำแนกตามพื้นที่

Table 2 Socioeconomic status of the respondents by study area.

ลักษณะที่ศึกษา	ในเขตเทศบาล (n=90 คน)	นอกเขตเทศบาล (n=167 คน)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก			
มารดา	58 (64.4)	132 (79.0)	0.01 ^{*a}
ผู้ดูแลเด็ก	32 (35.6)	35 (21.0)	
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	36.7 (10.9)	32.5 (9.6)	<0.01 ^{*b}
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	34 (21: 65)	30 (20:64)	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)			
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4923.1 (5246.6)	3737.7 (4297.8)	0.07 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	3000 (500 : 30000)	3000 (500 : 30000)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	56 (62.2)	126 (75.4)	0.03 ^{*a}
สูงกว่าประถมศึกษา	34 (37.8)	41 (24.6)	
อาชีพ			
เกษตรกรกรม	53 (58.9)	135 (80.8)	<0.001 ^{*a}
อื่น ๆ	37 (41.1)	32 (19.2)	
ประสบการณ์การพบทันตแพทย์			
เคยพบ	52 (57.8)	95 (56.9)	0.89 ^a
ไม่เคยพบ	38 (42.2)	72 (43.1)	
ระดับความรู้ทางทันตสุขภาพ			
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	11.5 (2.1)	11.3 (2.1)	0.57 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	12 (7 : 15)	12 (5 : 15)	
ระดับทัศนคติทางทันตสุขภาพ			
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.9 (2.9)	48.9 (3.6)	0.36 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	49 (41 : 55)	49 (36 : 57)	

a : chi-square test b : Independent-Sample t-test

* P-value < 0.05

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลการให้อาหารเด็กจำแนกตามพื้นที่

Table 3 Oral health care of the child by mother or caregiver according to study area.

ลักษณะที่ศึกษา	ในเขตเทศบาล (n=90 คน)	นอกเขตเทศบาล (n=167 คน)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระยะเวลาการได้นมแม่ (ในเขตเทศบาล n=86 นอกเขตเทศบาล n=165)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10.4 (7.2)	11.1 (5.8)	0.14 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	10 (1 : 42)	12 (1 : 30)	
การหย่านมขวด (ในเขตเทศบาล n=84 นอกเขตเทศบาล n=151)			
หย่านมขวดแล้ว	36 (42.9)	79 (52.3)	0.16 ^a
ยังไม่หย่านมขวด	48 (57.1)	72 (47.7)	
การให้เด็กดูดน้ำตามหลังดื่มนมขวด (ในเขตเทศบาล n=84 นอกเขตเทศบาล n=151)			
ดื่มน้ำตาม	54 (64.3)	118 (78.1)	0.02 ^{*a}
ไม่ดื่มน้ำตาม	30 (35.7)	33 (21.9)	
การดูดนมขวดแล้วหลังขณะมีขวดนมคาปาก (ในเขตเทศบาล n=84 นอกเขตเทศบาล n=151)			
เคย	52 (61.9)	107 (70.9)	0.16 ^a
ไม่เคยเลย	32 (38.1)	44 (29.1)	
ความถี่ของการบริโภคขนม (ในเขตเทศบาล n=88 นอกเขตเทศบาล n=163)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.2 (2.2)	3.7 (1.9)	0.11 ^b
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	3 (1 : 10)	3 (1 : 10)	
การบริโภคลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ (ในเขตเทศบาล n=88 นอกเขตเทศบาล n=163)			
บริโภค	72 (81.8)	148 (90.8)	0.04 ^{*a}
ไม่บริโภค	16 (18.2)	15 (9.2)	
การบริโภคขนมปัง ขนมกรอบบรรจุถุง (ในเขตเทศบาล n=88 นอกเขตเทศบาล n=163)			
บริโภค	86 (97.7)	163 (100.0)	0.12 ^a
ไม่บริโภค	2 (2.3)	-	
น้ำอัดลม ไอศกรีม น้ำหวาน (ในเขตเทศบาล n=88 นอกเขตเทศบาล n=163)			
บริโภค	75 (85.2)	154 (94.5)	0.01 ^{*a}
ไม่บริโภค	13 (14.8)	9 (5.5)	
การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร (ในเขตเทศบาล n=90 นอกเขตเทศบาล n=167)			
แปรง	41 (45.6)	115 (68.9)	<0.001 ^{*a}
ไม่แปรง	49 (54.4)	52 (31.1)	
การตรวจฟันให้เด็ก (ในเขตเทศบาล n=90 นอกเขตเทศบาล n=167)			
ตรวจ	82 (91.1)	159 (95.2)	0.19 ^a
ไม่ตรวจ	8 (8.9)	8 (4.8)	
การพาเด็กไปพบทันตแพทย์ (ในเขตเทศบาล n=90 นอกเขตเทศบาล n=167)			
เคย	45 (50.0)	52 (31.1)	<0.01 ^{*a}
ไม่เคย	45 (50.0)	115 (68.9)	

a : chi-square test

b : Independent-Sample t-test

* P-value < 0.05

ตารางที่ 4 สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่

Table 4 Dental caries status of the children by study area.

สภาวะฟันผุ	ในเขตเทศบาล (n=90คน)	นอกเขตเทศบาล (n=90คน)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ไม่ผุ	21 (23.3)	25 (15.0)	0.09 ^a
ผุ	69 (76.7)	142 (85.0)	
กรณีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.8 (4.8)	6.1 (4.3)	0.53 ^b
กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.2 (4.2)	6.9 (3.9)	0.69 ^b

a : chi-square test

b : Independent-Sample t-test

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 3 ปีในเขตเทศบาลไชยวาน

Table 5 Factors predicting dental caries in 3 years old children in urban area of Chaiwan District, Udon Thani Province.

ปัจจัย	b	Std.Error	t	95%CI	p-value
สภาวะอนามัยช่องปาก	4.99	0.55	9.02	3.89 ถึง 6.09	<0.001
Constant = 1.43		0.60	2.36	0.23 ถึง 2.63	0.02

$R^2 = 0.48$

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี นอกเขตเทศบาลไชยวาน

Table 6 Factors predicting dental caries in 3 years old children in rural area of Chaiwan District, Udon Thani Province.

ปัจจัย	b	Std.Error	t	95%CI	p-value
สภาวะอนามัยช่องปาก	345	0.45	7.68	2.56 ถึง 4.34	<0.001
ความถี่ของการบริโภคขนม	0.42	0.14	2.96	0.14 ถึง 0.69	0.01
Constant = 1.49	0.66		2.24	0.18 ถึง 2.79	0.03

$R^2 = 0.32$

บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในและนอกเขตเทศบาล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองเด็กในเขตเทศบาล ส่วนใหญ่นิยมไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ และให้ปู่ย่าตายายเป็นผู้ดูแลเด็กแทน ซึ่งแตกต่างกับนอกเขตเทศบาลที่ผู้ปกครองยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักและมารดาเป็นผู้ดูแลเด็กเอง ดังนั้นจึงทำให้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกัน

จากผลการตรวจสอบภาวะฟันผุ พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ในเขตเทศบาล มีฟันผุร้อยละ 76.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.8 ± 4.8 ซึ่งต่อคน และนอกเขตเทศบาลฟันผุร้อยละ 85.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6.14 ± 4.3 ซึ่งต่อคน สอดคล้องกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 และการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าเด็กในเขตชนบทจะมีฟันผุมากกว่าเด็กในเขตเมือง ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี ของอำเภอไชยวาน ในพ.ศ. 2545-2547 ที่พบว่าเด็กในเขตชนบทฟันผุน้อยกว่าเด็กในเขตเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวานยังเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยคือ ในเขตเทศบาลจำนวน 30 คน และนอกเขตเทศบาล จำนวน 30 คน โดยจะสำรวจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในและนอกเขตเทศบาลเพียง 1 แห่งที่เป็นตัวแทน จึงอาจทำให้ผลการสำรวจไม่สอดคล้องกับการสำรวจอื่นๆ และการศึกษาครั้งนี้มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่างมีการ

กระจายในพื้นที่ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน โดยครอบคลุมเกือบทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทำให้ได้ผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

เมื่อพิจารณาเฉพาะเด็กที่ฟันผุในและนอกเขตเทศบาล จะพบว่า ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็กในเขตเทศบาล จาก 5.8 ± 4.8 ซึ่งต่อคน เพิ่มขึ้นเป็น 7.2 ± 4.2 ซึ่งต่อคน และนอกเขตเทศบาลจากค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6.1 ± 4.3 ซึ่งต่อคน เพิ่มขึ้นเป็น 6.9 ± 3.9 ซึ่งต่อคน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็กในเขตเทศบาลมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุของเด็กในเขตเทศบาลมีความรุนแรงมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวเด็กในและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเด็กนอกเขตเทศบาลจะเป็นมารดาของเด็กเอง จึงอาจทำให้การดูแลเอาใจใส่เด็กดีกว่าผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาล ส่วนพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่ต่างกัน พบว่าเด็กนอกเขตเทศบาลมีการหย่านมขวดมากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 52.3 และร้อยละ 42.9 ตามลำดับ) ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุลดลง นอกจากนี้มารดาหรือผู้ดูแลเด็กนอกเขตเทศบาลมีการให้เด็กดื่มน้ำตามภายหลังการดื่มนมขวดมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 52.3 และร้อยละ 42.9 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้องของมารดา หรือผู้ดูแลเด็กนอกเขตเทศบาลดีกว่าในเขตเทศบาล ซึ่งอาจทำให้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุของเด็กนอกเขตเทศบาลน้อยกว่าเด็กในเขตเทศบาล และถึงแม้เด็กนอกเขตเทศบาลจะมีความถี่ของการบริโภคขนมหรือบริโภคขนมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กในเขตเทศบาลก็ตาม แต่เด็กนอกเขตเทศบาลก็มีพฤติกรรมการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารมากกว่าเด็กในเขตเทศบาล ซึ่งอาจทำให้ความเสี่ยง

ของการเกิดโรคฟันผุน้อยกว่าเด็กในเขตเทศบาล นอกจากนี้ถึงแม้เด็กในเขตเทศบาลจะมีประสบการณ์ในการพบทันตแพทย์มากกว่าเด็กนอกเขตก็ตาม ทั้งนี้เด็กในเขตเทศบาลอาจไปพบทันตแพทย์เนื่องจากไปรับบริการทันตกรรมก็เป็นได้

โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในและนอกเขตเทศบาล คือ สภาวะอนามัยช่องปาก ทั้งนี้เนื่องจากคราบจุลินทรีย์เป็นแหล่งอาหารและที่อยู่ของเชื้อโรคที่สร้างกรดมาทำลายฟัน ดังนั้นจึงส่งผลให้เด็กที่มีคราบจุลินทรีย์มากมีฟันผุมากกว่าเด็กที่มีคราบจุลินทรีย์น้อย โดยระดับสภาวะอนามัยช่องปากนี้เป็นตัวทำนายที่สำคัญถึงการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคฟันผุ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wennhall และคณะ⁷ และ Kiwanuka และคณะ⁸ ที่พบว่าเด็กที่มีคราบจุลินทรีย์ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ ส่วนเพศของเด็กพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ อาจเนื่องจากในสภาวะปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันระหว่างเพศเพราะการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ภูพัฒน์กุล และคณะ⁹ อายุของเด็กที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากอายุของเด็กใกล้เคียงกัน ดังนั้นการสะสมรอยโรคจึงมีความแตกต่างกันน้อย ส่วนสภาวะเคลือบฟันของเด็กในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่มีสภาวะปกติ จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าไม่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กในและนอกเขตเทศบาล ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวเด็กในการศึกษารั้งนี้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rowe และคณะ¹⁰ และ Schroth และคณะ¹¹ และความรู้และทัศนคติด้านทันตสุขภาพของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ซึ่ง

แตกต่างจากการ ศึกษาของสุนิศา วัฒนเกษตรและสุณี ผลดีเยี่ยม¹² เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ความรู้และทัศนคติของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมด้านการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กนอกเขตเทศบาลเท่านั้น โดยพบว่าความถี่ของการบริโภคขนมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากเมื่อ บริโภคขนมจะทำให้เกิดกรดขึ้นในช่องปากภายในระยะเวลา 2-3 นาที และจะต้องใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการกำจัดออกโดยน้ำลาย ดังนั้นถ้ามีการบริโภคขนมถี่ๆ จะทำให้เกิดกรดบ่อยขึ้น ซึ่งส่งผลให้ฟันผุได้มากและเร็วยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Rodrigues และ Sheiham¹³ และ Campus และคณะ¹⁴ ที่พบว่าเด็กที่บริโภคขนมจะมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่บริโภคขนม ส่วนพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับการดื่มนมมารดาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวรารัณดา อินทโลหิต และคณะ¹⁵ การดื่มนมขวดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ แตกต่างจากการศึกษาของ Bray และคณะ¹⁶ ส่วนการดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาดปากและฟันของเด็ก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Santos และ Soviero¹⁷ อาจเนื่องมาจากการที่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ซึ่งเด็กในช่วงวัยดังกล่าวยังไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาดทั้งปาก และจากการศึกษารั้งนี้ถึงแม้ว่าเด็กนอกเขตเทศบาลจะมีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารมากกว่าเด็กในเขตเทศบาลก็ตาม แต่เด็กนอกเขตเทศบาลกลับมีฟันผุมากกว่าเด็กในเขตเทศบาล แสดงให้เห็นว่าความถี่ของการแปรงฟันในเด็กเล็กนั้นมิได้ให้ ผลในการป้องกันโรคฟันผุ แต่ขึ้นกับประสิทธิภาพของการแปรงฟันมากกว่า ดังนั้นมารดาหรือผู้ดูแลเด็กจึงควรฝึกการแปรงฟันและเสริมการแปรงฟันให้เด็กร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อ

การมีสภาวะอนามัยช่องปากที่ดีของเด็ก การตรวจฟันให้เด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษา ของเพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ¹⁸ ส่วนการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ถึงแม้จะพบว่า เด็กที่เคยพบทันตแพทย์ จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยพบทันตแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aileen และคณะ¹⁹ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พฤติกรรม การดูแลเด็กของมารดาหรือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กในและนอกเขตเทศบาลที่เหมือนกัน คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปาก ส่วนที่แตกต่างคือพฤติกรรมดูแลเด็กเกี่ยวกับ ความถี่ของการบริโภคขนมของเด็ก ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีการบริโภคขนม ประเภทลูกอม ทอฟฟี่มากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 96.3 และร้อยละ 85.2 ตามลำดับ) และ เด็กนอกเขตเทศบาลยังบริโภคน้ำอัดลม ไอศกรีม น้ำหวาน มากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 94.5 และร้อยละ 85.2 ตามลำดับ) ซึ่งอาจ ทำให้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปีในและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับความถี่ของการบริโภคขนม

บทสรุป

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กในและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดา หรือผู้ดูแลเด็กในและนอกเขตเทศบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ที่เหมือนกันคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปาก ($P\text{-value}<0.001$) และที่แตกต่างคือ พฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ความถี่ของการบริโภคขนม ($P\text{-value}<0.01$) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กในและนอกเขตเทศบาล

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมารดาหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 3 ปี ในอำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ครูพี่เลี้ยงใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอไชยวาน โรงพยาบาลไชยวาน ที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนในการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: บริษัทสมเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2545.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็ก 3 ปี จังหวัดอุดรธานี [ไม่ได้ตีพิมพ์]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2547.
3. ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลไชยวาน. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็ก 3 ปี อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี [ไม่ได้ตีพิมพ์]. ไชยวาน: โรงพยาบาล; 2547.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เป้าหมายตัวชี้วัดทันตสุขภาพ กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2547. [ไม่ได้ตีพิมพ์]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2547.

5. องค์การอนามัยโลก. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แบบมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ค.ศ. 1997. แปลโดย วิมลศรี พ่วงภิญโญ และคณะ. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์; 2540.
6. Bjertness E. The importance of oral hygiene on variation in dental caries in adults. *Acta Odontol Scand* [serial online] 1991; 49(2): 97-102.
7. Wennhall I, Matsson L, Schoder U, Twetman S. Caries prevalence in 3 year old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* [serial online] 2002; 26(4): 167-72.
8. Kiwanuka SN, Astrom AN, Trovik TA. Dental caries experience and its relationship to social and behavioural factors among 3-5 -year-old children in Uganda. *International Journal of Paediatric Dentistry* [serial online] 2004; (Pt 14): 336-46.
9. พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล, ก้องเกียรติ เต็มเกษมศานต์, สุรศักดิ์ ชีระรังสิกุล, กรุณา สุขแท้. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครสวรรค์ [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2536.
10. Rowe NH, Garn SM, Clark DC, Guire KE. The effect of age, sex, race, and economic status on dental caries experience of the permanent dentition. Committee to Review the Ten-State Nutrition Survey of 1968-1970. *Pediatrics* [serial online] 1976; 57(4): 457-61.
11. Schroth RJ, Moore P, Brothwell DJ. Prevalence of early childhood caries in 4 Manitoba communities. *J Can Dent Assoc* [serial online] 2005; 71(8): 567.
12. สุนิศา วัฒนเกษตร, สุณี ผลดีเยี่ยม. รายงานการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปี ในเขตอำเภอเมือง [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2535.
13. Rodriguse CS, Sheiham A. The relationships between dietary guidelines, sugar intake and Caries in primary teeth in low income Brazilian 3-year-old: a longitudinal study. *International Journal of Paediatric Dentistry* [serial online] 2000; (Pt 10): 47-55.
14. Campus G, Lumbau A, Sanna AM, Solinas G, Luglie P, Castiglia P. Oral health Condition in an Italian preschool population. *Eur J Paediatr Dent* [serial online] 2004; 5(2): 86-91.
15. วรางคณา อินทโลหิต, สลิตา อุประ, รสสุคนธ์ พานศรี. การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน. *วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข* 2545; 7(1): 56-68.
16. Bray KK, Branson BG, Williams K. Early childhood caries in an urban health Department: an exploratory study. *J Dent Hyg* [serial online] 2003; 77(4): 225-32.
17. Santos AP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* [serial online] 2002; 16(3): 203-8.
18. เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์, ปาริชาติ ฉายสีศิริ, วิกุล วิสาธเสสธ, สุณี ผลดีเยี่ยม. รายงานผลการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมื่อที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภค: กรณีศึกษาเฉพาะในภาคกลาง [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2537.
19. Aileen I TSAI, David C, Johnsen Yi-hsuan lin, Kuang-hung Hsu. A study of risk factors associated with nursing caries in Taiwanese children aged 24-48 months. *International Journal of Paediatric Dentistry* [serial online] 2001; (Pt 11): 147-49.



สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์*	ท.บ., ส.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ปิยะดา ประเสริฐสม*	ท.บ., วท.ม. (ระบาดวิทยาทางการแพทย์), อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ดาวเรือง แก้วขันธ์*	ท.บ., ส.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
วราภรณ์ จิระพงษ์*	ท.บ., พบ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์), อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ชนิษฐ์ รัตนรังสีมา*	ศษ.บ.

บทคัดย่อ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยได้จัดทำโครงการเพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนในระดับพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับการดำเนินงานในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพ วิธีการโดยการสุ่มตัวอย่าง โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 6,020 แห่ง เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามจัดส่งทางไปรษณีย์ ผลการศึกษา โรงเรียนตอบกลับร้อยละ 37.2 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นครูอนามัย(ร้อยละ 31.1) พบว่าร้อยละ 70.5 ของโรงเรียนมีครูอนามัยเพียง 1 คน เฉลี่ยจำนวนแกนนำ/ผู้นำนักเรียนโรงเรียนละ 14.8 คน กลุ่ม/ชุมชน โรงเรียนที่บันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากครั้งสุดท้ายในปี 2546 ร้อยละ 62.9 และในปี 2547 ร้อยละ 36.0 ซึ่งร้อยละ 27.0 ส่งให้ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โรงเรียนขนาดใหญ่จัดการแปรงฟันน้อยที่สุด (ร้อยละ 52.9) การจัดให้เด็กแปรงฟันพร้อมกันทั้งโรงเรียน ร้อยละ 48.2 กองทุนแปรงสีฟันและยาสีฟันในโรงเรียนคงมีการ ดำเนินการอยู่ ร้อยละ 25.7 ทันตแพทย์หรือทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการที่โรงเรียน ร้อยละ 24.7 ครูพาไปสถานบริการ ร้อยละ 14.8 ความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียน พบว่าช่วงเช้าโรงเรียนมีร้านหรือ แผงจำหน่ายอาหาร โดยรอบบริเวณโดยเฉลี่ยโรงเรียนละ 2.4 ร้าน จำนวนแผงจำหน่ายอาหารสูงสุด 20 ร้าน แผงจำหน่ายอาหาร ในช่วงเย็นมีมากกว่าช่วงเช้า โรงเรียนมีโรงอาหารนั่งรับประทาน แยกส่วนชัดเจนร้อยละ 82.1 ผู้ปรุงประกอบอาหารเคยได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของอาหารร้อยละ 43.0 งานสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม พบว่า โรงเรียนมีห้องส้วม โดยเฉลี่ย 9.3 ที่ต่อ โรงเรียนจำนวนส้วม 1 ที่ ต่อจำนวนนักเรียนของโรงเรียนทั้งหมด คือ 1: 24.9 การส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของนักเรียน ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีการจัดชั่วโมงวิชาพลศึกษา โดยเฉลี่ยจำนวน 86 นาทีต่อสัปดาห์ ค่าเฉลี่ยจำนวน 2.2 คาบเรียน ต่อสัปดาห์ โรงเรียนที่มีครูจบสาขาวิชาพลศึกษา ร้อยละ 50.2 สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา ร้อยละ 5.8 สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้แก่ักเรียน โดยจัดเป็นสนามหรือลานนอกประสงค์ที่อยู่กลางแจ้งร้อยละ 65.8 ในร่มร้อยละ 5.1 สรุปและเสนอแนะในกรณี ของสุขภาพช่องปาก พบว่า กิจกรรม เกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพยังคงมีการดำเนินการอยู่ หากแต่ความครอบคลุมของกิจกรรมลดน้อยลง ข้อมูลที่ต้องให้ความสนใจเฝ้าระวังมากขึ้น คือ การจัดการ เรื่องอาหารและขนมในโรงเรียนซึ่งอยู่ในรูปของแผงลอย และร้านค้า ซึ่งไม่มีการควบคุมกำกับอาหารและขนมที่จำหน่ายที่มีผลเสียต่อสุขภาพของนักเรียน ขนาดโรงเรียนเป็นเงื่อนไขหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาโรงเรียน การปรับเกณฑ์การประเมิน ควรมีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะทำให้โรงเรียนสามารถใช้ได้อย่างเป็นจริง โดยที่ยังยึดหลักการ มีสุขภาพที่ดีของนักเรียนอยู่

คำสำคัญ : งานส่งเสริมสุขภาพ, โรงเรียนประถมศึกษา

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ได้ดำเนินการมากกว่า 20 ปี กิจกรรมหลักมุ่งเน้นการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร่วมกับการให้ทันตสุขภาพศึกษาในโรงเรียน เพื่อสร้างสุขนิสัยพื้นฐานด้านทันตสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียน การพัฒนาได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการตลอดมาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียน มีความครอบคลุมมากขึ้น และให้ครู นักเรียน และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพให้เป็นวิถีชีวิตของเด็ก^{1,2,3,4,5} การดำเนินงาน โครงการได้มีความต่อเนื่องเป็นที่ยอมรับจากโรงเรียน และจากการประเมินผลโครงการว่า เด็กนักเรียนมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันมากกว่าร้อยละ 80 ภายใต้โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน^{6,7} พ.ศ. 2542 ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการดำเนินงานให้เกิดการบูรณาการงานอนามัยโรงเรียน โดยภาพรวม มีการใช้เกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาภายในของโรงเรียนเอง มีเกณฑ์มาตรฐานเป็นแนวทางให้กับโรงเรียน กิจกรรมทันตสุขภาพได้มีเกณฑ์กระจายอยู่ในองค์ประกอบที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดเรื่องการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน นักเรียนไม่มีฟันผุ นักเรียนไม่มีภาวะเหงือกอักเสบ นักเรียนแปรงฟันถูกวิธี⁸

จากการปรับโครงสร้างดังกล่าว ทำให้การติดตามงานอย่างเฉพาะเจาะจงในโรงเรียนประถมศึกษาลดลง ซึ่งจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 พบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 26 ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ที่โรงเรียน ทำให้กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยได้จัดทำโครงการเพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนในระดับพื้นที่ แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อใช้ประโยชน์ในการ

ปรับการดำเนินงานในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้รวมการสำรวจความปลอดภัยของอาหาร โรงเรียน งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการออกกำลังกายของเด็กนักเรียนร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างกองต่างๆ ภายในกรมอนามัย

วัสดุและวิธีการ

ประชากรตัวอย่าง โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

วิธีการสุ่ม

ขั้นที่ 1 นำรายชื่อโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2546 คัดเลือกร้อยละ 20

ขั้นที่ 2 แบ่งโรงเรียนจากทุกจังหวัดเป็นเขตการศึกษาที่ 1 2 3 4 5 และ 6

ขั้นที่ 3 สุ่มรายชื่อ แบบ Systematic Random Sampling จำนวน 6,020 แห่ง

เครื่องมือ

1. จัดทำกรอบแนวคิดของเครื่องมือ (Simple Random Sampling) โดยกองทันตสาธารณสุข และปรับปรุงโดยคณะทำงานตัวชี้วัด หลักที่ 3: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2. จัดทำแบบสอบถาม จำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วย

สถานภาพผู้ตอบ	4 ข้อ
บริบททั่วไป	9 ข้อ
กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน	20 ข้อ
ความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียน	10 ข้อ
งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	5 ข้อ
การส่งเสริมการออกกำลังกาย	6 ข้อ

3. เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบถึงความเข้าใจในเนื้อหาจากโรงเรียน 3 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี

วิธีการเก็บข้อมูล ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

ผลการศึกษา

แบบสอบถามจำนวน 6,020 ฉบับ ได้ตอบกลับมาจำนวน 2,243 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 37.2 พบว่า แบบสอบถามที่มีการระบุชื่อโรงเรียน 1,870 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.4

ข้อมูลทั่วไป

1. ขนาดโรงเรียน และสถานที่ตั้ง

โรงเรียนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนขนาดกลางที่มีเด็ก 121-300 คน รองลงมาเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก เป็นโรงเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 46.4 ภาคเหนือร้อยละ 23.8 ภาคกลาง ร้อยละ 17.8 และภาคใต้ร้อยละ 12.0

2. สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย ร้อยละ 17.5 เพศหญิงร้อยละ 82.5 อายุเฉลี่ย 44.1 ปี ตำแหน่งเป็นครูอนามัยร้อยละ 31.1 ครูประจำชั้นร้อยละ 3.6 ครูผู้บริหารร้อยละ 5.8 เป็นมากกว่า 1 ตำแหน่งร้อยละ 58.4 และอื่นๆ ผู้ตอบรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพมาแล้วโดยเฉลี่ย 6.9 ปี

บริบทโรงเรียน

สถานการณ์ด้านงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนร้อยละ 98.5 มีการมอบหมายให้ครูทำหน้าที่ครูอนามัย ร้อยละ 70.5 ของโรงเรียนทั้งหมดมีครูอนามัยเพียง 1 คน พบว่าโรงเรียนขนาดใหญ่จะมอบหมายให้ครูทำหน้าที่ครูอนามัยมากกว่า 1 คน โดยเฉลี่ยครูอนามัยในกลุ่มโรงเรียนขนาดใหญ่ คือ 2.1 ± 1.4 คน โรงเรียนส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งแกนนำ/ผู้นำนักเรียนด้านสุขภาพ เฉลี่ยจำนวนแกนนำ/ผู้นำนักเรียนโรงเรียนละ 14.8 ± 10.1 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของโรงเรียนที่มีบุคลากรด้านสุขภาพ

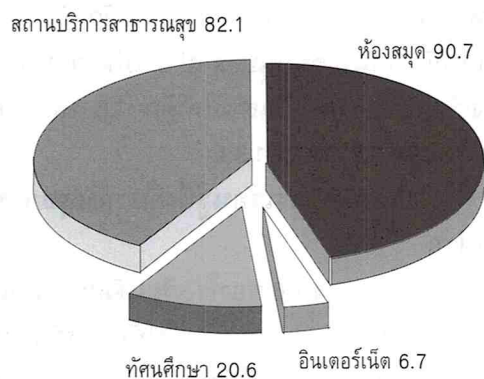
Table 1. percentage of school with the number of health teachers and student leaders

บุคลากรด้านสุขภาพในโรงเรียน	เฉลี่ย	ใหญ่	กลาง	เล็ก	ไม่ระบุ
โรงเรียนมีการมอบหมายครูอนามัย (2,228 แห่ง)	98.5	97.9	98.6	98.6	98.6
- 1 คน	70.5	44.0	74.0	88.2	65.9
- 2 คน	16.7	25.2	17.6	7.4	19.4
- 3 คนขึ้นไป	11.2	28.7	7.1	3.0	13.2
โรงเรียนมีแกนนำ/ผู้นำนักเรียนด้านสุขภาพ (2,092 แห่ง)	79.2	77.6	80.2	76.1	84.0
จำนวน 1-5 คน	12.8	5.2	10.6	22.4	11.6
จำนวน 6-10 คน	19.7	11.3	21.4	22.9	20.7
จำนวน 11-20 คน	19.8	24.5	22.1	13.0	19.9
จำนวน 21 คนขึ้นไป	16.9	26.4	17.0	7.6	20.4
ไม่ระบุจำนวน	10.0	10.2	9.1	10.2	11.3

ชุมชนและภาคส่วนต่างๆ กับการพัฒนาสุขภาพนักเรียน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้มีส่วนร่วมสูงสุด ร้อยละ 97.6 ผู้ปกครองนักเรียน ร้อยละ 83.1 กลุ่มและชุมชนในท้องถิ่นร้อยละ 32.5

การกำหนดเขตพื้นที่การศึกษาตามโครงสร้างใหม่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ คือ การได้รับเอกสารข่าว (ร้อยละ 57.8) ขาดคน/หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านนี้ร้อยละ 37.8 การติดตาม/กำกับงานด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 90.3) มีการติดตามจากสายงานสาธารณสุข (ร้อยละ 86.1)

การจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพแก่เด็กนั้น แหล่งเรียนรู้ที่สำคัญยังเป็นห้องสมุด ร้อยละ 90.7 สถานบริการสุขภาพร้อยละ 82.1 ทัศนศึกษา ร้อยละ 20.6 สำหรับการศึกษาทางอินเทอร์เน็ต มีร้อยละ 6.7 ในจำนวนนี้จำแนกเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่มีร้อยละ 11.4 โรงเรียนขนาดกลางร้อยละ 5.0 และโรงเรียนขนาดเล็กร้อยละ 3.8 (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แหล่งเรียนรู้ที่สำคัญของนักเรียน

Picture 1 learning resources for student

กิจกรรมส่งเสริมกับสุขภาพในโรงเรียน

1. การตรวจสุขภาพช่องปาก

โรงเรียนเกือบทั้งหมดยังคงมีกิจกรรม

การตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ (ร้อยละ 99.1) โดยครูอนามัยจะเป็นบุคลากรหลักที่ทำหน้าที่นี้ รองลงมา คือครูประจำชั้น โดยโรงเรียนจะทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากของเด็กในแบบบันทึกหลายแบบด้วยกัน ทั้งนี้พบว่า จะมีการบันทึกในแบบ ทส. 001 002มากที่สุด (ร้อยละ 75.7) แบบ สศ. 3 (ร้อยละ 47.2) มีโรงเรียนที่คิดแบบในการบันทึกข้อมูลเป็นการเฉพาะ ร้อยละ 15.5 พบว่า พ.ศ. 2546 มีโรงเรียนร้อยละ 62.9 ที่ยังคงมีการบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก และในพ.ศ. 2547 พบการบันทึกสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 36.0 โรงเรียนขนาดเล็กมีการบันทึกข้อมูลช่วงพ.ศ. 2547 มากกว่าโรงเรียนขนาดใหญ่และกลาง สำหรับการส่งแบบรายงานการตรวจสุขภาพช่องปาก คงมีโรงเรียนร้อยละ 27.0 ที่ส่งให้กับสถานอนามัยและโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 โรงเรียนที่มีการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียน จำแนกตามขนาดโรงเรียน

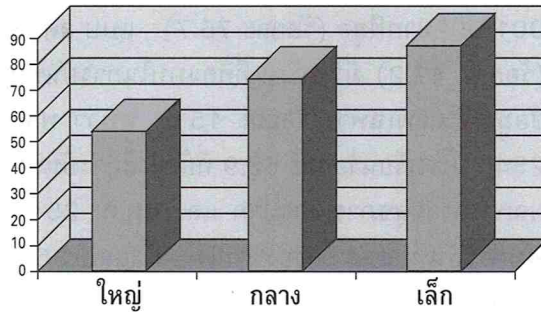
Table 2 Percentage of schools that recorded the oral health status by year.

การบันทึกข้อมูล ครั้งสุดท้าย	เฉลี่ย	ใหญ่	กลาง	เล็ก	ไม่ระบุ
พ.ศ. 2547	36.0	33.3	36.8	38.1	33.8
พ.ศ. 2546	62.9	66.3	61.7	60.8	65.5

2. กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

ร้อยละ 90.9 ของโรงเรียนยังคงมีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โดยร้อยละ 74.0 มีการแปรงทุกคนทุกชั้นเรียน การจัดรูปแบบการแปรงฟันที่ให้เด็กแปรงฟันพร้อมกันทั้งโรงเรียน มีร้อยละ 48.2 แปรงพร้อมกันเป็นชั้นเรียน ร้อยละ 34.2 มีการตรวจสอบการแปรงฟันหลัง

อาหารกลางวันร้อยละ 88.5 ครู นักเรียน ผู้นำนักเรียน เป็นผู้มีบทบาทในการตรวจสอบการแปรงฟันมากที่สุด



ภาพที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนขนาดต่าง ๆ ที่จัดให้มีการแปรงฟันทุกคน ทุกชั้นเรียน

Picture 2 Percentage of schools that managed tooth brushing program by size.

3. กองทุนแปรงสีฟัน-ยาสีฟัน

กองทุนแปรงสีฟันและยาสีฟันในโรงเรียนที่ยังคงมีการดำเนินการอยู่ ร้อยละ 25.7 โรงเรียนที่เคยมีกองทุนแต่ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 43.8 มีโรงเรียนที่ไม่เคยมีกองทุนแปรงสีฟันและยาสีฟันเลย ร้อยละ 30.6

4. การจัดหาบริการทันตกรรมแก่นักเรียน

โรงเรียนมีการจัดหาบริการทันตกรรมแก่เด็กที่มีปัญหาด้านทันตสุขภาพโดยมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการที่โรงเรียน ร้อยละ 24.7 ส่งไปรับการรักษาที่สถานบริการ ร้อยละ 14.8 มีทั้ง 2 แบบ ร้อยละ 29.3

กิจกรรมที่โรงเรียนได้ดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้คือ เมื่อนักเรียนมีความจำเป็นต้องรักษา โรงเรียนส่งต่อทุกรายร้อยละ 67.3 ส่งต่อเพียงบางรายร้อยละ 27.6 และอื่นๆ นักเรียนไปรับบริการทันตกรรมที่สถานพยาบาล โดย ครูพาไปร้อยละ

14.8 โดยครูระบุว่ามีปัญหาเพราะต้องรับผิดชอบความปลอดภัยของนักเรียนมากที่สุด รองมาคือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการทันตกรรมและครูไม่ค่อยมีเวลา ครูระบุว่า ทันตแพทย์ ทันตภิบาลไม่มาที่โรงเรียนเลยร้อยละ 16.7 ตั้งแต่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)

5. การจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างให้กับเด็ก

การรับประทานอาหารกลางวัน พบว่าโรงเรียนร้อยละ 56.3 จัดอาหารกลางวันให้เด็กขาดแคลน โรงเรียนร้อยละ 39.5 บริหารจัดการให้เด็กรับประทานอาหารกลางวันฟรีทั้งโรงเรียน และร้อยละ 20.3 ให้แม่ค้าภายนอกนำอาหารมาขาย ร้อยละ 89.6 โรงเรียนจัดให้มีเครื่องดื่มเสริมซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นนมจืดหากมีเครื่องดื่มเสริมเพิ่มเติมจากนมจืด โรงเรียนจะจัดเป็นนมหวาน/นมเปรี้ยว น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล/น้ำสมุนไพร น้ำหวาน/น้ำอัดลม มีร้อยละ 2.3 ของโรงเรียนที่จัดเป็นน้ำแก้วเหลืองหรือน้ำเต้าหู้ พบว่าโรงเรียนจะจัดเครื่องดื่มเสริมให้นักเรียนในชั้นอนุบาล-ป.4 เป็น ส่วนใหญ่ มีโรงเรียนที่จัดเครื่องดื่มเสริมให้เด็ก ป.5 และ ป.6 เพียงร้อยละ 12.6 และ 13.6

6. การจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ร้อยละ 44.6 ของโรงเรียนจัดการเรียนรู้สุขภาพช่องปากโดยบูรณาการไปกับการจัดการเรียนรู้ในทุกสาระวิชา พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่จะจัดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา มีการจัดการเรียนรู้แยกเฉพาะสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 29.5 และมีโรงเรียนที่ไม่จัดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 5.6 มีการจัดกิจกรรมสอนเพิ่มเติมด้านสุขภาพร้อยละ 65.8 เช่น มีผู้ปกครองเข้ามา ร่วมสอนร้อยละ 22.0 นักเรียนไปเรียนสถานการณ์จริงร้อยละ 59.6 โรงเรียนมีสิ่งเอื้อต่อการจัดกิจกรรม

ตารางที่ 3 การจัดเครื่องดื่มเสริมให้เด็กนักเรียน จำแนกตามขนาดโรงเรียน

Table 3 Percentage of schools that provided between meal drinks.

ชนิดเครื่องดื่ม	รวม (n = 2216)	โรงเรียนขนาดใหญ่	โรงเรียนขนาดกลาง	โรงเรียนขนาดเล็ก
นมจืด	97.2	96.5	97.0	99.2
นมหวาน/เปรี้ยว	5.0	6.8	5.3	2.4
นมถั่วเหลือง/นมเต้าหู้	2.3	3.3	1.6	1.7
น้ำผลไม้สด	2.0	4.1	1.3	0.6
น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล	3.7	6.8	2.5	3.2
น้ำหวาน/น้ำอัดลม	1.6	2.7	1.5	0.4

หมายเหตุ โรงเรียนจัดเครื่องดื่มเสริมมากกว่า 1 อย่าง

เพื่อสุขภาพช่องปากทั้งในและนอกหลักสูตร ได้แก่โรงเรียนมีน้ำสำหรับจัดกิจกรรมแปรงฟัน ร้อยละ 85.9 มีสถานที่แปรงฟันร้อยละ 72.3 บอร์ดสำหรับทำปายนิเทศ ร้อยละ 50.3 มีการประชาสัมพันธ์ด้วยเสียงตามสาย ร้อยละ 41.9 ทั้งนี้พบว่า จำแนกเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ 50.4 โรงเรียนขนาดกลาง 42.6 และโรงเรียนขนาดเล็ก 31.1 จากความคิดเห็นพบว่าการที่โรงเรียนจะจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพให้ได้ดีนั้นจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร เป็นอันดับแรก ร้อยละ 95.5 รองลงมาคืองบประมาณ ร้อยละ 83.4 และความรู้อยู่ ร้อยละ 80.4

ความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียน

1. สถานที่และร้าน/แผงจำหน่ายอาหาร

ช่วงเช้าโรงเรียนมีร้านหรือแผงจำหน่ายอาหาร โดยรอบบริเวณ ร้อยละ 96.7 โดยเฉลี่ยโรงเรียนละ 2.4 ± 2.0 ร้าน จำนวนแผงจำหน่ายอาหารสูงสุด 20 ร้าน จำนวนแผงจำหน่ายอาหารเพิ่มตามขนาดโรงเรียน แผงจำหน่ายอาหารในช่วงเย็นมีมากกว่าช่วงเช้า คือ เฉลี่ยโรงเรียนละ 2.9 ± 2.7 ร้าน สถานที่และร้าน/แผงจำหน่ายอาหารช่วงเช้าและช่วงเย็นมีร้านหรือแผงจำหน่ายอาหาร โดยรอบบริเวณ มากกว่าร้อยละ 95 ของโรงเรียน และพบว่าโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีร้านมากกว่า 10 ร้าน ขึ้นไป

ร้อยละ 6.1 และ 10.1 ของช่วงเช้าและเย็นตามลำดับ

2. โรงอาหาร

โรงเรียนมีโรงอาหารนั่งรับประทาน แยกส่วนชัดเจนร้อยละ 82.1 มีครัวสำหรับการปรุงอาหารร้อยละ 89.8

3. ความสะอาดปลอดภัยด้านอาหาร

โรงเรียนมีการมอบหมายให้ครู/อาจารย์ โภชนาการดูแลการจัดการด้านอาหารของนักเรียน ร้อยละ 40.0 ดำเนินการในรูปคณะกรรมการร้อยละ 3.8 ผู้ปรุงประกอบอาหารเคยได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของอาหารร้อยละ 43.0 โดยผู้อบรมเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก (ร้อยละ 93.4) เจ้าหน้าที่เทศบาลร้อยละ 1.1 โรงอาหาร / โรงครัวเคยได้รับการรับรองจากหน่วยงานร้อยละ 9.8 ในจำนวนนี้เป็น ป้าย/ประกาศโรงอาหารมาตรฐานจากกรมอนามัยร้อยละ 43.3 จากกระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 14.9 และอื่นๆการดำเนินงานโครงการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนจะเป็นการจัดตั้งชมรมคุ้มครองผู้บริโภคมากที่สุด ร้อยละ 35.5 เข้าร่วมโครงการ ออย. น้อย ร้อยละ 24.2 โครงการเด็กไทยทำได้ ร้อยละ 12.4 และมีโครงการอื่นๆ ร้อยละ 38.6

งานสุขภิบาลสิ่งแวดล้อม

1. จำนวนส้วมที่ใช้กันได้

โรงเรียนมีส้วมที่ใช้กันได้ภายในอาคาร

แยกเป็นส้วมสำหรับเพศชาย โดยเฉลี่ย 0.5 ± 2.7 ที่ต่อโรงเรียน ส้วมสำหรับเพศหญิง 0.6 ± 2.9 ที่ต่อโรงเรียน และส้วมที่ใช้ร่วมกัน 0.6 ± 2.0 ที่ต่อโรงเรียน ส้วมภายนอกอาคาร แยกเป็นส้วมสำหรับเพศชาย โดยเฉลี่ย 3.0 ± 3.7 ที่ต่อโรงเรียน สำหรับเพศหญิง 3.1 ± 3.9 ที่ต่อโรงเรียนและส้วมที่ใช้ร่วมกัน 1.5 ± 3.6 ที่ต่อโรงเรียน เมื่อรวมห้องส้วมทั้งภายในและภายนอกอาคารโดยเฉลี่ยโรงเรียนมีห้องส้วม 9.3 ± 10.8 ที่ต่อโรงเรียน จำแนกเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก และไม่ระบุ เป็น 16.5 ± 16.8 ที่ 7.6 ± 4.7 ที่ 5.1 ± 4.0 ที่ 11.8 ± 9.7 ที่ ตามลำดับ สัดส่วนจำนวนส้วม 1 ที่ ต่อ จำนวนนักเรียน คือโรงเรียนทั้งหมด 1: 24.9 โรงเรียนขนาดใหญ่ 1:34 ขนาดกลาง 1: 24.6 ขนาดเล็ก 1:15.7 สุขลักษณะภายในห้องส้วมจากสุขลักษณะของส้วม พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะเกินร้อยละ 50 ของโรงเรียน ยกเว้นบางหัวข้อได้แก่ โถปัสสาวะ โถส้วม และอ่างล้างมือ ไม่มีคราบสกปรก และการมีสบู่สำหรับล้างมือที่มีไม่เกินร้อยละ 50 ของโรงเรียน โดยภาพรวม ส้วมสำหรับเพศชายจะถูกสุขลักษณะมากกว่าส้วมหญิง และส้วมหญิงจะถูกสุขลักษณะมากกว่าส้วมใช้รวม

2. การทำความสะอาด

โรงเรียนที่อยู่ในบริเวณห้องส้วมมีอ่างล้างมือ มีร้อยละ 48.5 ค่าเฉลี่ยอ่างล้างมือ 4.1 ที่ต่อโรงเรียน โรงเรียนที่ให้นักเรียนเป็นผู้ทำความสะอาด มีร้อยละ 91.2 นักการภารโรงร้อยละ 59.6 บริษัททำความสะอาดร้อยละ 1.0 โดยร้อยละ 72.1 ทำความสะอาด 1 ครั้งต่อวัน

การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักเรียน

1. ช่วงเวลาที่เรียนวิชาพลศึกษา

ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีการจัดชั่วโมงวิชาพลศึกษา โดยเฉลี่ยจำนวน 86.4 ± 67.3 นาทีต่อสัปดาห์ โรงเรียนขนาดใหญ่ จัดชั่วโมงเรียน

วิชาพลศึกษาโดยเฉลี่ยเวลาน้อยกว่าขนาดกลาง และขนาดเล็กคือ 86.4 นาที 88.3 นาที 93.8 นาที ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจำนวนคาบเรียนต่อสัปดาห์เป็น 2.2 ± 2.0 โรงเรียนที่สอนคาบละ 20 นาที มีร้อยละ 28.1 คาบละ 30 นาที หรือ 40 นาทีหรือ 50 นาที มีร้อยละ 13.9 โรงเรียนที่สอน คาบละ 60 นาที มีร้อยละ 57.9

นอกจากชั่วโมงเรียนพลศึกษาแล้ว ทางโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เป็นนโยบาย/แบบแผนที่ชัดเจน ร้อยละ 78.0 โดย แบ่งเป็น 1 ช่วงเช่น เช้า หรือกลางวันหรือเย็น มีร้อยละ 69.6 มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย 2 ช่วงขึ้นไป ร้อยละ 19.9 การจัดส่วนใหญ่เป็นช่วงเช้า ร้อยละ 50.7 ช่วงพักกลางวันร้อยละ 6.7 ช่วงเย็นหลังเลิกเรียนร้อยละ 40.0 จัดเป็นกิจกรรมพิเศษอื่นๆ ร้อยละ 35.0

2. บุคลากร

โรงเรียนมีครูสอนวิชาพลศึกษา โดยครูสอนวิชานี้ จบการศึกษาด้านวิชาพลศึกษา โดยเฉลี่ย 0.7 ± 0.9 คนต่อโรงเรียน จบการศึกษาด้านวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา 0.08 ± 0.5 คน โรงเรียนที่มีครูที่จบวิชาพลศึกษา มีร้อยละ 50.2 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ร้อยละ 5.8 มีทั้ง 2 สาขาร้อยละ 2.8 โรงเรียนที่มีครูที่จบ วิชาสาขาวิชาพลศึกษา หรือ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา อย่างใดอย่างหนึ่งร้อยละ 53.1 โดยโรงเรียนขนาดใหญ่จะมีครูสอนพลศึกษาที่จบสาขาวิชาสายตรงสูงกว่าโรงเรียนขนาดกลางและเล็ก

3. สถานที่

โรงเรียนมีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้แก่นักเรียนร้อยละ 97.1 โดยจัดเป็นสนามหรือลานอเนกประสงค์ที่อยู่กลางแจ้ง ร้อยละ 65.8 สนามหรือลานอเนกประสงค์ในร่ม ร้อยละ 5.1 หรือมีทั้ง 2 แบบร้อยละ 19.7 และอื่นๆ ร้อยละ 6.5

4. การประเมินผล

โรงเรียนที่มีเกณฑ์/โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับประเมินผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของนักเรียนร้อยละ 29.8 โดยมีโรงเรียนที่จัดให้มีการทดสอบร้อยละ 11.1 สำหรับโรงเรียนที่ไม่มีเกณฑ์ร้อยละ 70.2 ต้องการสนับสนุนโปรแกรมสำเร็จรูป ร้อยละ 94.9

อภิปรายผล

เป้าหมายการดำเนินงานของกรมอนามัยได้กำหนดให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมตามกลุ่มวัย และได้รับความคุ้มครองด้านการส่งเสริมสุขภาพและจัดการต่อสิ่งแวดล้อมโดยกำหนดตัวชี้วัดหลักที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในโรงเรียนประถมศึกษา ได้แก่ โรงเรียนมีการดำเนินงานตามกระบวนการของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2542 สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ทำเกณฑ์การประเมินโรงเรียนขึ้นให้เกณฑ์มาตรฐานมี 10 องค์ประกอบ 74 ตัวชี้วัด งานทันตสุขภาพอยู่ในองค์ประกอบที่ 5, 6 จำนวน 4 ข้อ^๑

ภารกิจ ความรับผิดชอบของแต่ละกองวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโครงการในโรงเรียนประถมศึกษาจะมีในขั้นตอนการศึกษา วิจัย และพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพ ส่วนสำนักส่งเสริมสุขภาพเน้นหนักการวางแผนกลยุทธ์ การดำเนินการสนับสนุนการบริหารและทรัพยากรที่จำเป็นให้บรรลุเป้าหมายของการดำเนินงาน การปรับโครงการเพื่อการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และการติดตามจะเป็นส่วนของหน่วยงานระดับจังหวัดและอนามัยเขตตามลำดับ

สำหรับการประเมินสถานการณ์ ผลกิจกรรมและผลกระทบของโครงการที่จะผลักดันการทำงานให้บรรลุถึงตัวชี้วัดซึ่งขณะนี้การดำเนินงานต้องจำกัดด้วยงบประมาณ จะเป็นส่วนที่ต้องการการผสมผสาน

งานระหว่างกองวิชาการที่ต้องใช้ให้เกิดผลสูงสุด

กระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บทบาทการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บทบาทคนหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนเช่นการเป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนเพื่อกำหนดนโยบายและสนับสนุนการทำงานของโรงเรียนจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรด้านส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน จากการศึกษาพบว่าในระดับชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนสูงสุด ในขณะที่กลุ่มหรือชมรมในท้องถิ่นมีบทบาทน้อยสุด อย่างไรก็ตาม ในโรงเรียนร้อยละ 70.5 ก็ยังมีครูอนามัยอย่างน้อยหนึ่งคน ในการมีส่วนร่วมประสานเชื่อมโยงงานส่งเสริมสุขภาพระหว่างคณะกรรมการ และผู้บริหารไปสู่นักเรียน

การบริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนงานโรงเรียนควรได้รับการติดตาม/กำกับ การทำงานด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าการติดตามจากสายงานกระทรวงศึกษาธิการอย่างเดียวร้อยละ 4.2 สายงานกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียวร้อยละ 54.6 ทั้งสองสายงานร้อยละ 31.5 การที่กระทรวงศึกษาธิการมีการปฏิรูประบบราชการและโครงสร้างการบริหารงานโดยกำหนดเขตพื้นที่การศึกษาตามโครงสร้างใหม่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน นอกเหนือจากทำให้ไม่มีคน/หน่วยงานรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ และการสื่อสารล่าช้าแล้ว การติดตามจากสายงานกระทรวงศึกษาธิการลดลง การติดตามที่โรงเรียนอาจมุ่งเน้นงานบริหารและวิชาการเท่านั้น

กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนนับตั้งแต่กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โรงเรียนมีกิจกรรมแปรงฟันทั้งหมด ร้อยละ 90.9 แต่การที่โรงเรียนจัดให้มีการแปรงฟันพร้อมกันทั้งโรงเรียนร้อยละ 48.2 จะเป็นการแสดงถึงความตั้งใจ

ของโรงเรียนให้เกิดวินัยของเด็กนักเรียนต่อการ
แปร่งฟัน อย่างไรก็ตามสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ
แปร่งฟันเช่น กองทุนแปร่งสีฟันและยาสีฟันหรือ
บริการขายถูกในโรงเรียนยังมีและดำเนินการอยู่ไม่
มากนัก คือร้อยละ 25.7 จากความคิดเห็น พบว่า
การที่โรงเรียนจะจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ
ให้ได้ดีนั้นจำเป็นต้องอาศัย การสนับสนุนเชิง
นโยบายจากผู้บริหาร เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ
งบประมาณ และความรู้

ความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียน
โรงเรียนมีโรงอาหารสำหรับนั่งรับประทานอาหาร
ร้อยละ 82.1 ส่วนร้อยละ 18 ต้องรับประทานอาหาร
ในห้องเรียน พื้นกระเบื้อง สนามหญ้าซึ่งมีโอกา
สสัมผัสต่อฝุ่นละออง สัตว์นำเชื้อโรค และอาจก่อ
ขยะและเศษอาหารตกค้างได้ โรงเรียนไม่มีครัวปรุง
อาหารร้อยละ 10.2 ก็เป็นส่วนที่ทางโรงเรียนต้อง
ให้ความรู้แก่ผู้รับเหมาจัดทำอาหารนอกโรงเรียน
ให้ถูกสุขลักษณะ มีโรงเรียนที่ผู้ประกอบอาหารเคย
ได้รับการอบรมในด้านความปลอดภัยของอาหาร
ร้อยละ 43.0 ดังนั้นการผลิตสื่อต่างๆ สนับสนุนให้
โรงเรียนสามารถนำไปอบรมผู้ประกอบอาหารเอง
จึงมีความจำเป็น

เมื่อรวมห้องส้วมทั้งภายในและภายนอก
อาคารโดยเฉลี่ยโรงเรียนมีห้องส้วมใช้งานได้ต่อ
จำนวนนักเรียน 9.3 ที่ต่อโรงเรียน สัดส่วนจำนวน
ส้วม 1 ที่ ต่อ จำนวนนักเรียน คือ โรงเรียนทั้งหมด
1: 24.9 โรงเรียนขนาดใหญ่ 1 :34 ขนาดกลาง
1: 24.6 ขนาดเล็ก 1:15.7 ตามกฎกระทรวงฉบับ
ที่ 39 พ.ศ.2537 ได้กำหนดจำนวนห้องน้ำและห้อง
ส้วมของอาคารสำหรับสถานศึกษาต่อจำนวนนักเรียน
เป็น 2 แห่งต่อนักศึกษาชาย 50 คน และ 3 แห่งต่อ
นักศึกษาหญิง 50 คน โรงเรียนส่วนใหญ่มีสุขลักษณะ
ของส้วมที่ควรปรับปรุงได้แก่ โถ ปัสสาวะ โถส้วม
และอ่างล้างมือไม่มีควาบกปรก และการมีสบู่สำหรับ
ล้างมือ มีไม่เกินร้อยละ 50 ของโรงเรียน

โรงเรียนจัดชั่วโมงเรียนวิชาพลศึกษา
โรงเรียนขนาดใหญ่จัดชั่วโมงเรียนวิชาพลศึกษา
โดยเฉลี่ยเวลาน้อยกว่าขนาดกลาง และขนาดเล็ก
แต่โรงเรียนที่สอนคาบละ 60 นาที มีเกินครึ่งหนึ่ง
ของโรงเรียน(ร้อยละ 57.9) โรงเรียนมีครูจบการ
ศึกษาสาขาวิชาพลศึกษาสอนวิชาพลศึกษามีร้อยละ
50.2 โดยเฉลี่ยไม่ถึง 0.7 คนต่อโรงเรียน และ
โรงเรียนที่มีครูจบการศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์
การกีฬา ร้อยละ 5.8 โดยโรงเรียนขนาดใหญ่จะ
มีครูสอนพลศึกษาที่จบสาขาวิชาสายตรงสูงกว่า
โรงเรียนขนาดกลางและเล็ก โรงเรียนมีสถานที่
สำหรับจัดกิจกรรมออกกำลังกาย โดยจัดเป็นสนาม
หรือลานอเนกประสงค์ที่อยู่กลางแจ้งร้อยละ 65.8
สนามหรือลานอเนกประสงค์ในร่มร้อยละ 5.1 หรือ
มีทั้ง 2 แบบร้อยละ 19.7

สำหรับโรงเรียนที่มีเกณฑ์/โปรแกรมสำเร็จรูป
สำหรับประเมินผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
ของนักเรียน ได้จัดให้มีการทดสอบจริงประมาณ
ร้อยละ 37 เท่านั้นซึ่งหมายความว่า เกณฑ์/โปรแกรม
สำเร็จรูปยังไม่เคยนำมาใช้ประโยชน์จริงมากกว่า
ครึ่ง ดังนั้นการที่โรงเรียนที่ไม่มีเกณฑ์เกือบทั้งหมด
ยังต้องการสนับสนุนเกณฑ์/โปรแกรมสำเร็จรูปนั้น
จึงควรจะมีการประเมินผลถึงการนำไปใช้ด้วย

สรุปและเสนอแนะ

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจุบัน
มีโรงเรียนจำนวนน้อยที่สามารถดำเนินการได้
ครบถ้วนตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่
กำหนดโดยกรมอนามัยในปัจจุบัน ซึ่งมีสาเหตุจาก
เงื่อนไขข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ทั้งการขาดแคลน
ด้านทรัพยากร กำลังคน และความรู้ที่ชัดเจน
เกี่ยวกับเงื่อนไขต่างๆที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ ข้อมูล
ที่ต้องให้ความสนใจเฝ้าระวังมากขึ้น คือ การจัดการ
เรื่องอาหารและขนมในโรงเรียนซึ่งอยู่ในรูปของแผง
ลอยและร้านค้า ซึ่งไม่มีการควบคุมกำกับอาหาร

และขนมที่จำหน่ายซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของนักเรียน ควรได้มีการพิจารณาปรับเกณฑ์ให้มีเรื่องของการดูแลอาหารในโรงเรียนซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนโดยรวม

ในกรณีของสุขภาพช่องปาก พบว่า กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพยังคงมีการดำเนินการอยู่ หากแต่ความครอบคลุมของกิจกรรมลดน้อยลง พบว่าโรงเรียนมีการจัดให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 48.2 ส่วนกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพอื่นๆ ในโรงเรียนไม่มีความชัดเจน

การที่จะทำให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เป็นจริง ควรมีการประเมินเงื่อนไขข้อจำกัดของโรงเรียนที่มีความเฉพาะเจาะจงตามเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งขนาดโรงเรียนเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาโรงเรียน และปรับเกณฑ์การประเมินให้มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะทำให้โรงเรียนสามารถปรับใช้ได้อย่างเป็นจริง โดยที่ยัง

ยึดหลักการการส่งเสริมสุขภาพที่มีเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของนักเรียนอย่างเป็นองค์รวม

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุม การจัดทำกรอบแนวทางแบบสอบถาม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัย 12 เขต และกลุ่มงานพัฒนาระบบทันตสาธารณสุขที่ร่วมวิเคราะห์และจัดทำแบบสอบถามเก็บข้อมูลภาคสนาม และแนวทางการทำงาน ขอขอบคุณนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กองสุขภาพิบาลชุมชนและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่ร่วมทำแบบสอบถามและแสดงความคิดเห็น และสุดท้ายขอขอบคุณดร.กาญจนา กาญจนสินธุ์ ที่ให้นโยบายของการบูรณาการงานระหว่างกองต่างๆ ภายในกรมอนามัย

เอกสารอ้างอิง

- 1 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. โครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524). กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2521.
- 2 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529). (เอกสารโรเนียว).
- 3 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 4 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 5 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. งานทันตสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2542.
- 6 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
- 7 เกสร อังคุสิห์ และสุภาวดี พรหมมา. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) The Evaluation of Dental Health Plan under the 7th Health Development Plan (1992-1996). กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2541. (เอกสารโรเนียว).
- 8 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับช่วงชั้นที่ 1-2 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด พ.ศ. 2547.

Situation of health promotion in primary school

Siripen Arunpraphan* D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Piyada Prasertsom* D.D.S., M.Sc.(Med.Epi), Board of Dental Public Health
Dowrueng Kaewkhuntee* D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Waraporn Jirapongsa* D.D.S., M.P.A., Board of Dental Public Health
Khanit Rattanasimsa* B.Ed.

Abstract

Dental Health Division, Department of Health, evaluated the situation of school health program, the result will be baseline data for improvement. Questionnaire were sent to sampling group 6,020 government primary schools.

37.2% responded, 31.1% were health teachers, 70.5% of schools had only 1 health teacher, mean of health student leaders were 14.8 perschool. The last record for oral examination were 62.9% in year 2546 and 36.0% in 2547. 27% of schools shared the record with community hospital and health center. 52.9% of large size school managed the after lunch brushing, 48.2% of schools performed toothbrushing. Toothbrush and toothpaste funds in school were 25.7%, Dental personnel managed dental service at school 24.7%. 14.8% taking students to hospital for treatment

There were food stalls around the school 2.4 sites per school, maximum were 20 sites, School with canteen were 82.1%. The cook had been trained 43%. Situation of school toilet, the toilet were 9.3 rooms per school, ratio of the toilet rooms and number of students were 1: 24.9. The promotion for exercise, the mean exercise hour were 86 minutes or 2.2 periods per week, The exercise teacher who had physical education bachelor were 50.2%, sport and exercise science were 5.8%, School had outdoor exercise places 65.8% and indoor were 5.1%.

Recommendation, dental health program had low coverage, It should be more concern about food stall outside the school, size of school was one of the key factors to develop program and the criteria of health promoting school evaluation.

Key words : Health promotion, primary school

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

อายุการใช้งานของช่องฉีกปลอดเชื้อ ที่ใช้ในงานทันตกรรม

ระวีวรรณ ปัญญางาม * ท.บ., ส.ม., อท. (ทันตสาธารณสุข)
กุศลมาลย์ สวาตรี * บ.ธ.บ (การบริหารทั่วไป),
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์

บทคัดย่อ

การศึกษาอายุการใช้งานของช่องฉีกปลอดเชื้อที่ใช้ในงานทันตกรรม โดยการทดลองนำช่องฉีกปลอดเชื้อใส่ชั้นกระดาษกรอง ที่ตัดเป็นรูปวงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 มม. แทนเครื่องมือทันตกรรม ของละ 1 ชิ้น จำนวน 1,200 ช่อง แบ่งช่องฉีกที่ใช้ในการทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นช่องใหม่ กลุ่มที่ 2, 3 และ 4 เป็นช่องที่นำมาใช้ซ้ำครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ นำช่องฉีกที่ใส่ชั้นกระดาษไว้แล้ว ทั้งหมดไปอบฆ่าเชื้อด้วยแรงดันไอน้ำก่อนนำไปจัดวางไว้ในคลินิกทันตกรรม เพื่อทดสอบการปนเปื้อน เชื้อจากอากาศ สุ่มเก็บช่องฉีกทุกกลุ่มละ 10 ช่องทุกวันโดยการสุ่มแบบบังเอิญ ต่อเนื่องกัน 30 วัน ไปตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อภายในช่องฉีกโดยนำชั้นกระดาษภายในไปเพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อ ผล การทดลองพบว่าชั้นกระดาษภายในช่องฉีกกลุ่มที่เป็นช่องที่ใช้ครั้งแรกตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อเริ่มจากวันที่ 14 ของการทดลอง ในขณะที่ช่องฉีกที่นำมาใช้ซ้ำครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อ เริ่มจากวันที่ 13, 3 และ 5 ของการทดลอง ตามลำดับ จากการทดสอบค่าที (t-test) พบค่าเฉลี่ยจำนวนของฉีกที่มีการปนเปื้อนของช่องฉีกที่ใช้ครั้งแรกแตกต่างกับกลุ่มช่องที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยจำนวนของฉีกที่มีการปนเปื้อนของช่องฉีกที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 ต่างกันน้อยมากและไม่ปรากฏมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเส้นกราฟ ความถี่สะสมของจำนวนของฉีกที่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อของชั้นกระดาษภายในของช่องฉีกทั้ง 4 กลุ่ม แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ช่องที่นำมาใช้ครั้งแรกมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะปลอดเชื้อภายในช่อง ได้ดีกว่าช่องที่นำมาใช้งานซ้ำ

คำสำคัญ : อายุการใช้งาน ของฉีกปลอดเชื้อ งานทันตกรรม

* ภาควิชาทันตกรรมทั่วไป คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

การควบคุมการติดเชื้อของเครื่องมือทันตกรรม ถือเป็นมาตรการที่สำคัญของระบบการควบคุมคุณภาพในสถานพยาบาลด้านทันตกรรมซึ่งโดยทั่วไปจะอาศัยวิธีการทางความร้อนหรือการใช้โอของสารเคมีฆ่าเชื้อบนเครื่องมือประเภทต่างๆ เพื่อการทำให้เกิดสภาวะปลอดเชื้อ¹ แล้วจึงทำการเก็บรักษาสภาวะปลอดเชื้อของเครื่องมือนั้นไว้จนถึงวันที่ใช้งานโดยอาศัยวัสดุที่ใช้ในการห่อหุ้มเครื่องมือและเนื่องจากการเลือกใช้วัสดุและวิธีการในเก็บรักษาสภาวะปลอดเชื้อ มีความสำคัญต่อระยะเวลาในการปลอดเชื้อ เช่น การใช้ผ้ามีสลินห่อเครื่องมือจะทำให้เครื่องมือมีสภาวะปลอดเชื้อเพียงพอที่จะนำไปใช้ได้อย่างปลอดภัยเป็นระยะเวลา 1 เดือน² ในขณะที่การใช้ผ้ามีสลินห่อเครื่องมือ 2 ชั้นแล้วเก็บใส่ถุงพลาสติกปิดให้สนิทจะสามารถคงความปลอดเชื้อของเครื่องมือได้นานถึง 18 เดือน³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิธีการเก็บรักษาเครื่องมือปลอดเชื้อ อาทิ การศึกษาระบบการจัดเก็บห่อเครื่องมือปลอดเชื้อของหน่วยงานแห่งหนึ่งในช่วง 3 เดือน พบว่าเมื่อทำการห่อและเก็บรักษาเครื่องมือศัลยกรรมช่องปากที่ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อแล้วจะไม่พบมีเครื่องมือใดติดเชื้อเลย⁴ หรือการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการจัดเก็บห่อเครื่องมือปลอดเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า การจัดวางเครื่องมือในตู้เก็บเครื่องมือที่ปิดมิดชิดจะสามารถป้องกันการปนเปื้อนเชื้อได้ดีกว่าการจัดวางห่อเครื่องมือบนชั้นวางที่เปิดโล่ง⁵ หรือการศึกษาวสดุห่อเครื่องมือที่ต่างชนิดกันแต่จัดเก็บในสถานที่ปิดเหมือนกัน พบว่า สภาวะการฉนวนแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปนเปื้อนเชื้อของห่อเครื่องมือมากกว่าระยะเวลาโดยไม่มีผลจากชนิดของวัสดุ^{6,7}

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาของฉนวนปลอดเชื้อเพื่อใช้ห่อหุ้มเครื่องมือก่อนนำไปอบฆ่าเชื้อด้วยแรงดันไอน้ำที่มีคุณสมบัติในการต้านการแทรกผ่านของจุลินทรีย์ ป้องกันการซึมผ่านของน้ำ ทนทานต่อ

การชำรุดฉีกขาด สามารถแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่าผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อแล้ว และสามารถรักษาเครื่องมือให้คงสภาวะปลอดเชื้อได้จนถึงเวลาเปิดฉนวนในหลายๆ สภาวะการณ์ ทำให้มีสถานพยาบาลด้านทันตกรรมจำนวนมากที่เริ่มนำของดังกล่าวมาใช้ แต่อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นเพียงคุณสมบัติของของที่จะต้องได้รับการรักษาให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์เท่านั้น ดังนั้นการนำของฉนวนปลอดเชื้อมาใช้ฉนวนเครื่องมือเพื่อนำไปอบฆ่าเชื้อด้วยแรงดันไอน้ำจึงต้องทำด้วยความระมัดระวังเพราะอาจมีปัจจัยหลายประการที่มีผลให้คุณสมบัติหลายประการที่กล่าวมาแล้วนั้นบกพร่อง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของอายุการใช้งานของของฉนวนปลอดเชื้อที่ใช้ห่อหุ้มเครื่องมือทันตกรรมในสถานพยาบาลทันตกรรมระหว่างของฉนวนที่ใช้ครั้งแรกและของฉนวนที่ใช้ซ้ำ 1, 2 และ 3 ครั้ง โดยใช้คลินิกทันตกรรมพิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นสภาวะแวดล้อมตัวอย่าง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การทดลองเพื่อหาอายุการใช้งานของของฉนวนปลอดเชื้อที่ใช้ห่อหุ้มเครื่องมือทันตกรรม ในสถานพยาบาลทันตกรรม กรณีศึกษาคลินิกทันตกรรมพิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยของฉนวนตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษานี้จะมีลักษณะเป็นม้วนยาวและมีความกว้างของของ 5 ซม. ด้านหน้าของของทำด้วยพลาสติกโปร่งแสงที่มีความหนาแน่นต่ำ มีความยืดหยุ่นและไม่ฉีกขาดง่าย ส่วนด้านหลังของของทำด้วยกระดาษทึบแสง ซึ่งในการทดลองนี้จะตัดของดังกล่าวให้มีความยาวชิ้นละ 7 ซม. จำนวน 1,200 ชิ้น จากนั้นแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 300 ชิ้น เท่าๆกัน โดยแบ่งเป็น

กลุ่มที่ 1 เป็นของใหม่ที่น่ามาใช้ครั้งแรก

กลุ่มที่ 2, 3 และ 4 เป็นของใหม่ที่น่ามาอบด้วยแรงดันไอน้ำในลักษณะเดียวกับการอบฆ่าเชื้อ 1,2 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

จากนั้นเตรียมชิ้นงานการทดลอง โดยใช้กระดาษกรอง (Whatman No.1) ตัดเจาะเป็นรูปกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 มม.แทนเครื่องมือทันตกรรมใส่ในซองผนึกทั้ง 4 กลุ่ม แล้วผนึกซองด้านที่มีรอยตัดด้วยความร้อน โดยใช้เครื่องผนึกของรุ่นสเตอร์ไลน์ 1023 (Steriline 1023) ให้รอยผนึกมีความกว้าง 1 ซม. และอยู่ห่างจากขอบ 1 ซม. ต่อมานำชิ้นงานการทดลองที่เตรียมไว้ทั้งหมดไปทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้เครื่องอบฆ่าเชื้อด้วยแรงดันไอน้ำ (Autoclave Model Tuttnauer 3870 m) ที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส ความดัน 30 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว เป็นเวลา 30 นาที แล้วนำไปวางในคลินิกทันตกรรมโดยจัดวางชิ้นงานการทดลองเรียงติดต่อกันตามลำดับกลุ่ม 1, 2, 3 และ 4 ให้พื้นผิวภายนอกของผนึกด้านที่เป็นพลาสติกโปร่งแสงสัมผัสและปนเปื้อนเชื้อที่อยู่ในอากาศในสิ่งแวดล้อมของคลินิกทันตกรรม^๑ สุ่มเก็บซองผนึก จากทุกกลุ่มๆละ 10 ซองทุกวันโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) ต่อเนื่องกัน 30 วัน เพื่อนำไปตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อภายในซองผนึก โดยนำชิ้นกระดาษภายในไปเพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อ ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติการรักษาภาวะการปลอดเชื้อของผนึก

วิธีการตรวจสอบสภาวะปลอดเชื้อ ทำโดยนำชิ้นกระดาษในซองผนึกไปเพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อ ชนิดเบร็นฮาร์ทอินฟิวชันบรธ (Brain heart infusion broth)^๑ และอบในตู้เพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส พร้อมอาหารเลี้ยงเชื้อควบคุมเชิงลบ (Negative control) เพื่อป้องกันอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมไม่มีการปนเปื้อนมาก่อนอ่านผลเมื่อครบเวลา 48 ชั่วโมง กำหนดเกณฑ์การอ่านผลโดยดูจาก

ลักษณะของอาหารเลี้ยงเชื้อ บันทึกการอ่านผลเป็นค่าบวกและค่าลบ ถ้าอาหารเลี้ยงเชื้อ ปรากฏลักษณะขุ่น อ่านผลบวก ซึ่งแสดงว่ามีการปนเปื้อนเชื้อ

ผลการศึกษา

จากการตรวจสอบสภาวะปลอดเชื้อของชิ้นงานการทดลองซึ่งใช้ซองผนึกปลอดเชื้อใส่ชิ้นกระดาษแทนเครื่องมือทันตกรรมจำนวน 1,200 ซอง ที่ถูกแยกออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 300 ซอง เท่าๆ กัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่า ในช่วง 2 วันแรกของการทดลอง เมื่อนำชิ้นกระดาษในซองผนึกที่สุ่มเก็บมาจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 10 ซองต่อวัน มาตรวจสอบสภาวะปลอดเชื้อ ไม่ปรากฏผลการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษในซองผนึกที่สุ่มมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม แต่ในวันที่ 3 ของการทดลองพบการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษในซองผนึก 1 ซอง จากซองกลุ่มที่ 3 (ใช้ซ้ำครั้งที่ 2) ส่วนของซองกลุ่มที่ 1 (ใช้ครั้งแรก) กลุ่มที่ 2 (ใช้ซ้ำครั้งที่ 1) และกลุ่มที่ 4 (ใช้ซ้ำครั้งที่ 3) ปรากฏพบการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษในซองผนึกในวันทดลองต่อๆมาคือ วันที่ 14, 13 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งสรุปได้ว่า ช่วงเวลาที่เริ่มพบมีการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษในกลุ่มของใหม่ที่น่ามาใช้ครั้งแรกใกล้เคียงช่วงเวลาที่เริ่มพบการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษในซองกลุ่มที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1 เท่านั้น อย่างไรก็ตามในวันแรกที่ชิ้นกระดาษภายในซองผนึกของกลุ่มของแต่ละกลุ่มปรากฏการปนเปื้อนเชื้อมีจำนวนเพียงกลุ่มละ 1 ซองเท่านั้น ส่วนในวันทดลองถัดมา มีจำนวนของที่ชิ้นกระดาษภายในปรากฏการปนเปื้อนเชื้อของกลุ่มของแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้น แต่จำนวนที่เพิ่มขึ้นนี้มากน้อยไม่แน่นอน เมื่อทำการวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของจำนวน ของที่ชิ้นกระดาษภายใน ปรากฏการปนเปื้อนเชื้อดังกล่าว ในระหว่างกลุ่มของแต่ละกลุ่มนี้ โดยใช้การทดสอบทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (t-test) พบว่า ค่า

เฉลี่ยของจำนวนช่องที่มีการปนเปื้อนของกลุ่มของที่ใช้ครั้งแรกแตกต่างกับค่าเฉลี่ยจำนวนช่องของกลุ่มของที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.05$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยจำนวนช่องที่มีการปนเปื้อนของกลุ่มของที่ใช้ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 ต่างกันน้อยมากและไม่ปรากฏมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตารางที่ 1

เมื่อนำความถี่สะสมของจำนวนช่องที่ปรากฏการปนเปื้อนเชื้อของชิ้นกระดาษภายในของกลุ่มของใหม่ที่น่ามาใช้ครั้งแรกกับและกลุ่มของที่ใช้

ซ้ำมาแสดงด้วยเส้นกราฟ จำแนกตามกลุ่มของ เพื่อดูแนวโน้มการปนเปื้อนเชื้อของของผืนกแต่ละประเภทที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวันตลอดระยะเวลา 30 วันที่ทำการทดลอง แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความถี่สะสมของช่องที่มีการปนเปื้อนของกลุ่มของที่ใช้ครั้งแรกต่ำกว่าของกลุ่มของที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างชัดเจน(ภาพที่ 1) ซึ่งแสดงว่าของผืนกที่ใช้ครั้งแรกมี แนวโน้มที่จะเกิดการปนเปื้อนเชื้อของของชิ้นกระดาษที่บรรจุอยู่ภายในน้อยกว่าของผืนกที่ใช้ซ้ำทุกกลุ่ม

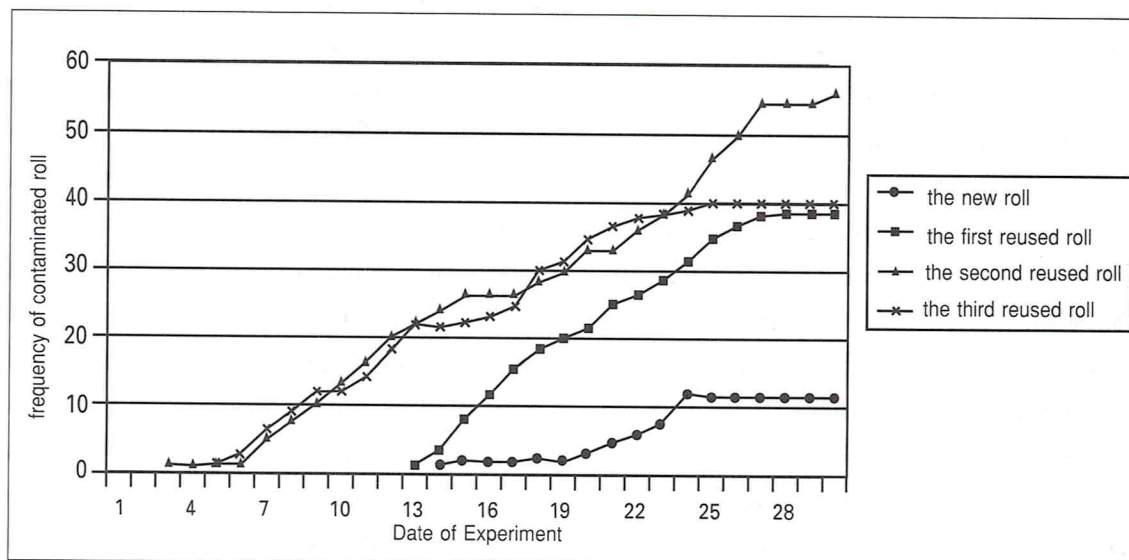
ตารางที่ 1 แสดงค่าสถิติจากการทดสอบค่าที(t-test) ของค่าเฉลี่ยจำนวนช่องที่มีการปนเปื้อนเชื้อของของผืนกปลอดเชื้อกลุ่มที่ใช้ครั้งแรกและที่ใช้ซ้ำ

Table 1 The statistical t-test for the mean contaminated roll of the new and the reused sterilized roll

Group of Roll		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	The new - The first reused	-3.885	29	.001
Pair 2	The new - The second reused	-5.047	29	.000
Pair 3	The new - The third reused	-3.537	29	.001
Pair 4	The first reused - The second reused	-1.470	29	.152
Pair 5	The first reused - The third reused	-.186	29	.854
Pair 6	The second reused - The third reused	1.478	29	.150

ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มการปนเปื้อนเชื้อของของแต่ละกลุ่มในระหว่างวันทำการทดลอง

Fig. 1 Trend of contamination for each group of roll during the date of experiment.



บทวิจารณ์

การใช้ของฉีกห่อหุ้มเครื่องมือแทนผ้ามีสลิ้นที่เคยใช้กันมาเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบันนั้น สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือคุณสมบัติของวัสดุที่ใช้ทำของ โดยทั่วไปแล้วของที่ผลิตขึ้นเพื่อเก็บรักษาภาวะปลอดเชื้อเครื่องมือทางการแพทย์และทันตแพทย์นั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกหรือด้านหน้ามักทำด้วยพลาสติกโปร่งแสงที่มองเห็นเครื่องมือที่บรรจุอยู่ภายในได้ อีกส่วนหนึ่งหรือด้านหลังมักทำด้วยกระดาษทึบแสง ทั้งพลาสติกและกระดาษต่างมีคุณสมบัติทางกายภาพที่เป็นวัตถุคงรูป ดังนั้นถึงแม้ผู้ผลิตจะเลือกวัสดุทั้ง 2 ประเภทที่กล่าวถึงนี้ชนิดที่มีคุณภาพและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด แต่โดยกระบวนการใช้งานที่ขาดความระมัดระวังจะทำให้คุณสมบัติที่ต้องการเสียไป เช่น การหยิบจับหรือเคลื่อนย้ายที่รุนแรง มีการกระทบ กระแทก เสียดสีหรือทำให้ผิวกระดาษหรือพลาสติก เกิดรอยหรือชำรุด รวมทั้งการนำของกลับมาใช้งานซ้ำที่ทำให้วัสดุที่ใช้ทำของต้องผ่านความร้อนและไอน้ำหลายครั้ง เหตุเหล่านี้ย่อมจะทำให้คุณสมบัติที่เป็นวัตถุคงรูปสูญเสียไปได้ง่าย และอาจทำให้คุณสมบัติอื่นๆ โดยเฉพาะคุณสมบัติของผิววัสดุในการป้องกันการแทรกผ่านของจุลินทรีย์มีโอกาสสูญเสียไปด้วย ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงมีการแก้ไขปัญหาในประเด็นของโอกาสที่เชื้อจุลินทรีย์แทรกผ่านเข้าไปในช่องโดยการจัดเก็บในสถานที่ที่ปิดมิดชิด ซึ่งมีรายงานการศึกษาว่าสามารถป้องกันการปนเปื้อนได้ดีกว่าจัดวางบนชั้นวางที่เปิดโล่ง⁵ และมีรายงานว่าสนับสนุนว่าถ้าของเครื่องมือได้ถูกเก็บรักษาอย่างมิดชิด การปนเปื้อนเชื้อจะไม่ขึ้นกับระยะเวลาที่เก็บรักษาของ^{6,7}

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการปนเปื้อนของฉีกเกิดขึ้นภายในระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมของการทดลองที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปนเปื้อนเชื้อเพื่อให้เปรียบเทียบอายุ

การใช้งานของของฉีกที่ห่อหุ้มเครื่องมือทันตกรรมระหว่างของฉีกใหม่และของฉีกที่นำมาใช้ซ้ำได้ชัดเจนขึ้น ตามรายงานของ Standard PG. และคณะ.⁵ ที่ทำการศึกษาพบว่าการปนเปื้อนของฉีกที่ทำด้วยผ้ามีสลิ้นและห่อด้วยกระดาษที่เก็บวางบนชั้นเปิดโล่งเกิดขึ้นได้มากกว่าการเก็บไว้ในตู้ที่ปิดมิดชิด อย่างไรก็ตามในระบบการปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมทั่วไปแล้วจะมีการจัดเก็บของฉีกเครื่องมือทันตกรรมไว้ในสถานที่ที่ปิดมิดชิดที่ป้องกันการปนเปื้อนได้ดีซึ่งจะทำให้อายุการใช้งานปกติของของฉีกมีระยะเวลานานกว่าที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นจากผลการศึกษาที่พบว่า แม้แต่ของใหม่ที่นำมาใช้ครั้งแรกยังมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนเชื้อภายในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียง 30 วัน เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นการตรวจสอบระบบการจัดเก็บห่อเครื่องมือปลอดเชื้อในสถานที่ที่ปิดมิดชิดของหน่วยงานที่ออกแบบการศึกษา คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ พบว่าในเวลา 28 วัน ไม่มีห่อเครื่องมือใดมีการปนเปื้อนเชื้อเลย¹⁰

ผู้วิจัยคาดหวังจะให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงการนำของฉีกมาใช้ในระบบการควบคุมการติดเชื้อของเครื่องมือทางทันตกรรม เพราะในทางปฏิบัติจะยอมให้มีการปนเปื้อนของเชื้อใดๆ ไม่ได้ ดังนั้นการควบคุมการติดเชื้อของเครื่องมือทางทันตกรรม นอกเหนือจากการทดสอบประสิทธิภาพของตู้อบฆ่าเชื้อด้วยแรงดันไอน้ำเป็นระยะแล้ว การเลือกนำของฉีกมาใช้ให้มีคุณภาพยังต้องระมัดระวังตรวจสอบทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การตรวจสอบการฉีก การหยิบจับเคลื่อนย้ายสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการจัดเก็บรวมทั้งระยะเวลาที่เก็บไว้รอการนำมาใช้ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อภาวะปลอดเชื้อของวัสดุในของฉีกทั้งสิ้น และในการนำของฉีกมาใช้ซ้ำต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับชนิดของเครื่องมือทันตกรรม และระยะเวลาที่เก็บไว้รอการนำมาใช้ ต้องไม่นานมาก

เพราะมีโอกาสเกิดผลเสียร้ายแรงได้

กว่าของกลุ่มของที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1 ,ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างชัดเจน

สรุป

ในช่วงเวลา 30 วันที่ทำการทดลอง ของผืนก๊วยพลาสติกที่ใช้ห่อหุ้มเครื่องมือทางทันตกรรมที่นำมาใช้ครั้งแรกมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะปลอดเชื้อภายในช่องได้ดีกว่าของที่นำมาใช้งานซ้ำ โดยค่าเฉลี่ยจำนวนของผืนก๊วยที่มีการปนเปื้อนของกลุ่มของที่ใช้ครั้งแรกแตกต่างกับกลุ่มของที่ใช้ซ้ำครั้งที่ 1 , ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) และเส้นกราฟแสดงความถี่สะสมของของที่มีการปนเปื้อนของกลุ่มของที่ใช้ครั้งแรกต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการทดลองขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาโอบุสวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ห้องปฏิบัติการชีววิทยาช่องปากและเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อ ขอขอบคุณ คุณสุกัญญา ศรีพอ พนักงานวิทยาศาสตร์ ที่ได้เตรียมอาหารเลี้ยงเชื้อให้พร้อมทำการทดลองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention: Recommended infection control practices for dentistry. MMWR, 1993;41(RR-8): 1- 12
2. Perkins JJ. Principles and method of sterilization in health sciences. Springfield, Ill : Charles C. Thomas,1969 , p 560.
3. Nichols GA. Sterile shelf-life prolong by use of plastic outer wrap. Hosp Top 1968; 46: 123 - 4
4. วิลาศ สัตยสันต์สกุล, สมใจ แซ่โต๊ะ, อังคณา เรียมมนตรี และ เสาวภา วีระเกียรติสุนทร. ผลของระยะเวลาต่อการปราศจากเชื้อในห่อเครื่องมือศัลยกรรมช่องปาก. ว ทันต 2533; 40 : 54 -58.
5. Standard PG, Mackel DC and Mallison GF. Microbial penetration of muslin and paper - wrapped sterile packs stored on open shelves and in closed cabinets. Appl Microbiol 1971; 22: 432 - 7.
6. Schwartz R and Davis R. Safe storage times for sterile dental packs. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70 : 297 - 300.
7. Butt WE, Bradley Jr. DV, Mayhew RB and Schwartz RS. Evaluation of the shelf life of sterile instrument packs. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72 : 650 - 4.
8. ระวีวรรณ ปัญญางาม, ฉันททิพย์ สุขสาโรจน์, ราม พุจินันตร์ และ สุนันหา อัครุตมางกุล. การศึกษาการปนเปื้อนของจุลินทรีย์จากช่องปากผู้ป่วยทันตกรรมในอากาศห้องบริการทันตกรรม. 2545; 6 : 50-57
9. Lennette EH, Balows A , Hoursier WJ,Jr , Shadony,HJ. Manual of Clinical Microbiology 4 th. Ed. American Society for Microbiology, Washington D.C.,1985 ; 1039.
10. อรศรี อรัญนารถ. ระยะเวลาที่ยังคงปราศจากเชื้อของห่อเครื่องมือทันตกรรมภายหลังการฆ่าเชื้อด้วยวิธีอบด้วยไอน้ำ.วารสารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2547; 2: 117 - 24.

Shelf Life of Sterilized Rolls Used in Dental Practice

Ravewan Punya-ngarm * D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Kusumal Sawasri * B.B.A. (General Management),
Certificate for Dental Assistant

Abstract

The aim of this study was to examine the shelf life of sterilized rolls used in dental practice. The experimental study was designed by 1200 sample packs, made of sealed rolls, each containing a small piece of paper 0.5 mm. in diameter simulated dental instrument, were prepared and steam sterilized. The sample rolls were grouped into 4 types, the new and the reused, 1, 2 and 3 times. After sterilization, the 4 groups of sample packs were placed, exposed to environment, in dental clinic. The paper in each roll, 10 packs per group, were daily analysed for bacterial contamination in 30 days. The recorded data were positive or negative. It was found positive in the group of new roll on the 14th. day of experiment while the reused group were found on the 13th., 3rd. and 5th. day for the first, second and third reused group respectively. By means of the statistical t-test showed the mean contaminated roll of the new one was significantly different from the reused ($p \leq 0.05$). The cumulative number of contaminated rolls in reused groups were higher than the new one and showed by graph that the new rolls were efficiently non-contaminated.

Key words : Shelf Life, Sterilized Roll, Dental Practice

* Department of General Dentistry, Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University.

สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปี 2549

ศรีสุดา ลีละศิริ* ท.บ., ส.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
 จันทนา อึ้งชูศักดิ์* ท.บ., M.P.H., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
 บุปผา ไตรโรจน์* ท.บ., ส.ม.
 สุรางค์ เชษฐพฤษท์* สศ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเรื่องการจัดอาหารว่างและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ดำเนินการโดยจัดส่งแบบสอบถามไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน 12 จังหวัด ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2549 มีแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับจำนวน 937 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดอาหารเสริมนม ให้เด็กร้อยละ 99.6 โดยที่ร้อยละ 95.7 จัดเป็นนมรสจืด ศูนย์ที่จัดให้เด็กได้กินผลไม้ 3-5 วัน มีร้อยละ 62.5 โดยร้อยละ 54.9 จัดให้เป็นอาหารว่าง ยังมีการขายนมในศูนย์เด็กเล็กร้อยละ 39.6 จากการสุ่มสำรวจเด็กที่มาศูนย์พบว่ายังมีเด็กที่นำขวดนมมาร้อยละ 8.0 และมีเด็กที่นำนมมา ร้อยละ 37.4 ส่วนใหญ่เป็นนมกรูบกรอบ สำหรับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีการดำเนินการทุกวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 90.5 มีเด็กที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 89.4 ศูนย์เด็กที่มีสถานที่แปรงฟันเพียงพอ ร้อยละ 65.5 ยังมีศูนย์เด็กใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่ในการแปรงฟัน ร้อยละ 56.2 พี่เลี้ยงที่ดูแลเด็กมีความคิดเห็นว่าศูนย์เด็กควรเป็นตัวหลักในการดูแลเรื่องการจัดอาหารและการแปรงฟันของเด็กขณะที่เด็กอยู่ในศูนย์เด็ก โดยร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการกิจกรรม รวมถึงการสร้างข้อกำหนดเป็นนโยบายร่วมกันในการ ดำเนินการของศูนย์เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี

คำสำคัญ : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก



* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปีของประเทศไทยพบเด็ก มีฟันผุร้อยละ 65.0 และ 85.9¹ ฟันผุในเด็กเล็กมีสาเหตุมาจากการกินอาหารที่มีน้ำตาลสูงและไม่ได้รับการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน การมีฟันผุส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก โดยพบว่าในเด็กที่มีฟันผุ จะมีน้ำหนักต่ำกว่าอายุเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ²⁻³

กรมอนามัย โดยกองทันตสาธารณสุข ได้มีการประสานงานกับกรมการพัฒนาชุมชนและสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่ปี 2535⁴ และจากการประเมินแผนงานทันตสาธารณสุขเมื่อสิ้นแผนงานทันตสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ.2540 พบว่ามีเด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันร้อยละ 63.5⁵ และเพิ่มเป็นร้อยละ 69.4 ในปีพ.ศ. 2542⁶

ในปี พ.ศ. 2545 กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพกองวิชาการที่เกี่ยวข้อง และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้จัดทำโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ โดยดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการ และในปี 2546 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมได้นำแนวคิดเมืองน่ายุ ชุมชนน่ายุ มาใช้ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก โดยระดมความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสร้างความเคลื่อนไหวให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ที่จะพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่บูรณาการเป็นตัวชี้วัด ในปี พ.ศ. 2546 ได้แก่ เด็กทุกคนมีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกวัน และให้มีอ่างล้างมือและแปรงฟันที่เหมาะสมกับเด็ก⁷ ในปีพ.ศ.2547 ได้มีการปรับเกณฑ์การประเมินการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ไปไว้ในการประเมินศูนย์เด็กเล็กระดับ ดี

และการจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการและไม่หวานจัด ไว้ในการประเมินศูนย์เด็กเล็กระดับดีมาก⁸ และในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการปรับให้การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันมาอยู่ในการประเมินระดับพื้นฐาน⁹ ซึ่งมีผลให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมยิ่งขึ้น ปัจจุบัน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดทำคู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยกำหนดให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบด้วยการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดอาหารว่างที่มีคุณค่า ได้แก่ นมจืด ผลไม้ และขนมที่ไม่หวานจัด ตรวจความสะอาดช่องปากเด็กทุกวัน ตรวจฟันผุเดือนละ 1 ครั้ง รวมถึงการแนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากและแนะนำให้พาเด็กที่มีฟันผุไปรักษา¹⁰

กองทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนาข้อเสนอ ผลักดันนโยบาย มาตรฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการเฝ้าระวังและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงได้ดำเนินการสำรวจครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. สำรวจสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการจัดอาหารว่าง ระหว่างมือ

2. ได้แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

จัดส่งแบบสอบถามไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2,000 แห่ง ในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด ปทุมธานี สระบุรี ปราจีนบุรี ราชบุรี สุรินทร์ อุบลราชธานี หนองบัวลำภู หนองคาย ลำปางแพร่ น่าน และภูเก็ต โดยการสุ่มจากฐานข้อมูล

ศูนย์เด็กของกรมพัฒนาชุมชน เทศบาล สำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมการศาสนา และกรมประชาสัมพันธ์ ในแต่ละจังหวัด

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพี่เลี้ยงเด็ก ที่ดูแลเด็ก ในชั้นเล็กสุดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สำรวจในช่วง เดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2549 โดยมีข้อ คำถามในแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ของศูนย์เด็ก ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม การจัดอาหาร วาง รายการอาหารที่มีขายในศูนย์เด็ก การจัดการ แปร่งพื้นหลังอาหารกลางวัน และความคิดเห็นของ ผู้ตอบพร้อมกับสำรวจเด็กที่มาเรียนในห้องของผู้ตอบ แบบสอบถามในวันที่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ จำนวนเด็กที่นำมา ขนมาที่ศูนย์เด็ก และจำนวน เด็กที่แปร่งพื้นหลังอาหารกลางวันในวันนั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ จำนวน 937 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 46.9 ของแบบ

สอบถามที่ส่งทั้งหมด เป็นศูนย์เด็กเล็กสังกัดอบต. 788 แห่ง เทศบาล 88 แห่ง อื่นๆ 49 แห่ง และไม่ระบุสังกัด 12 แห่ง

จำนวนเด็กในศูนย์อยู่ระหว่าง 3 คน ถึง 565 คน ร้อยละ 46.4 มีเด็กระหว่าง 26-50 คน จำนวนผู้ดูแลเด็กมี ตั้งแต่ 1 ถึง 32 คน ศูนย์เด็กเล็ก ที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวมี ร้อยละ 20.8 ค่าเฉลี่ย จำนวนเด็กต่อผู้ดูแลเด็ก เป็น 19 : 1 ศูนย์เด็กที่รับ เด็กตั้งแต่อายุ 1 ปี มีร้อยละ 13.3 รับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ร้อยละ 58.8 และรับเด็กอายุต่ำสุดเป็น 3 ปี ร้อยละ 27.9

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.9 จบ การ ศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 31.1 และมีผู้จบการ ศึกษาด้านเด็กปฐมวัยเพียงร้อยละ 13.1 (ตารางที่ 1)

2. การจัดอาหารว่างของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์เด็กจัดอาหารเสริมนมให้เด็ก ร้อยละ 99.6 โดยจัดเป็นนมจืดร้อยละ 95.7 มีศูนย์ที่ยัง มีนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ร้อยละ 4.1

มีศูนย์เด็กร้อยละ 75.9 ที่จัดอาหารว่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Table 1 General information of child development center

ข้อมูลทั่วไปของศูนย์เด็ก		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเด็ก	น้อยกว่า 25 คน	212	23.8
	26-50 คน	414	46.4
	มากกว่า 50 คน	266	29.8
จำนวนผู้ดูแลเด็ก	1 คน	193	20.8
	2 -3 คน	593	63.8
	4 คน ขึ้นไป	144	15.5
อายุต่ำสุดของเด็กที่รับ	1 ปี	121	13.3
	2 ปี	353	58.8
	3 ปี ขึ้นไป	254	27.9
เพศผู้ตอบ	ชาย	20	2.1
	หญิง	911	97.9
การศึกษาของผู้ตอบ	ต่ำกว่าปริญญาตรี	577	62.2
	ปริญญาตรี	307	31.1
	อื่นๆ	43	4.6

อย่างอื่นเพิ่มเติมจากนม โดยจัดในช่วงเช้า ร้อยละ 32.9 จัดช่วงบ่ายร้อยละ 29.5 และจัดทั้งเช้าและบ่าย ร้อยละ 13.5 อาหารว่างที่จัดมีทั้งผลไม้ และขนมประเภทต่างๆ ทั้งขนมไทย เช่น ข้าวเหนียวเปียก ถั่วเขียวต้มน้ำตาล กล้วยบวดชี ขนมชั้น ตะโก้ ขนมถ้วยฟู ไข่หงส์ ฯลฯ และขนมอื่นๆ เช่น ขนมปังปิ้ง เยลลี่ เวเฟอร์ คุกกี้ เค้ก โดนัท เอแคลร์ แยมโรล ขนมปังไส้ต่างๆ ซาลาเปา ฮอทดอกทอด ไอศกรีม

ศูนย์เด็กที่จัดให้เด็กได้กินผลไม้อย่างน้อย 1

วันต่อสัปดาห์มีร้อยละ 83.5 โดยร้อยละ 62.5 จัดให้สัปดาห์ละ 3-5 วัน และ ร้อยละ 54.9 จัดเป็นอาหารว่าง มีเพียงร้อยละ 7.6 ที่จัดไว้ร่วมกับ อาหารมื้อกลางวัน ไม่พบว่ามีการจัดน้ำอัดลมเป็นอาหารว่างให้กับเด็ก (ตารางที่ 2)

3. การนำนมและขนม มาที่ศูนย์เด็ก

มีศูนย์เด็กที่ไม่อนุญาตให้นำขวดนมมา ร้อยละ 14.4 ไม่อนุญาตให้เด็กนำขนมมา ร้อยละ 23.6 และผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า เด็กที่นำขนมมาส่วนใหญ่จะกินก่อนเข้าเรียน (ตารางที่ 3 -4)

ตารางที่ 2 ร้อยละของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดอาหารและอาหารว่างแบบต่าง ๆ

Table 2 Type of meal and between meal

การจัดอาหารว่าง	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
	จำนวน	ร้อยละ
จัดนมให้เด็กดื่ม	931	99.6
เป็นนมจืดอย่างเดียว	891	95.7
นมจืดร่วมกับนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	30	3.2
นมที่มีการเติมน้ำตาลอย่างเดียว	8	0.9
จัดอาหารว่างเพิ่มเติมจากนม		
เฉพาะอาหารว่างเช้า	290	32.9
เฉพาะอาหารว่างบ่าย	260	29.5
อาหารว่างทั้งเช้าและบ่าย	119	13.5
จัดอาหารที่เป็นผลไม้		
3-5 วัน	551	62.5
1-2 วัน	185	21.0
0 วัน	145	16.5

ตารางที่ 3 ร้อยละของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อนุญาตให้เด็กนำขวดนม และขนมมา

Table 3 Allowance to take milk bottle and snack to child development center.

การอนุญาตให้เด็กนำขวดนมและขนมมาศูนย์	ขวดนม		ขนม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุญาตให้นำมา	238	25.8	387	41.7
อนุญาตเฉพาะช่วงที่เด็กมาศูนย์เด็ก ใหม่ ๆ	524	56.8	286	30.8
ไม่อนุญาตให้นำมา	133	14.4	219	23.6
อื่นๆ	27	2.9	36	3.9

ตารางที่ 4 ร้อยละของเด็กที่กินขนมในช่วงเวลาต่าง ๆ

Table 4 Time of snack eating

เด็กนำขนมมากินช่วง	ผู้ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าเรียน	629	72.5
ระหว่างพักน้อยช่วงเช้า	140	16.1
ระหว่างพักเที่ยง	160	18.4
ระหว่างพักน้อยช่วงบ่าย	33	3.8
รอกลับบ้าน	116	13.4

ตารางที่ 5 ร้อยละของเด็กที่นำขนมชนิดต่าง ๆ มาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Table 5 Type of snacks that the children take to child development center

เด็กที่นำนมและขนมมากินในศูนย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนเด็กที่มาโรงเรียนวันที่สำรวจ	30,350	
เด็กที่นำนมมาจากบ้าน	5,321	17.5
นมจืด	2,039	6.7
นมเปรี้ยว	785	2.6
นมรสหวาน ไมโล โอวัลติน	679	2.2
นมขวด	2,421	8.0
นมอื่นๆ	342	1.1
เด็กที่นำขนมมา	11,359	37.4
ขนมกรุบกรอบ ขนมซอง	7,455	24.6
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	715	2.3
ลูกอม อมยิ้ม ช็อคโกแลต นมอัดเม็ด เยลลี่	2,064	6.8
อื่นๆ	1,173	3.9

ข้อมูลที่ได้จากเด็กในห้องเรียนของผู้ตอบแบบสอบถามในวันที่ตอบ เด็กที่นำนมมาจากบ้าน ร้อยละ 17.5 ประมาณ 1 ใน 3 ของนมที่เด็กนำมาเป็นนมจืด แต่ยังมีเด็กร้อยละ 8.0 ที่ยังนำขวดนม มาศูนย์เด็ก

เด็กที่นำขนมมาที่ศูนย์เด็กมีร้อยละ 37.4 มากกว่าครึ่งเป็นขนมกรุบกรอบ โดยเด็กที่นำมาจะนำมาคนละ 1-2 ถุง มีเด็กนำบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากิน เป็นขนมด้วยร้อยละ 2.3

4. การขายขนมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

มีศูนย์เด็กที่มีการขายอาหารร้อยละ 39.6 ยังมีการขายน้ำหวาน น้ำอัดลม นมเปรี้ยว

นมรสหวาน ขนมกรุบกรอบ ขนมประเภทลูกอม รวมไปถึงบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในศูนย์เด็ก

5. การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

ศูนย์เด็กที่จัดให้มีการแปรงฟันทุกวัน ร้อยละ 90.5 ร้อยละ 94.3 มีน้ำเพียงพอ มีสถานที่สำหรับการแปรงฟันเพียงพอเพียงร้อยละ 65.6 ศูนย์เด็กที่เด็กมีแปรงสีฟันครบทุกคนร้อยละ 93 ยังมีศูนย์เด็กใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่ในการแปรงฟัน ร้อยละ 56.2 และจากข้อมูลของเด็กในห้องที่ผู้ตอบแบบสอบถามดูแลพบว่ามีเด็กที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์เด็ก ร้อยละ 89.4

ตารางที่ 6 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็ก มีการขายอาหารประเภทต่าง ๆ

Table 6 Type of snacks sold in the child development center

รายการ	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผลไม้สด	232	25.8
2. นมจืด	151	16.8
3. นมเปรี้ยว	88	4.8
4. นมหวาน ไมโล โอวัลติน	69	7.7
5. น้ำหวาน น้ำผลไม้เติมน้ำตาล ไอศกรีม น้ำหวานใส่สีสังเคราะห์บรรจุหลอดรูปต่างๆ	133	14.8
6. น้ำอัดลม	44	4.9
7. ขนมกรุบกรอบ ขนมซองที่มีแป้ง น้ำตาล ไขมันเป็นส่วนประกอบหลัก	140	15.6
8. ขนมซองที่มีโปรตีนเป็นส่วนประกอบหลัก เช่น ปลาเส้น เมล็ดธัญพืช	154	17.1
9. บะหมี่สำเร็จรูปให้เด็กกินเล่น	51	5.7
10. ลูกอม ลูกกวาด ช็อคโกแลต นมอัดเม็ด เยลลี่รูปแบบต่างๆ	87	9.7
11. ถั่ว พืชหัว ธัญพืช เช่น ถั่วต้ม มันต้ม ข้าวโพดต้ม	158	17.5
12. ขนมไทย ต่างๆ	169	18.8
13. ของว่าง ที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก เช่น ขนมไข่ เบเกอรี่ ขนมปังไส้สับปะรด เคบ	159	17.6
14. ของว่างประเภทเนื้อสัตว์ เช่น หมูปัง ลูกชิ้น ไส้กรอก ไชนกกระทา	136	15.1
15. ของว่างที่มีแป้งและเนื้อสัตว์ เช่น ซาลาเปาไส้หมู ขนมปังไส้หมูหยอง	111	12.3

ตารางที่ 7 ร้อยละของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

Table 7 Tooth brushing activities in the child development center

การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
	จำนวน	ร้อยละ
จัดให้มีการแปรงฟัน		
ทุกวัน	840	90.5
บางวัน	83	8.9
ไม่ได้จัด	5	0.5
มีน้ำเพียงพอสำหรับการแปรงฟัน	877	94.3
มีสถานที่แปรงฟันเพียงพอ	603	65.6
มีแปรงสีฟันทุกคน	870	93.9
มีเด็กที่เข้ายาสีฟันสำหรับผู้ใหญ่	518	56.2

6. ความคิดเห็นของผู้ตอบ

ผู้ดูแลเด็กเห็นว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดให้มีอาหารว่างเช้าและบ่ายเป็นนม ผลไม้ ในท้องถิ่นที่หาได้ตามฤดูกาลหรือขนมที่มีประโยชน์ ไม่หวานจัด ไม่ควรให้มีการขายขนมในศูนย์เด็ก ควรกำหนดเป็นนโยบายตั้งเป็นกฎระเบียบ ข้อบัญญัติ หรือทำข้อตกลง ร่วมกับผู้ปกครองไม่ให้เด็กนำขนมมาศูนย์เด็ก สอนเด็กให้รู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์ ฝึกให้เด็กกินนมจืด กินผัก ผลไม้ ในเรื่องการแปรงฟันควรกำหนดเป็นนโยบายที่จะต้องแปรงทุกวัน มีการควบคุมกำกับ ติดตาม สม่ำเสมอ หลายแห่งยังมีที่แปรงฟันไม่เพียงพอหรือมีงบประมาณในการจัดอาหารไม่พอ ควรจัดทำแผนขอการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ปกครอง การดำเนินการอาจตั้งเป็นคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อภิปรายผล

จากการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ พบว่ามีศูนย์เด็กที่จัดนมจืดให้เด็กร้อยละ 95.7 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจในปี พ.ศ.2546 ¹¹ ที่พบร้อยละ 97.1 ในปี พ.ศ. 2544 มีการจัดนมรสจืดให้เด็กในศูนย์เด็กเพียงร้อยละ 16.5 ¹² หลังจากมีการประกาศนโยบายการจัดซื้อนมจืดแทนนมรสหวานของกรมการปกครองท้องถิ่นพ.ศ.2545 ¹³ จะพบว่ามีการจัดซื้อนมจืดให้เด็กมากขึ้น สำหรับความแตกต่างที่พบอาจเกิดจากวิธีการเก็บข้อมูลครั้งนี้ สุ่มสำรวจจากศูนย์ที่มีอยู่ทั้งหมดในแต่ละจังหวัดที่เป็นพื้นที่สำรวจ ซึ่งจะมีศูนย์เด็ก ที่ไม่ได้อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ร้อยละ 6.5 อย่างไรก็ตามผลของการสำรวจครั้งนี้ น่าจะแสดงให้เห็นว่านโยบายการจัดซื้อนมจืดยังได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจเด็กที่มาศูนย์ในวันที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามพบว่า มีเด็กนำขนมมาร้อยละ 8.0 และพบว่ามีศูนย์เด็กเพียงร้อยละ 14.4 ที่ไม่อนุญาตให้นำขนมมา ตามปกติเด็กควรเลิกขวดนมตั้งแต่อายุ 1 ปี หรือไม่เกิน 1 ปีครึ่ง¹⁴ เนื่องจากการดูดขวดนานเกินไปส่งผลให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคฟันผุสูง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและมีผลเสียต่อพัฒนาการของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จึงควรเป็นสถานที่ปราศจากขวดนม เพื่อให้เด็กได้ฝึกหัดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าศูนย์เด็กบางส่วนเริ่มมีกติกาไม่อนุญาตให้นำขนมมา หรืออนุญาตเฉพาะช่วงที่มารเย็นใหม่

การจัดอาหารว่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า มีศูนย์เด็ก ร้อยละ 75.9 ที่จัดอาหารว่างนอกเหนือจากนมให้กับเด็ก โดยจัดในช่วงเช้า หรือบ่าย หรือทั้งเช้าและบ่าย อาหารว่างที่จัดมีทั้งผลไม้และขนมประเภทต่างๆ ซึ่งไม่สามารถบอกปริมาณน้ำตาลว่ามีมากน้อยเท่าไร เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนวทางการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กในโรงเรียน ¹⁵ ที่กำหนดว่าเด็กควรได้กินผักและผลไม้ ไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ จะพบว่า มีศูนย์เด็กที่สามารถจัดผลไม้ให้เด็ก 3-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.5 และพบว่า ผลไม้ที่ศูนย์จัดให้เด็กส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 54.9 จะจัดไว้ในมื้ออาหารว่างของเด็กในช่วงเช้าหรือบ่าย การจัดอาหารว่างที่เป็นผลไม้สดให้กับเด็กมีประโยชน์หลายอย่าง เนื่องจากผลไม้เป็นอาหารที่มีทั้งแร่ธาตุ โยอาหาร และวิตามินสูง ประกอบกับการเคี้ยวผลไม้ช่วยทำความสะอาดฟัน และกระตุ้นการหลั่งน้ำลายซึ่งจะให้ผลในด้านการป้องกันฟันผุ ตรงกันข้ามกับการรับประทานขนมซึ่ง มักประกอบไปด้วยแป้งและน้ำตาลที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ จึงควรสนับสนุนให้ศูนย์เด็กจัดผลไม้ให้เป็นอาหารว่างสำหรับเด็กให้มากขึ้นโดยใช้ผลไม้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามฤดูกาลซึ่งจะมีราคาถูกและหาง่าย

ยังมีเด็กร้อยละ 37.4 นำขนมมาที่ศูนย์ มากกว่าครึ่งของขนมที่นำมาเป็นขนมกรุบกรอบ และพบว่า มีศูนย์เด็กร้อยละ 39.6 ที่มีการขายขนม ให้เด็กยังมีการขายอาหารที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก เช่น ลูกอม น้ำหวาน น้ำอัดลม นมเปรี้ยว นมรสหวาน และขนมกรุบกรอบ การกินขนมมากทำให้เด็กไม่ ยากกินอาหารมื้อหลักที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อ การเจริญเติบโต ศูนย์เด็กควรมีการจัดอาหารที่เที่ยง และอาหารว่างในช่วงเช้าและบ่ายที่มีประโยชน์ให้ กับเด็กอย่างเพียงพอ และมีการกำหนดมาตรการ ในการควบคุมการกินขนมของเด็ก เช่น ไม่ขายขนม ในศูนย์ ไม่อนุญาตให้เด็กนำขนมมาศูนย์

สำหรับการแปรงฟัน ศูนย์เด็กจัดให้มีการ แปรงฟันทุกวันร้อยละ 90.5 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจข้อมูลการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีพ.ศ.2547⁹ ที่พบว่า มีศูนย์เด็กเล็กที่ไม่มีกิจกรรมการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวันร้อยละ 2.4 และเมื่อเปรียบเทียบกับ ข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2542 ที่พบว่า มี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร กลางวันทุกวันเพียงร้อยละ 69.4⁶ จะเห็นว่าหลัง จากมีการดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ ในลักษณะของการบูรณาการและระดมความร่วมมือ จากชุมชน รวมทั้งหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสร้างความเคลื่อนไหว ให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากที่จะพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันซึ่งถูกระบุ เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ปัญหาสำคัญที่ยังพบอยู่คือสถานที่สำหรับการ แปรงฟันไม่เพียงพอ และยังมีเด็กบางส่วนที่ใช้ยา สีฟันของผู้ใหญ่ เพื่อให้การสร้างสุขนิสัยในการแปรง ฟันของเด็กสามารถดำเนินการได้ดีขึ้น ศูนย์เด็กควร จัดทำสถานที่แปรงฟันอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งดูแล ให้เด็กใช้ยาสีฟันในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อป้องกัน

ไม่让孩子ได้รับยาสีฟันเกินขนาดที่จะมีผลทำให้เกิด ฟันตกกระได้

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรดำเนินการโดยศูนย์เด็กร่วมกับ ผู้ปกครองและชุมชน อาจตั้งเป็นคณะกรรมการ ร่วมซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนของศูนย์ ผู้ปกครอง ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โดยที่ศูนย์เด็กอาจต้องเป็นผู้เสนอปัญหา ให้คณะกรรมการทราบ เพื่อช่วยกันคิดหาวิธีที่มี ความเป็นไปได้ และเหมาะสม ในการดำเนินการ จัดหาผู้รับผิดชอบดูแลหางบประมาณสนับสนุนเพิ่ม เดิมเรื่องสถานที่แปรงฟัน และค่าใช้จ่ายสำหรับ อาหารว่างนอกเหนือจากงบอาหารกลางวันและนม ซึ่งอาจได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือผู้ปกครอง ทั้งในรูปที่เป็นเงิน และในรูปที่ไม่ใช่ เงิน เช่น ผู้ปกครองมาช่วยกันทำอาหาร หรือช่วย นำผักผลไม้พื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนมาให้ศูนย์เด็ก ควรมีข้อกำหนดร่วมกันในเรื่องการนำขนมมา โรงเรียน การขายขนมในโรงเรียนและบริเวณรอบๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปกครองถึงผลเสียต่อสุขภาพของ เด็ก และขอความร่วมมือผู้ปกครองช่วยกันสร้างวินัย พื้นฐานในการกินอาหาร การเลิกนมขวดเมื่อถึง วัยที่เหมาะสม และการแปรงฟันให้สะอาดทุกวัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ พบว่า

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังจัดซื้อนมจืดให้ เด็กอย่างต่อเนื่องตามนโยบายของกรมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น แต่ยังพบเด็กนำขวดนมมาศูนย์แม้ว่าจะ อยู่ในวัยที่ควรเลิกดูดขวดแล้ว เพื่อให้เด็กได้ฝึกหัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย ควรกำหนด ให้ศูนย์เด็กเป็นสถานที่ปราศจากขวดนม

2. มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 75.9 ที่จัด

อาหารว่างนอกเหนือจากนมให้กับเด็ก และร้อยละ 54.9 จัดเป็นผลไม้ไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ศูนย์เด็กควรกำหนดให้มีอาหารว่างเป็นผลไม้อย่างน้อย 3 วัน ในปริมาณที่เพียงพอ และควบคุมไม่ให้ขายขนมในศูนย์และไม่ให้เด็กนำขนมมาศูนย์

3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพิ่มขึ้น ควรมีการดูแลเพิ่มเติมในเรื่องสถานที่แปรงฟันและการใช้ยาสีฟัน

4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรเป็นตัวหลักในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

โดยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลศูนย์เด็ก

5. หน่วยงานระดับประเทศ ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็ก เพื่อสร้างให้เกิดพฤติกรรม การกินอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัยและให้เด็กมีสุขภาพอนามัยที่ดี ได้แก่ การจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์กับเด็กอย่างเพียงพอ การสร้างนโยบายปลอดขนมในศูนย์เด็ก การควบคุมการขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์ให้กับเด็ก รวมถึงการจัดให้มีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสมกับเด็กด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย , 2545.
2. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ: Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 1992; 14:302-305.
3. Ayhan H, Suskan E, Yidirim S: The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and circumference. *J Clin Pediatr Dent* 1996;20:209-212.
4. เฉติฉันทศิริ โชติติลล และคณะ. การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนในสถาบัน (ปีงบประมาณ 2535-2539) . เอกสารโรเนียว กรุงเทพฯ , 2539.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก 2541 .
6. กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ช่วงครึ่งเวลาแรกของแผน (พ.ศ.2540-2542) .
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์,2546.
8. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. สรุปผลการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ ปีงบประมาณ 2547. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ สู่เมืองไทยแข็งแรง . พิมพ์ที่สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์,2549.
10. ส่วนส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการพัฒนาการศึกษายาวชน สำนักประสานและพัฒนากิจการการศึกษาท้องถิ่น. คู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.

11. บุปผา ไตรโรจน์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ สุรางค์ เชษฐพฤษท์. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคนม ของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก พ.ศ. 2546.
12. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่อง การจัดทำองค์ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมการดื่มนมจืดของเด็กไทย. เอกสารโรเนียว 2544.
13. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. หนังสือด่วนที่สุด ที่ มท 0810.6/ว 3702 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2545 เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการโครงการอาหารเสริม(นม) ข้อ 4 กำหนดราคากลางที่จัดซื้อเฉพาะนมพาสเจอร์ไรซ์ หรือนมยูเอชที รสจืด ให้นักเรียนดื่ม . กรุงเทพฯ 2545.
14. ข้อมูล fact sheet โครงการบิ๊บบาย ขวดนม เข้าไปโรคภัยตามมา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
15. อุไรพร จิตต์แจ้ง ประภาศรี ศิริจักรวาล. ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ในโรงเรียน.

The situation of oral health promotion program in child development centers in the year 2006.

Sirsuda Leelasithorn* D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)
Chantana Ungchusak* D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)
Bubpa Triroj* D.D.S., M.P.H.
Surang Chettaprin* B.P.H.

Abstract

The objective of this study was to survey the oral health promotion program, especially in between meal providing and after lunch tooth brushing program, in the child development centers of 12 provinces, during May to June, 2006. Data from 937 child development centers showed that 99.6% of them provided milk for between meal and 95.7% provided no sugar milk, 62.5% provided fruits 3-5 days per week and 54.9 % provided them for between meal. 39.6% allowed selling snacks in their child development centers. There were 8% and 37.4% of children took milk bottles and snacks with them in the morning. After lunch tooth brushing program was conducted in 90.5% of child development centers, which include 89.4% of children. 65.5% of child health centers had proper place for tooth brushing activity and 56.2 % still let their children use adult toothpaste. The care takers suggested that their child development centers should join with parents, public health personnel and community to build a public policy for better oral health of their children.

Key words : Child development center, oral health promotion



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

ทำไมบัณฑิตสุขศึกษาจึงไม่ได้ผล

สุดาดวง กฤษฎาพงษ์* ท.บ., Ph.D.

บทคัดย่อ

งานทันตสุขศึกษาอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อในตัวบุคคลที่จะกำหนดและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ จึงมุ่งที่จะแก้ไขปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล เช่น ความรู้, ทักษะ, ความตระหนัก ด้วยหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา แต่ในความเป็นจริง พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะปัจจัยที่อยู่นอกเหนือไปจากตัวบุคคลหรือปัจจัยทางสังคมที่ถือว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอยู่อย่างแยกย่อย ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยทางวัฒนธรรม, วิถีชีวิต, ค่านิยม, สิ่งแวดล้อม, ของ อุปโภคบริโภค ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมจะมีอิทธิพลต่อปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เป็นนามธรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อปัจจัยส่วนบุคคลอีกต่อหนึ่ง ความเข้าใจถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล น่าจะช่วยพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่มีเป้าหมายในการปรับปรุงพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนให้มีโอกาสประสบผลสำเร็จ ได้มากขึ้น



* ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

เป็นที่ประจักษ์จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แล้วว่างานทันตสุขศึกษานั้นไม่ได้ผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนทั่วไปในระยะยาว⁽¹⁻⁴⁾ หากจะอธิบายถึงสาเหตุของความด้อยประสิทธิภาพ จะต้องวิเคราะห์ไปถึงสาเหตุที่มาของพฤติกรรมทันตสุขภาพว่าพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นมาได้อย่างไร และมีอะไรที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นได้ บทความนี้ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยได้นำทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ มาเทียบเคียง และได้แบ่งปัจจัยต่าง ๆ ออกเป็นสองประเภทใหญ่คือปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลและปัจจัยทางสังคม ความเข้าใจในปัจจัยทั้งสองตลอดจนความเชื่อมโยงระหว่างทั้งสองปัจจัยนี้ จะช่วยตอบคำถามที่ว่า “ทำไมทันตศึกษาจึงไม่ได้ผล” และน่าจะนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีใหม่ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่นอกเหนือไปจากงานทันตศึกษาและงานรณรงค์ให้เกิดความรู้และความตระหนัก เพื่อให้การปรับปรุงพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนประสบความสำเร็จได้ในระยะยาว

ปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ (Individual determinants)

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในระยะแรกๆ เชื่อว่าปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)⁽⁵⁾ ที่ถูกคิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 1950 ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความตระหนักถึงอันตรายของโรค โอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะเป็นโรค และความรุนแรงของโรค กล่าวคือถ้าบุคคลรู้สึกตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นจะ

มีผลเสียรุนแรงต่อสุขภาพของเขา เขาก็จะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้ ทฤษฎีประเภทนี้ให้ความสำคัญกับ “พลังของบุคคล” อันได้แก่ ความรู้ ทศคติ ความเชื่อ และความตระหนักของบุคคลที่จะกำหนดพฤติกรรมของเขา แนวคิด “ความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติ” (Knowledge-Attitude-Practice: KAP) คือการมีความรู้จะนำไปสู่ความตระหนักและพฤติกรรมในที่สุด แนวคิดเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้เป็นพื้นฐานของงานสุขศึกษามาช้านาน ทันตบุคลากรจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสอนทันตศึกษาไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตลอดจนงานรณรงค์ที่เน้นไปที่การให้ความรู้และความตระหนัก วิธีการเหล่านี้ได้พยายามตอบย้าให้เห็นโทษของพฤติกรรมที่ไม่ดีที่จะนำไปสู่การเกิดโรคในช่องปากและผลเสียต่อสุขภาพในอนาคตด้วยความหวังให้ประชาชนปรารถนาที่จะมีสุขภาพช่องปากดี แล้วจะได้ปรับปรุงพฤติกรรมทันตสุขภาพของตน

หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ได้ยืนยันว่าวิธีการดังกล่าวมักจะไม่ได้อผลสำหรับประชาชนส่วนใหญ่ การแปร่งฟันและการบริโภคอาหารหวานไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ในระยะยาวและยั่งยืน จากงานทันตศึกษา⁽¹⁻⁴⁾ ซึ่งเป็นข้อพิสูจน์ถึงข้อจำกัดของปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมประเภทที่เกี่ยวข้องกับโรคเฉียบพลันหรือโรคระบาดที่สร้างความตระหนักในสังคมในช่วงเวลาหนึ่งๆ⁽⁶⁾ เช่น การระบาดของไข้หวัดนก, SARS ที่ก่อให้เกิดกระแสดิ้นตัวในสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชน เช่น ไม่บริโภคสัตว์ปีก ไม่ไปในที่แออัด นอกจากนั้นพฤติกรรมประเภทเฉพาะกิจ ครั้งคราว เช่น การไปรับวัคซีนบริการตรวจโรคฟรีในโอกาสพิเศษ ก็สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลนี้เป็นหลัก ในขณะที่

ที่พฤติกรรมที่มีลักษณะสองประการดังต่อไปนี้ จะไม่สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเรื่องปัจจัยเฉพาะบุคคล คือ

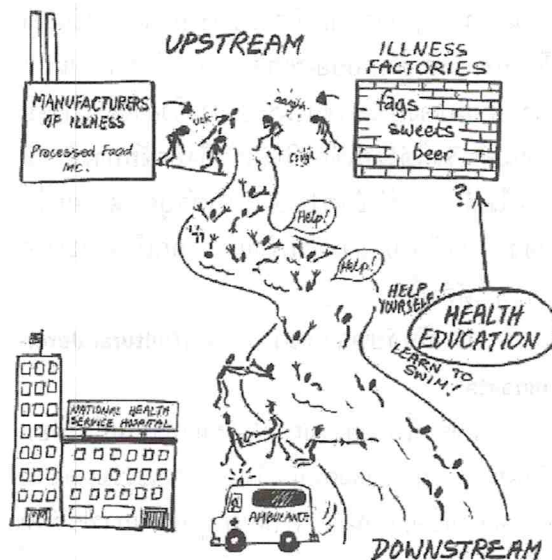
1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง (chronic disease) ที่การก่อตัวของโรคค่อยๆ เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมสะสมเป็นระยะเวลานาน ถึงแม้ผลเสียของโรคนั้นจะรุนแรงเพียงใดก็ตาม เช่น การสูบบุหรี่ ที่ถึงแม้จะมีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชน, แสดงข้อความถึงผลเสียที่ร้ายแรงต่อสุขภาพของบุหรี่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในประชาชนโดยรวมได้สำเร็จ หรือแม้แต่ความพยายามบอกถึงผลเสียของโรคพิษสุราเรื้อรัง เช่น อาการปวดฟันอย่างมาก, ฟันโยก หลุดร่วงจนทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้และแลดูไม่สวยงาม ข้อความเหล่านี้ก็ยังไม่สามารถนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนได้ นอกจากนี้ยังสามารถพบได้อีกว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ บุคคลที่ทราบว่าคุณมีความเสี่ยงต่อโรคต่ำกลับเป็นผู้ที่ประพฤติผิด ในขณะที่ผู้ที่ทราบอยู่แล้วว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกลับยังมีพฤติกรรมที่ไม่ดี⁽⁷⁾

2) พฤติกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่จะต้องทำอยู่เสมอ บ่อยๆ หรือเป็นนิสัยตามปกติ เช่น พฤติกรรมการบริโภค และการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมประเภทนี้เป็นผลสะสมจากกระบวนการที่ซับซ้อน ไม่ใช่จากการตัดสินใจของบุคคลนั้นๆ คนเดียว ดังนั้นการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประเภทนี้ให้ได้ผลในระยะยาวควรที่จะได้เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ในกระบวนการเกิดของพฤติกรรม⁽⁸⁾

ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ (Social determinants)

เมื่อความด้อยประสิทธิภาพของงานสุขศึกษาเป็นที่ตระหนัก การรักษาและป้องกันโรคตามแนว

คิดเรื่องปัจจัยเฉพาะตัวบุคคลหรือหลักการแพทย์ชีววิทยา (Bio-medical) ก็พัฒนาไปในทิศทางที่ลึกขึ้นในการศึกษาปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล เช่น การศึกษาเชื้อโรค ภูมิคุ้มกันทาน ยาหรือวัคซีนต่างๆ เป็นต้น ในขณะที่แนวคิดอีกลักษณะหนึ่งก็ถูกพัฒนาขึ้น และเรียกว่าหลักการแพทย์สังคม (Socio-medical) หรือทันตสังคม (Socio-dental) ที่เป็นการค้นหาสาเหตุในเชิงกว้าง ขยายออกจากตัวบุคคลสู่สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่⁽⁹⁾ มีเรื่องเล่าที่มีชื่อเสียงเรื่องหนึ่งชื่อ “Upstream-downstream” (รูปภาพที่ 1) โดยนาย McKinlay⁽¹⁰⁾ ที่สื่อให้เห็นถึงสาเหตุทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลไว้อย่างชัดเจนและกล่าวว่าการแก้ไขที่ตัวบุคคลเป็นมาตรการปลายเหตุ (downstream) ที่บิดเบือนไปจากการแก้ปัญหาต้นเหตุที่แท้จริง (upstream) เรื่องโดยย่อมีอยู่ว่า “ผู้ชายคนหนึ่งยืนอยู่ที่ตลิ่งริมน้ำ เขาได้ยินเสียงร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ตกน้ำ เขาจึงกระโดดลงไปช่วยลากคนที่ตกน้ำขึ้นมาบนฝั่งแล้วทำการช่วยชีวิตเบื้องต้นเมื่อคนที่ตกน้ำนั้นได้



รูปภาพที่ 1 ปัจจัยต้นเหตุและปลายเหตุ (Upstream-downstream) ของพฤติกรรมทันตสุขภาพ⁽¹⁰⁾

สติพื้นดินมา ก็มีเสียงตะโกนขอความช่วยเหลือจาก คนตกน้ำคนอื่น ๆ อีกหลายคน ชายผู้นั้นก็กระโดด ลงไปช่วยคนที่ตกน้ำขึ้นมาอีก พาขึ้นฝั่ง ทำการปั๊ม หัวใจ แต่จำนวนคนที่ตกน้ำอยู่ก็มีมากเหลือเกิน เขา จึงไปเรียกคนอื่นให้มาช่วย นำเครื่องมือเครื่องมือ ต่างๆมาใช้อย่างมากมาย อย่างไรก็ตาม จำนวน ผู้ตกน้ำมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนทีมงานไม่สามารถช่วย เหลือได้ทันบางคนในทีมจึงเสนอว่าให้สอนคนตกน้ำ เหล่านั้นให้ว่ายน้ำเสีย จากนั้นพวกเขาก็ชะมวกเขม้น อยู่กับการสอนว่ายน้ำ ทั้งพูดอธิบายขั้นตอนวิธีและ แสดงการปฏิบัติให้ดู แต่จนแล้วจนรอด คนที่ตกน้ำ ก็ไม่สามารถว่ายน้ำเองได้และค่อยๆจมน้ำไปที่ละคน เมื่อเห็นว่าการสอนคนว่ายน้ำไม่เป็นผล เขาจึงหยุด แล้วเริ่มคิดสงสัยว่า ทำไมคนเหล่านั้นถึงได้ตกมาอยู่ ในแม่น้ำ ใครกันที่ผลักพวกเขาตกลงมา ใครกันที่ อยู่ที่ดินน้ำและเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการจมน้ำนี้”

การเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพจึงไม่ใช่ เรื่องง่าย และตรงไปตรงมาที่จะสำเร็จได้โดยการ แก้ไขที่เฉพาะตัวบุคคล เพราะบุคคลไม่ได้ดำรงชีวิต อยู่ในสังคมที่ว่างเปล่าหากแต่เป็นสังคมที่บรรจุไปด้วย เงื่อนไขต่าง ๆ มากมาย ปัจจัยต่างๆในสังคมนั้นเอง ที่เป็สาเหตุ ต้นตอของพฤติกรรม⁽¹¹⁾ การเปลี่ยน พฤติกรรมของประชาชนในระยะยาวจึงอาจจะประสบ ความสำเร็จได้โดยใช้กลวิธีที่เข้าถึงปัจจัยทางสังคม โดยไม่ต้อง ใช้วิธีแก้ไขปัจจัยที่ตัวบุคคลเลยก็ได้ ปัจจัยทางสังคม สามารถจำแนกออกเป็นประเภท ต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural determinants)

ปัจจัยนี้หมายรวมถึง ปัจจัยนามธรรมที่สะท้อน ลักษณะต่างๆ ของสังคมนั้น ได้แก่ วัฒนธรรม, ความ คิด, ความเชื่อ, ทศนคติ, ค่านิยม, รูปแบบการใช้ชีวิต หรือวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สร้างหรือหล่อหลอมพฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคล ในสังคมผ่านกระบวนการที่แยบยล แบนเบียน

สะสมระยะเวลา มีอิทธิพลต่อเนื่องตลอดชีวิต ของ บุคคลตั้งแต่เกิดจนตายและถ่ายทอดไปยัง บุคคล รุ่นหลังๆได้ จนทำให้รู้สึกได้ว่าพฤติกรรม ต่างๆ นั้น เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ไม่ได้ถูกกำหนด หรือ บังคับจากปัจจัยใดๆ แต่หากพิจารณาดูจะพบ ว่า พฤติกรรม “ถูกเสนอให้เลือก” ภายใต้เงื่อนไข ทาง วัฒนธรรมมิใช่ “เลือกอย่างอิสระ” จากความ ต้องการของบุคคลนั้น⁽¹²⁾ ปัจจัยทางวัฒนธรรมนี้ บางอย่างได้สร้างพฤติกรรมที่กลายเป็นนิสัย วิถี ชีวิตปรกติสืบทอดมาแต่สมัยโบราณ แต่บางอย่าง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉาบฉวย แล้วก่อให้เกิดค่านิ ยมต่อพฤติกรรมใหม่ๆขึ้น ซึ่งก็อาจจะเสื่อมไป เมื่อค่านิยมนั้นๆ เสื่อมลง

มีทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพหลายทฤษฎี ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น Theory of Reasoned Action⁽¹³⁾ ที่เป็นการขยาย กรอบแนวคิดจากตัวบุคคลออกไปสู่สังคมรอบข้าง อธิบายไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยสอง ประการ ประการแรก คือ ความรู้ ความเชื่อและ ทศนคติของบุคคลนั้นๆ เอง โดยบุคคลใดจะกระทำ พฤติกรรมใดๆก็เมื่อได้คิดและประเมินแล้วว่าเกิด ผลดีตามมา ปัจจัยที่สองคือกระแสสังคมที่มาจาก บุคคลอื่นๆโดยเฉพาะครอบครัวและผู้คนรอบข้างใน ชุมชนของเขา โดยที่บุคคลจะประพฤตสิ่งใดๆ ตาม ความคาดหวัง ความต้องการ หรือค่านิยมของคน อื่นๆ เหล่านั้น ทฤษฎีนี้ได้ถูกทดสอบต่อมาภายหลัง แล้วพบว่าปัจจัยทางกระแสสังคมมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมมากกว่าปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล ทฤษฎี Social Learning Theory⁽¹⁴⁾ ได้เน้นที่อิทธิพลของ สังคมอย่างชัดเจนโดยกล่าวว่าพฤติกรรมเกิดจาก การเรียนรู้อย่างสะสมผ่านการได้พบเห็นอยู่บ่อยๆ มีคนประพฤตให้ดู จนกระทั่งเกิดการประพฤตตาม แล้วจึงพัฒนาเป็นนิสัยในที่สุด ทฤษฎี Habits and Routines Concept^(11,15) สอดคล้องกับพฤติกรรม ทันตสุขภาพอย่างชัดเจน โดยอธิบายว่า พฤติกรรม

ส่วนใหญ่ (70%) ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันๆ นั้นเป็นนิสัยประจำหรือสิ่งที่ต้องทำตามปกติซ้ำซากอยู่แล้ว (habit, routine) 90% ของพฤติกรรมที่ต้องทำเป็นประจำซ้ำซากนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกว่ามันไม่มีทางเลือกอื่น ๆ นอกเหนือไปจากการประพฤติอย่างนั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อถูกถามถึงเรื่อง การแปรงฟัน ชายคนหนึ่งก็ตอบว่า “ผมก็แปรงฟัน ตามนิสัยปกติ เหมือนสิ่งอัตโนมัติที่จะต้องทำ เมื่อตื่นขึ้นมาตอนเช้าและก่อนเข้านอน เหมือนกับการล้างหน้าก่อนนอนที่ต้องทำเป็นประจำ (ประชาชนในประเทศแถบยุโรปมักไม่อาบน้ำก่อนนอน) มันเป็นสิ่งที่ถูกสร้างมาตั้งแต่เด็กว่าต้องทำ” หลักการนี้จึงสรุปว่า พฤติกรรมประเภทที่เป็นนิสัยที่ต้องทำเป็นประจำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในสังคมนั้นๆ และเกิดขึ้นมาเองภายใต้บริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ดังนั้นพฤติกรรมประเภทนี้จึงเป็นสิ่งที่ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้จากเหตุผลทางความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคล

ตัวอย่างพฤติกรรมทัศนคติสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลของปัจจัยทางวัฒนธรรม ได้แก่ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลตลอดจนการใช้ยาพื้นบ้านต่างๆ ที่แตกต่างกันไปตามแบบแผนปฏิบัติและความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น⁽¹⁶⁾ พฤติกรรมการแปรงฟันเฉพาะตอนเช้าเพียงวันละหนึ่งครั้ง การเคี้ยวหมากในบางท้องถิ่น การนิยมใช้ยาสมุนไพรที่ไม่มีฟลูออไรด์ก็ล้วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมทั้งสิ้น ส่วนพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เป็นค่านิยมที่ถูกสร้างขึ้นจากกลไกการแข่งขันทางการตลาด ผ่านทางสื่อต่างๆ ที่พากันสร้างกระแสนิยมต่อการบริโภคสินค้า จนเป็นการสร้างพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อทัศนคติสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยมรับประทานขนมและเครื่องดื่มหวานต่างๆ เช่น ขนมสำเร็จรูปต่างๆ นมเปรี้ยว ชาเขียว น้ำอัดลม ซึ่งล้วนแต่มีน้ำตาลมาก ผู้บริโภคเลือกรับประทานอาหารนั้นๆ ตามกระแสสังคม โดยที่บาง

คนไม่ทราบถึงผลเสียของการบริโภคอาหารดังกล่าว ในขณะที่บางคนแม้จะทราบถึงผลเสียก็ยังคงบริโภคนั้นเป็นเพราะปัจจัยความเชื่อ ทัศนคติส่วนบุคคล ไม่อาจต้านทานอิทธิพลจากกระแสสังคมได้นั่นเอง การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลโดยอาศัยปัจจัยทางสังคมข้อนี้ คือการสร้างวัฒนธรรม ค่านิยมใหม่ขึ้นในสังคม ซึ่งจะต้องอาศัยระยะเวลาช่วงหนึ่ง แต่ผลที่ได้จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้มาตรการความเชื่อส่วนบุคคล และจะเกิดผลสะท้อนจากสังคมที่กระทบต่อประชาชนในวงกว้างทั้งหมด ไม่เฉพาะผลโดยตรงจากการสอนสุขศึกษาแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ โดยใช้การสร้างกระแสจากบุคคลรอบข้างในสังคม⁽¹⁷⁾

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental determinants)

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ วัตถุสิ่งของต่างๆ ของอุปโภคบริโภค สถานพยาบาล เป็นต้น เป็นตัวกำหนดที่สำคัญมากของการที่บุคคลจะประพฤติสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งนี้เนื่องจาก ในสถานการณ์ที่มีตัวเลือกต่างๆ ที่บุคคลจะต้องเลือก ตัวเลือกที่มีต้นทุนต่ำก็มักจะถูกเลือกเสมอ นั่นหมายถึงบุคคลทั่วไปมักจะเลือกทำในสิ่งที่ง่าย สะดวก ประหยัด⁽¹⁸⁾ ดังนั้นพฤติกรรมใดๆ ที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้มาจากความชอบส่วนบุคคลอย่างแท้จริง หากแต่ถูกกำหนดหรือชักจูงอย่างเต็มใจด้วยข้อกำหนดทางต้นทุนด้วยอิทธิพลของปัจจัยสิ่งแวดล้อมนี้ ถ้าเกิดขึ้นในระยะเวลานานพอ จะสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมได้มากกว่าอิทธิพลของปัจจัยนามธรรมด้านวัฒนธรรมทางสังคมได้ กล่าวคือ พฤติกรรมที่ประพฤติ ปฏิบัติมานานตามค่านิยมหรือวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม อาจจะถูกเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมนั่นเอง ตัวอย่างเช่น ถ้าสิ่งที่ใช้อุปโภค บริโภคกันตามปกติในสังคมเกิดขาดแคลนขึ้นเป็นระยะเวลา นาน ในขณะที่มีตัวเลือกอื่นที่สามารถใช้ทดแทนกัน

ได้เกิดขึ้น หาได้ง่ายกว่าและราคาถูกกว่า ประชาชนก็อาจจะเปลี่ยนไปเลือกในสิ่งใหม่นั้นได้ และถ้าสถานการณ์เช่นนี้คงอยู่ในระยะเวลานานพอ บุคคลในสังคมก็จะคุ้นเคยกับตัวเลือกใหม่นั้นมากขึ้น จนอาจเปลี่ยนพฤติกรรมไปได้ในที่สุด ในทางกลับกัน พฤติกรรมใดๆ ก็ตามที่ได้รับแรงกระตุ้นจากปัจจัยค่านิยมของสังคม แต่ยังคงเป็นพฤติกรรมที่มีต้นทุนสูง เช่น เข้าถึงได้ยาก หาซื้อยาก ราคาแพง การรณรงค์พฤติกรรมดังกล่าวก็ไม่น่าจะได้ผลในระยะยาว โดยสรุปแล้ว ลักษณะของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่จะสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลได้แก่ การมีอยู่ของสิ่งนั้นๆ ที่ต้องการให้บุคคลเลือกใช้ (availability) การเข้าถึงหรือได้มาซึ่งสิ่งนั้นโดยง่าย และสะดวก (accessibility) และสิ่งนั้นๆ ต้องมีราคาไม่แพง (affordability) ⁽¹⁹⁾

ตัวอย่างพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่หากต้องการให้ประชาชนในชุมชนใดๆ ใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสนับสนุนก็คือ การมีอยู่ของสถานบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันในชุมชนนั้น, การเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ทั้งทางด้านการเดินทางไปยังสถานพยาบาลและการเข้าใช้บริการตามระบบที่จัดไว้ ราคาการรักษาไม่แพงเกินไป ปัญหาพฤติกรรมการแปร่งฟันของประชาชนในชุมชนหนึ่งอาจจะมิสาเหตุมาจากการไม่มีแปรงสีฟันยาสีฟันใช้ แปรงสีฟัน ยาสีฟันมีราคาแพง เมื่อเทียบกับรายได้ของประชาชน ยาสีฟันมีขายเฉพาะชนิดสมุนไพรที่ไม่มีฟลูออไรด์ หรือแม้แต่การขาดแคลนน้ำใช้ในชุมชนทำให้ไม่มีน้ำสำหรับแปรงฟันเป็นต้น พฤติกรรมการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนก็มักจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โรงเรียนในชนบทมักจะมีปัญหาเรื่องน้ำใช้ไม่พอเพียง ส่วนโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพฯ มักจะมีปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ ไม่สามารถจัดหาที่แปรงฟันที่

เหมาะสม เช่น อ่างแปรงฟัน วางระบายน้ำ ให้กับเด็กนักเรียนได้ การบริโภคขนมและเครื่องดื่มหวาน เช่น นมเปรี้ยว ชาเขียว น้ำอัดลม ก็มีสาเหตุสำคัญมาจากการที่อาหารเหล่านั้นมีวางขายอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพงเกินกำลังผู้บริโภค ⁽²⁰⁾ การจัดตำแหน่งสินค้าในร้านค้าจะมีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค การวางสินค้าในบริเวณที่เอื้อมถึงได้ง่าย บนชั้นวางระดับสายตาหรือระดับตัก (สำหรับเด็ก) บริเวณจุดจ่ายเงิน เป็นการใช้จ่ายทางสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการบริโภคสินค้านั้น ⁽²¹⁾ อีกตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อทันตสุขภาพ คือ อุบัติการณ์ฟันหน้าหัก (traumatic dental injuries) ในเด็กนักเรียนนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ได้แก่ พื้นสนามเด็กเล่นแข็ง เครื่องเล่นแออัด พื้นห้องน้ำเปียก สลื่นมากกว่าปัจจัยการเรียงตัวของฟันเด็กแต่ละคนเสียอีก ⁽²²⁾ การปรับพฤติกรรมโดยคำนึงถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมนี้เช่น การใช้มาตรการด้านราคาและการเข้าถึง หาซื้อได้ยาก เพื่อลดการสูบบุหรี่ ⁽²³⁾ เป็นต้น

3. สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (Socio-economic status: SES)

สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socio-economic status) เป็นตัวแสดงถึงสถานะของบุคคลนั้นเทียบเคียงกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม โดยสามารถวัดออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น อาชีพ จำนวนของใช้ต่างๆ ในครัวเรือน การศึกษา รายได้ เป็นต้น สถานะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีสถานะสูงกว่ามักจะมีพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานะต่ำกว่า ⁽²⁴⁾ ทั้งนี้ก็เพราะผู้ที่มีสถานะสูงกว่ามี “โอกาสในการเลือก” มากกว่านั่นเอง ซึ่งหมายถึง 1) เขามีโอกาสมากกว่าที่ “ได้เลือก” คือมีโอกาสได้เลือกประพัตติจริงเพราะมีความบีบคั้นหรือปัญหาในเรื่องพื้นฐานอื่นๆ น้อยกว่า ตลอดจนมีความมั่นใจในการเลือกดำเนินชีวิตมากกว่า เช่น สามารถขับรถไปใช้

บริการทางการแพทย์ที่ต้องการ เดินทางไปซื้อของ อย่างเจาะจงตามความต้องการได้ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานะต่ำมักจะไม่ค่อยได้คิดที่จะเลือก จะทำอะไรก็ได้ เอาอะไรก็ได้ เพราะความสนใจส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ที่การแก้ปัญหาปากท้องพื้นฐาน จนไม่ได้สนใจกับเรื่องสุขภาพมากนัก ความต้องการด้านสุขภาพนั้นเป็นความต้องการขั้นหลัง เมื่อความต้องการพื้นฐานเรื่องปัจจัยสี่ได้รับการเติมเต็มแล้ว 2) เมื่อได้เลือกเขาก็จะสามารถเลือกได้ “หลายตัวเลือก” เช่น ไม่ว่าจะเป็นอาหารประเภทใด ถูกหรือแพงก็สามารถซื้อได้ เลือกที่อยู่อาศัยที่อยู่ในเขตปลอดภัยได้ เลือกสถานบริการทางการแพทย์ที่ต้องการได้ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานะต่ำ เมื่อได้เลือกมักจะถูกจำกัดตัวเลือก คือซื้อได้เฉพาะสิ่งที่มีความถูกหรือมีอยู่ใกล้ตัว สะดวก 3) เมื่อได้เลือก เขาก็จะ “มีความสามารถในการเลือก” มากกว่า เนื่องจากมีข้อมูลความรู้ที่ดีกว่า และมีความสนใจมากกว่า เมื่อความต้องการพื้นฐานมีอยู่ครบถ้วนแล้ว ก็จะมีความต้องการพัฒนาชีวิตในลำดับต่อไป

สถานะทางเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านกระบวนการทำงานของปัจจัยเฉพาะบุคคลและปัจจัยทางสังคม กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานะสูงจะมีโอกาสในการใช้ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลมากำหนดพฤติกรรมของตนมากกว่า และจะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีสถานะทางสังคมต่ำ อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลในกลุ่มนี้และพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ยังคงตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมเป็นสำคัญ⁽²⁵⁾

ตัวอย่างพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากสถานะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น การรักษาพยาบาลที่มีความแตกต่างชัดเจนระหว่างของผู้ที่มีสถานะสูงกับผู้ที่มีสถานะต่ำ ผู้ร่ำรวยมีโอกาสดูแลบริการจากภาคเอกชนที่มีแพทย์เฉพาะทางและเทคโนโลยีทันสมัยราคาแพง ส่วนผู้ยากจนต้องฝากชีวิตไว้กับสถาน

พยาบาลระดับสองที่แออัดไปด้วยผู้ป่วย ขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือแพทย์และเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว ผู้ที่มีสถานะต่ำ หรือฐานะยากจนกว่ามักจะเข้าถึงและได้รับการบริการยากกว่า อาจเพราะไม่มีเงินค่ารักษา ค่าเดินทาง หรือไม่สามารถสละเวลาทำงานหาเงินเพื่อไปรักษาได้ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานะสูงกว่าจะมีความสะดวกในการเข้ารับการรักษา ไม่ปล่อยให้โรคลุกลามไปมาก หรือแม้แต่สามารถเข้ารับการรักษาสุขภาพแม้ยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และรับการบริการเพื่อป้องกันโรคได้ ผู้ที่มีฐานะยากจนอาจไม่สามารถซื้อหาแปรงสีฟัน ยาสีฟันที่มีคุณภาพดี หรือแม้แต่หาน้ำสำหรับการแปรงฟันได้อย่างพอเพียง และอาจไม่ได้สนใจที่จะแปรงฟันและใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ในทางกลับกันผู้ที่มีฐานะดีกว่า ก็จะสามารถซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ตลอดจนไหมขัดฟัน น้ำยาบ้วนปากใช้ได้ และมักจะมีควมใส่ใจในการทำความสะอาดช่องปากมากกว่า นิสัยการบริโภคของผู้ที่ยากจนก็มักจะต้องคำนึงถึงราคาของอาหาร และการหาซื้อได้ง่าย ขนมที่บริโภคก็มักเป็นขนมที่ขายอยู่ทั่วไปตามท้องตลาด ที่ใช้ส่วนผสมราคาถูกและเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ความสนใจและความเป็นไปได้ที่จะเลือกหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์มาบริโภคก็จะน้อยกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะดีกว่า นอกจากจะมีความตระหนักในการเลือกบริโภคแล้ว ก็ยังมีกำลังทรัพย์มากกว่า มีรถยนต์ขับไปซื้อหาอาหารที่ต้องการได้

ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางสังคมและปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล

ปัจจัยต่างๆ ทั้งหลายที่มีผลต่อสุขภาพนั้น มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงต่อกันอย่างเป็นลำดับ (รูปภาพที่ 2) ปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ จัดเป็นปัจจัยปลายเหตุหรือปัจจัยระดับในสุดที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยระดับนอกอื่นๆ



รูปภาพที่ 1 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ

ซึ่งได้แก่ปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ค่านิยม กระแสสังคม ความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคม เป็นปัจจัยระดับกลางที่มีผลต่อตัวบุคคล ส่วนปัจจัยระดับนอกสุดหรือปัจจัยอันเป็นต้นเหตุที่ส่งผลไปยังสภาพ

สังคมและตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ของอุปโภคบริโภค น้ำดื่ม น้ำใช้ ตลอดจนสภาวะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ภาวะตกงาน ยากจน⁽²⁶⁾ ดังนั้นงานสุขศึกษาที่มุ่งแก้ไขเปลี่ยนแปลงเฉพาะปัจจัยตัวบุคคลจึงไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาว กลวิธีที่จะแก้ไขปัจจัยทางสังคม (social determinants) ทั้งทางด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมจึงจะต้องแตกต่างออกไปจากการดำเนินงานในรูปแบบเดิมๆ⁽²⁷⁾ และเป็นโจทย์ที่สำคัญและท้าทายยิ่งต่องานทันตสาธารณสุข การแก้ไขที่ปัจจัยทางสังคมจะส่งผลไปสู่ประชาชนโดยรวม จึงนับเป็นมาตรการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ต่อการแก้ปัญหาโรคที่มีความชุกสูง เช่น โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ มากกว่าการมุ่งแก้ไขที่ตัวบุคคลเป็นรายๆไป⁽²⁸⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Kay E. and Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*. 1998;15: 132-44
2. Schou L. and Locker D. Oral health: A review of the effectiveness of health education and health promotion. Landelijk Centrum GVO, Utrecht, 1994
3. Sprod A.J., Anderson R. and Treasure E.T. Effective oral health promotion: literature review. *Health Promotion Wales, Cardiff*, 1996, p 1-67
4. Watt R., Fuller S., Harnett R. Treasure E. and Stillman-Lowe C. Oral health promotion evaluation-time for development. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29: 161-166
5. Rosenstock I.M. The health belief model and prevention health behavior. *Health Educn Monogr*. 1974; 2: 354-86
6. Mullen P.D., Hersey J.C. and Iverson D.C. Health behavior models compared. *Soc Sci Med*. 1987; 24: 973-981
7. Kegeles S. Adolescents' health beliefs and acceptance of a novel preventive dental activity: a further note. *Soc Sci Med*. 1984; 19: 979-982
8. Hunt S. and McLeod M. Health and behavioural change: some lay perspectives. *Community Med*. 1987; 9: 68-76
9. Sheiham A. Improving oral health for all: focusing on determinants and conditions. *Health Educ J*. 2000; 59: 64-76

10. Mckinlay J. A case for focusing upstream: the political economy of health. In: Jaco E. ed. Patients, physicians and illness. Macmillan, Basingstoke, 1979, p 96-120
11. Backett K. Public health and private lives. In: Martin C.J., McQueen, D.V. ed. Readings for a new public health. Edinburge University Press, Edinburge, 1989, p 141-157
12. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. Soc Sci Med. 1995; 41: 1207-1216
13. Ajzen I. and Fishbein M. Understanding attitudes and predicting behavior. Prentice-Hall, New Jersey, 1980
14. Bandura A. Social learning theory. Prentice Hall, New Jersey, 1977
15. Graham H. Woman, health and the family. Wheatsheaf, Brighton, 1984, p 185-188
16. พัทธลักษ์ณ์ เกื้อนาคี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน: กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ว ทนต ขอนแก่น 2542; 2: 46-57
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บุหรี่. งดบุหรี่ในที่สาธารณะ. [cited 2006 Jun 15]. Available from: URL: <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=1069>
18. Milio N. Promoting Health through Public Policy. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1983
19. Locker D. An introduction to behavioural science and dentistry. Routledge, London, 1989
20. ศิริพรรณ เหลืองกระจ่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดนครนายก. ภาคนิพนธ์เพื่อพัฒนาบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพัฒนสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร, 2540
21. สูดตวงเกร็นพงษ์. มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภคน้ำตาลในกระบวนการสร้างเสริมทันตสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 4: 600-606
22. Malikaew P., Watt R.G., Sheiham A. Associations between school environments and childhood traumatic dental injuries. Oral Health Prev Dent. 2003; 1: 255-266
23. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บุหรี่. กฎหมายบุหรี่ที่ควรรู้. [cited 2006 Jun 15]. Available from: URL: <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=900>
24. Marmot M. and Wilkinson R.G. Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford, 2003.
25. Watt R. and Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J. 1999; 187: 6-12
26. Daly B., Watt R., Batchelor P. and Treasure E. Principles of oral health promotion. In: Essential Dental Public Health. Oxford University Press, New York, 2002, p 133-152
27. สูดตวงเกร็นพงษ์. มาตรการสร้างเสริมสุขภาพหลายรูปแบบตามมุมมองที่หลากหลายเรื่องสาเหตุของโรค. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. (In press)
28. Syme L. To prevent disease: the need for a new approach. In: Blane D., Brunner E. and Wilkinson R. ed. Health and social organization: toward a health policy for the 21st century. Routledge, London, 1996, p 21-31



Why is dental health education not effective?

Sudaduang Krisdapong* D.D.S., Ph.D.

Abstract

Dental health education is based on a belief on the power of individuals, to take control and improve their oral health behaviours. Thus, it focuses on the improvement of individual determinants such as knowledge and attitude as believes that this would finally lead to the improvement of behaviours. Unfortunately, oral health behaviours are not simply determined by individuals' own will, but complicatedly influenced by social factors such as culture, social values, social cohesion, environmental and economic conditions. These social determinants, where environment-related factors also have the influence on socio-cultural factors, gradually shape behaviours of people on societies. Understanding the social determinants of oral health behaviours would bring on oral health promotion strategies that possibly successfully improve people's oral health behaviours.



* Department of Community, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

ระบบบริการสุขภาพช่องปาก : สร้างนำซ่อม : 30 ปีแห่งการซ่อมมากกว่าสร้าง

การุณ เลี้ยวศรีสุข* วท.บ., ท.บ., M. P.H., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข), อ.ท.(ทันตกรรมทั่วไป)

กรอบแนวคิดหลักของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องนำไปใช้คือ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพนํารักษา หรือเรียกว่า **สร้างนำซ่อม**นั้น ในระบบบริการสุขภาพช่องปากได้ใช้กรอบแนวคิดนี้อย่างจริงจัง และมีหลักฐานยืนยัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุทันตภิบาลเพื่อลงปฏิบัติงานในสถานีนอามัยชั้น 1 ซึ่งเป็นการจัดการบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภออย่างแท้จริงเป็นครั้งแรกที่ยึดกรอบแนวคิดนี้ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลที่เน้นการสร้างทันตสุขภาพมากกว่าการให้การบำบัดรักษา เน้นกลุ่มนักเรียนเป็นหลักซึ่งเรียกว่า ทันตกรรมเพิ่มทวี (incremental dental care) ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกัน และการรักษาเป็นลำดับสุดท้าย

ต่อมาแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ก็เป็นการเน้นแนวคิด**สร้างนำซ่อม** ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการตามความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากออกเป็นเด็กวัยเรียนในชั้นประถมศึกษา, เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กชั้นมัธยมศึกษา, หญิงมีครรภ์และหญิงที่กำลังเลี้ยงดูบุตร, ผู้สูงอายุ และสุดท้ายคือประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังมีการกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อการทำหน้าที่ส่งเสริมและป้องกันเป็นงานหลัก รวมทั้งได้มีการบรรจุทันตแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีขนาด 30 เตียงขึ้นไปทุกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการบริการเพื่อการบำบัดและบรรเทาความเจ็บปวดเป็นอันดับแรก (เพื่อการมุ่งแก้ไขปัญหาหญาปากคอกของระบบบริการทันตกรรม ที่ประชาชนจะมารับการบริการเฉพาะเมื่อมีปัญหาเท่านั้น ดังหลักการของโครงการเจ็บฟันได้รักษาที่เสนอเมื่อปี 2545) โดยมีการกำหนดให้ครอบคลุมประชาชนในเขตเมืองร้อยละ 30 และในเขตชนบทร้อยละ 10

แม้ว่าแผนงานทันตสาธารณสุขที่กล่าวข้างต้น จะมีการกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นระบบตามเหตุผลความจำเป็นของประชาชนผู้ใช้บริการแล้วก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ก็ไม่เป็นตามเป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราความครอบคลุมเพียงน้อยกว่าร้อยละ 20 (ทพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณโนภาส 2541)

ดังนั้นแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525-2529) จึงได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) มาใช้โดยกำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 เป็นเป้าหมายสูงสุด ด้วยการนำมาตรการเพิ่มศักยภาพของประชาชนโดยการให้ความรู้พื้นฐาน

* ภาควิชาทันตกรรมโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้านสุขภาพช่องปากผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมกับ ปรับโครงสร้างให้มีทันตภิบาลในโรงพยาบาล อำเภอทุกแห่ง มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรม เช่น ถอนฟัน โยกคลอง การขูดหินน้ำลาย การอุดฟันด้วย วัสดุอุดชั่วคราว และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งจากการประเมินผลที่ทำเมื่อปี 2537 (ทำซ้ำ ไปเกือบ 10 ปี) พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายเพราะเจ้าหน้าที่ รู้สึกว่างานทันตสาธารณสุขนั้นยาก ละเอียดย่อน และใช้เวลานาน (โดยเฉพาะได้เงินน้อยกว่าการ ให้บริการทางการแพทย์ เช่น รายได้ของพวก เวชกรในโครงการลำปาง ส่วนข้อเสนอในการแก้ไข คือโครงการเพิ่มศักยภาพแม่บ้านให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากประจำบ้าน)

นอกจากการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ สามารถบริการทันตกรรมพื้นฐานแล้ว ยังมีการ กำหนดให้ทันตแพทย์ต้องเข้ารับราชการหลังสำเร็จ การศึกษาเป็นเวลา 3 ปีเพื่อแก้ไขปัญหาการกระจาย ทันตแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นไป โดยผลจากการกำหนดดังกล่าวทำให้มีทันตแพทย์ ครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนเกือบครบร้อยละ 100 ในปี 2543 แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ทันตแพทย์ เหล่านี้จะลาออกเกือบร้อยละ 50 เมื่อปฏิบัติงานครบ 3 ปี โดยทั้งหมดจะกลับมาปฏิบัติงานส่วนตัวในเขต เมืองใหญ่ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ มีอัตรามากกว่า ร้อยละ 80

ผลการปฏิบัติงาน เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 5 พบว่า ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักอันดับแรก สามารถจัดการบริการ ให้ครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาได้เพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น

ทำให้แผนงานทันตสาธารณสุขตาม แผนพัฒนา ฉบับที่ 6 ได้ปรับรูปแบบบริการจาก

ทันตกรรมเพิ่มทวีมาเป็นระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม ทันตสุขภาพที่เน้นให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วม มากขึ้นด้วยการดำเนินการดังกล่าวทำให้ทันตบุคลากร สามารถบริการทันตกรรมบำบัดในนักเรียนชั้น ประถมเพิ่มจากร้อยละ 4.7 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี 2532 (ระยะเวลานี้พบว่าทันตแพทย์ จะกระจายครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนกว่า ร้อยละ 60 แล้ว จากเดิมที่ต่ำกว่าร้อยละ 20) แต่ การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปของภาครัฐบาล สามารถจัดการบริการได้ครอบคลุมเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

ดังนั้นแผนงานทันตสาธารณสุขในแผน พัฒนา ฉบับที่ 7 (2535-2539) จึงได้กำหนด เป้าหมายให้มีการควบคุมโรค และขยายการบริการ ทันตกรรมที่มีคุณภาพแก่ประชาชนให้ได้ร้อยละ 10 โดยการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ และการจัด บริการทันตกรรมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนั้นยังได้จัดกลุ่มเป้าหมายใหม่โดยเพิ่มกลุ่มเด็ก ก่อนวัยเรียนเป็นกลุ่มหลักในลำดับความสำคัญเดียวกันกับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา

การพัฒนาคุณภาพในระดับล่างได้เน้นการ พัฒนาบริการทันตกรรมของสถานีอนามัย ให้มีขีด ความสามารถสูงขึ้น โดยการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานี อนามัยให้ขูดหินน้ำลายได้(เนื่องจากการประเมินผล ทำในปี 2537 ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จึงเห็นได้ว่าการ วางแผนที่ผ่านมาไม่ได้ใช้ข้อมูลที่ผ่านมาเพื่อการ วางแผน ทำให้ระบบบริการทันตกรรมไม่มีการต่อยอด)

ส่วนในระดับบนก็เน้นการพัฒนาทีมงาน ทันตกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์ฝึกอบรม เฉพาะทาง (Training center) พร้อมกับมีการขยาย อัตรากำลังทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วย ทันตแพทย์ และช่างทันตกรรมในสถานบริการทุกระดับ (แต่น่าเสียดายที่ไม่มีการพัฒนาโครงสร้าง

พื้นฐาน เพื่อรองรับอัตรากำลังที่ขยายเพิ่มให้เหมาะสมตามอัตราภาพ เช่น บ้านพัก สวัสดิการ อุปกรณ์เครื่องมือ ฯลฯ เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถที่จะรักษาให้กำลังคนเหล่านั้น อยู่ปฏิบัติงานในท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง)

นอกจากนั้นในช่วงปี 2535-2544 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยเพื่อทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลด่านแรกที่มีประสิทธิภาพให้การรักษายาบาลเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชน โดยสำหรับงานทันตกรรมได้กำหนดให้มีทันตภิบาล 1 คนในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปากในระดับสถานีอนามัย เป็นผลให้มีทันตภิบาลในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น 705 แห่ง ใน 9738 แห่งในปี 2544 (เป็นที่น่าเสียดายที่การกำหนดให้ทันตภิบาลไปอยู่ในสถานีอนามัยนั้น มีการกำหนดหน้าที่ไม่สอดคล้องกับหลักการที่ใช้การรักษาเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชน ซึ่งที่ถูกต้อง ควรจะต้องเป็นทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมสาขาทันตกรรมทั่วไป หรือทันตกรรมครอบครัว จึงจะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ตามหลักการที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง)

ข้อบ่งชี้ : ความจริงที่ดูจากผลงาน

ความสามารถในการให้บริการทันตกรรม โดยกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาในปี 2542 พบว่าสามารถให้บริการครอบคลุมประชาชนได้ประมาณร้อยละ 10 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2542) ในขณะที่การศึกษาของศิริแพทย์ อรุณประพันธ์ เมื่อปี 2545 พบว่าสามารถครอบคลุมประชาชนเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงประเภทของบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีแต่

ทันตแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้บริการพบว่าสัดส่วนการบริการสูงสุดกว่าหนึ่งในสามหรือร้อยละ 36.34 เป็นการถอนฟันอย่างง่าย โดยร้อยละ 71.2 ของการบริการในระดับนี้จะประกอบด้วยการบริการอย่างง่าย ได้แก่ การถอนฟันอย่างง่าย, การอุดฟันหนึ่งด้าน, การขูดหินน้ำลาย และทันตกรรมป้องกัน (งานทันตสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543)

ในขณะที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนจากการศึกษา เมื่อปี 2541-2542 พบว่าการบริการที่มากที่สุดคือ การถอนฟัน ร้อยละ 47.7 การอุดฟัน ร้อยละ 19.6 การผ่าฟันคุด และงานศัลยกรรมปาก ร้อยละ 13.1 การขูดหินน้ำลาย ร้อยละ 12.5 การเคลือบร่องฟัน ร้อยละ 6.5 งานรักษารากฟันและการใส่ฟันปลอม ประมาณร้อยละ 1.1 เท่านั้น (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ 2544)

สำหรับสถานการณ์การให้บริการทันตกรรม โดยทันตภิบาลประจำสถานีอนามัยนั้นพบว่า การถอนฟันเป็นการบริการที่มีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 50.1 ส่วนการขูดหินน้ำลาย และอุดฟันประมาณร้อยละ 36.4 การเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น หากคิดเป็นสัดส่วนเวลาเพื่อการส่งเสริมป้องกันจะมีเพียงร้อยละ 24.6 ของเวลาทั้งหมด โดยผลดังกล่าวจะสอดคล้องกับการศึกษาประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาล ในปี 2539 โดยสุนีวงศ์คงคาเทพ และคณะ จึงเป็นการยืนยันว่าการบริการทันตกรรม ตามแผนพัฒนาที่ผ่านมา เป็นการซ่อมสุขภาพที่ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงตามเป้าหมายมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดไว้แต่แรกเริ่มเมื่อกว่า 30 ปีที่แล้วมาด้วย

สิ่งที่สะท้อนภาพความล้มเหลวของระบบบริการทันตสุขภาพ ที่ไม่สามารถให้เกิดการสร้างนำซ่อมได้ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดคือ วิกฤตกรรมของประชาชนที่ปรากฏออกมาในสถานการณ์ของ

กลุ่มอายุ	ร้อยละการเป็นโรคฟันผุ	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ก่อน อุด ต่อคน
เด็กอายุ 3 ปี	เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.7	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 3.6 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 5-6 ปี	มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 87.4	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 5.9 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 12 ปี	ฟันแท้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 57.3	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 1.6 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 15 ปี	ฟันแท้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 62.1	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 2.1 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 35-44 ปี	เป็นโรคฟันผุและ/ หรือสูญเสียฟันร้อยละ 85.6	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 6.1 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 60-74 ปี	เป็นโรคฟันผุและ/ หรือสูญเสียฟันร้อยละ 95.6	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 14.37 ซี่ต่อคน

โรคในช่องปาก ตามกลุ่มอายุต่างๆ ดังตารางต่อไปนี้
ส่วนสภาวะปริทันต์ของประชาชนนั้น จะพบว่าประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาเหงือกอักเสบเป็นส่วนใหญ่ที่มีเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ในขณะที่กลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไปจะพบโรคปริทันต์ร้อยละ 37.3 และผู้สูงอายุจะพบโรคปริทันต์ร้อยละ 61.6 นอกจากนี้การสูญเสียฟันจะพบว่ากลุ่มอายุ 35-44 และ 60-74 ปี จะมีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 3.5 และ 12.2 ซี่ ตามลำดับ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2545)

ข้อบ่งชี้ : เหตุผลจากมุมมองภาคประชาชน

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประชาชนกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางสังคม เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มชาวเขา กลุ่มคนในชุมชนแออัด ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ที่มีปัญหาทางทันตกรรมและจะมารับการบริการทันตกรรมในลักษณะเพื่อการรักษาโรคหรือการซ่อมมากกว่าการสร้างสุขภาพ จึงเป็นคำอธิบายที่ดีที่จะสะท้อนให้เห็นภาพพร้อมกับเหตุผลที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเหล่านี้ มุ่งเน้นการมารับการบริการแบบการซ่อมสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพดังต่อไปนี้ (ศุภลักษณ์ เลิศมนรัตน)

1. ทักษะของประชาชนในเรื่องเกี่ยวกับ

ปัญหาสุขภาพ ประชาชนมีทัศนคติเรื่องสุขภาพคือ “ความปกติ ทำงานได้ นอนได้ กินได้ ไปเที่ยวได้” หรือ “ไม่เจ็บไม่ป่วย อยู่ในสังคมได้ ไปเรียนได้ ไปเจอเพื่อนได้” ขณะที่เมื่อถามถึงปัญหาทันตสุขภาพ คำตอบคือ “ถ้ายังกินได้นอนได้ก็ถือว่าไม่เป็นปัญหา” “เรื่องฟันไม่ใช่ปัญหาใหญ่เพราะไม่ถึงตาย ถ้าเห็นว่าโรคฟันทำให้ถึงตายถึงคิดว่ามีปัญหา” หรือ “ปัญหาช่องปากและฟันเป็นปัญหารองเพราะปัญหาสำคัญมันเป็นเรื่องปัญหาความยากจน ปัญหาปากท้อง รองลงมาก็เป็นเรื่องปัญหาครอบครัว”

ด้วยเหตุที่ว่าพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อหรือทัศนคติในตัวเองผู้นั้น ทำให้สามารถอธิบาย ปรากฏการณ์การให้บริการทางทันตกรรมของประชาชนที่จะมาขอรับการบริการ เพื่อการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว โดยไม่ให้ความสนใจกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเลย ดังสถานการณ์การขอรับบริการของประชาชนในสถานบริการของรัฐบาลเกือบทุกแห่ง ที่การบริการส่วนใหญ่จะเป็นการ ถอนฟัน อุดฟันและขูดหินน้ำลายเท่านั้น

หากลองคำนวณเวลาในการให้บริการเฉลี่ยคนละ 30 นาที ในการให้บริการของทันตแพทย์ 8 ชั่วโมงต่อวันทำงาน 22 วันต่อเดือน จะเห็นว่าทันตแพทย์ 1 คน ให้บริการได้ประมาณ 4,500 คนต่อปี สำหรับการให้บริการด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าหากนโยบายของรัฐบาล

กำหนดให้ทำงานสร้างนำซ่อม ดังที่เป็นอยู่ในเวลานี้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ก็จะทำให้ประชาชนจะได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลไปกว่าที่กำหนดอีก และผลก็เป็นอย่างที่ว่าประชาชนในชนบทที่เคยได้รับการบริการต่างบ่นให้ฟังถึงปัญหาการบริการทางทันตกรรมจากสถานบริการของรัฐบาล ว่าไม่ได้รับความสะดวก รอนานเพราะหมอมีน้อยแต่คนไข้ที่รอทำฟันมีมาก ทำให้กลุ่มคนที่หาเข้ากินค่าไม่สามารถไปรอรับบริการได้

2. ประชาชนมีความเชื่อว่าสุขภาพ คือเรื่องเฉพาะแค่ร่างกายที่แข็งแรง โดยมีโรงพยาบาลและหมอเป็นที่พึ่งในการทำให้อวัยวะที่เจ็บป่วยกลับสู่สภาวะแห่งสุขภาพอีกครั้ง ทั้งที่ตามความเป็นจริงสุขภาพนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของหมอ และคนไข้เองหรือครอบครัวของคนไข้ ในการทำให้ร่างกายที่เจ็บป่วยกลับสู่สภาวะสุขภาพได้ นอกจากนี้แล้วการที่ประชาชนมีการรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นเท่ากับเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของระบบการบริการทันตสุขภาพที่ไม่สามารถทำให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีความเชื่อมั่นในศักยภาพและภูมิปัญญาที่มีอยู่ในสังคมเพื่อการดูแลตนเองอย่างแท้จริง

3. ประชาชนยอมรับสภาพความไม่เท่าเทียมจากการบริการ และอยากที่จะดูแลตัวเองแต่ขาดการสนับสนุนในด้านองค์ความรู้ด้านการดูแลตัวเองที่เหมาะสมและทันกับความต้องการ ดังความเห็นของประชาชนที่สะท้อนถึงระบบบริการทันตกรรมของรัฐบาล “บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ทางก็เป็นเขาชันหน้าฝนยิ่งลำบาก รถโดยสารก็มีวันละเที่ยว ไม่พอดังจริง ๆ ถ้าไม่ไปหาหมอให้ถอนหรือไปแล้วก็ไปรออีก รอแล้วไม่ได้ทำ ได้แต่ยามากิน ไม่มีใครอยากปวดฟันหรือกรอฟันเข้าเย็นก็แปร่งแล้ว ฟันก็ยังผุ อยากให้หมอมายกมาสอน

หมอยาว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร เพราะไม่อยากไปหาหมอเลยมันลำบากอยากดูแลตัวเองให้ไม่เจ็บไม่ป่วย ก็ทำดีที่สุดแล้วก็ยังฟันเสีย” จากข้อความข้างต้นจะสะท้อนปัญหาของประชาชนที่เป็นองค์รวมของความพยายามในการที่จะช่วยตัวเองของประชาชนอย่างชัดเจนว่าประชาชนนั้นมีความต้องการเรื่องการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาที่ต้องพึ่งพาหมอ แต่ในฐานะของผู้จัดการบริการกลับไม่มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ วิถีชีวิต ประเพณี ตามแนวคิดการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people's center care) ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงสภาวะสุขภาพอย่างยั่งยืน นอกจากนั้นยังไม่รู้จักเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส ดีหลักเมื่อร้อน ด้วยการสอนในเรื่องที่เขาต้องการ โดยมุ่งแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ (Upstream approach)

สร้างนำซ่อม : โรงเรียนทันตแพทย์เพียงซีไท้ดู พุดคำทำ แต่ไม่ทำก็เก็บ

การศึกษาถึงทักษะความสามารถของทันตแพทย์ที่จบจากโรงเรียนทันตแพทย์ในประเทศไทย จากหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ของโรงเรียนทันตแพทย์ในประเทศไทย จะพบว่าทักษะความสามารถของทันตแพทย์จะไม่สอดคล้องกับภารกิจที่กำหนดไว้ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการทันตกรรมของรัฐบาลที่สำคัญที่สุดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นอกจากนั้นยังพบว่าทักษะความสามารถของทันตแพทย์ที่จบจากโรงเรียนต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน (สุทธิ สุขสุเดช)

นอกจากนี้สภาพสังคมในยุคปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีในด้านต่างๆ ไปอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างชัดเจน และผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ ต่อ

สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนจะเปลี่ยนไป เป็นอย่างมาก เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีด้านอาหารที่ได้มีการพัฒนาอาหารในรูปแบบต่างๆที่สามารถบริโภคได้ทันที โดยไม่ต้องมีการประกอบอาหารและสามารถเก็บไว้ได้นานโดยไม่ต้องแช่เย็น หรือมีระบบบริการอาหารแบบส่งถึงบ้านตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งหากย้อนมาดูการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแล้ว จะเห็นว่ายังไม่มีหน่วยงานใดเลยที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้โดยจะดูได้จากมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบันยังคงเป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพแบบสูตรสำเร็จตามแบบที่ถูกสอนมาจากโรงเรียน คือ แปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน อมฟลูออไรด์ เคลือบร่องฟัน และการเฝ้าระวังโรคเท่านั้น ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่มองได้จากความเห็นของประชาชนดังต่อไปนี้ “จริงๆ ที่เด็กฟันผุนั้น หมอน่าจะสอนตั้งแต่แม่ตั้งท้องนะว่าให้ดูแลตัวเองอย่างไร ให้รู้ตั้งแต่ต้นเลย จะได้ดูแลลูกได้ถูก เวลาเด็กเกิดมาก็จะมาตามดูตามสอนตั้งแต่ต้นเลย ว่าต้องแปรงฟันอย่างนั้นนะ อย่าให้กินขนมอย่างนั้นนะ ถ้าทำได้อย่างนี้ฟัน เด็กจะได้ไม่ผุ” เสี่ยงจากคุณพ่อของลูกวัยหนึ่งขวบ

สิ่งที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่งคือ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการส่งเสริมป้องกันที่ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา ทำให้เทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาวะการเกิดโรคในประชาชนที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีที่ใช้อยู่ เช่น เรื่องฟลูออไรด์ หรือการเคลือบร่องฟัน ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับและดำเนินการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะที่โรงเรียนทันตแพทย์แต่ละแห่งก็ยังมีเชื่อและการยอมรับที่แตกต่างกัน โรงเรียนทันตแพทย์เกือบทั้งหมดก็ยังไม่มีการพัฒนาเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาเรื่องการมาขอรับบริการเมื่อปวดจนทนไม่ได้เท่านั้น ให้เป็นการมารับการรักษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการของสร้างนำซ่อม ให้เป็นรูปธรรมที่นักเรียน

ทันตแพทย์ได้เห็นจริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในปัจจุบันได้ ดังนั้นจึงพอจะพูดได้ว่าเมื่อตอนเรียนก็ไม่ได้เรียน เมื่อจบเป็นทันตแพทย์ที่ออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทันตแพทย์เพียงแห่งละ 1-2 คน ก็จะต้องจมอยู่กับปัญหาเดิมๆ คือ ซ่อมมากกว่าสร้าง ได้แก่ การถอน อุด และขูดหินน้ำลาย ก็จะหมดเวลาในการทำงานแล้ว นานวันเข้าเมื่อหมดสัญญาการปฏิบัติงานใช้ทุนก็พากันมุ่งสู่กรุงเทพฯ หรือ เมืองใหญ่ๆ ปลอมให้ประชาชนต้องช่วยตัวเองตามมีตามเกิด และโยนความผิดให้กับโชคชะตาต่อไป

สร้างนำซ่อม : เริ่มจากมีผู้นำมองไกล ใจกว้าง และใฝ่สูง

ตลอดเวลาการดำเนินการตามแผนงานบริการทันตกรรมที่ผ่านมา ไม่เคยมีการประกาศว่า ผู้นำอย่างเป็นทางการนั้นเป็นใคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำในด้านแผนงานสร้างเสริมทันตสุขภาพ ตามแนวคิดสร้างนำซ่อมนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 มา ก็เป็นเหมือนนางผกาของฝ่ายทันตสาธารณสุข ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่บางแห่งก็พยายามจะพัฒนาฝ่ายให้มีความสามารถในการบำบัดรักษา แข่งขันกับโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากความที่ไม่ทราบวาทพาทหน้าของตนเองนั้นมีหน้าที่เช่นใด บางแห่งก็พยายามทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพไปอย่างเต็มที่ จนพอจะพูดได้ว่าเป็นต้นแบบได้ แต่พอมีการปรับเปลี่ยนผู้นำโดยเฉพาะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ด้วยเหตุที่นโยบายที่ไม่ชัดเจน และเป็นนโยบายรายวัน จึงมีผลต่อการดำเนินงานของฝ่ายทันตสาธารณสุขอย่างมาก ที่ทำให้การพัฒนาการสร้างเสริมทันตสุขภาพไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร ดังเช่นที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้

และด้วยผลที่เกิดดังกล่าวนี้เอง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขในยุคปฏิรูประบอบราชการ ได้ยุบฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง

หมด ทำให้ปัจจุบันจะไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลการบริการสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัดอีกต่อไป ดังนั้นทันตแพทยสภาในฐานะที่เป็นตัวแทนของทันตแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมายเพียงสถาบันเดียวในเวลานี้ ก็คงจะปฏิเสธความรับผิดชอบในเรื่องนี้ไม่ได้

การดำเนินการนั้นไม่น่าจะเป็นเรื่องยากเย็นอะไรเลย เพราะในจำนวนสมาชิกกว่า 7,000 คน ของทันตแพทยสภานั้น มีสมาชิกที่มีความหลากหลายในสาขาวิชาต่างๆ ทั้งด้านบริหารจัดการ ด้านกฎหมาย ด้านการวางแผน และประเมินผล ฯลฯ ขอเพียงแต่มีผู้นำที่ใจกว้างยอมรับฟังความเห็นที่แตกต่างไปจากตัวเอง โดยนำเอาความต่างมาสร้างความเป็นหนึ่งเดียวกันของวิชาชีพ (Unity in diversity) เพื่อมุ่งการสร้างควมมีทันตสุขภาพแก่ประชาชนตามแนวคิดสร้างนำซ่อม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนสืบไป

การดำเนินงานระบบบริการทันตกรรมตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา มีจุดอ่อนที่สำคัญคือความต่อเนื่องจากการบริหารจัดการระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุม ติดตามการดำเนินงาน และการประเมินผลของระบบ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนอย่างเป็นระบบ เป็นเหตุเป็นผล อันเป็นที่มาของการมีแผนงานที่ต่อเนื่องกันอย่างแท้จริง สาเหตุที่สำคัญน่าจะอยู่ที่การขาดผู้นำที่ทำหน้าที่รับผิดชอบระบบการบริการทันตกรรมของประเทศอย่างเป็นทางการ และเป็นที่ยอมรับของทันตแพทย์ ทำให้การทำงานของบุคลากรทางทันตกรรมไม่มีการประสานงานกันอย่างเหมาะสม การทำงานจึงเป็นแบบต่างคนต่างทำ เพื่อเป้าหมายของแต่ละคนงานมีการซ้ำซ้อนเพราะขาดเป้าหมายระดับชาติหรือการขาดนโยบายสาธารณะด้านทันตกรรม (Public dental health policy) การดำเนินงานขาดการดำเนินงานแบบต่อยอด แต่เป็นการดำเนินการ

แบบเริ่มต้นจากศูนย์ในทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนคนใหม่ในระดับนโยบาย แม้ว่าเพียงการเปลี่ยนชื่อหรือคำขวัญแต่กรอบแนวคิดยังคงเดิม ระบบบริการทันตกรรมก็มีผลเกือบทุกครั้ง ดังที่กล่าวข้างต้นในเรื่อง กรอบแนวคิด และนโยบายตามแผนพัฒนาฉบับต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะระบบบริการทันตกรรมนั้น ขาดผู้นำที่จะทำหน้าที่อันสำคัญในการเป็นผู้ต่อรองในระดับนโยบาย (Policy negotiator) เป็นผลให้ปัจจัยภายนอกมีผลกระทบต่อระบบการบริการทันตกรรมที่รุนแรง เปรียบเสมือนน้ำหลากจากภูเขาที่ไม่มีต้นไม้มันช่วยบรรเทากำลังน้ำ ผลที่เกิดขึ้นคือประชาชนต้องรับกรรม คือ การไม่ได้รับความเป็นธรรม และความเสมอภาคในการขอรับบริการทันตกรรมของรัฐบาล ดังเช่นที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้

เอกสารอ้างอิง

เอกสารประกอบการประชุมระดมสมอง
“การวิเคราะห์ระบบทันตกรรมในประเทศไทย ”
วันศุกร์ที่ 29 สิงหาคม 2546 ณ ห้องประชุม
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะทำงาน Issues
paper ระบบทันตกรรม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2546

