

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-2 มกราคม-ธันวาคม 2547

VOL.9 NO.1-2 JAN - DEC 2004

บทวิพากษ์

- อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546
- การศึกษากระบวนการดำเนินงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า
- รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กไทยอายุ 3 ปี พ.ศ.2547
- การศึกษาการเกิดโรคฟันผุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-12 ปี
- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุโขทัย
- ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติที่มีระดับฟลูออไรด์สูงเกินระดับที่เหมาะสม
- การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

บทความปริทัศน์

- สภาวะสังคมไทยและภาพคนไทยปี พ.ศ.2563
- ลาก่อนขวดนม...เข้าไปโรคภัยตามมา
- อุบัติการณ์ของการเกิดฟันกร่อนในผู้ว่ายน้ำและการป้องกัน

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - ธันวาคม 2547 VOL.9 NO.1-2 JAN - DEC 2004

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยทันตสาธารณสุข
(ว. ทนต.สธ)**

เจ้าของ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร.590-4209 โทรสาร 590-4203

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย (สายส่งเสริมสุขภาพ)
ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงเวรดี ต่อประดิษฐ์

ฝ่ายจัดการ

กัญญลักษณ์ ศักกรากร สุรางค์ เชษฐพฤษณี
ดำรงค์ ฉั่วภักดี

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

พิมพ์ - จัดรูปเล่ม

บริษัทไซเบอร์เพรส จำกัด

บรรณาธิการ

เพ็ญทิพย์ จิตต์จ้านงค์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นนทลี วีระชัย
นนทินี ตั้งเจริญดี

กองบรรณาธิการ

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์
จันทนา อึ้งชูศักดิ์
มัลลิกา ตันกุลเวศม์
วราภรณ์ จิระพงษา
พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ
สุพรรณณี ศรีวิริยกุล
วิกุล วิศาลเสสถ์
ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลากยিং
สุนี ผลดีเยี่ยม
สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา
บุบผา ไตรโรจน์
สุปราณี ดาโลดม
วรางคณา เวชวิธิ
เมธินี คุปพิทยานันท์

**THAILAND JOURNAL OF DENTAL
PUBLIC HEALTH (Th. J. DPH.)**

OWNER

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

OFFICE

Dental Health Division, Department of Health,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Tel. 662-5904209, FAX 5904203

ADVISORY BOARD

Director General, Department of Health
Deputy Director General, Department of Health
Dr. Twisuk Punpeng
Dr. Somnuk Chanduaykit
Dr. Rawadee Taupradist

MANAGER

Kunyaluk Sakrangkool Surang Chettaprin
Damrong Chuapakdee

PUBLISHED

Semi - annual

PUBLISHER - ARTWORK

CYBER PRESS CO.,LTD.

EDITOR

Penthip Chitchumnong

ASSISTANT EDITORS

Nontalee Verachai
Nontinee Tangcharoendee

EDITORIAL BOARDS

Siripen Arunpraphan
Chantana Ungchusak
Mallika Tuntoolvest
Waraporn Jirapongsa
Puangtong Pukrittayakamee
Supanee Sriviriyakul
Wikul Visalseth
Piyada Prasertsom
Phenkhae Lapying
Sunee Pholdeeyiam
Surat Mongkolnchai-arunya
Bubpa Triroj
Supranee Dalodom
Warangkana Vejvitee
Matinee Kupitayanant

วารสารทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - ธันวาคม 2547

บทความวิชาการ

	หน้า
<input type="checkbox"/> อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย พ.ศ. 2546 สุนี วงศ์คงคาเทพ	7
<input type="checkbox"/> การศึกษา กระบวนการดำเนินงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า พ.ศ.2547 บุบผา ไตรโรจน์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศรีสุดา ลีละศิธร, สุภาวดี พรหมมา, สุรางค์ เชษฐพฤษณี	21
<input type="checkbox"/> รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กไทยอายุ 3 ปี พ.ศ.2547 เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์, สุรางค์ เชษฐพฤษณี, ศรีสุดา ลีละศิธร	34
<input type="checkbox"/> การศึกษาการเกิดโรคฟันผุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-12 ปี น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง	47
<input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุโขทัย ก้องเกียรติ เดิมเกษมศานต์, พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล, รุจิรา ชีระรังสิกุล	60
<input type="checkbox"/> ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติที่มีระดับฟลูออไรด์สูงเกินระดับที่เหมาะสม ปิยะดา ประเสริฐสม, อังศนา ฤทธิ์อยู่, โกวิท เรียบเรียง	70
<input type="checkbox"/> การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์, สมจินต์ จินดาวิจักษณ์, กัญทวารณ ชัยเชื้อ, นิวัตี เพียรไทย และคณะ	78

บทความปริทัศน์

<input type="checkbox"/> สภาวะสังคมไทยและภาพคนไทยปี พ.ศ.2563 ดาวเรือง แก้วขันดี, สุนี ผลดีเยี่ยม, พวงทอง ผู้กฤตยาคามี	88
<input type="checkbox"/> ลาก่อนขวดนม...เข้าไปโรคภัยตามมา ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร	99
<input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ของการเกิดฟันกร่อนในผู้ว่ายน้ำและการป้องกัน จันทนา อึ้งชูศักดิ์	103

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารกับตลาธารนสุข

วารสาร ยินดีรับบทความวิชาการ ทางทันตสาธารณสุขและวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่รายงานผลการวิจัย และรายงานผู้ป่วยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่อง ตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา วิจัย วิเคราะห์ผล บทสรุป คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ A4

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่ามาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่ง 3 ชุด ที่บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการ และควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

1. พิมพ์เรื่องอย่างชัดเจน โดยมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง (double space) ใช้กระดาษพิมพ์สันให้พิมพ์หน้าเดียวโดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด ใส่เลขหน้าอยู่ทางมุมขวาบน และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette

2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า รวมรูปภาพและตารางด้วย

3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในบทความ ใส่หมายเลขของภาพ ชื่อผู้เขียน ตลอดจนเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ โดยเขียนด้วยดินสอเบาๆ ไว้ด้านหลังของแต่ละภาพ ส่วนคำบรรยายของแต่ละภาพต้องพิมพ์โดยเรียงลำดับและแยกแผ่นจากเนื้อเรื่อง ในกรณีที่ภาพเป็นรูปกราฟให้เขียนลงในกระดาษมัน (glossy paper) คำบรรยายแกนตั้ง (ordinate) และแกนนอน (abscissa) ของแต่ละกราฟต้องมีไว้ชัดเจนโดยใช้ภาษาอังกฤษ

4. ตาราง (Tables) ทุกๆ ตารางจะต้องมีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ให้พิมพ์ตารางแยกไว้ต่างหากโดยพิมพ์ 1 ตารางต่อ 1 หน้า ในแต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (footnote) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนยัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วนในแต่ละตารางโดยใช้ภาษาอังกฤษ

5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย

6. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องเป็นดังนี้

7.1 **ชื่อเรื่อง** ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ ซึ่งไม่ควรยาวเกินไป และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ

7.2 **ชื่อผู้เขียน** ให้มีภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ วุฒิการศึกษาและสถาบันที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มีหลายคนให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัยหรือค้นคว้า

7.3 **เนื้อเรื่อง** ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วนหรือภาษาอังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้นให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้วก็ให้ใช้คำนั้นในการอธิบาย เนื้อหาของเรื่องแบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้นๆ ที่กล่าวถึงวิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อๆ แต่ให้ได้ใจความ บทคัดย่อ จะต้องไม่มีข้อสรุปจากการวิจารณ์ (Discussion) บทคัดย่อต้องไม่เป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยต้องมีคำสำคัญด้วย (เป็น keyword ในภาษาอังกฤษ)

บทนำ (Introduction) บทนำบอกถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงสถานภาพของความรู้ในตอนเริ่มวิจัย มีการปริทัศน์ (Review) เอกสารชิ้นใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังทำการวิจัย เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของงานที่เสนอในบทความนี้กับความรู้เดิมเท่าที่ทราบกันอยู่ บทนำควรบอกวัตถุประสงค์ ขอบเขต และวิธีการดำเนินการวิจัย โดยเขียนให้อ่านเข้าใจง่ายและไม่ยาวจนเกินไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods) กล่าวถึงวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งสารเคมีต่างๆ วิธีดำเนินการทดลองอย่างชัดเจน (การสังเกตหรือการกระทำอื่นๆ ที่ทำให้ได้ข้อมูลมา) ที่จะสามารถทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติเองตามได้หากต้องการ

ผลการศึกษา (Results) ประกอบด้วยผลการทดลอง ซึ่งอาจจะบรรยายด้วยตาราง แผนภูมิ ภาพหรือรูปต่างๆ ที่แสดงและรวบรวมผลการทดลองเอาไว้ ตารางหรือแผนภูมิต่างๆ ที่ใช้ต้องชัดเจน จัดทำแยกต่างหากดังที่กล่าวไว้ในข้อ 3 และ 4 ของการเตรียมบทความ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินผลการทดลองและค้นพบโดยผู้เขียนจะเปรียบเทียบผลการทดลองที่ตนค้นพบกับผลการทดลองที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะข้อดีข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือต่อเนื่องต่อไปได้ด้วย

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของงานวิจัยและข้อสรุปการวิจารณ์

7.4 **คำขอบคุณ (Acknowledgement)** เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์กรหน่วยงานหรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

7.5 **เอกสารอ้างอิง (References)** เป็นการรวบรวมชื่อเอกสารต่างๆ ที่ผู้เขียนได้อ่านเองและนำมาใช้อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง หากตอนใดที่ผู้เขียนมิได้อ่านเองโดยตรง แต่นำข้อความมาใช้ในการอ้างอิงด้วย ต้องแจ้งให้ชัดเจนว่า ผู้ใดอ้างไว้ รวมทั้งแหล่งที่มาของเอกสาร วิธีการเขียนใช้ระบบ Vancouver ส่วนการย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus

7.5.1 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้เขียน (ทั้งหมด) (ถ้าเป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อตัวแล้วตามด้วยนามสกุล), ชื่อเต็มของเรื่อง, ชื่อย่อของวารสาร, ปีที่ตีพิมพ์ หมายเลขเล่มของปีที่พิมพ์ (Volume), หมายเลขหน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายของเรื่อง (วารสารภาษาไทยให้ใช้ปีที่พุทธศักราช) ถ้าผู้เขียนมากกว่า 6 คนใส่ชื่อ 6 คนตามด้วย et al (และคณะ)

1. Wyoff, S.J. Morris, M.E, and Newbrun, E. The effect of mouthrinse containing calcium glycerophosphate on the chemical composition and development of plaque in humans. J. dent. Res. 1980; 59: 23-28

2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ การตรวจร่องสีโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536; 51: 39-43

7.5.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ระดับของวิทยานิพนธ์, ภาควิชาที่ทำวิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัย, ประเทศ, และปีที่วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

Thiradilok, S. Effects of fluoride, bicarbonate and magnesium ions on the acid resistance of recrystallized and remineralized surfaces of enamel. Ph.D. Dissertation of Alabama : University of Alabama in Birmingham, Dec.1977

7.5.3 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากหนังสือ

ก. ชื่อผู้แต่ง (ทั้งหมด), ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์ (edition), เล่มที่พิมพ์ (Vol.1 หรือ 11...) หากมี, สำนักพิมพ์, เมือง, ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

1. Richard, E.B., Victon, C.V. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed., Philadelphia : W.B. Saunders, 1987, p 93-95

2. ศิริกุล อิศรานุกฤษ และคณะ : รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมการพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2543

ข. หนังสือที่แยกผู้เขียนเฉพาะบท : ชื่อผู้เขียนบทที่อ้างอิง, ชื่อเรื่องของบทนั้น, ชื่อบรรณาธิการ (ทั้งหมด), ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์ (edition), เล่มที่พิมพ์ (Vol. 1 หรือ 11....) หากมี, สำนักพิมพ์, เมือง, ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

7.5.4 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียนจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียน (หากมี), ชื่อเรื่องของรายงานฉบับนั้น, ชื่อรายงาน, ปีที่พิมพ์

Fluoride and Human Health. WHO Monograph, series no.59, 1970.

7.5.5 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากเรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้เสนอรายงาน, ชื่อเรื่องที่เสนอต่อที่ประชุม, ชื่อหัวข้อของการประชุมนั้น, วันเดือนปีที่จัดประชุม, สถานที่จัดการประชุม

Royce, J.C. Finches of Du Page County. Paper road at 2 nd Annual Conference on practical bird - watching. 24-26 May 1986, at Midland University, Flat Praivie, Illinois.

อัตราการใช้บริการทันตกรรม ของประชาชนไทย พ.ศ.2546

ศุภี วงศ์คงคาเทพ * ท.บ., ศ.ม., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษา 1) อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเปรียบเทียบกับก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 จำแนกตามปัจจัยกลุ่มอายุ พื้นที่ และ ประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม การสำรวจดังกล่าวเลือกตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Sampling และ สัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 26,520 ครัวเรือน รวมทั้งสิ้น 68,433 ตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 95.5 ในปี 2546 อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 เท่ากับร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่ใช้บริการสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 6 -14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมสูงที่สุดร้อยละ 12.9 เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/คน/ปี ภาคกลางมีอัตราการได้รับบริการต่ำที่สุด(ร้อยละ 9.2 ; เฉลี่ย 1.6 ครั้ง/คน/ปี) และ กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิประกันบริษัทเอกชนและสิทธิข้าราชการมีอัตราการให้บริการสูงสุตร้อยละ 18.2 และ ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลรัฐ(รพศ./รพท. /รพช.) และ สถานีอนามัย รวมทั้งหมตร้อยละ 55.5 โดยใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดร้อยละ 42.4 การศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถแจกแจงรายละเอียดพฤติกรรมการรักษาทันตกรรม ตามประเภท ระดับ ของการบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

คำสำคัญ : อัตราการให้บริการทันตกรรม หลักประกันสุขภาพ

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการจัดเก็บข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 เพื่อใช้ประเมินสถานะทางสุขภาพของประชากรไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงของสวัสดิการรักษายาบาลของประชากรไทย เมื่อรัฐบาลได้ประกาศ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เรียกกันว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ คือการให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (Needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูง เป็นกับทุกกลุ่มอายุ และประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ไปในทิศทางสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง การจัดให้มีการเข้าถึงบริการจึงต้องคำนึงและมีการวิเคราะห์แยกแยะตามชนิดบริการ ตามกลุ่มประชากร (ฐานะ พื้นที่) ตามความต้องการ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และประเด็นความยากจนที่เชื่อว่าเป็นบ่อเกิดของความไม่เสมอภาคและนำไปสู่ความไม่เป็นธรรม¹

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพไทย ปัจจุบันจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ คือ

1) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว และผู้มีสิทธิจ่ายเพิ่ม 30 บาทต่อครั้ง ในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่กำหนดประกอบด้วย

ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เคลือบฟลูออไรด์ ตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน โดยใช้บริการกับสถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาที่มีสิทธิลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า

2) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม โดยกองทุนประกันสังคมได้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในลักษณะจ่ายคืนผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ 400 บาท สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ประกอบด้วย อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย สามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้ทุกแห่ง

3) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ เป็นการรักษาโรคของฟันและเหงือก สามารถเข้ารับการรักษาเฉพาะที่สถานพยาบาลรัฐเท่านั้น โดยรัฐจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายคืนผู้ใช้บริการ แบบ Fee for Service

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการและระบบบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยครั้งใหญ่ สำนักงานสถิติแห่งชาติจึงกำหนดให้มีการดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก 2 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นไป โดยกำหนดให้งานบริการทันตกรรมเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน ข้อมูลพื้นฐานการวิจัยเชิงสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งนี้ จึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้รับคำแนะนำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อใช้วิเคราะห์ประเมินความครอบคลุมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงระบบการบริการทันตกรรมของประชากร มีวัตถุประสงค์ศึกษาเพื่อศึกษา 1) อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน เปรียบเทียบ

ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย
ปี 2546 จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

วิธีการวิจัย

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นฐานข้อมูลที่ได้จาก 4 แหล่งข้อมูล คือ 1) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำรวจในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ใช้วิธีการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนที่ตกเป็นครัวเรือนตัวอย่าง โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ประจำอยู่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ประชากรที่อยู่ในกลุ่มการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทั่วประเทศ โดยเลือกตัวอย่างตามระเบียบวิธีการสำรวจด้วยตัวอย่าง มีแบบแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Stratified Two Stage Sampling มีจังหวัดเป็นสตราตัม (Stratum) รวมทั้งสิ้น 76 สตราตัม ในแต่ละสตราตัม (จังหวัด) ได้แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชุมอาคาร (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างชั้นที่ 1 การเลือกตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง แต่ละสตราตัมย่อยในแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมชุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชุมอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,932 ชุมชุมอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชุมอาคาร/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปตาม ภาคและเขตการปกครอง ส่วนการเลือกตัวอย่างชั้นที่สอง ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างในเขต

เทศบาลเลือก 15 ครัวเรือนตัวอย่างต่อชุมชุมอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก 12 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อหมู่บ้าน สรุปรวมมีจำนวนครัวเรือนตัวอย่าง 26,520 ครัวเรือน ได้ข้อมูลระดับบุคคลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวนรวมทั้งสิ้น 68,433 คน วิเคราะห์เชื่อมโยงกัน 2) ข้อมูลสถานบริการที่รวบรวมจากสำนักตรวจราชการและประเมินผล ปี 2546 3) ข้อมูลทันตบุคลากรที่รวบรวมโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และ 4) ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย 75 จังหวัด ปี 2544-2545 ที่สำรวจโดยทีมงานทันตบุคลากรใน 75 จังหวัด

ผลการศึกษา

1. บริบทความพร้อมของระบบบริการทันตกรรม ที่มีอิทธิพลต่ออัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ประกอบด้วย

1.1 สถานการณ์การกระจายสถานบริการทันตกรรม

จากข้อมูลสถานบริการของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (31 พฤษภาคม 2547) พบว่าหน่วยบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ในเขตชนบท ปี 2546 มีหน่วยบริการทันตกรรมในส่วนภูมิภาคดังนี้คือ โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 725 แห่ง และมีสถานีอนามัย 9,804 แห่ง ซึ่งมีทันตภิบาลประจำให้บริการทันตกรรม 959 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.8 ของสถานีอนามัยทั้งหมด ขณะที่หน่วยบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองในแต่ละภูมิภาค ส่วนใหญ่เป็นคลินิกทันตกรรมเอกชน ซึ่งในช่วง 5 ปีมีการขยายตัวของคลินิกเอกชน เพิ่มขึ้นจากจำนวนคลินิกทันตกรรม

2,095 แห่ง ใน พ.ศ. 2539 (ร้อยละ 41.10 อยู่ในกทม.) เป็น 2,645 แห่ง ใน พ.ศ. 2544 (ร้อยละ 39.92 อยู่ในกทม.) และปี 2545 มีคลินิกทันตกรรมรวมทั้งหมด 2475 แห่ง ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 1,075 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.4 ของทั้งหมด

1.2 สถานการณ์การกระจายของทันตบุคลากร

ทันตบุคลากร ที่เป็นบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากของไทย²⁻⁴ ประกอบด้วยบุคลากร 2 กลุ่ม คือ ทันตแพทย์และ ทันตภิบาล ซึ่งสถานการณ์การกระจายของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ ในช่วง 20 ปี พบว่ามีการกระจายในภาพรวมดีขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามก็ดียังพบปัญหาขาดแคลนสูงมากในบางภูมิภาค

1.2.1 การกระจายทันตแพทย์

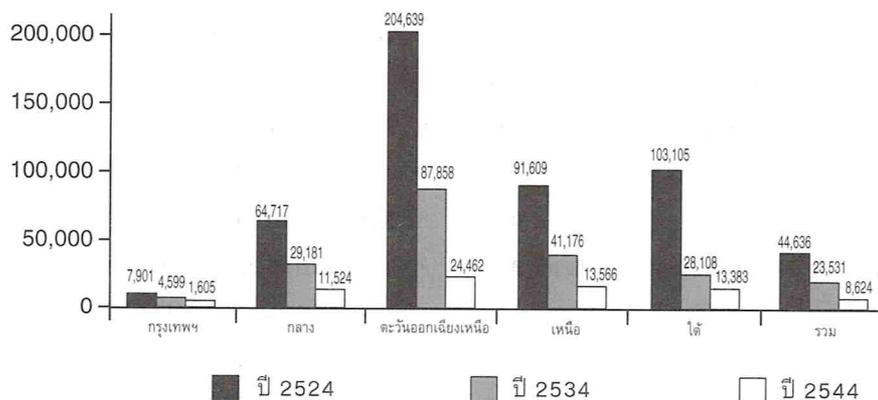
จากข้อมูลการกระจายทันตแพทย์ปี 2524 2534 และ 2544 พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในทุกภูมิภาคดีขึ้นเป็นลำดับ

โดยเฉลี่ยปี 2544 ทั่วประเทศมีสัดส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 8,624 คน (รูปที่ 1) จากข้อมูลสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2544-2546 จำแนกรายภาคพบว่า ภาคที่มีปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์สูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 21,739 คน สูงกว่าอีก 3 ภาคเกือบ 2 เท่า และ สูงกว่า สัดส่วนของกรุงเทพฯ (สัดส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,458 คน) เกือบ 15 เท่า แสดงให้เห็นช่องว่างของปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในส่วนภูมิภาค มีปัญหาการกระจายที่มีความรุนแรงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 2)

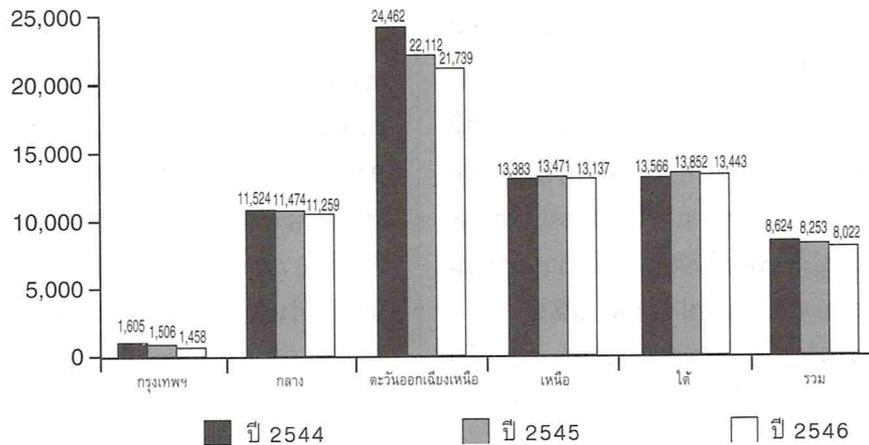
ปี 2546 มีทันตแพทย์ทั่วประเทศจำนวน 7,828 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.2 กระจายอยู่ในภาคเอกชน มีทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเพียง 2,452 คน (ร้อยละ 31.3) ซึ่งต้องรับภาระการให้บริการในสถานบริการทั่วภูมิภาคทุกอำเภอรวม 75 จังหวัด มีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีทันตแพทย์กว่า 70 แห่ง และมีโรงพยาบาลชุมชนกว่า 250 แห่ง ที่มีทันตแพทย์เพียง 1 คน

รูปที่ 1 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2524, 2534 และ 2544 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร

Figure 1 Dentist : Population ratios in 1981, 1991 and 2001, categorized by region and Bangkok.



รูปที่ 2 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2544-2546 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร
 Figure 2 Dentist : Population ratios between 2001 and 2003 categorized by region and Bangkok.



1.2.2 การกระจายทันตภิบาล

จำนวนทันตภิบาลทั้งประเทศ ปี 2546 จำนวน 3,102 คน อยู่ในภาครัฐทั้งหมด คือ กระทรวงสาธารณสุข 3,027 คน (ร้อยละ 97.6) กรุงเทพมหานคร 23 คน (ร้อยละ 0.7) ทบวงมหาวิทยาลัย 1 คน (ร้อยละ 0.03) กระทรวงมหาดไทย 51 คน (ร้อยละ 1.6) การกระจายของทันตภิบาล กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการส่วนภูมิภาค 2,947 คน ได้แก่ รพช. 1,700 คน (ร้อยละ 57.7) สถานีอนามัย 959 คน (ร้อยละ 32.3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 247 คน (ร้อยละ 8.4) และ รพศ./รพท. 48 คน (ร้อยละ 1.6)

โดยสรุปการกระจายทันตแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ขณะที่ทันตภิบาลเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย

1.3 แนวโน้มสภาวะสุขภาพช่องปาก

ของประชาชนจำแนกตามกลุ่มอายุ

สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชน ปี 2543-2544⁵ พบโรคฟันผุในฟันน้ำนม ของเด็กกลุ่ม 3 ปีร้อยละ 65.7 และมีค่าผุถอนอด 3.6 ซี่/คน กลุ่ม 5-6 ปีผุร้อยละ 87.4 และมีค่าผุถอนอด 5.97 ซี่/คน ขณะที่โรคฟันผุในฟันแท้ของ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น ก่อนข้างคงที่ ร้อยละ 57.3 และค่าผุถอนอด 1.6 ซี่/คน ในกลุ่มอายุ 12 ปี และร้อยละ 62.1 และค่าผุถอนอด 2.1 ซี่/คน ในกลุ่มอายุ 15 ปี และมีฟันที่ต้องการการรักษาประมาณ 1 ซี่/คน สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีปัญหาเหงือกอักเสบ และการผุที่รากฟัน ที่มีสาเหตุหลักจากโรคปริทันต์ และการแปรงฟันไม่ถูกวิธี โดยพบว่าผู้ใหญ่กลุ่ม 35-44 ปี และผู้สูงอายุมีผู้มีรากฟันผุ ซึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาร้อยละ 10.2 และ 19.6 ตามลำดับ ขณะเดียวกันพบสภาวะฟันตกระมากรุนแรงมากขึ้น โดยพบร้อยละ 11.6 ในเด็กอายุ 12 ปี และพบรุนแรงมากขึ้นในหลายพื้นที่ของประเทศไทย

ส่วนโรคปริทันต์ในกลุ่มผู้ใหญ่พบร้อยละ 37.8 ขณะเดียวกัน กลุ่มผู้สูงอายุพบเป็นโรคปริทันต์ ร้อยละ 61.6 ต้องการการรักษาโดยการทำความสะอาด สะอาดผิวรากฟัน 1.22 ส่วน/คน ศัลย์ปริทันต์ 0.44 ส่วน/คน โดยภาพรวมการสูญเสียฟันของกลุ่มผู้สูงอายุมีฟันเหลือในช่องปาก 19.57 ซี่/คน พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน จนถึงระดับที่ไม่สามารถใช้ฟันเพื่อการบดเคี้ยว ได้อย่างปกติ และในจำนวนนี้ร้อยละ 16.7 เป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก ที่มีความจำเป็น ต้องทำฟันปลอม ทั้งปากใหม่ ร้อยละ 59.2

สรุปแนวโน้มปัญหาทันตสุขภาพโดยภาพรวม กลุ่มเด็กมีปัญหาเพิ่มสูงขึ้นทั้งขนาดและความรุนแรงของปัญหา ขณะที่ปัญหาทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่กลับมีปัญหาค่อนข้างคงที่

2. การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ

2.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.8 กว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยแรงงาน มีอายุ 25-59 ปี มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.2 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำเส้นความยากจนที่ 911 บาท ร้อยละ 3.5 และส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและไม่ได้เรียน รวม ร้อยละ 67.5 โดยมีข้อสังเกตในเรื่องข้อมูลรายได้คือ มีกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเก็บข้อมูล รายได้ 22,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 ของกลุ่มผู้ใหญ่ทั้งหมด ทำให้การวิเคราะห์อัตราการให้บริการ ที่จำแนกตามรายได้ขาดความน่าเชื่อถือ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

Table 1 Demographic data of respondents.

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32,322	47.2
หญิง	36,111	52.8
รวม	68,433	100.0
กลุ่มอายุ		
0-5 ปี	5,504	8.0
6-14 ปี	10,899	15.9
15-24 ปี	9,113	13.3
25-59 ปี	34,158	49.9
> 60 ปี	8,759	12.8
รวม	68,433	100.0

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

Table 1 Demographic data of respondents.

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้ < 911 บาท(ต่ำกว่าเส้นความยากจน)	1,023	3.5
912-2,000 บาท	3,314	11.3
2,001-10,000 บาท	19,757	67.2
10,001-20,000	3,693	12.6
>20,000	1,616	5.5
รวม	29,403	100.0
ไม่ระบุ(กลุ่มเด็ก 16,403 ราย กลุ่มผู้ใหญ่ 22,627ราย)	39,030	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3,357	5.3
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	39,087	62.2
มัธยมศึกษา	14,142	22.5
อนุปริญญา	1,910	3.0
ปริญญาตรี	3,974	6.3
ป.โท/ป.เอก	336	0.5
รวม	62,806	100.0

2.2 อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบ ปี 2544 กับ ปี 2546

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการมีหลักประกันสุขภาพก่อนและหลังโครงการ 30 บาท พบว่าอัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเพิ่มจากร้อยละ 90.2 เป็นร้อยละ 95.5 ในปี 2546 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม หลังดำเนินโครงการ 30 บาทพบว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆ ลดลงจากร้อยละ 9.8 ใน ปี 2544 เป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2546 กลุ่มเด็ก 0-5 ปีเป็นกลุ่มที่มีสิทธิรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นสูงสุด โดยส่วนใหญ่เป็น การเพิ่มในสิทธิรักษาพยาบาลในส่วนของโครงการ 30 บาท จากร้อยละ 67 เป็นร้อยละ 72.2 ส่วนสิทธิในส่วนของสิทธิข้าราชการและประกันสังคมและเอกชนพบว่าไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 2)

2.3 อัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างปี 2546 จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ในช่วงเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจ (เมษายน 2545 -มีนาคม 2546) มีจำนวนผู้ได้รับบริการทันตกรรมทั้งสิ้น 7,274 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงได้รับบริการทันตกรรมร้อยละ 11.9 ซึ่งสูงกว่าเพศชายที่มีเพียงร้อยละ 9.2 กลุ่มอายุที่มีผู้ได้รับบริการสูงสุดคือ 6 -14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 10.8; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำคือกลุ่มอายุ 0-5 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมากกว่า 20,000 บาทต่อ

ตารางที่ 2 อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบ ปี 2544 กับ ปี 2546

Table 2 The comparative of health insurance rate between 2001 and 2003.

กลุ่มอายุ	ไม่มี		สิทธิข้าราชการ		สิทธิ 30 บาท		ประกันสังคม/ ประกันเอกชน		จำนวนรวม
	2544	2546	2544	2546	2544	2546	2544	2546	
0-5 ปี	19.4	9.4	8.3	9.0	71.0	80.4	1.3	1.2	5,504
6-14 ปี	6.2	3.6	11.6	11.6	80.7	83.4	1.5	1.4	10,899
15-24 ปี	12.2	5.3	9.1	8.8	67.0	73.1	11.7	12.8	9,113
25-59 ปี	9.9	4.2	14.6	14.6	61.0	66.7	14.6	14.5	34,158
60+ ปี	5.3	2.9	22.5	22.4	70.7	73.2	1.4	1.4	8,759
รวม	9.8	4.5	13.9	13.9	67.0	72.2	9.4	9.4	68,433

เดือน มีอัตราการรับบริการสูงสุดร้อยละ 21 มากกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมสูงที่สุด (ร้อยละ 12.9 ;เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/คน/ปี) โดยมีกลุ่มตัวอย่างในภาคกลางพบอัตราการได้รับบริการต่ำที่สุด(ร้อยละ 9.2 ; เฉลี่ย 1.6 ครั้ง/คน/ปี) เมื่อ

จำแนกการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิประกันบริษัทเอกชนและสิทธิข้าราชการ มีอัตราการรับบริการสูงสุดร้อยละ 18.2 และ ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ

Table 3 Dental utilization of Thai population in 2003, categorized by factors.

จำแนกตามปัจจัย	จำนวน	เคยรับบริการทันตกรรมใน 12 เดือน		เฉลี่ยจำนวนครั้งต่อปี
		จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มอายุ				
0-5 ปี	5,504	218	4.0	1.5±1.2
6-14 ปี	10,899	1,797	16.5	1.5±1.2
16-24 ปี	9,113	868	9.5	1.8±2.1
25-59 ปี	34,155	3,689	10.8	1.5±1.3
60+ ปี	8,758	702	8.0	1.7±1.6
รวม	68,429	7,274	10.6	1.6±1.4
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้ < 911 บาท	1,023	83	8.1	1.4±0.7
912-2,000บาท	3,314	279	8.4	1.4±1.0
2,001-10,000บาท	19,756	1,842	9.3	1.5±1.3
10,001-20,000	3,692	575	15.6	1.6±1.6
>20,000	1,616	341	21.1	1.7±1.4
รวม	29,401	3,120	10.6	1.5±1.3

ตารางที่ 3 อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (ต่อ)

Table 3 Dental utilization of Thai population in 2003, categorized by factors.

จำแนกตามปัจจัย	จำนวน	เคยรับบริการทันตกรรมใน 12 เดือน		เฉลี่ยจำนวนครั้ง ต่อปี
		จำนวน	ร้อยละ	
ภาค				
กทม.	3,661	473	12.9	2.1±2.3
กลาง	21,567	1,977	9.2	1.6±1.4
เหนือ	14,321	1,790	12.5	1.5±1.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	16,731	1,756	10.5	1.5±1.4
ใต้	12,149	1,278	10.5	1.6±1.4
รวม	68,429	7,274	10.6	1.6±1.4
สวัสดิการรักษายาบาลปัจจุบัน				
ไม่มี	6,686	558	8.3	1.7±1.8
สิทธิข้าราชการ	9,501	1,643	17.3	1.7±1.7
สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	244	29	11.9	1.5±0.9
ประกันสังคม	5,053	576	11.4	1.5±1.4
สิทธิ 30 บาท ท.	6,784	649	9.6	1.5±1.1
สิทธิ 30 บาท	16,713	1,337	8.0	1.6±1.4
ประกัน บริษัทเอกชน	1,109	202	18.2	2.1±2.0
บัตรสุขภาพ	8,306	773	9.3	1.6±1.4
สิทธิ อสม.	1,453	185	12.7	1.5±1.5
สิทธิเด็ก นร.	7,155	941	13.2	1.4±0.9
สิทธิสูงอายุ	2,988	181	6.1	1.7±1.3
สิทธิพิการ	190	4	2.1	1.7±1.0
สปร. อื่นๆ	2,141	178	8.3	1.4±0.7
อื่นๆ	96	118	18.8	1.5±1.0
รวม	68,419	7,274	10.6	1.6±1.4

2.4 การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย
ของกลุ่มที่เคยใช้บริการทันตกรรมปี 2546

2.4.1 การใช้บริการทันตกรรม
ครั้งสุดท้ายจำแนกตามภาค

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดการใช้
บริการครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศที่ใช้
บริการทันตกรรมปี 2546 พบว่าส่วนใหญ่ใช้บริการ
ทันตกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 33.3
รองลงมาคือคลินิกทันตกรรมเอกชน เมื่อวิเคราะห์

จำแนกรายภาคกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมที่
คลินิกเอกชนสูงสุดร้อยละ 54.8 ขณะที่กลุ่ม
ตัวอย่างในภาคกลางและภาคใต้ใช้บริการทันตกรรม
ที่คลินิกเอกชนสูงสุดเช่นกันร้อยละ 30-32 และ
ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 27-29 ขณะที่
ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้บริการ
ทันตกรรมในลักษณะที่ตรงข้ามคือใช้บริการที่
โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 40-44 รองลง

มาคือใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 17-19
การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดร้อยละ 42.4 ภาคที่ใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือกว่าร้อยละ 50 ขณะเดียวกันมีผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลแต่ไม่ใช้สิทธิพบสูงถึงร้อยละ 22.8 ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

กรุงเทพมหานครร้อยละ 37 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 28.7

ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 50 ใช้บริการทันตกรรมฟรี โดยมีภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้บริการทันตกรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 60 และ ร้อยละ 58 ตามลำดับ มีกลุ่ม

ตารางที่ 4 ร้อยละการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการทันตกรรมปี 2546 จำแนกตามภาค
Table 4 Percentage of the last dental care visit in 2003, categorized by regions.

การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย	กทม. N=473	กลาง N=1,977	เหนือ N=1,790	ตะวันออกเฉียงเหนือ N=1,756	ใต้ N=1,278	รวม N=7,274
1.สถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้าย						
สอ./ศสช.ไม่มีท.ท.ให้บริการ	2.3	1.4	1.5	2.2	1.7	1.7
สอ./ศสช.มีท.ท.ให้บริการ	4.2	7.8	11.2	8.4	8.5	8.7
รพช.	0.8	27.1	40.3	44.5	29.5	33.3
รพท./รพศ.	3.2	14.2	13.1	12.2	16.6	13.1
รพ.สังกัดอื่น	15.6	4.8	4.9	2.9	4.5	5
คลินิกเอกชน	54.8	32.6	17.8	19.2	30.2	26.7
รพ.เอกชน	17.1	5.9	2.6	1	3.3	4.2
ในชุมชน	1.9	6.2	8.7	9.7	5.8	7.3
รวม	100	100	100	100	100	100
2. ชนิดสวัสดิการที่ใช้ครั้งสุดท้าย						
ไม่มี	15.2	5.7	2.4	3.1	6.1	4.9
สิทธิข้าราชการ	7.8	12.3	17.4	15.9	15.6	14.7
สิทธิ 30 บาท	8.9	34.4	50.5	53.3	40.7	42.4
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	14	12.7	6.5	3.4	7.6	8.1
มีสวัสดิการแต่ไม่ใช้	37	28.7	16.9	19	21.7	22.8
บริการที่ใช้ไม่อยู่ในสิทธิ	17.1	6.2	6.3	5.4	8.4	7.1
รวม	100	100	100	100	100	100
ค่าใช้จ่าย						
ฟรี/ไม่เสีย	19.9	42.4	60.2	58	46.2	49.7
1-29 บาท	0.6	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1
30 บาท	5.3	16.1	15.4	18	16	15.7
>30บาท	74.2	41.5	24.3	23.9	37.6	34.5
รวม	100	100	100	100	100	100
เฉลี่ยค่าใช้จ่าย/คน±SD	1413±4069	525±3261	585±5201	290±2640	644±5023	561±4098

ตัวอย่างที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 30 บาท ร้อยละ 34.5 โดยมีกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 30 บาทสูงสุดคือ ร้อยละ 74.2 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการใช้บริการทันตกรรม ครั้งสุดท้ายสูงสุด คือ 1,413 บาท /คน สูงกว่าค่า ใช้จ่ายเฉลี่ย อีก 4 ภาคเกือบ 3 เท่า (ตารางที่ 4)

2.4.2 อัตราการใช้บริการทันตกรรม ครั้งสุดท้ายจำแนกตามกลุ่มอายุ

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดอัตราการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าทุกกลุ่มอายุใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล ชุมชนสูงสุดกว่าร้อยละ 32-41 โดยมีกลุ่มผู้ใหญ่ ที่ใช้บริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนในอันดับรอง ลงมาร้อยละ 27-32 ทุกกลุ่มอายุใช้สิทธิ 30 บาท

สูงสุดร้อยละ 42.4 โดยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่ม เด็กใช้สิทธิ 30 บาทสูงกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35-44)

ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ทันตกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเด็ก(0-14ปี) ใช้บริการทันตกรรมฟรีร้อยละ 75 ขณะที่กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งใช้บริการทันตกรรม ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 38 และ กลุ่มสูงอายุร้อยละ 56 ขณะที่กลุ่มผู้ใหญ่ใช้บริการโดยเสียค่าใช้จ่าย มากกว่า 30 บาทร้อยละ 37-40 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ในการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มสูง อายุสูงสุด คือ 1,067 บาท /คน สูงกว่าค่าใช้จ่าย เฉลี่ยของกลุ่มอายุอื่นๆ เกือบ 1.8 เท่า และสูงกว่า กลุ่มอายุ 6-14 ปีเท่ากับ 4.4 เท่า (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ

Table 5 The last dental care visit, categorized by age group.

การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย	0-5 ปี N=218	6-14 ปี N=1,797	15-24 ปี N=868	25-29 ปี N=3,689	60+ปี N=702	รวม N=7,274
1.สถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้าย						
สอ./ศสช.ไม่มีทพ.ทภ.ให้บริการ	3.2	1.5	2.1	1.5	2.3	1.7
สอ./ศสช.มีทพ.ทภ.ให้บริการ	8.3	9.8	7.7	8.2	9.5	8.7
รพช.	41.3	34.1	31.8	32.4	34.6	33.3
รพท./รพศ.	13.3	11.4	16.5	13.1	13.8	13.1
รพ.สังกัดอื่น	6.4	3.8	5.3	5.2	6.4	5.0
คลินิกเอกชน	11.0	15.5	29.4	32.4	27.2	26.7
รพ.เอกชน	3.2	2.3	4.8	5.3	2.8	4.2
ออกหน่วยในชุมชน	13.3	21.5	2.5	1.9	3.4	7.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2. ชนิดสวัสดิการที่ใช้ครั้งสุดท้าย						
ไม่มี	2.8	4.0	6.0	5.3	4.7	4.9
สิทธิข้าราชการ	16.1	10.3	10.7	16.8	19.4	14.7
สิทธิ 30 บาท	57.8	53.6	43.7	35.6	43.0	42.4
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	2.8	4.7	9.1	11.1	1.4	8.1
มีสวัสดิการแต่ไม่ใช้	16.5	21.8	21.9	24.1	21.2	22.8
บริการที่ใช้ไม่อยู่ในสิทธิ	4.1	5.6	8.7	7.1	10.3	7.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ตารางที่ 5 การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ (ต่อ)
Table 5 The last dental care visit, categorized by age group.

การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย	0-5 ปี N=218	6-14 ปี N=1,797	15-24 ปี N=868	25-29 ปี N=3,689	60+ปี N=702	รวม N=7,274
ค่าใช้จ่าย						
ฟรี/ไม่เสีย	76.6	74.1	39.4	38.4	56.4	49.7
1-29 บาท	0.5	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
30 บาท	6.4	5	27.5	20.7	5.0	15.7
>30 บาท	16.5	20.8	36.9	40.9	38.5	34.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
เฉลี่ยค่าใช้จ่าย/คน±SD	598±6,828	237±2,692	589±2,857	615±4,342	1067±5,607	561±4,098

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการมีหลักประกันสุขภาพหลังโครงการ 30 บาท พบว่าหลังโครงการ 30 บาทมีกลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆลดลงจากร้อยละ 9.8 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2546 กลุ่มเด็ก 0-5 ปีเป็นกลุ่มที่มีสิทธิรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นสูงสุด ผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลโครงการ 30 บาท พบร้อยละ 72.2

อัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ได้รับบริการสูงสุดคือ 6-14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำคือกลุ่มอายุ 0-5 ปี (ร้อยละ 4) กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมสูงสุด (ร้อยละ 12.9 ;เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/คน/ปี) ขณะที่ในภาคกลางมีอัตราการได้รับบริการต่ำที่สุด (ร้อยละ 9.2 ;เฉลี่ย 1.6 ครั้ง/คน/ปี)

การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างปี 2546 ส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 33.3 รองลงมาคือคลินิกทันตกรรมเอกชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดร้อยละ 42.4 ภาคที่ใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ (53.3, 50.5 ตามลำดับ) โดยเฉพาะกลุ่มเด็กกว่าร้อยละ 50 ใช้สิทธิ 30 บาทขณะเดียวกันมีผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลแต่ไม่ใช้สิทธิสูงถึงร้อยละ 22.8 ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพมหานครร้อยละ 37 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 28.7 ร้อยละ 50 ใช้บริการทันตกรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดอัตราการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายปี 2546 จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าทุกกลุ่มอายุใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดกว่าร้อยละ 32-41 ทุกกลุ่มอายุใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุด ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายพบว่ากลุ่มเด็กใช้บริการทันตกรรม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 75 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ใช้บริการทันตกรรมไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 38

การสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้บริการทันตกรรมในรพศ./รพท. /รพช./สถานีนอนาถัย รวมทั้งหมดร้อยละ 55.5 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถแจกแจงรายละเอียดพฤติกรรมการรักษาทันตกรรม ตามประเภท ระดับ ของการบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ชุดข้อมูลในการวิเคราะห์การศึกษานี้ และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพคนไทยปี พ.ศ.2543. 2543, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 80 หน้า.
2. โกเมศ วิชชาวุธ. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2544. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545. (เอกสารโรเนียว).
3. โกเมศ วิชชาวุธ. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2546. (เอกสารโรเนียว).
4. สุณี วงศ์คงคาเทพ และโกเมศ วิชชาวุธ. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพช่องปาก. เอกสารประกอบการประชุมเพื่อเตรียมการจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทย 2020 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2547 ณ ห้องประชุมสมบุญรณ์ รัชโรทัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารโรเนียว).
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2545.



Dental Care Utilization of Thai populations in 2003

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

Abstract

The objectives of this study were 1) to compare the health insurance coverage, before and after the Universal Coverage Project and 2) to determine utilization of dental care by age, region and health insurance scheme in 2003. Data from the 2003 Health and Social Welfare Survey data by National Statistics Office was reused and elaborated for the study. This survey was conducted by household questionnaire in April 2003, by stratified two-stage sampling of 26,520 households and 68433 cases.

The study revealed that the coverage of health insurance scheme was increased from 90.2 % in 2001 to 95.5 % in 2003. The utilization of general population to overall dental care service was only 10.6 percent with 1.6 visit/year per customer in average. The 6-14 years of age was the highest utilizing - age groups (16.5 percent with 1.5 visit/ year). Bangkok dwellers were the highest area of utilization (12.9 percent with 2.1 visit/ year) while Central region was the lowest (9.2 percent with 1.6 visit/ year). Regarding the scheme, private insuree and CSMBS were among the highest utilization (18.2 percent and 17.3 percent). Considering the last dental care visit, the proportion to public services accounted to 55.5 percent, with 42.4 % under 30 baht medical scheme. Further study is needed to elaborate more in detail about type, level and proportion of oral treatment and health promotion so that behavior pattern and needs of dental service would be clarified.

Key words: *Dental care utilization, Health insurance*



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

การศึกษา กระบวนการดำเนินงาน โครงการแม่ลูกพันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า พ.ศ.2547

บุบผา ไตรโรจน์* ท.บ., ส.ม.
จันทนา อึ้งชูศักดิ์* ท.บ., M.P.H., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
ศรีสุดา ลีละศิธร* ท.บ., ส.ม., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
สุภาวดี พรหมมา* สศ.บ.
สุรางค์ เขษจุพฤษณ์* สศ.บ.

บทคัดย่อ

โครงการ แม่ลูกพันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า เป็นโครงการระดับชาติ ซึ่งดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 - 2548 กิจกรรมหลัก ได้แก่การตรวจช่องปากและฝึกทักษะการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟันในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ การตรวจช่องปากเด็ก และการฝึกแปรงฟันให้เด็ก วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อ ทราบ กระบวนการดำเนินกิจกรรม และแนวทางเสนอแนะในการปรับปรุง และพัฒนาโครงการ โดยการเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพใน 4 จังหวัด ด้วยการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน ในเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ 8 แห่ง จำนวน 16 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของทันตบุคลากรใน CUP มีความชัดเจน โดยที่ การรับรู้ในระดับ PCU บางแห่งมีความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะเรื่องกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้สถาน พยาบาลยังขาดการบูรณาการงานส่งเสริมทันตสุขภาพที่เหมาะสม ทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมทันตสุขภาพเองทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ทันตบุคลากรให้การยอมรับกิจกรรมที่แนะนำในหนังสือ คู่มือการดำเนินงาน กิจกรรมที่มีการดำเนินการได้เป็นประจำคือ การตรวจช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ และ การตรวจช่องปากเด็ก การย้อมสีฟันเพื่อฝึกทักษะการแปรงฟันในหญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินการได้หากมี ผู้มารับบริการไม่มากนัก ส่วนการฝึกผู้ปกครองให้แปรงฟันให้เด็กในปากจริงยังเป็นไปได้ยากในคลินิกเด็กดี ทั้งนี้บาง PCU มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านทันตบุคลากร ส่วนใหญ่ มีความต้องการให้กองทันตสาธารณสุขสนับสนุนอุปกรณ์การแปรงฟัน สื่อ เพื่อนำไปใช้ในกลุ่ม เป้าหมายโดยตรง รวมทั้งการสนับสนุนวิชาการในลักษณะ การอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ประสบการณ์จริงของผู้ปฏิบัติงาน

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กเล็กเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งด้านสาธารณสุข โดยพบว่าเด็กอายุ 3 ปี เพียงฟันน้ำนมขึ้นครบมีฟันผุถึง 6 ใน 10 คน ซึ่งจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2532 และ 2543-2545 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 66.5 , 65.7 ตามลำดับ^(1,2)

ปีงบประมาณ 2535 กรมอนามัยได้จัดทำแผนงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยใช้กลวิธีทันตสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็ก โดยให้มีการดำเนินกิจกรรมในสถานพยาบาลของรัฐ และศูนย์เด็กเล็ก ในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ⁽³⁾ การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าสภาวะโรคฟันผุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในระดับจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด ปี 2545 เด็กอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ร้อยละ 71.9⁽⁴⁾

ปีงบประมาณ 2546 กรมอนามัย ได้จัดทำโครงการ “แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า” เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในสถานพยาบาลให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี คือ ปีงบประมาณ 2546-2548 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์ และลูกที่เกิดมาจนถึงอายุ 3 ปี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มอัตราการปราศจากโรคฟันผุของเด็ก ทั้งนี้ได้เสนอรูปแบบแนวทางการดำเนินกิจกรรมให้แก่สถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร กิจกรรมหลัก คือ การตรวจช่องปาก การย้อมสีฟัน เพื่อฝึกทักษะการแปรงฟัน ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การตรวจฟัน การฝึกผู้ปกครองให้แปรงฟันให้เด็ก โดยกรมอนามัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ สื่อสิ่งพิมพ์ และชุดของขวัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ⁽⁵⁾

เพื่อให้การดำเนินงานตามโครงการบรรลุ

ผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการติดตามสถานการณ์กระบวนการดำเนินงานในระหว่าง การดำเนินโครงการ เพื่อให้ทราบปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ รวมทั้งให้ได้ข้อเสนอแนะ แนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อ

1. ศึกษากระบวนการดำเนินกิจกรรมในโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า
2. ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นทรัพยากร นำเข้า การพัฒนาโครงการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และใช้สำหรับการวางแผนกลยุทธ์ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยที่มีความเป็นไปได้ และมีประสิทธิผลในการลดโรคฟันผุในเด็กเล็ก

วัสดุและวิธีการ

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาระหว่างการดำเนินโครงการเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2547

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาใน 4 จังหวัด เลือก โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ภาคละ 1 เขต เขตละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 2 เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่เป็นเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ คือ ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการ แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า ในระดับ CUP และ PCU จำนวน 16 คน

นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth

interview) กลุ่มตัวอย่าง และศึกษาจากเอกสาร และรายงานที่เกี่ยวข้องเป็นแหล่งข้อมูลประกอบ และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. การบริหารจัดการ

CUP ส่วนใหญ่จัดทีมแพทย์ และทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ หมุนเวียนไปให้บริการที่ PCU ที่เป็นเครือข่าย สัปดาห์ละ 1 วัน รวมทั้งให้การสนับสนุน แปรงบสัปดาห์ และเป็นที่ปรึกษาทั้งการ รักษาและการส่งเสริมป้องกัน โดย PCU บางแห่ง จะมีทันตภิบาลอยู่ประจำ ทั้งนี้ มี 1 CUP ที่มีการบริหารจัดการแบบหนึ่งเดียว มีทีมบริหารร่วมกันในรูปของ CUP Board เพื่อร่วมกำหนดรูปแบบ ร่วมแก้ไขปัญหา และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม รวมทั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ อีกทั้ง กำหนดให้ทันตภิบาลทั้งหมดอยู่ที่ CUP โดย CUP จะจัดทีมบุคลากรของทุกงานไปให้บริการที่ PCU

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็ก โดยการประสานความร่วมมือกับผู้รับผิดชอบงานในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) หรืองานคลินิกเด็กดี(WBC) ในการส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย มาที่ห้องฟัน หรือ จัดให้ทันตบุคลากรไปให้บริการที่ ANC หรือ WBC โดยทันตบุคลากร เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเองทั้งหมด ทั้งนี้พบว่า ระบบการส่งต่อเด็กด้วยระบบคอมพิวเตอร์มีส่วนช่วยให้เด็กถูกส่งมาห้องฟัน ทั้งหมดพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสะดวกในการให้บริการเด็กยิ่งขึ้น

“การให้บริการใน ANC และ WBC โดยจัดทันตภิบาลไปให้บริการ , มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝาก ครรภ์ ครั้งแรกเท่านั้นที่มาห้องฟัน , การให้บริการ

เด็ก ทันตบุคลากรทำเองทั้งหมด โดยให้ฝ่ายส่งเสริมฯ ส่งต่อเด็กมาห้องฟัน , เด็กมา WBC จะฉีดวัคซีนก่อนมาตรวจฟันที่ห้องฟัน เด็กใน WBC ทุกคน จะมาห้องฟัน เพราะจะมีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ”

ทันตบุคลากรใน CUP

“งานทันตฯ ทั้งในสถานบริการ และนอกสถานบริการทันตบุคลากรยังต้องทำเอง , ไปร่วมให้บริการที่ฝ่ายส่งเสริมฯ เพราะสิ่งที่ต้องทำในเด็กมีมาก เช่น ให้สุขศึกษา งานทันตฯ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงฉีดวัคซีน”

ทันตบุคลากรใน PCU

2. การรับรู้โครงการ

ในระดับ CUP มีการรับรู้ได้รวดเร็ว ทันตบุคลากรมีความเข้าใจต่อกิจกรรมที่กำหนด โดยรับรู้ จากหนังสือชี้แจงโครงการ หรือผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้น CUP ส่วนใหญ่ จึงสามารถเริ่ม โครงการได้ตามแผนที่กำหนดไว้ในเดือนตุลาคม 2545

PCU บางแห่งมีการรับรู้ได้ล่าช้า เนื่องจากมีการถ่ายทอดหลายขั้นตอน ทำให้เจ้าหน้าที่ในระดับ PCU หลายแห่งมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องกลุ่มเป้าหมาย และกลวิธีการดำเนินกิจกรรม

“ได้รับทราบโครงการจากทันตแพทย์ สสจ. เริ่มโครงการ 22 ตุลาคม 2545 ถึงปัจจุบัน , ทันตบุคลากรใน CUP

“รับรู้โครงการ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ได้รับแจ้งจาก สสจ. เข้าใจว่า เป็นการศึกษากลุ่มเดียวตั้งแต่ตั้งครรภ์และลูกที่เกิด แล้วติดตามกลุ่มเด็กจำนวนเท่าเดิม

ต่อเนื่องคล้าย การศึกษาวิจัย , เทศบาลมี
แต่งงาน ในคลินิกเด็กดี จึงคิดว่าไม่มีกลุ่ม
เป้าหมายตามที่ต้องการ”

ทันตบุคลากรใน PCU

3. กระบวนการดำเนินโครงการ

3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการ
ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ยกเว้น PCU ใน
เขตเทศบาล หรือ PCU ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล โดย
หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไปฝากครรภ์ครั้งแรกและ
เจาะเลือดที่โรงพยาบาลแล้วต่อจากนั้นหญิงตั้งครรภ์
บางคนจะไปฝากครรภ์ครั้งต่อไปที่ PCU ทั้งนี้สถาน
พยาบาลส่วนใหญ่ ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์ ดังนี้

- การลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ
ของหญิงตั้งครรภ์ ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีการ
ชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ แล้วจึงลงทะเบียน
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้ลงทะเบียนแล้วจึงถือว่าได้เข้า
ร่วมโครงการ บางแห่งทำสัญลักษณ์ติดสติ๊กเกอร์
ที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แต่บางแห่งถือว่า
หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาห้องฟันช่วงเวลาดำเนิน
โครงการได้เข้าร่วมโครงการ

“ลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ
ในสมุดลงทะเบียนสำหรับหญิงตั้งครรภ์
พร้อมทั้งทำสัญลักษณ์โดยติดสติ๊กเกอร์ที่ปก
สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , ถือว่าหญิง
ตั้งครรภ์ที่มารับบริการในช่วงนี้เข้าโครงการ
ทั้งหมด, หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้ง
แรกเท่านั้นที่จะส่งมาห้องฟัน แล้วจะได้รับ
บริการลงทะเบียน ตรวจฟัน นัดมารับบริการ,
หากเข้าร่วมโครงการแม่ลูกแล้วจะได้ทำฟันฟรี
และลูกที่เกิดมาจะได้รับการดูแลฟันด้วย”

ทันตบุคลากรใน CUP, PCU

- การสอนทันตสุขศึกษา เนื้อหา
ครอบคลุมทั้ง การทำความสะอาด และการกิน
อาหารที่มีประโยชน์วิธีการการสอนมีทั้งรายบุคคล
และเป็นกลุ่ม บางแห่งมีแบบทดสอบความรู้ และ
การปฏิบัติตนก่อนและหลังการให้บริการ แต่หลาย
แห่งยังไม่มี การสรุปผลการทดสอบความรู้เพื่อการ
นำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

“โรงพยาบาลมี แบบทดสอบ ความรู้ทัศนคติ
การปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลัง การให้บริการ,
มีการทำแบบทดสอบเฉพาะเรื่องความรู้
ก่อนและหลังการให้บริการ แต่ไม่ได้มีการ
สรุปผล”

ทันตบุคลากร CUP, PCU

- การฝึกทักษะการแปรงฟันด้วย
การย้อมสีฟัน(Plaque control) มีการดำเนินงานใน
CUP และ PCU หลายแห่ง โดยการแจกแปรงสีฟัน
ให้หญิงตั้งครรภ์ ฝึกหัดแปรงฟันให้สะอาด ซึ่ง
ทันตบุคลากรถือว่าเป็นกิจกรรมเพิ่มเติมจากปกติ
และน่าจะมีความเป็นไปได้ แต่อาจไม่ครอบคลุม
ทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนคนไข้

“ที่โรงพยาบาลทำ Plaque control เป็น
บางคน จะทำในกรณีที่คนไข้เหนื่อย , งานนี้ทำ
ตามปกติอยู่แล้ว เพียงแต่เพิ่ม Plaque
control ซึ่งก็น่าจะเป็นไปได้ ย้อมสีฟันตอน
แรกๆ ก็วุ่นวายแต่พอทำไปก็ชิน เมื่อโครงการ
สิ้นสุด คิดว่าจะยังคงทำต่อเป็นประจำ,
หญิงมีครรภ์ที่เข้าโครงการ จะถูกนัด 3 ครั้ง มี
การย้อม Plaque ให้ทันตสุขศึกษาวัดค่า
Plaque index ทันตแพทย์ไปให้บริการที่
คลินิก ANC สอนทันตสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม
ไม่มีการย้อมสีฟัน”

ทันตบุคลากรใน CUP

“มีการยอมสัฟฟันในคนไข้ท้อง และสอนแปรง ฟัน โดยให้หญิงตั้งครรภ์ฝากแปรงไว้ที่สถานี ออานามัยและจะยอมสัฟฟันทุกครั้งที่นัดมา”

ทันตบุคลากรใน PCU

● การให้บริการทันตกรรม มักไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ลงทะเบียน กับกลุ่มไม่ลงทะเบียน โดยมาให้บริการ ชูดหิน น้ำลาย อุดฟัน หรือ ถอนฟัน แต่หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มาตามนัด ทั้งนี้บางแห่งสร้างแรงจูงใจ ให้หญิงตั้งครรภ์มาตามนัดโดยจัดวันให้หญิง ตั้งครรภ์รับบริการได้สะดวก หรือ มีทางด่วนการ รับบริการ หรือ การให้ชุดของขวัญจากคลินิก ANC

“พบว่าคนไข้มาตามนัดต่อเนื่องครบ 3 ครั้ง 33 คน จาก 255 คน , จัดบริการให้หญิง ตั้งครรภ์โดยเฉพาะสัปดาห์ละ 1 วัน หญิง ตั้งครรภ์มาตามนัดเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เคย ปฏิบัติมา, จัดให้หญิงตั้งครรภ์มีระบบ ทางด่วนพิเศษไม่ต้องรอคิว

ทันตบุคลากรใน CUP

“หญิงท้องทุกคนได้รับบริการที่ไม่แตกต่างกันเพราะถือว่ามีโปรแกรมหมด, หากรับ บริการครบ 4 ครั้ง ทั้งการฝากครรภ์ และ งานทันตกรรม จึงจะได้ชุดของขวัญจาก ฝ่ายส่งเสริม มีหญิงตั้งครรภ์เข้าโครงการ จำนวน 38 คน มาตามนัดทั้ง 4 ครั้ง ทุก คน”

ทันตบุคลากรใน PCU

● การบันทึกข้อมูลและการ ติดตามกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีการบันทึกในเรื่อง สถานะสุขภาพช่องปาก การเข้าร่วมโครงการ และ บริการที่ได้รับ โดยใช้แบบรายงานที่แตกต่างกัน

ได้แก่ แบบรายงานปกติ สมุดสีชมพู หรือ แบบ บันทึกที่ทำขึ้นเอง มีการสรุปผลเฉพาะในเรื่องความ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ มักมีการซ้ำซ้อนกันระหว่างสถานพยาบาล

ในระดับ CUP การติดตามหญิง ตั้งครรภ์ต่อเนื่องมีน้อย โดยบางแห่งมีการติดตาม ด้วยไปรษณียบัตร แต่ในส่วน PCU มีการติดตาม หญิงหลังคลอดไปพร้อมกับงานเยี่ยมบ้านได้

“ติดตามยาก เพราะหญิงตั้งครรภ์มารับ บริการครั้งแรก และเจาะเลือดที่โรงพยาบาล แล้วไปฝากครรภ์ที่สอ. , มีการบันทึกเมื่อ ตรวจฟันแล้ว ในสมุดสีชมพู และในรายงาน ของฝ่ายส่งเสริม, บันทึกในรายงานเฉพาะ ของโครงการ เก็บข้อมูลทุก 3 เดือน , ไม่มี การเก็บข้อมูลการกลับมาของหญิงตั้งครรภ์, ระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ยังไม่มี ไม่มากก็ไม่ตามเพราะคนไข้อยู่เยอะมาก”

ทันตบุคลากรใน CUP

“ติดตามหญิงหลังคลอดไปจนถึงลูก ทำได้ ยากมากเพราะแม่มีทั้งคนในพื้นที่และคน ต่างจังหวัด, ติดตามกลุ่มเป้าหมายไปกับการ เยี่ยมบ้านหลังคลอด”

ทันตบุคลากรใน PCU

3.2 กลุ่มเด็ก

สถานพยาบาลทุกแห่งมีการให้บริการ คลินิกเด็กดี (WBC) และ มีเด็กทุกกลุ่มอายุมารับ บริการ ทำให้มีเด็กมารับวัคซีนจำนวนมาก การให้ บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กส่วนใหญ่ทันต- บุคลากรไปให้บริการที่ WBC โดยส่วนใหญ่มีการ ให้บริการที่เหมือนกันทั้งกลุ่มเด็กที่แม่ลงทะเบียน หรือแม่ที่ไม่ได้ลงทะเบียน เนื่องจากไม่สามารถ แยกกลุ่มเด็กได้ชัดเจน

“ทันตบุคลากรไปให้บริการที่ WBC ให้ทันตสุขศึกษา ตรวจฟัน และแจกแปรง , แยกเด็กที่แม่ไม่ได้ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการไม่ออก กิจกรรมที่ให้เด็กก็เหมือนกัน”

ทันตบุคลากรใน CUP

“แต่ละครั้งมีเด็กมารับบริการ 70 -80 คน และเด็กจาก WBC จะถูกส่งมาห้องฟัน”

ทันตบุคลากรใน PCU

การให้บริการในกลุ่มเด็ก ได้แก่

- การสอนทันตสุขศึกษาให้ผู้ปกครองเด็ก มีทั้งเรื่องการทำความสะอาดช่องปากเด็ก และการดูแลเรื่องอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การสอนทำความสะอาดฟันเด็กมักสาธิตด้วยโมเดล หรือสอนท่าทางการจับเด็ก แต่ยังไม่ได้มีการฝึกทักษะให้แม่แปรงฟันให้ลูกในปากจริง และมีการแนะนำให้ใช้ยาสีฟันตั้งแต่ 1 ปี หรือ 3 ปี หรือเมื่อวันปากได้

“สอนทันตฯ เริ่ม 9 เดือน เน้นเช็ดฟัน ถ้าฟันไม่ขึ้น เน้นเรื่องกินอาหาร และนม , สอนแปรงฟันโดยสาธิตด้วย โมเดล ไม่ได้ฝึกให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก, เน้นสอนท่าจับเด็ก ให้แม่จับลูกนั่งตัก , สอนทันต-สุขศึกษาเน้นการใช้ยาสีฟัน ให้เริ่มเมื่อเด็กอายุ 1 ปี ใช้น้อยกว่าเมล็ดถั่วเขียว, แนะนำให้เด็กใช้ยาสีฟันเมื่อเด็กวันปากได้”

ทันตบุคลากรใน CUP

“เด็กเล็กไม่ให้ใช้ยาสีฟันจะให้ใช้เมื่อเด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป เพราะกลัวเด็กกลืน”

ทันตบุคลากรใน PCU

- การตรวจฟันเด็ก ในแต่ละสถานพยาบาล มีการเน้นการตรวจเด็กในกลุ่มอายุแตกต่างกัน คือ 6 เดือน , 9 เดือน , 1.5 ปี , 2.5 ปี หรือ 3 ปี ในกรณีที่พบเด็กฟันผุมักไม่มีรักษา นอกจากเด็กที่มีความพร้อมหรือมีอายุ 3 ปีขึ้นไป

“ตรวจฟันเด็ก ที่ 9 เดือน และ 2.5 ปี แต่ไม่ได้ใช้สมุดสีชมพู , ตรวจฟันตั้งแต่ 9 เดือน ในเด็ก 1.5 ปี มีฟันหน้าผุ จะสอนให้ผู้ปกครองดูแล, พบมีฟันผุ 2.5 - 4 ปี จะนัดมารับบริการ เฉพาะในกรณีที่เด็กยอม, ดูแลความพร้อมของเด็ก ส่วนใหญ่รักษาอายุ 3 ปี ขึ้นไป, ตรวจฟันขึ้น ฟันผุ เก็บบันทึกทุกกลุ่มอายุ แต่ยังไม่มีการสรุปผล , ตรวจฟันผุเด็กอายุ 2.5 - 3 ปี ตามแบบรายงานของ สสจ.”

ทันตบุคลากรใน CUP

“เด็กที่ส่งมาห้องฟันจะได้รับการตรวจฟัน และลงบันทึกในสมุดแม่และเด็ก , เด็กเล็กไม่ตรวจฟัน ตรวจเด็ก อายุ 3 ปี ขึ้นไป”

ทันตบุคลากรใน PCU

- การแจกแปรงสีฟันให้เด็กเกือบทุกแห่ง มีการแจกให้ครั้งเดียวในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน คือ ที่อายุ 9 เดือน, 1.5 ปี หรือ 3 ปี โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด โดยที่ CUP หลายแห่ง สามารถจัดซื้อแปรงสีฟันได้ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนแก่ PCU เครือข่าย นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งมีการจัดสรรงบประมาณจัดซื้อแปรงสีฟันสนับสนุนให้สถานพยาบาลภายในจังหวัดด้วย

“แจกแปรังสีฟันเด็กอายุ 9 เดือน ตั้งเป้าหมายให้ครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์, แจกแปรังเด็กเฉพาะ 9 เดือน, แจกแปรังเด็กที่อายุ 1.5 ปี, แจกแปรังสีฟันอย่างเดียวให้เด็กอายุ 9 เดือน, 1.5 ปี และ 3 ปี ในอายุ 3 ปี จะแจกแปรังและยาสีฟัน, **ทันตบุคลากรใน CUP และ PCU**

● การบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กส่วนใหญ่มีการลงบันทึก แต่ขาดการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบและการสรุปผลเพื่อนำไปใช้แบบบันทึกที่ใช้ ได้แก่ รายงานของงาน WBC สมุดสุขภาพแม่และเด็ก แบบที่จัดทำขึ้นเอง หรือแบบบันทึกที่สำนักงานสาธารณสุขจัดทำขึ้นซึ่งเจ้าหน้าที่ใน PCU มีความเห็นว่าการสร้างแบบบันทึกขึ้นมาตามโครงการต่างๆ ทำให้เกิดภาระงานใน PCU มากขึ้น เนื่องจากมีแบบรายงานเป็นจำนวนมากอยู่แล้ว

การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นไปได้ยากเนื่องจาก แม่ย้ายที่อยู่ เด็กบางคนย้ายที่อยู่ เด็กบางคนอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งให้ความสำคัญกับเรื่องฟันไม่มากนัก แต่ในส่วนของ PCU มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายได้โดยร่วมกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และมี 1 แห่งมีการให้ยาเม็ดฟลูออไรด์ เพื่อกระตุ้นให้แม่พาลูกกลับมาตามนัด

“เก็บข้อมูลฟันผุในเด็กอายุ 2.5 - 3 ปี เพื่อใช้วางแผนงานของจังหวัด, บันทึกใน 3 แบบ คือ สมุดสุขภาพแม่และเด็ก แบบที่สร้างขึ้นเอง และ Family Folder ให้แม่เก็บไว้, ประเมินไม่ได้ว่าจาก ช่วงอายุ 1.5 - 3 ปี เด็กมีฟันผุมากแค่ไหน, ไม่มีระบบติดตามที่ชัดเจน ในหญิงตั้งครรภ์มีการติดตามบ้างในเด็กไม่มีระบบการติดตามเลย, การให้ยาเม็ดฟลูออไรด์นอกจากช่วยป้องกันฟันผุแล้ว

ยังช่วยให้แม่พาลูกกลับมาให้หมอตรวจเป็นระยะ”

ทันตบุคลากรใน CUP

“มีข้อมูลเด็ก แต่ระบบรายงานยังไม่เป็นรูปร่าง, ถ้างบบันทึกให้ครบจะเสียเวลามาก รายงานทันสมัย มีหลายแบบ, มีแผนการเยี่ยมเด็กทุกคน ในรูปแบบเป็นที่มสุขภาพของสถานีนอนามัย”

ทันตบุคลากรใน PCU

4. การสนับสนุนการดำเนินงานภายในจังหวัด

CUP ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนแก่ PCU ที่เป็นเครือข่าย มีบางจังหวัดสถานพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขด้วย โดยสำนักงานสาธารณสุขมีการจัดตั้งงบประมาณในส่วนของงานส่งเสริมป้องกัน จัดซื้อ แปรังสีฟัน ยาสีฟัน เม็ดสีย้อมฟัน

“สสจ.ตั้งบ ซื้อ แปรัง+ยา+เม็ดสี สำหรับหญิงท้อง ชุดละ 10 บาท แปรังเด็ก ชุดละ 4.50 บาท และชุดละ 6 บาท, ได้รับแปรังยาเม็ดสีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แปรังสีฟัน ยาสีฟัน โรงพยาบาลสามารถใช้งบประมาณเงินบำรุงซื้อได้บ้าง, แปรังสีฟันได้รับสนับสนุนจาก CUP มีเท่าไร ก็แจกเท่านั้น”

ทันตบุคลากรใน CUP และ PCU

5. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน

5.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่สามารถติดตามกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่แม่ถึงลูกที่เกิดมาได้อย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด และข้อมูล หญิงตั้งครรภ์มีการเข้าชั้น

- ทั้ง CUP และ PCU ภาระงาน มีมาก ในระดับ CUP จะมีภาระงานรักษามาก ใน ส่วน PCU มีภาระงาน เกี่ยวกับการลงบันทึก

- การให้บริการในเด็กเป็นเรื่อง ยุ่งยากเพราะเด็กมักไม่ให้ความร่วมมือ

- ไม่มีทันตแพทย์ในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลางการประสานงาน ภายในจังหวัด

“การติดตามหญิงหลังคลอดไปจนถึงลูก เป็นเรื่องยากมาก เพราะแม่มีทั้งคนในพื้นที่ และคนต่างจังหวัด , ปัญหาคือ หญิงตั้งครรภ์ ไม่มาตามนัด เด็กไม่ค่อยมีปัญหาเพราะ นัดกับระบบวัคซีน , ทันตแพทย์มีงาน รับผิดชอบมาก ไม่มีเวลา ทำให้ไม่สามารถ ติดตามผลได้ , เด็กไม่ค่อยให้ความร่วมมือ จะร้องไห้ , บันทึกของสอ.มีมาก และงาน ทันตฯ มีหลายแบบฟอร์ม ถ้าวัดบันทึกให้ ครบจะเสียเวลามาก, อยากให้มีทันตแพทย์ ในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ เป็นศูนย์กลางการประสานงาน”

ทันตบุคลากรใน CUP และ PCU

5.2 ความคิดเห็นต่อโครงการ

ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความ เห็นว่า โครงการนี้ส่งผลดีต่อกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีระบบที่ชัดเจน แต่ กิจกรรมในโครงการมีมาก อาจไม่สามารถทำให้ ครบได้ กิจกรรมที่ยาก คือ การให้บริการทันตกรรม เด็ก การฝึกแปรงฟัน การติดตามกลุ่มเป้าหมาย อย่างต่อเนื่อง แนวคิดที่จะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากคง เป็นเรื่องยาก เพราะเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก

ทั้งนี้ควรทำให้เป็นโครงการใหญ่ร่วมกับงานส่งเสริม สุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่อื่นมีส่วนร่วม อย่าง เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ทันตบุคลากรส่วนหนึ่ง คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน

“ถ้าโครงการ จบลงในปี 2548 ก็จะทำต่อไป เพราะคนไข้ได้รับสิ่งที่ดีมากที่สุด , งาน ส่งเสริม ใน ANC และ WBC ในโรงพยาบาล เป็นการตั้งรับ ทำเหมือนเดิมๆ ที่ผ่านมา ไม่มีทีมงาน ไม่มีระบบรองรับ และไม่มี การติดตามงาน ไม่มีเวลาเพราะคนไข้เยอะ, การ ติดตามหญิงตั้งครรภ์และเด็กทำได้ยาก, บุรณาการงาน รู้สึกว่าเป็นเรื่องยาก เพราะ คนในสถานีนอามัย ไม่พออยู่แล้ว ที่สำคัญ งานทันตฯ ไม่อยู่ใน KPI ไม่มีอยู่ในระบบการ นิเทศติดตาม เจ้าหน้าที่สอ.จึงไม่อยากทำ , น่าจะมีการบูรณาการกับงานอื่นๆ เช่น ไอคิว อีคิว ให้เป็นโครงการใหญ่ มีคำสั่งให้ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะได้ช่วย ทำงาน, โครงการแม่ลูกฯ มีผลให้เจ้าหน้าที่ แยกรับภาระงานมากขึ้น เท่าที่คุยกันหลาย โรงพยาบาล จะไม่ทำเลย หรือทำเท่าที่ ทำได้”

ทันตบุคลากรใน CUP

“สอ.ต้องทำรายงานตามโครงการ จำนวน มากให้ สสจ. , สสอ. ไม่รู้จะทำได้หมดหรือ เปล่า เพราะขั้นตอนมีมาก , การติดตาม หญิงหลังคลอดไปจนถึงลูกเป็นเรื่องยาก เพราะแม่มีทั้งคนในพื้นที่ และต่างจังหวัด, สิ่งที่ทำยาก คือ การให้บริการทันตกรรม และฝึกแปรงฟันให้เด็ก เพราะเด็กมีมาก และไม่ค่อยยอม”

ทันตบุคลากรใน PCU

5.3 ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง
ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความเห็น
ว่า ส่วนกลางควรให้การสนับสนุนการดำเนินงาน
ในเรื่อง

- แปรงสีฟัน ยาสีฟัน เพื่อใช้ฝึก
ทักษะการแปรงฟัน แม้ว่าบางจังหวัดที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด หรือ CUP จะสามารถให้การ
สนับสนุนได้ แต่การจัดซื้อแปรงสีฟันยาสีฟันเป็น
เรื่องที่ยุ่งยาก

- สื่อชนิดที่นำไปใช้กับกลุ่ม
เป้าหมายได้ เช่น แผ่นพับ นิทาน โปสเตอร์เชิญชวน
และควรเป็นลักษณะการรวมเล่มกับงานส่งเสริม
สุขภาพ จากการสังเกต พบว่า สื่อประเภทความรู้
สำหรับทันตแพทย์ในโรงพยาบาลมักจะถูกเก็บ
รักษาไว้ในสภาพที่ดีไม่ค่อยถูกใช้งาน ส่วนทันต-
บุคลากรในสถานอนามัยยังมีความต้องการสื่อเพื่อ
การเรียนรู้สำหรับตนเอง

- สนับสนุนการเรียนรู้จากประสบ-
การณ์จริงของผู้ที่สามารถปฏิบัติงานได้ดี เช่นการ
จัดเวทีการสัมมนา หรือจัดอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานส่งเสริมป้องกัน

“การซื้อแปรงเองเป็นเรื่องยุ่งยาก เรื่องใบ
เสร็จและการเบิกจ่าย อยากให้กรมอนามัย
ซื้อให้เหมือนเดิม และได้ของมีคุณภาพ,
การสนับสนุนที่อยากได้มากๆ คือ สื่อนิทาน
และแปรงสีฟัน , สื่อที่ต้องการสำหรับ
ประชาชนโดยตรง , ต้องการโปสเตอร์ นิทาน
แผ่นพับ ภาพพลิก สำหรับสถานบริการ
และศูนย์เด็ก , อยากได้เอกสารที่บูรณาการ
ความรู้ทันตฯ ไว้กับคำแนะนำแม่มากกว่า
แยกเล่ม , อยากให้มีการจัดเวทีวิชาการ เพื่อ
ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงาน หรืออบรม
, อยากให้มีการสัมมนา เพื่อพัฒนางาน”

ทันตบุคลากรใน CUP และ PCU

สรุป และอภิปรายผล

(1) การบริหารจัดการ CUP ส่วนใหญ่มี
ระบบการจัดแพทย์และทันตแพทย์ไปให้บริการที่
PCU เครือข่าย สัปดาห์ละ 1 วัน บางแห่งบริหาร
แบบรวมศูนย์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในเครือข่ายมีส่วน
ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา และดำเนินงาน
ไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถจัดสรร
ทรัพยากรให้ได้เหมาะสม โดยไม่มีทันตภิบาล
ประจำที่ PCU ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การจัดทีม
แพทย์และพยาบาลไปตรวจรักษาที่ PCU ทำให้ทาง
CUP ขาดแคลน บุคลากรยิ่งขึ้น และเป้าหมายการ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสถานอนามัย
จึงมีโอกาสทำได้น้อยลงกว่าเดิม⁽⁶⁾

ทั้งนี้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ มีเพียงการ
ประสานความร่วมมือการส่งต่อกลุ่มเป้าหมายกับงาน
ANC และ WBC โดยทันตบุคลากร เป็นผู้ให้
บริการกลุ่มเป้าหมายในทุกกิจกรรม ซึ่งจากการ
ศึกษาเชิงคุณภาพใน 3 พื้นที่ ในปี 2547 พบว่า
ผลลัพธ์การจัดบริการยังไม่บรรลุหลักการของการ
บูรณาการ ส่วนใหญ่ยังมีลักษณะบริการแยกส่วน⁽⁷⁾
ดังนั้นการมุ่งหวังให้มีการบูรณาการสำหรับผู้ปฏิบัติ
ในระดับพื้นที่อาจเป็นเรื่องที่ต้องสร้างความเข้าใจ
และพัฒนาทักษะในเรื่องการให้บริการเชิงบูรณาการ
โดยการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

(2) การรับรู้ของทันตบุคลากรในระดับ CUP
มีการรับรู้ได้ชัดเจน และรวดเร็ว ทำให้สามารถเริ่ม
กิจกรรมได้ตามแผนงานที่โครงการกำหนด ใน
เดือนตุลาคม 2545 ได้ ในระดับ PCU บางแห่ง
มีการรับรู้ได้ล่าช้า และมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน
ในเรื่องกลุ่มเป้าหมาย และกลวิธีการดำเนินงาน
จึงขาดการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง
เนื่องจากมีการถ่ายทอดหลายขั้นตอน

(3) กลุ่มเป้าหมายขาดความเฉพาะเจาะจง
โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มกว้าง

ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ถึงลูกที่เกิดมาถึงอายุ 3 ปี กิจกรรมที่ต้องดำเนินการจึงมีมาก ซึ่งในระดับ PCU มีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรอาจจะมีการดำเนินการให้ต่อเนื่องในระยะยาวได้ยาก

(4) การดำเนินงานในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นไปได้ทุกกิจกรรม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ได้รับบริการตรวจช่องปาก การให้ทันตสุขศึกษา และฝึกทักษะการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน (Plaque control) แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติม จากงานเดิม โดยทันตบุคลากรให้การยอมรับแม้จะเป็นกิจกรรมที่ย่างยาก แต่อาจไม่สามารถทำได้ ครอบคลุมทั้งหมดในกรณีที่มีผู้มารับบริการมาก

ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ ใส่ใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเองมากขึ้น และน่าจะมีผลดีต่อการดูแลฟันของลูกต่อไป จากการศึกษามารดาที่ได้รับการตรวจช่องปาก และการสอนทันตสุขศึกษา จะรู้จักทำความสะอาดช่องปากเด็ก ด้วยการเช็ดเหงือกและฟันให้บุตรสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ⁽⁸⁾

ปัญหาการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มักเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด ทั้งนี้สถานพยาบาลหลายแห่งมีการสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์ โดยเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ การนัดพร้อมกับการนัดฝากครรภ์ การจัดช่องทางด่วนที่ไม่ต้องรอนาน หรือใช้ชุดของขวัญเป็นสิ่งจูงใจให้มารับบริการ

(5) การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเด็กยังให้น้ำหนักกับกิจกรรมที่เป็นไปได้มากกว่า กิจกรรมที่ย่างยาก เช่น มีการให้ทันตสุขศึกษาในสถานพยาบาลทุกแห่ง แต่ไม่มีการฝึกทักษะแปรงฟันให้ลูกในปากจริงซึ่งอาจจะส่งผลป้องกันฟันผุในเด็กได้น้อย จากการศึกษา ปี 2541 พบว่าทันตสุขศึกษา ยังไม่สามารถทำให้พฤติกรรม การเลียงดูเด็ก เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น⁽⁹⁾

นอกจากนี้ พบว่าการให้บริการรักษาฟันผุ

ของเด็กมีการดำเนินงานน้อย การแจกแปรงสีฟัน และการแนะนำการใช้ยาสีฟันในเด็ก มีการดำเนินการในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่มีการแนะนำให้เด็กเริ่มใช้ยาสีฟันช้า เช่น อายุ 1.5 ปี หรือ 3 ปี และสถานพยาบาลส่วนน้อยที่มีการให้บริการทาฟลูออไรด์ เจล หรือ วาณิช และ การให้ยาเม็ดฟลูออไรด์เสริมในเด็ก

จากที่กล่าวมา สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเด็กไม่ได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษา ปี 2542 พบว่า การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็ก 0 - 2 ปี ยังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะสถานบริการของรัฐหลายแห่ง ยังเน้นการรักษามากกว่างานส่งเสริมป้องกัน⁽¹⁰⁾ ปี 2546 การศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปาก พบว่าเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในคลินิกเด็กดี ได้ต่ำกว่าร้อยละ 50⁽¹¹⁾ และปี 2547 การสำรวจพฤติกรรม การเลียงดูระดับชาติ เด็กกลุ่ม อายุ 1 ปี ได้รับการตรวจฟันจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 28.4 และแม่แปรงฟันให้ลูก ร้อยละ 44.1⁽¹²⁾

(6) การติดตามกลุ่มเป้าหมายในระดับ CUP ยังเป็นไปได้น้อย ในส่วนของ PCU มีความเป็นไปได้ โดยการติดตามกลุ่มหญิงหลังคลอด และเด็กในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจะสามารถให้ได้ความรู้และฝึกการแปรงฟันให้เด็กได้จริง จากการศึกษา พบว่า การอบรมให้ความรู้ชาวบ้านในชุมชน พบว่าผู้ปกครองมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾

(7) ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการส่งเสริมผลดีต่อกลุ่มเป้าหมาย แต่กิจกรรมในโครงการมีมาก ในระดับ PCU อาจดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน และไม่ควรรสร้างแบบรายงานขึ้นใหม่ เพื่อการเก็บข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะเป็นการสร้างภาระงานให้เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในสถานื่อนามัยที่มี

รายงานมากอยู่แล้ว ทั้งนี้ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความต้องการให้ส่วนกลางให้การสนับสนุน แปรงบสัฟฟิ้น และสื่อที่นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะ

- 1) กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการควรมีความเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มเด็ก ที่ระบุช่วงอายุที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายการลดโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก
- 2) กิจกรรมในเด็กควรมีประเด็นที่ชัดเจนในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - การให้ทันตสุขศึกษาควรเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับอายุของเด็ก ทั้งเรื่องการทำความสะอาดฟันเด็ก และการดูแลเรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ
 - การตรวจฟันและการแจกแปรงสีฟันในกลุ่มเด็กควรมีการดำเนินการตามอายุที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกับหลักวิชาการ เพื่อการป้องกันฟันผุในเด็กได้ทัน
 - การฝึกแปรงฟันให้เด็กน่าจะเป็นกิจกรรมหลักในกลุ่มเด็ก โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างจริงจัง เพราะสามารถส่งผลต่อการป้องกันโรคฟันผุได้อย่างแท้จริง และประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งควรแนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ตั้งแต่ฟันขึ้น ในขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์จากฟลูออไรด์ก่อนที่เด็กจะมีฟันผุ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในชุมชนน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่าใน WBC
- 3) กิจกรรมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพราะทันตบุคลากรส่วนใหญ่ให้การยอมรับ และสามารถดำเนินการได้จริง
- 4) ควรมีช่องทางสื่อสารสองทางกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้รับรู้ได้โดยตรงและรวดเร็ว มีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

อีกทั้งสามารถสะท้อนปัญหาได้

- 5) ควรพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีตัวชี้วัดที่มีความหมาย และมีคุณค่า สามารถบอกความครอบคลุม และผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมายที่มีผลกระทบต่อ การเกิดโรคฟันผุในเด็ก
- 6) การสนับสนุนองค์ความรู้ ควรเป็นเรื่องที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย และเป็นองค์รวมกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กทั่วไป
- 7) ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรม เสริมแรงสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น การจัดเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ทำงาน การให้รางวัล การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลงาน หรือผู้ปฏิบัติงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อสร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากผู้ que ดำเนินการได้ผลดี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ การศึกษา ทพญ.เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ ที่ให้คำแนะนำปรึกษา และความร่วมมือของทันตบุคลากรใน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชนใน จังหวัดปราจีนบุรี ชัยภูมิ กำแพงเพชร และกระบี่ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รายงานผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก , 2538
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก , 2545
3. เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ การประเมินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน 0 -3 ปี ระดับประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2535 - 2537 กรุงเทพฯ , โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก 2538
4. เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2547 เอกสารโรเนียว , ธันวาคม 2547
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนิน โครงการแม่ลูกฟันดี102 ปี สมเด็จพระเจ้า รัชกาลที่ 9 โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก , 2545
6. ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ การประเมินและพัฒนาระบบงานที่การจัดบริการทันตสุขภาพของสถานีนามัยในฐานะสถานบริการใกล้บ้าน โหลทอง มาสเตอร์พรินทร์ จำกัด กรุงเทพฯ 2547
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ต้นแบบการบูรณาการ จัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ : กรณีศึกษา 3 พื้นที่ ไบร่บุดสถานที่ยิมพ์ 2547
8. สุพรรณลักษณ์ รัตวีรัตน์ และคณะ การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนและโครงการแจกแปรงสีฟัน อันแรกของหนู จังหวัดร้อยเอ็ด วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2540 ; 2(2) :11-19
9. เรวดี ต่อประดิษฐ์ และคณะ การประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู พ.ศ. 2535 - 2540 วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2541 ; 49 (1) 1-9
10. บุปผา ไตรโรจน์ และคณะ กระบวนการดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน วิทยาลัยทันตสาธารณสุข ปีที่ 6
11. สุณี วงศ์คงคาเทพ บุญเอื้อ ยงวานิชกร การจัดการบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545
12. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ข้อมูลการประเมินพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย ระดับชาติ ประจำปี 2547 เอกสารโรเนียว 2547
13. พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ ประสิทธิภาพของการประยุกต์สร้างพลังชุมชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดลำปาง วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนศึกษา 2544



The process evaluation of the oral health care for mothers and children project in 2004

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

Abstract

The oral health care for mothers and children were launched as a national program during the years of 2003 - 2005. The main activities composed of 1) The oral examination and the plaque control for pregnant women 2) The oral examination for children 3) A hand-on training for parents to brush their children's teeth. The purpose of this evaluation is to understand what activities are recommended, and how this project should be operated, The recommendations will be used to improve the project in the future. The qualitative data was collected among 8 CUPs in 4 provinces. This was done by interviewing 16 dental personnel. The results showed that the dental personnel at CUPs had a clear perception, while some concepts, especially about the target group issue, were still unclear to the PCU personnel. The coordination and the collaboration among health providers were not properly established; therefore, almost all of the activities were managed by the dental personnel. However, the dental personnel approved the activities that were written in the guidebook. The oral examination for pregnant women and children were routinely performed. The plaque control can be operated if the number of patients were not too high. Yet, training parents to brush their children's teeth was rarely performed. In some PCUs, the oral services with home care activities had been integrated. It was recommended that more resources such as toothbrush and toothpaste should be supplied and practical model exchanges should be supported.

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

รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กไทยอายุ 3 ปี พ.ศ.2547

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์* ท.บ., ส.ม.
สุรางค์ เขยจุฬานนท์* สศ.บ.
ศรีศุดา ลีละศิธร* ท.บ., ส.ม., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การสำรวจสภาวะเด็กปราศจากฟันผุของเด็กไทยอายุ 3 ปี เริ่มดำเนินการครั้งแรกปีพ.ศ.2545 ดำเนินการทุกปีจนถึงพ.ศ.2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำฐานข้อมูลระดับชาติวิทยาโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี สำหรับใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนของประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3 ปีในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน จังหวัดละ 480 คน ในปี พ.ศ. 2547 กองทันตสาธารณสุขได้ประสานและสนับสนุนให้ทุกจังหวัดเก็บข้อมูลรวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 77,500 คน ผลการสำรวจพบว่า จังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุมากที่สุด คือ จังหวัดลำพูน ร้อยละ 58.6 จังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุด คือ จังหวัดนราธิวาส พบเพียง ร้อยละ 11.39 เมื่อแยกเป็นรายภาค โดยพิจารณาจากจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุในระดับต่างๆ พบว่า ภาคกลาง เด็กมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ โรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนเป็นปัญหาที่พบมากในทุกจังหวัด เมื่อนำผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ.2545-2547 เปรียบเทียบเป็นภาพรวมของประเทศ พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น เด็กมีฟันผุน้อยลง และเกือบทุกภาค มีเด็กปราศจากฟันผุ เพิ่มมากขึ้น ยกเว้นภาคใต้ ภาคเดียว และจากผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุเด็ก 3 ปี พ.ศ. 2547 มีเด็กปราศจากฟันผุ เกินร้อยละ 50 เพียง 4 จังหวัด ซึ่งตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้สำหรับเด็ก 5 ปี ใน พ.ศ. 2543 เป้าหมายเด็กปราศจากฟันผุ ร้อยละ 50 ฉะนั้นโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนยังคงเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข ดังนั้นจึงควรกำหนดให้มีแผนการผสมผสานงานการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าไปในระบบการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กปฐมวัย และมีการติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัญหาโรคในช่องปากที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยก่อนเรียนคือโรคฟันผุ ในปัจจุบันพบว่าช่วงอายุ 1-3 ปี มีการเกิดฟันผุอย่างรวดเร็ว โดยพบเริ่มผุบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าบนได้ตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปี และเมื่ออายุ 2-3 ปี จะพบผุที่ฟันกรามน้ำนมซึ่งเพิ่งขึ้นมาไม่นาน ลักษณะดังกล่าวพบบ่อยมากในเด็กเล็กของประเทศไทย ช่วง 20 ปีที่ผ่านมาอัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กเล็กในประเทศอุตสาหกรรมลดลงอย่างมากจากการใช้ฟลูออไรด์ และการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ¹ แต่สำหรับประเทศไทย การเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตชนบท

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) กรมอนามัยมีนโยบายให้เน้นการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และมีการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนและหาแนวทางแก้ไข การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทั้งระดับการบริหารงานในพื้นที่ และในส่วนกลาง ดังนั้นกองทันตสาธารณสุขจึงได้ประสานและสนับสนุนให้ทุกจังหวัดเก็บข้อมูลสภาวะปราศจากฟันผุเด็กอายุ 3 ปี อย่างง่าย แต่มีความจับใจในการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค ขณะเดียวกันสามารถมองเห็นภาพรวมในระดับประเทศได้ โดยให้สำรวจในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบในปาก เริ่มดำเนินการเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 และดำเนินการทุกปีจนถึง พ.ศ. 2549 จังหวัดส่งผลการสำรวจให้กอง

ทันตสาธารณสุข เพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลสภาวะปราศจากฟันผุเด็กอายุ 3 ปี สำหรับใช้ประโยชน์ในการติดตามสภาวะทันตสุขภาพของเด็กวัยดังกล่าวซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของประเทศ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

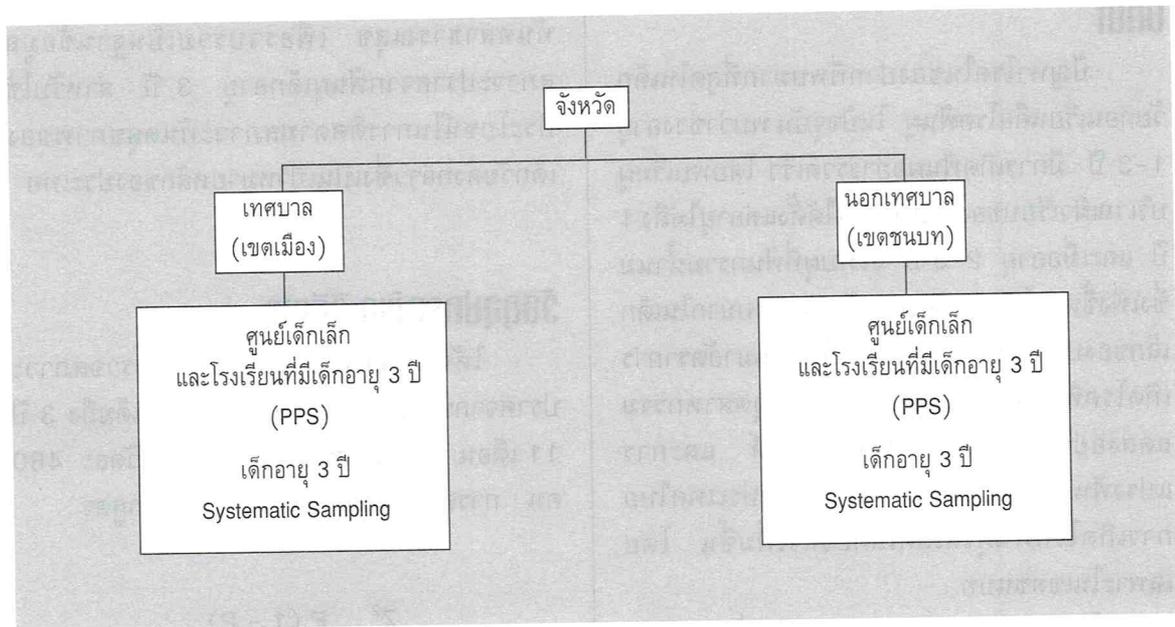
ให้จังหวัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุเด็กอายุ 3 ปี (3 ปีเต็มถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน) ใช้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 480 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง คัดจากสูตร

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2} \times \text{Deff}$$

โดยใช้ความซุกของการเป็นโรคฟันผุ ในเด็กอายุ 3 ปี จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 คือ 61.7 % และค่า $d = 10\%$ ของ P

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี stratified multistage sampling กล่าวคือ มีการแบ่งชั้นภูมิ (stratification) เป็นเขตเมืองและเขตชนบท แล้วสุ่มศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนที่มีเด็กอายุ 3 ปี ในแต่ละเขตโดยวิธี Sampling with Probability Proportional to Size (PPS) และสุ่มเลือกเด็กอายุ 3 ปี อย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) อีกชั้นหนึ่งดังแผนภูมิต่อไปนี้



ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

- 1). แบ่งพื้นที่เป็นเขตเมือง หมายถึงเขตเทศบาล และเขตชนบทหมายถึง นอกเขตเทศบาล
- 2). หาสัดส่วนประชากรอายุ 3 ปี เขตเมืองต่อเขตชนบท จากข้อมูลของจังหวัด
- 3). แบ่งจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 480 คน เป็นจำนวนตัวอย่างในเขตเมือง และจำนวนตัวอย่างในเขตชนบทโดยมีสัดส่วนตามข้อ 2 เช่น สัดส่วนประชากรเขตเมือง : ชนบท เป็น 1 : 3 จะได้จำนวนตัวอย่าง เขตเมืองเป็น 120 คน เขตชนบทเป็น 360 คน
- 4). จากข้อกำหนดว่า 1 จุดสำรวจ ควรมีตัวอย่างประมาณ 20-30 คนต่อกลุ่มอายุ จึงเอาจำนวนตัวอย่างที่ได้ หารด้วย 20 - 30 จะได้จำนวนศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนที่มีนักเรียนอายุ 3 ปี ที่ต้องสำรวจในแต่ละเขต
- 5). จากศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนที่สุ่มได้ในแต่ละเขต สำรวจเด็กอายุ 3 ปี ให้ได้ครบ 20-30 คน ตามที่กำหนดไว้ขณะคำนวณจุดสำรวจ ถ้ามีเด็กอายุ 3 ปี เกินจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ อาจใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ

เด็กหรือใช้วิธีกำหนดหมายเลขประจำเฉพาะเลขคู่หรือเลขคี่ ที่จะตกเป็นตัวอย่างในการสำรวจก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าวิธีใดเหมาะสมที่สุด ถ้าจำนวนเด็กที่มีเท่ากับจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ ทำการสำรวจทุกคนไม่ต้องเลือกตัวอย่าง ถ้าจำนวนเด็กที่มีน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ ทำการสำรวจเพิ่มจากศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนที่อยู่ใกล้เคียง จำนวนเด็กที่สำรวจควรมีเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกันมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1. แบบสำรวจฟันผุตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. กระจกส่องปาก (mouth mirror) ที่ใช้อยู่ประจำในสถานบริการ

เกณฑ์การสำรวจ

ใช้เกณฑ์การตรวจโรคฟันผุที่ปรับปรุงจากเกณฑ์องค์การอนามัยโลก

ปราศจากฟันผุ หมายถึง ฟันที่ไม่มีรอยผุ ฟันที่ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการอุดฟันหรือถอนฟัน

ฟันผุ หมายถึง ฟันที่มีรอยผุชัดเจนเห็นด้วยตาเปล่า หรือผุจนเหลือแต่ราก รวมทั้งฟันที่อุดชั่วคราวด้วย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้เก็บข้อมูลเป็นทันตบุคลากรที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ที่สุ่มได้ เก็บข้อมูลแต่ละจุดสำรวจ โดยใช้เกณฑ์และแบบฟอร์มที่พัฒนาโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
2. ส่งข้อมูลมาที่จังหวัด เพื่อรวบรวมสรุปและส่งมาวิเคราะห์ที่กองทันตสาธารณสุข
3. การวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ

ผลการสำรวจ

ข้อมูลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุเด็ก

อายุ 3 ปี พ.ศ.2547 รวบรวมจากพื้นที่ ทุกจังหวัด จำนวนตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 77,500 คน

1. เมื่อจัดลำดับจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุจากมากไปหาน้อย พบว่าจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุมากที่สุด คือจังหวัดลำพูน ร้อยละ 58.6 จังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุดคือจังหวัดนราธิวาส พบเพียงร้อยละ 11.39

2. เมื่อแบ่งจังหวัดเป็น 5 กลุ่ม คือระหว่างร้อยละ 10-19 , 20-29 , 30-39 , 40-49 และมากกว่า 50 ตามลำดับ จะพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.05) มีเด็กปราศจากฟันผุระหว่างร้อยละ 30-39 (ตารางที่ 1)

เมื่อนำผลการสำรวจของทั้งหมด มาถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัดโดยใช้ข้อมูลประชากรปี พ.ศ.2546 ของกรมการ

ตารางที่ 1 การกระจายของจังหวัดที่มีเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุจำแนกตามภาค

Table 1 Distribution of provinces having caries-free 3-year-old children, categorized by parts of Thailand 2004.

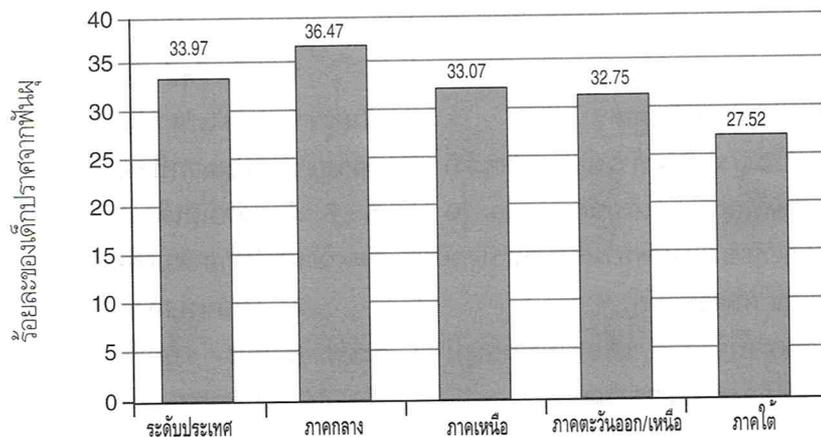
ภาค/ระดับ	จำนวนจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุ ปี 2547				
	10 -19%	20-29%	30-39%	40-49%	> 50%
ระดับประเทศ	5	20	35	12	4
ภาคกลาง	-	6	12	5	2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1	5	10	3	-
ภาคเหนือ	-	3	11	2	1
ภาคใต้	4	6	2	1	1
กทม.	-	-	-	1	-

ตารางที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุสำรวจปี พ.ศ.2547 จำแนกตามภาค

Table 2 Percentage of 3-year-old, caries-free children, categorized by parts of Thailand, 2004

ระดับ	ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ
ระดับประเทศ	33.97
ภาคกลาง	36.47
ภาคเหนือ	33.07
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	32.75
ภาคใต้	27.52

ภาพที่ 1 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปีที่ปราศจากฟันผุสำรวจปี 2547 จำแนกตามภาค



ปกครอง กระทรวงมหาดไทย จะได้ร้อยละของเด็ก ปราศจากฟันผุในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เป็นร้อยละ 36.47 33.07 32.75 และ 27.52 ตามลำดับ และระดับประเทศ เป็นร้อยละ 33.97 (ตารางที่ 2 และภาพที่ 1)

เมื่อจำแนกเป็นรายภาค โดยพิจารณาจาก ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ พบว่าภาคกลาง

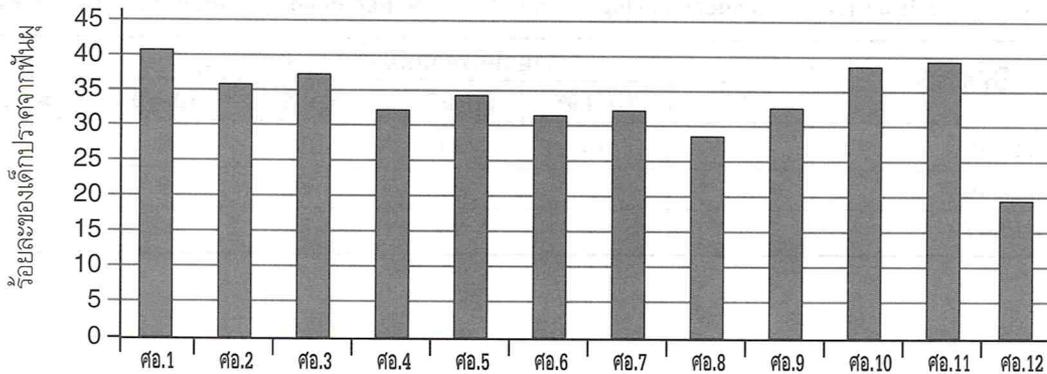
เด็กมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับและเมื่อนำผลการสำรวจของทั้งหมด มาถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากรในแต่ละศูนย์ฯ โดยใช้ข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2546 ของกรมการ ปกครอง กระทรวงมหาดไทย จะได้ร้อยละของเด็ก ปราศจากฟันผุ ดังนี้

ตารางที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุจำแนกตามเขตของศูนย์อนามัย

Table 3 Percentage of 3-year-old, caries-free children, categorized by regions.

เขตของศูนย์อนามัยที่	ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ
ศอ.1	40.65
ศอ.2	35.61
ศอ.3	37.17
ศอ.4	32.43
ศอ.5	34.59
ศอ.6	31.24
ศอ.7	32.33
ศอ.8	28.08
ศอ.9	32.49
ศอ.10	37.92
ศอ.11	38.41
ศอ.12	19.00

ภาพที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปีที่ปราศจากฟันผุจำแนกตามเขตของเขตของศูนย์อนามัย



เมื่อแยกเป็นรายเขตของศูนย์อนามัย โดยพิจารณาจากร้อยละของเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ พบว่า

- ศูนย์อนามัยที่มีร้อยละของเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ มากที่สุด คือ ศูนย์อนามัยที่ 1 (40.65%)
- ศูนย์อนามัยที่มีร้อยละของเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ น้อยที่สุด คือ ศูนย์อนามัยที่ 12 (19.00%) ศูนย์อนามัยส่วนใหญ่ (75 %) จะอยู่ในกลุ่มปราศจากฟันผุ ร้อยละ 30-39

กองทันตสาธารณสุขได้ประสานและสนับสนุนให้ทุกจังหวัดสำรวจสถานะเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลระบาดวิทยาโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีของประเทศไทย เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545 และดำเนินการปีละ 1 ครั้ง มีจังหวัด ที่ดำเนินการและส่งผลการสำรวจมาใน พ.ศ. 2545 , 2546 และ 2547 จำนวน 75 จังหวัด , 74 จังหวัด และ 76 จังหวัด ตามลำดับ (ปี พ.ศ.2545 กรุงเทพมหานครไม่ได้สำรวจ)

1. เมื่อจัดลำดับจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุจากมากไปน้อย

พ.ศ.2545 พบว่า จังหวัดภูเก็ตและจังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุ

มากที่สุดและน้อยที่สุด ร้อยละ 47.71 และ 9.73 ตามลำดับ

พ.ศ.2546 พบว่า จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุมากที่สุดและน้อยที่สุด ร้อยละ 54.8 และ 5.6 ตามลำดับ

พ.ศ.2547 พบว่า จังหวัดลำพูนและจังหวัดนราธิวาสเป็นจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุมากที่สุดและน้อยที่สุด ร้อยละ 58.6 และ 11.39 ตามลำดับ

2. แบ่งจังหวัดเป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีเด็กปราศจากฟันผุน้อยกว่าร้อยละ 10 ระหว่างร้อยละ 10-19 , 20-29 , 30-39 , 40-49 มากกว่า 50 ตามลำดับ

พ.ศ.2545 พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.33) มีเด็กปราศจากฟันผุ ระหว่างร้อยละ 20-29

พ.ศ.2546 พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.54) มีเด็กปราศจากฟันผุ ระหว่างร้อยละ 30-39

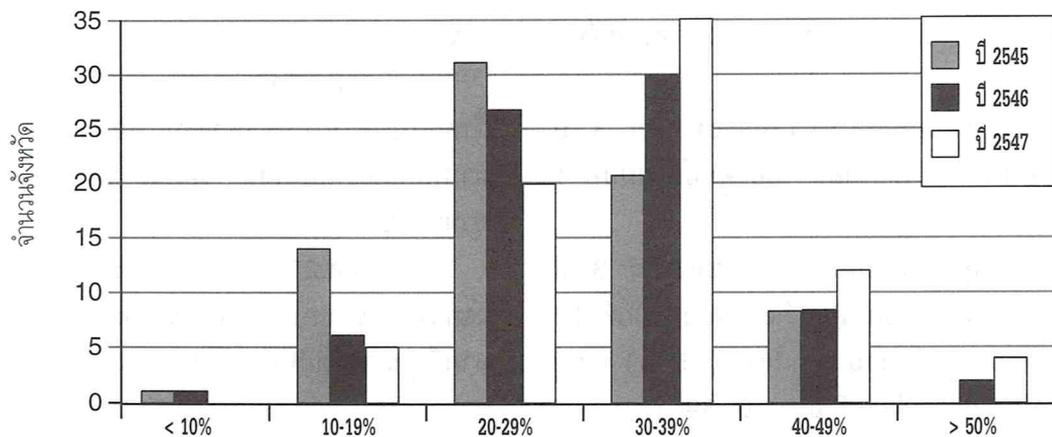
พ.ศ.2547 พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.05) มีเด็กปราศจากฟันผุ ระหว่างร้อยละ 30-39

ตารางที่ 4 การกระจายของจังหวัดที่มีเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ จำแนกตามปีที่สำรวจ

Table 4 Distribution of provinces having 3-year-old caries free children, categorized by survey year

ปีที่สำรวจ	จำนวนจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุ					
	< 10%	10-19%	20-29%	30-39%	40-49%	> 50%
พ.ศ.2545	1	14	31	21	8	-
พ.ศ.2546	1	6	27	30	8	2
พ.ศ.2547	-	5	20	35	12	4

ภาพที่ 3 การกระจายของจังหวัดที่มีเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ จำแนกตามปีที่สำรวจ



จากตารางที่ 4 และภาพที่ 3 ในปี พ.ศ. 2545-2547 จำนวนจังหวัดของกลุ่มที่มีร้อยละของเด็ก ปราศจากฟันผุต่ำกว่าร้อยละ 20-29 ลดลง และจำนวนจังหวัดของกลุ่มที่มีร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ นอกจากกลุ่มดังกล่าวข้างต้น เพิ่มมากขึ้นทุกกลุ่ม

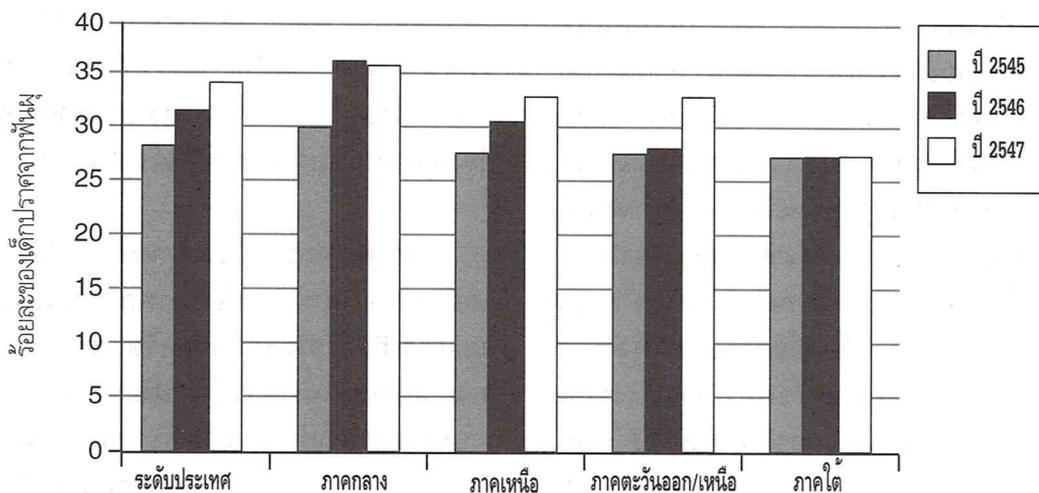
เมื่อนำผลการสำรวจเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ใน ปีพ.ศ.2545, 2546, 2547 เปรียบเทียบ เป็นภาพรวมของประเทศ พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น จากร้อยละ 28.07, 30.82 และ 33.97 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายภาค พบว่า เกือบทุกภาคมีเด็กปราศจากฟันผุเพิ่มมากขึ้น ยกเว้นภาคใต้ ภาคเดียว (ตารางที่ 5 และภาพที่ 4)

ตารางที่ 5 ร้อยละของเด็กที่ปราศจากฟันผุ จำแนกตามภาคและปีที่สำรวจ

Table 5 Percentage of caries - free children, categorized by parts and survey year.

ระดับ	ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุ		
	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547
ระดับประเทศ	28.07	30.82	33.97
ภาคกลาง	29.76	36.72	36.47
ภาคเหนือ	27.65	30.27	33.07
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	27.48	27.68	32.75
ภาคใต้	27.47	27.53	27.52
กทม.	ไม่สำรวจ	42.89	47.12

ภาพที่ 4 ร้อยละของเด็กที่ปราศจากฟันผุ จำแนกตามภาคและปีที่สำรวจ



อภิปรายผล

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กในประเทศอุตสาหกรรมลดลงอย่างมากจากการใช้ฟลูออไรด์และการแปรงฟันสม่ำเสมอ แต่สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพช่องปากของจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเด็กในเขตชนบท เช่นเดียวกับประเทศ

กำลังพัฒนาบางประเทศ เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ การศึกษาของ Carino KG และคณะ² รายงานว่า เด็ก 3 ปี ในภาคเหนือของฟิลิปปินส์ มีฟันผุร้อยละ 85 โดยมีค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุด 7.4 ซี่ต่อคน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศไทย

ประเทศไทยมีการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 3 ปี เป็นตัวแทนระดับประเทศเป็น

ครั้งแรกเมื่อปี 2532 ผลการสำรวจพบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีเด็กที่ปราศจากฟันผุเพียงร้อยละ 33.5 จากปัญหาที่พบดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2537) ในเรื่องการควบคุมอัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียนให้ปราศจากโรคฟันผุไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 กำหนดมาตรการให้มีการส่งเสริมทันตสุขภาพตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์จนถึงลูกก่อนวัย 3 ปี ยังคงให้ดำเนินการต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวมาจนถึงแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (2545-2549)

แม้ว่าการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กจะทำกันอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเกิดโรคฟันผุยังคงเพิ่มสูงขึ้น และจากการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ.2547 ทุกจังหวัด มี เด็กปราศจากฟันผุร้อยละ 33.97 และจากการสำรวจสภาวะเด็กฟันผุในเด็กอายุ 1.5 ปีของ 71 จังหวัด พบว่ามีฟันผุร้อยละ 16.17 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพร่วมกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับชาติ พ.ศ.2547³ พบว่า กลุ่มเด็ก 1-2 ปีมีเด็กฟันผุร้อยละ 10.16 และกลุ่มเด็กอายุ 4-5 ปี มีเด็กฟันผุร้อยละ 69.03 ซึ่งอัตราการผุของเด็กอายุ 1-2 ปี จนถึงอายุ 4-5 ปี จะผุเร็วมากเพราะฟันน้ำนมมีการลุกลามของฟันผุได้เร็วกว่าฟันแท้ เพราะฉะนั้นจะต้องมีมาตรการในการป้องกันฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 0-3 ปี ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ในปี 2546 กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กเล็ก โดยได้สนับสนุนให้จังหวัดต่างๆ จัด

กิจกรรม ภายใต้ชื่อโครงการ “แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า” โดยตั้งเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการ (พ.ศ.2546-2548) เด็กอายุ 3 ปีควรปราศจากฟันผุร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจในปีพ.ศ. 2547 มีจังหวัดที่เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 50 เพียง 4 จังหวัดเท่านั้น ทำให้ต้องเร่งหามาตรการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เข้มข้นยิ่งขึ้น

ในภาพรวม ประเทศต่างๆทั่วโลกยังคงยอมรับว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ Horowitz HS⁴ ได้เสนอไว้ในการประชุมนานาชาติเรื่องฟันผุในเด็กเล็ก ในปี 1997 ว่า การวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามอัตราการเกิดโรคอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเชื้อชาติและเศรษฐกิจต่างๆ กัน และควรแสดงให้เห็นว่าชุมชนไหนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่า รวมทั้งศึกษาวิจัยถึงวิธีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมและใช้ได้จริงในชุมชน

การพัฒนาการเก็บข้อมูลเด็ก 3 ปีอย่างง่าย แต่มีความไวในการสะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคในระดับจังหวัด ขณะเดียวกันสามารถมองเห็นภาพรวมในระดับประเทศได้ เป็นระบบที่เหมาะสมในการใช้กำกับการทำงานทั้งของพื้นที่ระดับจังหวัดเอง และการสะท้อนให้เห็นภาพในลักษณะกระจายของปัญหาตามภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) ระดับประเทศ หากนำมาผนวกกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา เช่น การกระจายของพื้นที่ ฟลูออไรด์ตามแหล่งน้ำธรรมชาติ เศรษฐกิจและการศึกษาของประชาชน รวมทั้งสภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ จะช่วยทำให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ การเก็บข้อมูล โดยให้พื้นที่ระดับจังหวัดเป็นผู้เก็บข้อมูล อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้สำรวจได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้สำรวจเป็นทันตบุคลากร และดัชนีที่ใช้เป็นการประยุกต์ให้เป็นการวัดแบบง่าย จึงมีโอกาสแตกต่างกันได้น้อยลง

สรุปผล

จากการสำรวจสภาวะเด็กปราศจากฟันผุใน เด็กอายุ 3 ปี ในปี พ.ศ.2545-2547 พบว่าใน ภาพรวมระดับประเทศมีแนวโน้มดีขึ้น เด็กมีฟันผุ น้อยลง แต่มีจังหวัดที่มีเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟัน ผุเกินร้อยละ 50 เพียง 4 จังหวัดซึ่งตามเป้าหมาย ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ สำหรับเด็ก 5 ปี ในพ.ศ.2543 มีเด็กปราศจากฟันผุร้อยละ 50 ฉะนั้นโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนยังคงเป็นปัญหา ที่ต้องรีบแก้ไข ปัญหาฟันผุในเด็กเล็กมีสาเหตุหลัก มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

ร่วมกับไม่ได้รับการดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก อย่างเพียงพอและยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ที่มี ส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก โดยการดูแลตัวเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อการสร้างฟันที่สมบูรณ์ของเด็กในครรภ์ และ ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อที่ทำให้เกิดฟันผุจากแม่ ไปสู่ลูกทางน้ำลาย จึงควรกำหนดให้มีแผนการ ผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าไปในระบบ การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และมีการติดตาม ผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตบุคลากรในสถานื่อนามัย โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงจินทนา อึ้งชูศักดิ์ และทันตแพทย์หญิงบุบผา ไตรโรจน์ ที่ให้คำ แนะนำในการเขียนรายงานการสำรวจในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Institutes of Health Consensus Development Panel.National Institutes of Health Consensus Development Conference statement , Diagnosis and management of dental caries throughout life, March 26-28,2001.Special report. JADA August 2001; 132 : 1153-1161
2. Carino KG, Shinada K, Kawaguchi Y. Early childhood caries in northern -Philippines. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:81-9
3. กรมอนามัย การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับชาติ ปีพ.ศ.2547 เอกสารโรเนียว
4. Horowitz HS. Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998;26:Suppent 1:67-81

ผลการสำรวจสภาวะเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ พ.ศ.2545-2547

เขต	จังหวัด	ปีพ.ศ.2545		ปีพ.ศ.2546		ปีพ.ศ.2547	
		% CF	ลำดับที่	% CF	ลำดับที่	% CF	ลำดับที่
1	กทม.	ไม่สำรวจ		42.89		47.12	
	นนทบุรี	45.2	2	54.8	1	50.2	3
	ปทุมธานี	29.89	30	28.7	41	32.29	42
	พระนครศรีอยุธยา	34.38	20	44.16	7	39.38	17
	อ่างทอง	23.3	53	34.37	20	38.84	19
	สมุทรปราการ	23	54	31.88	33	40.21	14
2	สระบุรี	38.75	10	38.33	13	41.46	11
	ลพบุรี	12.63	72	16.71	70	38.38	21
	สิงห์บุรี	32.79	26	30.96	34	32.45	41
	ชัยนาท	36.42	16	39.27	10	40.03	15
	นครนายก	28.5	37	28.7	41	36.9	24
	สุพรรณบุรี	24.17	50	28.65	43	26.89	55
3	ชลบุรี	37	14	40.5	9	42.1	9
	ฉะเชิงเทรา	36.21	17	36.47	16	38.99	18
	ปราจีนบุรี	19.16	64	33.48	25	36.02	27
	สระแก้ว	35.37	19	36.76	15	35.15	30
	ตราด	38.25	12	33.95	23	48.89	6
	จันทบุรี	24	51	24.5	57	27.34	53
	ระยอง	18.7	65	32.07	31	32.1	43
4	ราชบุรี	34	22	28.11	47	21.2	65
	นครปฐม	43.33	6	53.95	2	52.29	2
	กาญจนบุรี	22.4	55	20.04	66	24.75	61
	เพชรบุรี	21.87	57	32.5	30	33.13	37
	ประจวบฯ	19.9	61	24.4	58	28.47	51
	สมุทรสาคร	29.16	34	44.58	6	39.69	16
	สมุทรสงคราม	12.33	73	34	22	20.25	66
5	นครราชสีมา	21.3	59	27.43	48	24.7	62
	ชัยภูมิ	15.4	69	14.38	71	40.67	12
	บุรีรัมย์	26.36	42	35.88	17	43.21	8
	สุรินทร์	39	9	24.32	59	35	32
	มหาสารคาม	19.56	63	30.4	37	38.37	22
6	ขอนแก่น	36.52	15	34.17	21	40.54	13
	เลย	30.2	29	34.41	19	34.6	33
	หนองคาย	32.85	25	26.02	51	26	57
	อุดรธานี	27.89	38	23.37	61	23.32	63
	หนองบัวลำภู	27.17	39	28.33	45	27.14	54
	สกลนคร	17.5	66	21.14	64	30.33	48
	กาฬสินธุ์	31	27	32.92	28	35	32

เขต	จังหวัด	ปีพ.ศ.2545		ปีพ.ศ.2546		ปีพ.ศ.2547	
		% CF	ลำดับที่	% CF	ลำดับที่	% CF	ลำดับที่
7	อุบลราชธานี	25.99	46	24.97	54	33.98	34
	อำนาจเจริญ	28.65	35	30.03	38	26.4	56
	นครพนม	15.21	70	24.79	55	16.88	68
	มุกดาหาร	45.2	2	32.62	29	38.54	20
	ร้อยเอ็ด	26.46	41	25.4	53	31.2	46
	ศรีสะเกษ	33.54	23	30.8	35	36.59	26
	ยโสธร	33.12	24	33.83	24	37.89	23
8	นครสวรรค์	16.04	68	24.16	60	21.83	64
	อุทัยธานี	21.5	58	18.96	67	33.75	35
	ตาก	28.54	36	33	27	28.2	52
	สุโขทัย	27.08	40	28.33	45	31.67	44
	กำแพงเพชร	25.76	47	22.8	63	31.56	45
9	พิษณุโลก	25.04	48	ไม่สำรวจ		30.34	47
	พิจิตร	14.68	71	17.9	68	35.14	31
	เพชรบูรณ์	26.25	43	26.5	50	28.48	50
	แพร่	43.8	4	33.17	26	32.6	39
	น่าน	37.65	13	42.37	8	35.66	28
	อุดรดิตถ์	29.17	32	ไม่สำรวจ		39.38	17
10	ลำปาง	22.31	56	38.95	12	41.9	10
	เชียงใหม่	34.38	20	36.9	14	32.9	38
	เชียงราย	29.17	32	28.94	40	33.5	36
	พะเยา	26.25	43	32	32	36.6	25
	ลำพูน	38.54	11	39.17	11	58.6	1
	แม่ฮ่องสอน	41.04	8	48.3	3	49.4	5
11	นครศรีฯ	41.62	7	47.41	4	50.06	4
	สุราษฎร์ธานี	26.02	45	28.45	44	29.31	49
	ชุมพร	24.38	49	30	39	25.63	59
	ระนอง	29.58	31	35.21	18	32.5	40
	พังงา	35.39	18	25.78	52	28.2	52
	ภูเก็ต	47.71	1	45	5	45.21	7
	กระบี่	20.63	60	27.21	49	35.3	29
12	สงขลา	30.6	28	30.58	36	25.64	58
	พัทลุง	23.78	52	23.32	62	25.19	60
	ตรัง	19.71	62	24.7	56	24.7	62
	สตูล	16.08	67	17.5	69	18.69	67
	ยะลา	43.5	5	10.42	72	12.3	70
	ปัตตานี	9.73	75	5.6	73	14.6	69
	นราธิวาส	12.13	74	20.43	65	11.39	71

The National survey of caries-free Thai 3-year-old children in the year 2004.

Pentip Jitjamnong* D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)
Surang Chettaprin* B.P.H.
Srisuda Leelasithorn* D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)

Abstract

The National survey of dental caries in Thai 3-year-old children in the year 2004 was performed in 76 provinces to evaluate caries-free situation of preschool children in Thailand. Samples were 480 3-year-old children in day-care centers / schools each province. The result of this study, Lamphun was the province having highest caries-free children, 58.6% while Narathiwat was the lowest one, 11.39%. Considering by region, children in the middle part of Thailand had the best oral hygiene, the the North region was the second, then North - Eastern and the South, respectively. Caries in preschool children are the most serious problem in all provinces but the national data was better from 2002 to 2004 and also in most regions except the South. Caries-free children were more than 50% only 4 provinces (WHO's arget for the year 2000.) Thus, the integration plan of oral health promotion program into the maternal and child health promotion should be strengthen as well as the evaluation of the program continuously and seriously.



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

การศึกษาการเกิดโรคฟันผุและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-12 ปี

น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง*

ท.บ., ส.ม., ร.บ.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ การศึกษาชุมชนในบริบทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้บริการทันตกรรม และการเกิดโรคฟันผุ ในเขตอำเภอเมือง เดชอุดม และอำเภอวังจันทน์ จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์แบบสอบถามทั้งเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้นำชุมชน และแบบสอบถามเชิงปริมาณ และการตรวจฟันในกลุ่มผู้ปกครอง และเด็กอายุ 3-5, 6-8 และ 9-12 ปี ซึ่งเป็นลูกคนสุดท้ายของแต่ละครัวเรือน คัดเลือกโดยใช้วิธี Multistage random sampling รวม 696 ตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้และยากจน การศึกษาของเด็กเริ่มต้นเข้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลและได้ให้เรียนในภาคบังคับในโรงเรียนใกล้บ้าน ร้านค้า แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน มีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งมีรถเร่ และตลาดนัดทำให้ประชาชนมีการจับจ่ายได้สะดวกยิ่งขึ้น การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพทุกพื้นที่ยังคงได้รับจากหอกระจายข่าว และจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนยังคงมีความเชื่อและดูแลสุขภาพที่ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว แต่ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไปรักษาที่สถานอนามัยในเขตหมู่บ้านตนเอง หากเป็นมากขึ้นจะไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรคในช่องปาก หากเจ็บป่วยก็จะพาไปหาหมอฟันที่โรงพยาบาล

เด็กส่วนใหญ่ยังอยู่ในการเลี้ยงดูของผู้เป็นพ่อ/แม่ (ร้อยละ 71.2, 76.5 และ 78.3 ตามลำดับ) เด็กทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กด้วยวิธีการแปรงฟัน มีเพียง ร้อยละ 1.7 ในกลุ่มอายุ 3-5 ปี เท่านั้นที่ไม่แปรงฟัน และส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 48.3 45.7 และ 65.9 ตามลำดับ) โดยในทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการแปรงฟันตอนเช้ามากกว่าแปรงฟันก่อนเข้านอน ผู้ดูแลหลักของเด็กกลุ่ม 3-5 ปี ส่วนใหญ่จะตรวจดูช่องปากเด็กเป็นประจำ (ร้อยละ 44.1) ในกลุ่ม 6-8 ปี และ 9-12 ปี จะตรวจดูบ้าง นาน ๆ ที่ (ร้อยละ 44.0 และ 49.6 ตามลำดับ) ข้อมูลการไปรับบริการทันตกรรม เมื่อเด็กมีอาการปวดฟันจะถูกพาไปพบหมอ การให้กินยาแก้ปวดเอง และการเอายาอุดในรูฟัน ส่วนใหญ่เด็กที่ไปรับบริการทันตกรรมจะได้รับบริการถอนฟัน ตรวจฟัน และอุดฟัน การเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม กลุ่ม 3-5 ปี และ 6-8 ปี พบว่ามีฟันผุมากถึง ร้อยละ 77.9 และ 90.2 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.85 และ 7.54 ซึ่งต่อคน โรคฟันผุในฟันแท้กลุ่ม 6-8 ปี และ 9-12 ปี พบผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 22.5 และ 70.8 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.43 และ 2.60 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มขึ้น จึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลและให้ความรู้ในกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

* ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัจจุบันการใช้มาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพ กิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ลักษณะการให้บริการการทำงานแบบตั้งรับของทันตบุคลากร และการป้องกันโรคที่มีรูปแบบตายตัวและเหมือนกันในทุกพื้นที่ ไม่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้กับประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย และไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของประชาชน ทำให้ประสิทธิภาพของโครงการต่างๆ ที่ประเมินผลได้ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใต้วิถีการพัฒนาของโลกตะวันตก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครามีเพิ่มมากขึ้น เช่น ความหลากหลายของชนม การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมขวด การมีบุตรเมื่ออายุน้อย การประกอบอาชีพ เป็นต้น ขณะเดียวกัน ความเชื่อบางประการที่ฝังตัวอยู่ในระบบวัฒนธรรมไทย เช่น การละเลยการดูแลฟันน้ำนมของเด็กด้วยความเข้าใจว่า อย่างไรเสียฟันน้ำนมก็จะหลุดไปเองตามธรรมชาติ ทำให้เด็กเล็กเป็นจำนวนมากต้องอยู่กับสภาพที่มีเชื้อโรคเต็มปาก และไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ความพยายามของบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ทันตสุขศึกษาและสอนให้ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็ก โดยไม่คำนึงถึงความสามารถและความเป็นไปได้ในบริบทชีวิตของประชาชนไม่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรมที่แท้จริงของประชาชน ถือเป็นช่องว่างสำคัญของระบบสาธารณสุขที่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาเติมให้เต็ม เพื่อการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับปัญหาของประชาชน การศึกษานี้จะมุ่งเน้นในการเก็บข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึง ความเชื่อ การรับรู้ พฤติกรรม แบบแผนการดำรงชีวิต การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้เป็นฐานความรู้ในการจัด

ทำแผนการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นและพัฒนา ระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มอายุ 3 - 12 ปี ของจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาชุมชนในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 3 - 12 ปี
3. เพื่อศึกษาการเกิดโรคฟันผุ ทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนมของเด็กอายุ 3 - 12 ปี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง เดชอุดม และอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน ผู้ดูแลเด็กและเด็กกลุ่ม 3 - 5 ปี 6-8 ปี และ 9-12 ปี จำนวน 240 ตัวอย่าง คัดเลือกเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง โดยวิธี Multistage random sampling แต่ละอำเภอจะคัดเลือกตัวอย่างอำเภอละ 4 พื้นที่(cluster) โดยเลือกตำบลแบบเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 3 ตำบล จากนั้นจึงระบุหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของตำบลนั้น และเขตเทศบาลอีกอำเภอละ 1 ชุมชน ในแต่ละ cluster ให้สุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ ๆ ละ 20 ตัวอย่าง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นคำถามเชิงโครงสร้างในการสัมภาษณ์รายกลุ่มหรือรายบุคคล และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก การใช้บริการทันตกรรม และบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบรรยาย พรรณนาตามประเด็นที่ได้กำหนด การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

จากแบบสอบถาม และวิเคราะห์สภาวะโรคฟันผุ ใช้ค่าสถิติ ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ที่ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 28 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 40-60 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ และไม่ได้ทำงานแล้ว และมีตำแหน่งในชุมชนเป็นกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ประเด็นการศึกษาลักษณะชุมชน ได้แก่ บริบททั่วไปของชุมชน การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจของชุมชน สถานศึกษา และการเข้าเรียนของเด็กในชุมชน แหล่งอาหาร / เครื่องดื่ม ในหมู่บ้าน แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ในชุมชนแต่ละอำเภอ ดังนี้

1. อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ดำเนินการเก็บข้อมูลในเขตบ้านหนองเต่า ตำบลชีเหล็ก, บ้านปากน้ำ หมู่ 3 ตำบลกุดลาด, บ้านหนองช้าง หมู่ 7 ต. หนองขอน และชุมชนเทศบาลตลาดหนองบัวเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำนา หาปลาไว้กินไว้ขาย ซึ่งแต่ก่อนนี้หามาแต่พอได้กินเพราะหามากก็ขายไม่ได้มีแต่แบ่งกันกินแลกกันแต่ปัจจุบันนี้ถ้าไม่ไปหากินเองก็ต้องซื้อของร้านค้าเอา จะขอกินไม่ได้อีกแล้ว การดำเนินก็เหมือนกันสมัยก่อนช่วยกันสมัยนี้ต้องจ้างเท่านั้น “ปัจจุบันนี้ใครทำอะไรก็ได้ขาย คนทำน้อยหรือไม่ทำก็ต้องซื้อ ไม่มีให้กันเหมือนสมัยก่อนแล้วต้องซื้อขายกันอย่างเดียว” ฐานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้านพอมือ พอกิน ภายในหมู่บ้านจะมีการตั้งกลุ่มอาชีพ ได้แก่ การเพาะเห็ด กลุ่มเย็บผ้า กลุ่มเลี้ยงสัตว์ “เป็นกลุ่มแต่แยกเลี้ยงบ้านใครบ้านมัน”

รายได้ก็ไม่มาก แต่ก็ยังเป็นช่องทางที่จะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ร่วมกัน สมาชิกก็ไม่มากเนื่องจากส่วนใหญ่จะไปทำนาหรือไปทำงานต่างพื้นที่ ความแตกต่างในส่วน of ประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลที่ส่วนใหญ่จะมีอาชีพค้าขายและข้าราชการ เศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดี มีการจับจ่ายใช้สอยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากสะดวก และเข้าถึงบริการต่างๆ อย่างไม่ค่อยมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม จะมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ย้ายเข้ามาอยู่จากต่างอำเภอต่างจังหวัดเพื่อมาอยู่ใกล้ที่ทำงาน ทุกหมู่บ้านจะมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลของอบต. ส่วนใหญ่ชาวบ้านมักจะนำลูกหลานมาฝากไว้เพราะใกล้บ้าน ให้เริ่มเข้าเรียนตั้งแต่ก่อนวัยเรียน และเข้าโรงเรียนจนจบประถมศึกษา บางครอบครัวไปเข้าโรงเรียนอื่นเนื่องจากการคมนาคมสะดวก หรือพ่อ-แม่ไปทำงานในเมืองก็เลยเอาลูกไปด้วย “ลูกเจ้าลูกนายเพิ่นก็เอาลูกไปเข้าในเมือง” (ครอบครัวที่มีอันจะกิน) การเรียนต่อหลังจากนั้นส่วนใหญ่จะเข้าไปเรียนในเมือง ระดับปวช. เทคนิค บางส่วนก็จะเข้ากรุงเทพไปทำงานโรงงาน ส่วนลูกของคนที่ฐานะ หรือกลุ่มข้าราชการ ที่อยู่ในเขตเทศบาล จะมีทางเลือกในการศึกษาต่อมากทั้งโรงเรียนมัธยมประจำจังหวัด หรือระดับอุดมศึกษาที่มีมหาวิทยาลัยในจังหวัดด้วย

ร้านค้าในหมู่บ้าน มีอยู่ทุกชุมชน จะขายของทุกอย่าง ทั้งขายของสด ของแห้ง ผงลอย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะสะดวกมาซื้อครั้งละไม่มาก ที่ละอย่าง เพราะใกล้บ้าน ถ้าจะซื้อมาก ๆ จะเข้าไปซื้อในเมือง มีรถร่นผ่านมาขายบ้างแต่จะเป็นหมู่บ้านที่ไกลออกไปมากกว่าเพราะชุมชนที่ใกล้เมืองปัจจุบันการคมนาคมสะดวก ชาวบ้านจะนิยมเข้าไปหาซื้อของกิน ของใช้จากในตัวเมือง แต่ก็ไม่บ่อยนัก เด็ก ๆ มักจะซื้อขนมกินตามร้านค้าใกล้บ้านเพราะสะดวกที่จะขอเงินแล้ววิ่งไปซื้อทีละอย่างวันหนึ่งจะหลายครั้ง โดยเฉพาะวันหยุดบางครั้งครอบครัวจะใช้จ่ายค่าขนม

มากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเทศบาลมีทางเลือกให้
จับจ่าย/บริโภคอย่างหลากหลาย อาทิ ห้างสรรพ
สินค้า หรือร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมง (เซเว่น
อีเลฟเว่น)

แหล่งข้อมูลทางสาธารณสุข ในทุกหมู่บ้าน
จะมีหอกระจายข่าวที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน ออกข่าวสาร
ของทางราชการ แหล่งข่าวสารจากวิทยุ โทรทัศน์
มีอยู่เกือบทุกหลังคาเรือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะ
ส่งข่าวสารทางด้านสาธารณสุขให้อสม.เป็นผู้
ประชาสัมพันธ์

การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ให้ความ
เห็นว่าถ้าไม่ป่วยไม่มีอาการก็ไม่อยากตรวจสุขภาพ
เพราะกลัวเจอโรค ถ้าเป็นพอทนได้ก็ทน ถ้าทนไม่
ได้ถึงจะไปหาหมอ ส่วนใหญ่เวลาเจ็บป่วยก็ไปหา
หมอที่สถานีอนามัยก่อน ถ้าไม่หายก็ไปที่
โรงพยาบาล หรือไปคลินิกเพราะสะดวกรวดเร็วกว่า
แต่มักไปใช้บริการภาครัฐก่อนเพราะจะไม่เสียเงิน
มาก ในเรื่องการเจ็บป่วยสมัยก่อนไม่มีหมอก็ใช้ยา
สมุนไพรพื้นบ้านยารากไม้ ปวดหัว ปวดท้อง ก็ฝน
ยาให้กิน เป็นโรคตาแดงก็ใช้ใบจำปาบ้านฉนวนไฟแช่
น้ำ ปัจจุบันป่วยไขก็ไปหาหมออนามัยหรือหมอ
โรงพยาบาลกันแล้ว

สำหรับเรื่องฟัน สมัยก่อนก็อมเกลือกับ
เอาถ่านไฟ (ถ่านที่ใช้หุงข้าวสมัยก่อน) ถูฟันเพื่อ
ให้ฟันขาว ไม่มีแปรงสีฟันเรื่องฟันผุเขารู้ว่ากินไขบ่อ
(เขา หมายถึงความเชื่อที่ได้ฟังได้ยินต่อ ๆ กันมา)
“เจ็บเขี้ยวก็ให้อมเกลือ” (เอายาใส่กับเกลือ) ถ้า
ปวดก็ถอนหรือให้ออกเอง ถ้าอยากให้ฟันดีก็อม
เกลือเอามือถู เอาฝุ่นขี้ยางต้นแสลงมาถูให้ขาว
สมัยก่อนชอบการเคี้ยวหมากก็จะทำให้ฟันทน ฟันดี
ฟันโยกจากการหมดอายุของฟัน แต่ในปัจจุบันนี้
ให้ความเห็นเรื่องการดูแลเรื่องฟันของเด็กว่าดีขึ้น
มาก “ถ้าเริ่มไปศูนย์พัฒนาเด็กก็ตีได้แปรงฟัน ครู
ห้ามกินลูกอม ดูแลความสะอาด อาบน้ำ” “ก่อน
เข้าศพ.ก็ให้แปรงอยู่กับบ้าน” “แปรงไหนบ่อ

แปรงไหน” (แปรงบ้างไม่แปรงบ้าง) “เดี๋ยวนี้ปวด
ฟันไม่มากหรอกเพราะปวดก็ไปหาหมอในเมืองก็
หาย” (ไม่มากหมายถึงไม่นานไปหาหมอฟันใน
เมือง)

“แต่ก่อนลำบากแสบเพราะว่าหมอบ่มี หมอ
หยั่งกะบ่มี เวลาปวดเขี้ยวกะบ่รู้ว่าซิเฮ็ดจั่งได้ได้แต่
นอนฮ้องให้ อีพ่ออีแม่เอ๊ยปวดเขี้ยวเฮ็ดจั่งได้ นอน
ตะแคงกุ่มแก้มอยู่ชั้นแล้ว หมอกะบ่มี” (เมื่อก่อน
ปวดฟันก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร ได้แต่นอนร้องไห้ ไม่มี
หมอฟัน) “ซูมือนี่มีเท็งหมอดอนเขี้ยว หมอใส่เขี้ยว
ปวดเขี้ยวกะบ่ต้องทรมาน เพราะว่ามีหมอกะไปถอน
ออกเลย” (ทุกวันนี้ มีหมอฟัน ปวดก็ไปถอนออก)

2. อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอเดชอุดมเป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีความ
เจริญ รองจากอำเภอเมือง ได้ศึกษาในพื้นที่ 4
ชุมชนได้แก่ บ้านหนองยาว ต.โพนงาม, บ้านป่า
โมง ต.ป่าโมง, บ้านแก้ง ต.แก้ง และเขตเทศบาล
ตำบลเมืองเดช ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะมีฐานะดีถึง
ปานกลาง จะมีกลุ่มที่ยากจนจริง ๆ อยู่บ้าง การ
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้างทั่วไป
ทอผ้าส่งหมู่บ้านใกล้เคียง ทำงานโรงงาน การรวม
กลุ่มทำอาชีพของชาวบ้าน การตั้งกลุ่มจะมาจาก
ส่วนราชการ เช่น พัฒนาชุมชน, อบต. ในหมู่บ้าน
มีหลายกลุ่ม มีผลิตภัณฑ์ที่รวมกลุ่มกันทำเป็น 1 ตำบล
1 ผลิตภัณฑ์ ซึ่งทำให้ชาวบ้านมีรายได้มากขึ้น
ส่วนในเขตเทศบาลเมืองเดช เนื่องจากเป็นสังคม
เมือง ฐานะเศรษฐกิจโดยรวมปานกลาง ชาวบ้านมี
ความเป็นอยู่แบบคนเมือง ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยเป็นไป
ตามสังคมที่เจริญขึ้น เด็กใช้จ่ายฟุ่มเฟือยกว่าเด็ก
สมัยก่อน อาจเป็นเพราะพ่อแม่ทำมาหากินไม่มี
เวลาให้กับลูกเลยให้เงินซื้อของและดูแลตนเอง ทำ
ให้ขาดการปลูกฝังนิสัยที่ดีให้กับลูกหลาน ส่วน
ใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้างทั่วไป อีกส่วนหนึ่งเป็น
ข้าราชการ

ในหมู่บ้านจะมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา บางหมู่บ้านจะไม่มีศูนย์เด็กก็จะให้เข้าชั้นอนุบาลของโรงเรียนประถมศึกษาหรือนำไปฝากที่ศูนย์ในหมู่บ้านใกล้เคียง ส่วนใหญ่เด็กจะได้เข้าเรียนที่โรงเรียนในหมู่บ้าน แต่มีเด็กที่เป็นลูกข้าราชการหรือฐานะดีจะให้ลูกมาเรียนที่ตัวอำเภอ พอจบป.6ให้เรียนต่อทุก ๆ คน เด็กจะถูกบังคับให้เรียนถึงม.3 คนที่เลิกเรียนเลยหลังจบป.6ก็จะไปช่วยพ่อแม่ทำนาแต่มีไม่มาก

ด้านการค้าขายพอมีบ้างแต่ไม่มีมากนักได้แก่ ร้านขายของชำ มอเตอร์ไซด์ขายอาหารและมีรถเร่ชาวบ้านจะซื้อของสดเหล่านี้มาทำกินเองขนมเด็กมีขายน้อย มีรถขายไอติม ขายขนมในหมู่บ้าน ถ้าเด็กร้องไห้ แงแง กวนมาก ตายายจะซื้อให้ เพราะไม่อยากตีเด็ก เด็กจะได้เงินไปซื้อขนมซองครึ่งละ 1-2 บาท จะไม่ได้ซื้อห่อใหญ่หรือซื้อที่ละเอียดเพราะไม่มีเงินมาก การจับจ่ายจะมีตลาดตอนเช้า มีของกินต่างๆ อาหารสุก เนื้อหมู ผักต่างๆ รับประทานในตลาดในเขตชุกชุมมาขายทำให้คนในหมู่บ้านไม่ไปตลาดในเมือง ชาวบ้านที่นี่ไม่ชอบทำกับข้าว กลับมาจากทำงานเหนื่อยส่วนมากจะซื้อกิน คนรับจ้างก่อนเข้าบ้านจะมาซื้อกับข้าวไปกิน ตอนทานก็ซื้อ เพราะคนรีบๆ ตอนเช้าจะไปนา แม้แต่ไม่ได้ทำนาก็ซื้อกับข้าวเหมือนกัน ลูกหลานอยู่กับตายายก็ซื้อมากิน

ข้อมูลข่าวสารได้จาก หอกระจายข่าว มีผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประกาศ ถ้าตั้งใจฟังก็รู้เรื่อง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ฟัง เป็นข่าวประชาสัมพันธ์ต่างๆ เท่านั้น ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องสุขภาพ ข่าวสารทางสาธารณสุขเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะมาประกาศเองแต่การประสานงานระหว่างสถานีอนามัยกับหมู่บ้านไม่ค่อยดีนักเพราะโรคบางอย่างยังไม่มี การเตือนหรือประกาศล่วงหน้า เช่น ไข้เลือดออกปล่อยให้เกิดเหตุแล้วจึงมาพ่นยา ชาวบ้านจะไม่มีวิธีการดูแลอะไรเป็นพิเศษ ไม่มีการตั้งชมรมออกกำลังกาย

ทุกคนมีแต่ทำมาหากินไม่ค่อยได้สนใจสุขภาพเท่าไร

ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาล ไปร้านขายยา คลินิกเอกชนภายในอำเภอ บางครอบครัวที่มีฐานะดี จะไปรักษาอำเภอเมือง เพราะชาวบ้านต้องรีบเรื่องทำมาหากินไม่ยอมเสียเวลาใช้บัตรทอง คนป่วยส่วนใหญ่จะไปคลินิกในหมู่บ้าน เป็นสถานพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัยมาเปิดเนื่องจากสะดวก ถ้าไม่หายจะบอกให้ไปรพ. ส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากมีสิทธิบัตร และกรณีเจ็บป่วยหนัก ๆ

ประเด็นความเชื่อและวิธีการดูแลสุขภาพในการเลี้ยงเด็กเล็ก พบว่า ถ้าเป็นลิ้นขาว จะเอาผ้าชุบπίสสาวะเช็ด ด้วยตัวเองเคยทำให้ลูก ถ้าเจ็บปากมีน้ำลายไหล หรือร้องไห้ เณย ๆ ไม่มีสาเหตุ ให้ไปหาหมอเป่า หมอจะเคี้ยวกำพลู่ท่อนคาถาแล้วเป่าแต่ตอนนั้นลูกของยายไม่ได้ทำให้หลานแล้ว แต่จะพาไปหาหมออนามัยแทน ปัจจุบันนี้ไม่มีความเชื่อเรื่องอาหารผิดสำแดงในเด็ก ถ้าเด็กไม่สบายก็พาไปหาหมอ แต่สมัยก่อนจะไม่ค่อยมีหมอ ชาวบ้านรุ่นหลัง ๆ จะบอกว่า “พ่อแม่ให้กินได้ทุกอย่างไม่เห็นเป็นอะไร ทุกวันนี้ไม่ถือแล้ว มีอะไรก็ไปหาแต่หมอ”

ด้านสุขภาพช่องปาก ยังมีความเชื่อแบบเก่าอยู่บ้างคือถ้าเจ็บปากก็จะพาไปเป่าปากให้หายปวดท้องจะเป่าท้อง หรือ ใช้น้ำขี้เถ้ากวาดปากเด็กเวลาเจ็บลิ้น เจ็บปาก ปัจจุบันเด็กได้กินลูกอมขนมมากขึ้น ทำให้ฟันผุมากและเร็วขึ้น “ลูกตอนนี้ฟันผุ เร็วมาก อายุ 2 ปี - 3 ปี ก็ได้ถูกถอนฟันแล้ว

3. อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอสำโรง เป็นอำเภอขนาดเล็ก มีความเจริญทางเศรษฐกิจน้อย ได้ทำการศึกษาใน 4 ชุมชนได้แก่ บ้านโคกก่อง ตำบลโคกก่อง, บ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง, ตำบลโนนกาเร็น และ

เขตเทศบาลตำบลสำโรง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ ทำสวนผัก อาหารที่นำมาบริโภคจะเป็นปลา อยู่ตามหนองน้ำ มีการรวมกลุ่มกันทำหมวก กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพัฒนาสตรีของหมู่บ้าน ทอเสื่อด้วยใบเตยภายในหมู่บ้าน บางคนก็ออกไปทำงานที่โรงงาน ฐานะพออยู่พอกินถึงยากจนชาวบ้านจะไม่มีก รอพยพไปที่ไหน ประกอบอาชีพอยู่ตามหมู่บ้านของตน เช่น ทำสระเลี้ยงปลาขาย ปลูกพืชสวนครัว

มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนในหมู่บ้าน บางแห่งขยายโอกาสถึง ม.3 ชาวบ้านส่วนใหญ่ก็ให้ลูกหลานเรียนโรงเรียนที่nearestจนจบการศึกษาภาคบังคับ เด็กส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เรียนต่อมัธยมศึกษา เพราะพ่อแม่ไม่มีเงินส่งเรียน ส่วนเด็กที่ได้เรียนต่อจะมีประมาณ 10 กว่าคน เพราะพ่อแม่มีฐานะดี

ร้านค้าในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ขายขนมถุง ของหวาน และเครื่องดื่ม บางร้านก็ขายกับข้าวด้วย มีรถเร่ขายของทุกอย่าง แต่ชาวบ้านจะไม่ค่อยได้ซื้อกินเท่าไร จะทำกินกันเอง ต้มผัก แจ่ว มีแต่เด็กที่ชอบซื้อขนมและน้ำอัดลมเป็นประจำ ในโรงเรียนจะมีร้านขายขนมซึ่งก็จะขายหลายอย่าง ราคาไม่แพง เป็นขนมถุง กรูบกรอบ แต่มีเด็กส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้เงินมาโรงเรียนก็จะได้ซื้อกินบ้าง

ในการรับรู้ข่าวสาร รับข่าวสารทางโทรทัศน์ วิทยุหรือมีการรับฟังทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านที่มีการออกอากาศในตอนเช้าทุกวัน การใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานีอนามัย หากบางครั้งมีอาการรุนแรงก็มารับบริการที่โรงพยาบาล บางกลุ่มก็ยังมีเชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การรำผีฟ้ารักษาโรคมะเร็ง โรคตับ มีการนำภูมิปัญญาชาวบ้านมารักษาคันไ้ เช่น นำใบละหู่ มาลนไฟ ประคบบริเวณฟกช้ำดำเขียว อาการก็จะลดลง

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุยังเหมือนสมัยก่อนคือ การเคี้ยวหมาก ยังเชื่อว่าจะ

ทำให้ฟันแน่นไม่ผุ บางคนมีการใส่ฟันปลอมกับหมอนัด การเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ยังให้ลูกดูจนหลับคาขวด ไม่ค่อยสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากลูกมากนักยังมีความคิดว่าเด็ยฟันน้ำนมก็หลุดทำให้เด็กมีฟันผุมาก และตัวเด็กเองก็ยังขาดการเอาใจในสุขภาพช่องปากของตัวเอง เช่นกัน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

● ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก

จากการศึกษาพบว่าเด็กในทั้ง 3 กลุ่มอายุ (3-5 ปี, 6-8 ปีและ9-12ปี) ทั้งหมด 696 ตัวอย่างจากเป้าหมาย 720 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 ยังอยู่ในความเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เป็นพ่อ แม่ มากที่สุด (ร้อยละ 71.2, 76.5 และ 78.3 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่พ่อ แม่ เด็กมีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 40 ปี (ร้อยละ 91.1, 86.0 และ 75.7 ตามลำดับ) และพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มพ่อแม่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.1, 70.8 และ 75.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

● ข้อมูลวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

เด็กทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการแปรงฟัน และพบว่ามีเพียง ร้อยละ 1.7 ในกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี เท่านั้นที่ไม่แปรงฟัน และส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 47.8, 45.2และ 65.9 ตามลำดับ) โดยแปรงฟันตอนเช้า ร้อยละ 84.2, 90.7และ 99.2 ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมแปรงฟันก่อนเข้านอนในสัดส่วนที่น้อยกว่า (ร้อยละ 41.9, 46.5 และ 50.9 ตามลำดับ) เด็กทุกคนใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันทุกครั้ง และส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นสารป้องกันฟันผุ ร้อยละ 95.3, 91.8 และ 90.1 ตามลำดับ

พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองเด็กจะใช้วิธีให้เด็กยืมฟันให้ดูหลังการแปรงฟัน เพื่อดูว่าเด็กแปรง

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ดูแลเด็ก แยกตามกลุ่มอายุเด็ก

Table 1 Characteristic of child care-takers categorized by childrens' ages.

ผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มอายุเด็กที่ผู้ดูแลหลักรับผิดชอบ		
	อายุ 3-5 ปี	อายุ 6-8 ปี	อายุ 9-12 ปี
ผู้ดูแลหลัก			
o พ่อแม่	168(71.2)	179(76.5)	177(78.3)
o ปู่ย่า ตายาย	64(27.1)	49(20.9)	43(19.0)
o คนอื่นๆ	4(1.7)	6(2.6)	6(2.6)
อายุของกลุ่มพ่อแม่			
o ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	3(1.8)	0	0
o 21 - 40 ปี	153 (91.1)	153 (86.0)	134 (75.7)
o 41 - 60 ปี	11 (6.5)	24 (13.5)	40 (22.6)
o 61 ปีขึ้นไป	1 (0.6)	1 (0.6)	3 (1.7)
ระดับการศึกษาของพ่อแม่			
o ไม่ได้เรียน	5 (3.0)	2 (1.1)	4 (2.3)
o ประถมศึกษา	96 (57.1)	126 (70.8)	134 (75.7)
o มัธยมต้น	22 (13.1)	19 (10.7)	12 (6.8)
o มัธยมปลาย/ปวช.	29 (17.3)	21 (11.8)	17 (9.6)
o อนุปริญญา/ปวส.	10 (6.0)	6 (3.4)	7 (4.0)
o ปริญญาตรีขึ้นไป	6 (3.6)	4 (2.2)	3 (1.7)

พันสะอาดหรือไม่ ร้อยละ 59.7, 50.8 และ 49.1 ตามลำดับ ผู้ปกครองไม่เคยรับรู้หรือไม่เคยดูเรื่องเด็กแปรงฟันสะอาด ร้อยละ 17.8, 21.8 และ 23.9 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงการขาดความตระหนักถึงความสำคัญหรือการละเลยการดูแลเด็กในเรื่องการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลหลักของเด็กกลุ่ม 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่ตรวจดูช่องปากเด็กเป็นประจำ (ร้อยละ 44.4) ผู้ปกครองที่ตรวจดูช่องปากเด็กเป็นประจำนั้นจะลดน้อยลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้นในกลุ่ม 6 - 8 ปี และ 9 - 12 ปี ส่วนใหญ่จะตรวจดูบ้าง นานๆ ที (ร้อยละ 44.0 และ 49.6 ตามลำดับ) โดยในทุกกลุ่มอายุผู้ดูแลหลักให้เหตุผลว่าตรวจดูว่ามีฟันผุหรือไม่มากที่สุด (ร้อยละ 63.2, 64.2 และ 62.1 ตามลำดับ)

● ข้อมูลการใช้บริการทันตกรรม

จากข้อมูลตารางที่ 3 เด็ก 3 - 5 ปี, 6 - 8 ปี และ 9-12 ปี ที่เคยปวดฟันในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.3, 69.7 และ 71.2 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มอายุ จะมีวิธีดูแลเด็กเมื่อมีอาการปวดฟันด้วยการพาไปหาหมอ (ร้อยละ 12.8, 29.7 และ 24.6 ตามลำดับ) และพบว่ามีส่วนที่มีวิธีที่ดูแลรักษาด้วยตนเอง ได้แก่ การให้กินยาแก้ปวดเอง (ร้อยละ 9.0, 19.0 และ 16.4 ตามลำดับ), การเอายาอุดในรูฟัน (ร้อยละ 7.7, 12.1 และ 9.9) ซึ่งในกรณีการเอายาอุดในรูฟันนี้แสดงให้เห็นถึงผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และครอบครัว การใช้บริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่ม

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

Table 2 Oral health care behaviors for children.

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก	จำนวน (ร้อยละ)		
	อายุ 3-5 ปี	อายุ 6-8 ปี	อายุ 9-12 ปี
พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็ก			
ไม่แปรง	4 (1.7)	0	0
แปรง	232 (98.3)	234(100)	226(100)
o วันละ 1 ครั้ง	67 (28.9)	57 (24.4)	50(22.1)
o วันละ 2 ครั้ง	111 (47.8)	106 (45.2)	149(65.9)
o วันละ 3 ครั้งขึ้นไป	54 (23.3)	69 (29.5)	27(11.9)
แปรงฟันตอนเช้า	197(84.2)	210(90.7)	224(99.2)
แปรงฟันก่อนเข้านอน	98(41.9)	108(46.5)	115(50.9)
ใช้ยาสีฟัน			
o ใช้	236 (100.0)	234 (100.0)	226 (100.0)
o ไม่ใช้	0	0	0
ยี่ห้อยาสีฟันที่ใช้			
o มีฟลูออไรด์	225 (95.3)	215 (91.8)	204 (90.3)
o ไม่มีฟลูออไรด์	11 (4.7)	19 (8.2)	22 (9.7)
วิธีการรับรู้ที่เด็กแปรงฟันสะอาดหรือไม่			
o ไม่รู้ ไม่เคยดู	42 (17.8)	51 (21.8)	54 (23.9)
o ให้เด็กยิงฟันให้ดู	141 (59.7)	119 (50.8)	111 (49.1)
o บอกให้เด็กแปรงนาน ๆ	22 (9.3)	30 (12.9)	29 (12.8)
o ให้เด็กดูเอง	4 (1.7)	11 (4.7)	11 (4.7)
o อื่น ๆ	27 (11.5)	23 (9.9)	21 (9.3)
การตรวจดูช่องปากเด็ก			
o ไม่เคยตรวจดู	19 (8.1)	18 (7.7)	37 (16.4)
o ตรวจดูตอนเด็กปวดฟัน	23 (9.7)	28 (12.0)	33 (14.6)
o ตรวจดูบ้าง นาน ๆ ที่	90 (38.1)	103 (44.0)	112 (49.6)
o ตรวจดูเป็นประจำ	104 (44.1)	85 (36.3)	44 (19.5)
เหตุผลที่ตรวจดูช่องปากเด็ก(ตอบได้หลายข้อ)			
o ดูเพื่อแกะเศษอาหาร	78 (33.3)	66 (28.4)	51 (22.0)
o ดูว่ามีฟันผุหรือไม่	148 (63.2)	149 (64.2)	144 (62.1)
o ดูว่ามีฟันขึ้นหรือยัง/สวยไหม	28 (12.0)	33 (14.2)	28 (12.1)
o ดูความสะอาด	99 (42.3)	85 (36.6)	87 (37.5)
o อื่น ๆ	30 (12.8)	24 (10.3)	46 (19.8)

ตารางที่ 3 ข้อมูลประวัติการปวดฟันและการไปรับบริการทันตกรรม

Table 3 Childrens' dental history and services.

การดูแลเมื่อเด็กปวดฟัน	จำนวน (ร้อยละ)		
	อายุ 3-5 ปี	อายุ 6-8 ปี	อายุ 9-12 ปี
ประวัติการปวดฟันในรอบปีที่ผ่านมา			
o ไม่เคยปวดฟัน	155 (65.7)	71 (30.3)	65 (28.8)
o เคยปวด	81 (34.3)	163 (69.7)	161 (71.2)
ดูแลเด็กโดย(ตอบได้หลายข้อ)			
1. ปลอมไว้ก็หายเอง	9 (3.8)	21 (9.1)	15 (6.5)
2. บอกเด็กให้แปรงฟันมากขึ้น	15 (6.4)	13 (5.6)	12 (5.2)
3. แปรงฟันให้เด็ก	12 (5.1)	6 (2.6)	3 (1.3)
4. เอายาอุดในรูฟัน	18 (7.7)	28 (12.1)	23 (9.9)
5. คอยและเศษอาหารออกจากรูฟัน	15 (6.4)	19 (8.2)	14 (6.0)
6. ให้กินยาแก้ปวด	21 (9.0)	44 (19.0)	38 (16.4)
7. พาไปหาหมอ	30 (12.8)	69 (29.7)	57 (24.6)
8. รอให้เข้าโรงเรียนให้ครูจัดการ	0	3 (1.3)	3 (1.3)
9. อื่น ๆ	7 (3.0)	14 (6.0)	19 (8.2)
การไปพบ/ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา			
o ไม่ได้ไป /ไม่รู้	167 (70.8)	102 (43.6)	98 (43.4)
o ได้ไป	69 (29.2)	132 (56.4)	128 (56.6)
ได้รับการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
1. ตรวจฟัน	33(47.8)	35 (26.9)	58 (45.3)
2. ถอนฟัน	12 (17.4)	75 (57.7)	66 (51.6)
3. อุดฟัน	8 (11.6)	34 (26.2)	24 (18.8)
4. รับยา	21 (30.4)	20 (15.4)	13 (10.2)
5. อื่น ๆ	10 (14.5)	10 (7.7)	20 (15.6)

ตัวอย่างที่ตอบว่าไม่ได้ไปรับบริการและ/หรือไม่รู้ ว่าเด็กได้รับการหรือไม่ มากที่สุด คือ กลุ่ม 3-5 ปี ร้อยละ 70.8 ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มอายุที่ยังเล็ก ปัญหาที่เกิดในช่องปากยังไม่ลุกลามจนเกิดอาการให้ผู้ป่วยครองได้ตระหนักว่าต้องพาไปหาหมอ ส่วนในกลุ่มที่ตอบว่าไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าในทุกกลุ่มอายุมีผู้ที่ได้ไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 29.2, 56.4 และ 56.6 ตามลำดับ และโดยในกลุ่ม 3 - 5ปี ได้รับการตรวจฟัน มากที่สุด ร้อยละ 47.8 ในกลุ่ม 6-8 ปี

ได้รับการถอนฟันมากที่สุด (ร้อยละ 57.7) กลุ่มอายุ 9-12 ปี จะได้รับการถอนฟัน มากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 51.6) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ในกลุ่มอายุ 6-8 ปี และ 9-12 ปี เป็นระยะของฟันชุดผสมที่มักมีการโยกของฟันน้ำนม และอีกสาเหตุหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุ หลักนั้นคือการเป็นโรคฟันผุตั้งแต่วัยก่อนนั้น แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จนกระทั่งมีอาการปวดจึงได้รับบริการถอนฟันเป็นจำนวนมาก

● ข้อมูลโรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้ จากตารางที่ 5 การเป็นโรคฟันผุในกลุ่ม 3 - 5 ปี พบว่ามีฟันผุมากถึงร้อยละ 77.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.85 ซี่ต่อคน ในเด็กกลุ่ม 6 - 8 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีฟันชุดผสม กล่าวคือ เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการหลุดของฟันน้ำนมและมีการขึ้นของฟันแท้ พบว่ามีผู้เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมมากถึงร้อยละ 90.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ

7.54 ซี่ต่อคน และเป็นโรคฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 22.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 0.43 ซี่ต่อคน ในกลุ่ม 9 - 12 ปี พบว่ามีผู้เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ร้อยละ 70.8 ซึ่งในวัยนี้เป็นวัยที่มีฟันแท้ขึ้นในช่องปากมากขึ้น ในขณะที่เด็กยังดูแลรักษาความสะอาดได้ไม่ดีนัก ทำให้มีอัตราโรคฟันผุเพิ่มสูงมากกว่ากลุ่มอายุก่อนหน้าเป็นอย่างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 2.60 ซี่ต่อคน

ตารางที่ 4 จำนวนของผู้เป็นโรคฟันผุ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนมและฟันแท้

Table 4 Prevalence of dental caries in children.

กลุ่มอายุ	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)	dmft(SD)	DMFT (SD)
3-5 ปี	184 (77.9)	5.85 (5.04)	-
6-8 ปี	ฟันน้ำนม	211 (90.2)	0.43 (0.93)
	ฟันแท้	52 (22.2)	
9-12 ปี	160 (70.8)	-	2.60 (2.93)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันสภาพความเป็นอยู่ในชุมชนค่อนข้างดีขึ้นมาก การคมนาคมค่อนข้างสะดวก ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงยากจน ประกอบอาชีพทำนาและทำไร่ มีการรวมกลุ่มทำอาชีพของชาวบ้านหลายกลุ่มแล้ว แต่ความสมัครใจ เช่น กลุ่มอาชีพของแม่บ้าน กลุ่มทอผ้า และมีผลิตภัณฑ์ที่รวมกลุ่มกันทำเป็น 1 ตำบล 1 ผลิตภัณฑ์ ซึ่งทำให้หมู่บ้านมีเศรษฐกิจดีขึ้น

ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะส่งลูกเข้าเรียนในหมู่บ้าน เริ่มจากเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในตำบลนั้นหรือใกล้เคียง จากนั้นก็เข้าเรียนในโรงเรียนใกล้บ้านจนจบการศึกษาภาคบังคับ แหล่งอาหาร เครื่องดื่ม จะมีอยู่ทุกหมู่บ้าน ชาวบ้านส่วนหนึ่งจะมีอาชีพค้าขายอยู่กับบ้านตนเอง ชายพวกของชำขนม น้ำหวาน น้ำอัดลมด้วย มีแหล่งอาหารเคลื่อนที่คือรถเร่ขายของ ที่เข้ามาขายของได้หลายชนิดทุกวัน ทุกชุมชน แหล่งขายของขนาดใหญ่ คือตลาดนัด

มีเป็นครั้งคราว สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งแล้วแต่ความเจริญของชุมชน

แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังใช้บริการจากหอกระจายข่าว ศาลากลางบ้านและอสม. เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปที่สถานอนามัย เพราะต้องใช้สิทธิการรักษาพยาบาล บางครั้งซื้อยาจากร้านค้า เช่น ยาสามัญประจำบ้าน แก้ปวดแก้หวัด บางหมู่บ้านนิยมไปสถานพยาบาลของเจ้าหน้าที่หรือคลินิกเอกชนในตำบลอำเภอ แต่ก็เป็นส่วนน้อยเพราะชาวบ้านจะยังไม่ค่อยมีเงิน การรักษาแบบพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีแล้ว มีอยู่บ้างตามความเชื่อ แต่หากมีอาการมากขึ้นก็จะไปรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กกลุ่ม 3-5 ปี, 6-8 ปี และ 9-12 ปี จำนวน 696 คน เด็กทุกคนมีพฤติกรรมการเล่น และส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง แต่จะแปรงฟันตอนเช้ามากกว่าแปรงฟันก่อนนอน ผู้ดูแลหลักของเด็กกลุ่ม

3-5 ปี ส่วนใหญ่จะตรวจดูช่องปากเด็กเป็นประจำ ส่วนในกลุ่ม 6-8 ปีและ 9-12 ปีจะตรวจดูบ้าง นานๆ ที่ เมื่อเด็กมีอาการปวดฟันส่วนใหญ่จะถูกพาไปพบหมอ และบางส่วนดูแลรักษาด้วยตนเอง ได้แก่ การให้กินยาแก้ปวดเอง และการเอาอายุัดในรูฟัน ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กกลุ่ม 9-12 ปี ได้ไปพบและได้รับบริการทันตกรรมมากที่สุด เด็กส่วนใหญ่ได้รับบริการถอนฟันมากที่สุด การเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมพบมากที่สุดในกลุ่มเด็ก 6-8 ปี ร้อยละ 90.2 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 7.54 ซึ่งต่อคน และกลุ่ม 9-12 ปี มีโรคฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 70.8 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.60 ซึ่งต่อคน

อภิปรายผลและข้อเสนอบะ

การเกิดโรคฟันผุของเด็ก 3-12 ปี ทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ ยังพบมีอัตราค่อนข้างสูงมาก จึงต้องเป็นสิ่งที่ควรตระหนักที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข ครอบครัว และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจจะมีทั้งข้อดี และข้อเสียต่อการพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชน กล่าวคือ การเจริญทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วขึ้น มีระบบการศึกษาภาคบังคับที่ทำให้เด็กได้อยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างครอบคลุมขึ้น ซึ่งหากมีระบบการส่งเสริมสุขภาพไปพร้อม ๆ กับภาคการศึกษา จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในการดูแลตนเองของเด็ก ที่ต้องเติบโตและมีความพร้อมในการเป็นผู้ใหญ่และเข้าสู่วัยแรงงานที่มีคุณภาพได้ดีต่อไป ในขณะที่เดียวกันความเจริญทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ก็ได้ส่งผลอย่างมากในการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคสินค้าและอาหารที่มากเกินไป และเป็นที่มาเหตุของการเกิดโรคได้ เช่น โรคอ้วนและโรคฟันผุ หากได้มีการส่งเสริมให้มี

มาตรการทางสังคมที่เหมาะสมกับพื้นที่ จะส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถลดความเสี่ยงที่จะต้องต่อสู้กับภัยคุกคามด้านสังคมที่ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าถึงแม้ว่าประชาชนจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองและครอบครัวได้ เช่น เด็กเกือบทุกคนมีพฤติกรรมแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ แต่ก็ยังพบว่าโรคฟันผุก็ยังมีอัตราสูง และอัตราการไปรับบริการทันตกรรมยังไม่มากเมื่อเทียบกับร้อยละการเป็นโรคฟันผุในเด็กทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่จะไปรับบริการเมื่อมีอาการแล้ว และได้รับบริการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดการสูญเสีย เกิดปัญหาในการให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากมากขึ้นหากมีระบบการส่งเสริมป้องกันที่จะสามารถทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่น การให้ความรู้เฉพาะบุคคลมากขึ้น การเน้นย้ำการแปรงฟันในเวลาก่อนเข้านอน การเพิ่มความตระหนักและรีบเข้ารับบริการก่อนที่จะสูญเสียฟันไป เป็นต้น จะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ประสิทธิผลมากขึ้นต่อไปซึ่งสามารถสรุปแนวทางที่ควรได้มีการดำเนินการต่อไปในระดับพื้นที่ ดังนี้

1. การหามาตรการในระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การรณรงค์ การถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจระดับชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันแก้ไขที่เหมาะสมกับพื้นที่
2. การประสานงานและการสร้างเครือข่ายกับภาคการศึกษา ในการบูรณาการองค์ความรู้ การจัดการให้สอดคล้องกัน มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์คือเด็กนักเรียนที่เป็นเป้าหมายเดียวกัน
3. การปรับระบบการให้ความรู้ กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยมุ่งให้กลุ่มเป้าหมายทั้งเด็ก ผู้ปกครองได้เข้าถึงข้อมูล และบริการที่เหมาะสม

กับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม
กองทันตสาธารณสุข ทันตแพทย์หญิงอุไรวรรณ

อมรไชย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือการจัดทำโครงการ
นี้มาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ สุขสันติสกุลชัย และคณะ.(2542).*ทันตกรรมป้องกัน*.วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร.ขอนแก่น:สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2545).*สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2547).*เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านทันตกรรมป้องกัน*.กรุงเทพมหานคร:
- ปิยะดา ประเสริฐสม.(2545).*สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับการบริโภคน้ำตาล*.วิทยาสารทันตสาธารณสุข.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 7 ฉบับที่ 1
- เพชรรา สิทธิพจน์.(2539).*ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคฟันผุกับพฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมืองเชียงใหม่*.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรางคณา อินทโลहित และคณะ.(2545).*การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน*.วิทยาสารทันตสาธารณสุข. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 7 ฉบับที่ 1
- สุดใจ แจ่มเจือ และคณะ.(2545).*พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่มีมารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา*.วิทยาสารทันตสาธารณสุข.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 7 ฉบับที่ 2
- หฤทัย สุขเจริญโกศล และคณะ.(2546).*ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจจัยของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี*.วิทยาสารทันตสาธารณสุข.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2.
- อภิญา ยุทธชาวิทย์.(2543).*ทันตกรรมเด็ก*.วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร.ขอนแก่น:สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- Habbibian M.Roberts G.Lawson M.Stevenson R.Harris S.*Dietary habits and dental health over the first 18 months of life*.Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:239-46



A study of dental caries and behavior of oral health care of children age between 3-12 years

Nampetch Tangyingyong*D.D.S., M.P.A.

Abstract

This study aimed to investigate the oral health status of children aged 3-12 years old. Their beliefs and behaviors related to oral health were access by structured questionnaire. Data of children 3-5 yrs was collected from their care takers, the others were reported by the children themselves. Qualitative data about surrounding context was collected from the leaders of the villages to explain the environmental and social factors which determined the oral health status of the children.

696 children were sampled from 3 districts ; Muang, Detudom, and Sumrong, in Ubonratchathani using multi-stage sampling technique. The result revealed that most of the sample families were agricultures and quite poor. Most of the children began their education at kindergarten child development centers in their tambons then proceeded in primary schools nearby. There were remarkable increasing numbers of retail shops and food shops in the villages. Mobil retail cars which carried variety of snacks and food made the children spend more money for these unhealthy food. The major sources of health information were broadcasting, health officers and village health volunteers. Herbs still plays significant role in the people oral health care. Health center was a first contact when the children got ill and then for more serious condition they went to the community hospital. However most of oral health treatment was provided by the hospital.

Most of the sampled were took care by their own parents (71.2%, 76.5% and 78.3% in 3-5, 6-8 and 9-12 yrs. respectively). The 48.3% of 6-8 yrs. and 45.7% of 9-12 yrs. brushed their teeth 2 times/day. There was only 1.7% of 3-5 yrs. brushing their teeth. 44.1% of 3-5 yrs' parents usually inspected their childrens mouths. The elder groups received less inspection. There was 77.9% of 3-5 yrs. children affected by dental caries. There were more prevalent in the 6-8 yrs. groups; 90.2%. The figure of mean dmft were 5.58 in 3-5 yrs. and 7.54 in 6-8 yrs. The dental caries in permanent teeth of 9-12 yrs was 70.8% with mean DMFT 2.60.

The prevalence of dental caries status in this study was higher then the figure of the provincial level. The normal living of the people were dramatically changed to more unhealthy behavior; ie more snacks, soft drink and junk food. Especially for these remote groups, there were many misunderstanding and malpractice which need to reshape in order to improve the children oral health in the future.



* Health Promotion Center region 7, Department of Health, Ministry of Public Health

ประสิทธิผลของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพใน เด็กวัยก่อนเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุโขทัย

ก้องเกียรติ เติมเกษมสานต์* ท.บ., ป.บัณฑิตฯ (ทันตกรรมเด็ก), สม.
พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล* ท.บ.
รุจิรา วีระรังสิกุล* ท.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในเด็กวัยก่อนเรียน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง โดยแบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 ดำเนินการโดยครู และกลุ่มทดลองที่ 2 ดำเนินการโดยผู้ปกครอง ดำเนินการเฝ้าระวังทันตสุขภาพด้วยการตรวจฟันเด็กและบันทึกผลการตรวจทุกเดือนเป็นระยะเวลา 2 ปี วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วยค่าสถิติ Kruskal-Wallis test และ Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบว่า ก่อนดำเนินโครงการ จำนวนซี่ฟัน และด้านของฟันผุของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จากการติดตามการบันทึกการตรวจฟันเด็ก พบว่า ครูไม่มีปัญหาในการตรวจฟันให้เด็ก ส่วนผู้ปกครองมักจะลืมตรวจฟันให้เด็ก ในระยะแรกของโครงการ และจะตรวจได้สม่ำเสมอขึ้นเมื่อมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครูและผู้ปกครองมีความเห็นว่าการตรวจฟันให้เด็ก ทำให้มีการดูแลเอาใจใส่เรื่องการแปรงฟันและการกินขนมหวานของเด็กมากขึ้น ภายหลังการดำเนินโครงการ 2 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันที่เพิ่มขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนด้านฟันผุที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยการตรวจและบันทึกภาวะทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการลดการลุกลามของโรคฟันผุ และการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีประสิทธิผลเท่ากับการดำเนินงานโดยครู

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังทันตสุขภาพ, เด็กวัยก่อนเรียน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

* ศูนย์อนามัยที่ 8 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง จากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2543-2544⁽¹⁾ พบเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 65.7 เฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.61 ซึ่งต่อคน ฟันผุรุนแรงจนต้องได้รับการถอนฟันร้อยละ 12.2 เด็กอายุ 5-6 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 87.4 เฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.94 ซึ่ง/คน ฟันผุรุนแรงต้องได้รับการถอนฟันร้อยละ 38.6 โดยเด็กอายุ 5-6 ปีมีฟันผุเพิ่มขึ้นจากอายุ 3 ปี ร้อยละ 27.7 และจำนวนซี่ฟันผุเพิ่มขึ้น 2.33 ซึ่ง/คน แสดงถึงการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข

จากการศึกษาของ บุษผาและคณะ ปี พ.ศ. 2542 พบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาและประสบการณ์ด้านสุขภาพอนามัยน้อย จึงมีข้อจำกัดในเรื่องแนวคิดการดำเนินงาน ความมั่นใจในการตรวจฟันเด็กและการแนะนำผู้ปกครอง นอกจากนี้การดำเนินงานโครงการ ส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่ยังขาดกลไกการติดตามควบคุมกำกับงานในเชิงคุณภาพในระดับต่างๆ⁽²⁾ ประกอบกับในภาวะปัจจุบันผู้ปกครองโดยเฉพาะพ่อแม่มักไม่มีเวลาเลี้ยงดูเด็ก ส่วนใหญ่เมื่อเด็กอายุได้ 3 ปี ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปฝากเลี้ยงไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใกล้บ้าน ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลเด็ก⁽³⁾ จากกรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคเหนือของพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ พบว่าเด็กเล็กส่วนใหญ่จะอยู่ในศูนย์เด็กเล็กในเวลากลางวัน โดยพี่เลี้ยงเด็กจะเป็นผู้สอนและกระตุ้นให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ผู้ปกครองเด็กทุกคนรู้ถึงสาเหตุของโรคฟันผุแต่ไม่มีการควบคุมการรับประทานนมหวานของเด็ก โดยจะซื้อนมให้เด็กเป็นประจำทุกวันก่อนพาเด็กมาฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กเพื่อเป็นรางวัลสำหรับล่อ

ให้เด็กมาโรงเรียน⁽⁴⁾ ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการจัดโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากการศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน แต่ยังไม่ได้นำกิจกรรมการตรวจฟันให้เด็กรวมทั้งขาดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และการนิเทศติดตามจากทันตบุคลากรอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾

จากการศึกษาของ พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล ก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ และสุรศักดิ์ วีระรังสิกุล พบว่าพฤติกรรมการตรวจฟันของมารดาให้ลูกมีส่วนสำคัญต่อภาวะทันตสุขภาพลูก⁽⁶⁾ และจากการศึกษาของ ธนัชพร บุญเจริญ ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์ และจีรพรรณ อินทา พบว่าหลังจากดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน สรุปรวความรู้ทัศนคติของเจ้าหน้าที่และผู้ปกครอง อบรมเพิ่มความรู้ โดยมีระยะเวลาดำเนินโครงการ 9 เดือน เด็กวัยก่อนเรียน มีสภาวะอนามัยในช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามกิจกรรมของโครงการได้เป็นอย่างดี ยกเว้นการตรวจความสะอาดช่องปากให้เด็ก ซึ่งยังดำเนินการไม่ได้สม่ำเสมอ⁽⁷⁾ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการตรวจฟันให้เด็กซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระหน้าที่ของครูผู้ดูแลเด็กในการตรวจฟันให้เด็ก รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจะก่อให้เกิดผลในการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จัดให้มีการดำเนินงานและศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีโอกาสที่จะมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็ก และใช้เป็นแนวทาง

พัฒนาและเสนอเป็นรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) มีระยะเวลาการดำเนินโครงการ 2 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านกนก ตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 90 คน แบ่งกลุ่มเด็กโดยการสุ่มตัวอย่างง่ายเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และตรวจภาวะทันตสุขภาพของเด็ก
2. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ดำเนินการในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ดำเนินโปรแกรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ 1 โดย ครู กลุ่มทดลองที่ 2 โดย ผู้ปกครอง โดย

- ครู และผู้ปกครอง ได้รับการฝึกปฏิบัติในการตรวจฟันผุ และการลงบันทึกในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- ครู และผู้ปกครอง ตรวจและบันทึกภาวะทันตสุขภาพเด็ก ทุก 1 เดือน

ทั้ง 3 กลุ่มได้รับ

- คำแนะนำในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพ การรักษาทางทันตกรรม ทันตกรรมป้องกัน

- ดำเนินโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

- ได้รับการสุ่มสัมภาษณ์และสังเกตผลการดำเนินโครงการ

- ประเมินสภาวะทันตสุขภาพก่อน และหลังดำเนินโครงการ 2 ปี

กลุ่มควบคุม H1.....H2

กลุ่มทดลองที่ 1 H1.....P1.....H2

กลุ่มทดลองที่ 2 H1.....P2.....H2

H1 บันทึกทันตสุขภาพก่อนดำเนินโครงการ

H2 บันทึกทันตสุขภาพหลังดำเนินโครงการ

P1 โปรแกรมการเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยครู

P2 โปรแกรมการเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยผู้

ปกครอง

4. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก 1 เดือน และผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน โดยตรวจสอบผลการตรวจบันทึกภาวะทันตสุขภาพของครูและผู้ปกครองทุก 6 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติ Kruskal-Wallis test และเมื่อพบความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จะนำมาตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ละคู่โดยค่าสถิติ Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน หลังการดำเนินโครงการ 2 ปี มีการเคลื่อนย้ายกลุ่มตัวอย่างออกจากพื้นที่ เหลือกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองที่ 1 22 คน และกลุ่มทดลองที่ 2 20 คน

ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย บิดามารดามีอาชีพเกษตรกรรม ในกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มทดลองที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บิดามารดามีอาชีพเกษตรกรรม ทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่เด็กอยู่กับพ่อแม่ และให้ความร่วมมือในการตรวจฟันดีมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนเด็กวัยก่อนเรียนจำแนกตามจำนวนเพศ อาชีพบิดามารดา ลักษณะการเลี้ยงดู สุขภาพในช่องปาก และพฤติกรรมการตรวจฟัน

Table 1 Number of preschool children classified by number, sex, their parent occupation, child care characteristic, oral hygiene and oral examination behavior.

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม จำนวน	กลุ่มทดลอง 1 จำนวน	กลุ่มทดลอง 2 จำนวน
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (จากจำนวนกลุ่มละ 30 คน)	20	22	20
เพศ			
- ชาย	13	10	9
- หญิง	7	12	11
อาชีพมารดา			
- เกษตรกรรม	11	8	12
- รับจ้าง	8	10	6
- ค้าขาย	1	4	2
อาชีพบิดา			
- เกษตรกรรม	11	8	12
- รับจ้าง	7	9	5
- ค้าขาย	1	4	2
- ข้าราชการ	1	1	1
ลักษณะการเลี้ยงดู			
- อยู่กับพ่อ แม่	17	16	15
- ไม่ได้อยู่กับพ่อ แม่	3	6	5
พฤติกรรมการตรวจฟัน			
- ร่วมมือดีมาก	17	13	15
- ร่วมมือบางครั้ง	1	2	5
- ไม่ร่วมมือ	2	7	0

2. การเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพก่อน ดำเนินโครงการ

ก่อนการดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยซี่ ฟันผุ เท่ากับ 6.00 , 4.45 และ 6.30 ซี่/คน ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยด้านฟันผุ เท่ากับ 8.75 , 6.63 และ 12.70 ด้าน/คน ตามลำดับ เมื่อ ทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ และค่าเฉลี่ยจำนวนด้านฟันผุ ก่อนดำเนินโครงการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

3. ข้อมูลจากการติดตามงาน

- หลังดำเนินงาน 6 เดือน ครูสามารถ ดำเนินกิจกรรมได้ทุกเดือนตามข้อกำหนด และเกือบ ทุกคนสามารถตรวจฟันได้ถูกต้อง ส่วนผู้ปกครอง มัก จะลืมตรวจฟันให้เด็ก และยังไม่ตรวจได้ถูกต้องไม่ถึงครึ่ง

- หลังดำเนินงาน 12 เดือน ครูไม่มีปัญหา เรื่องการตรวจฟันเด็ก และจำนวนผู้ปกครองที่ ตรวจฟันเด็กได้ถูกต้องมีเพิ่มขึ้น คือมากกว่าครึ่ง

แต่ผู้ปกครองหลายคนยังคงลืมนัดตรวจฟันให้เด็กตามเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ครูและผู้ปกครองมีความคิดเห็นว่า การตรวจฟันทำให้รู้ว่าเด็กมีฟันผุมากน้อยเท่าไร ผู้ปกครองส่วนใหญ่กล่าวว่า “การตรวจฟันเด็กเป็นสิ่งที่ดี ทำให้รู้ว่าเด็กมีฟันผุมากน้อยเท่าใด จะได้ระวังเรื่องการแปรงฟัน และการรับประทานอาหารนมหวานและลูกอม”

- หลังดำเนินงาน 18 เดือน ผู้ปกครองใส่ใจการตรวจฟันเด็กตามกำหนดเวลามากขึ้น ผู้ปกครองเริ่มคุ้นเคยกับการตรวจฟันเด็ก และสามารถบอกได้ว่า บริเวณไหนที่ผุ หรือมีการผุเพิ่มขึ้น แต่ผู้ปกครองส่วนหนึ่งมักลืมนัดตรวจฟันให้เด็ก ทั้งนี้ผู้ปกครองมีความคิดเห็นว่า การตรวจฟันเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นถึงความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

- หลังดำเนินงาน 24 เดือน ผู้ปกครองตรวจฟันให้เด็กตรงตามกำหนดมากขึ้น และ ผู้ปกครองเกือบทุกคนสามารถตรวจฟันเด็กได้ถูกต้อง และจากการตรวจช่องปากเด็ก พบว่า เด็กมีอนามัยช่องปากที่สะอาด และจำนวนการปวดฟันในเด็กลดน้อยลง แต่มีผู้ปกครองเป็นส่วนน้อยที่จะพาเด็ก

ไปรับการรักษาแม้ว่าจะตรวจพบว่าเด็กมีฟันผุ

4. การเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพก่อนและหลังดำเนินโครงการ

พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ที่ผุเพิ่มขึ้น 3.70 ซี่ ต่อคน กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ที่ผุเพิ่มขึ้น 2.54 ซี่ ต่อคน กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ที่ผุเพิ่มขึ้น 2.85 ซี่ ต่อคน จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันที่ผุเพิ่มขึ้นของทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่มขึ้น 8.05 ด้านต่อคน กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่มขึ้น 3.77 ด้านต่อคน กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่มขึ้น 4.75 ด้านต่อคน จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่มขึ้นของทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่มขึ้นของทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมี

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนซี่ฟันผุ และจำนวนด้านของฟันผุก่อนดำเนินโครงการ

Table 2 Comparison of tooth decays and surface tooth decays before implementation.

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling group)	N	Mean	Median	p-value ^a
จำนวนซี่ฟันผุ	คน	ซี่/คน	ซี่/คน	
กลุ่มควบคุม	20	6.00	5.50	.388
กลุ่มทดลองที่ 1	22	4.45	2.50	
กลุ่มทดลองที่ 2	20	6.30	7.00	
จำนวนด้านฟันผุ	คน	ด้าน/คน	ด้าน/คน	
กลุ่มควบคุม	20	8.75	7.00	.267
กลุ่มทดลองที่ 1	22	6.63	4.00	
กลุ่มทดลองที่ 2	20	12.70	11.00	

a ทดสอบทางสถิติด้วย Kruskal-Wallis test.

นัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ระบุ พบว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกับกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มทดลองที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันผุ และจำนวนด้านของฟันผุที่เพิ่มขึ้นหลังการดำเนินโครงการ

Table 3 Comparison of the increment of tooth decays and surface tooth decays after implementation.

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling group)	N	Mean	Median	p-value ^a
จำนวนซี่ฟันผุที่เพิ่มขึ้น	คน	ซี่/คน	ซี่/คน	0.250
กลุ่มควบคุม	20	3.70	3.50	
กลุ่มทดลองที่ 1	22	2.54	2.50	
กลุ่มทดลองที่ 2	20	2.85	3.50	
จำนวนด้านฟันผุที่เพิ่มขึ้น	คน	ด้าน/คน	ด้าน/คน	0.004
กลุ่มควบคุม	20	8.05	6.50	
กลุ่มทดลองที่ 1	22	3.77	3.00	
กลุ่มทดลองที่ 2	20	4.75	5.00	

a ทดสอบทางสถิติด้วย Kruskal-Wallis test.

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนด้านของฟันผุที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่ระบุ

Table 4 Comparison of the increment of surface tooth decays in sampling group by group.

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling group)	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value ^b
กลุ่มควบคุม	20	27.73			
กลุ่มทดลองที่ 1	22	15.84	95.50	-3.162	0.002
กลุ่มควบคุม	20	24.45			
กลุ่มทดลองที่ 2	20	16.55	121.00	-2.148	0.032
กลุ่มทดลองที่ 1	22	19.07			
กลุ่มทดลองที่ 2	20	24.17	166.50	-1.357	0.175

b ทดสอบทางสถิติด้วย Mann - Whitney U test

บทวิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งเดียว แล้วแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อเป็นการลดความแปรปรวนจากตัวแปรภายนอกแต่อย่างไรก็ตามการใช้กลุ่มตัวอย่างในศูนย์เดียวกันนี้อาจก่อให้เกิดความแปรปรวนของการทดลองได้บ้าง เพราะผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ตรวจโดยครู อาจได้รับข้อมูลจากกลุ่มที่ตรวจโดยผู้ปกครองเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ผู้ปกครองของเด็กในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอาจเกิดการเรียนรู้ที่จะตรวจฟันให้ลูกของตนเองได้

ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความคลาดเคลื่อนจากข้อมูล (Information Bias) ผู้วิจัยให้ข้อตกลงเบื้องต้นแก่ครูในศูนย์เด็กเล็กว่าการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น ทำให้ครูที่ร่วมในการวิจัยไม่ต้องกังวลว่าจะมีการเปิดเผยข้อมูลและตรวจสอบย้อนกลับ

จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองของเด็กส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการด้านทันตกรรม เป็นสาเหตุทำให้พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการรักษาโรคในช่องปากทั้งๆ ที่มีโรคในช่องปากเด็กที่ปวดฟันผู้ปกครองจะพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่คือการให้ยาบรรเทาอาการปวด หากมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำอยู่ที่สถานีอนามัย การรักษาส่วนใหญ่คือการให้ยาและการถอนฟัน สอดคล้องกับการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่า ฟันน้ำนมของเด็กที่ผู้เกือบทั้งหมดยังอยู่ในสภาพผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา⁽¹⁾ จากการศึกษาของ Low W. , Tan S. , Schwatz S. พบว่าการผู้ที่รุนแรงมีผลทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่อยากรับประทานอาหาร และมีผลต่อสุขภาพของเด็ก⁽⁸⁾ ดังนั้นกลยุทธ์ในทาง

ทันตกรรมป้องกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุเพิ่มมากขึ้นหรือมีความรุนแรงมากขึ้น จึงมีความสำคัญสำหรับเด็กในกลุ่มนี้

การดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพเป็นวิธีช่วยให้โรคในช่องปากเด็กลดความรุนแรงลงหรือช่วยป้องกันไม่ให้ฟันผุลุกลามมากยิ่งขึ้น แต่เด็กวัยนี้ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากและฟันตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเด็กได้รับการตรวจฟันจากผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ปกครองได้รับรู้ถึงสถานะอนามัยในช่องปากเด็ก ซึ่งจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้ผู้ปกครองใส่ใจการดูแลทันตสุขภาพเด็กมากขึ้น

จากการติดตามการบันทึกการตรวจฟันเด็กของผู้ปกครอง และครู พบว่า ครูไม่มีปัญหาในการตรวจฟันให้เด็ก ในส่วนผู้ปกครองในระยะแรก มักจะลืม แต่เมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปกครองตรวจฟันเด็กได้สม่ำเสมอ และ พบว่ากลุ่มเด็กที่ได้รับการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอทั้งจากครูและจากผู้ปกครองส่งผลให้จำนวนด้านของการเกิดโรคฟันผุในเด็กเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะไม่ส่งผลในการลดจำนวนซี่ของฟันผุก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กมีสุขภาพช่องปากที่สะอาดขึ้น เป็นผลมาจากผู้ปกครองให้ความใส่ใจต่อทันตสุขภาพเด็กมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ อินทาและคณะ ซึ่งพบว่าหลังการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 6 เดือน พบว่าเด็กมีสถานะอนามัยในช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ และการศึกษาของพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ ที่พบว่าประสิทธิผลของการประยุกต์การสร้างพลังชุมชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดลำปาง สามารถส่งผลให้กลุ่มแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก เกิดการเปลี่ยนแปลงในการเลือกและควบคุมการบริโภค

ขนมที่เสียงสูงสุดต่อพันผู้ ทั้งปริมาณและความถี่ ในการบริโภค⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ในเด็กไม่สามารถช่วยให้จำนวนซี่ฟันผุลดลง เนื่องจากเด็กมีฟันผุก่อนทำการศึกษ ีประกอบกับ กระบวนการเฝ้าระวังเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่ จะลดจำนวนซี่ของการผุลงได้ จำเป็นอย่างยิ่งต้อง อาศัยการรักษาทางทันตกรรมควบคู่ไปด้วย แต่ เนื่องจากปัญหาในเรื่องอาชีพและรายได้น้อย มี ส่วนให้ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กไปรับการ รักษาได้ แม้ว่าจะมีการให้การรักษาฟรีในเด็กกลุ่ม นี้ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และเพ็ญศรี สิทธิสมวงศ์ ที่พบว่า ผู้ ปกครองส่วนใหญ่มีภาวะพาเด็กไปพบทันตแพทย์ เมื่อเด็กมีปัญหาเท่านั้น⁽¹¹⁾

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองในระหว่างการ ดำเนินโครงการพบว่าผู้ปกครองของเด็กในกลุ่มที่ ดำเนินการเฝ้าระวังโดยผู้ปกครองให้ความสำคัญ และให้ความสนใจในกิจกรรมการส่งเสริมทันต สุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ในระยะแรกๆผู้ปกครอง บางคนบันทึกผลการตรวจฟันเด็กไม่ถูกต้อง แต่ จากการติดตามต่อเนื่อง พบว่า ผู้ปกครองมีการ ตรวจฟันเด็กได้ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เกิดความตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพ และเอาใจใส่ในการดูแลทันตสุขภาพให้เด็กมากขึ้น ดังนั้นการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็กโดยการเฝ้าระวังด้วยการตรวจ ฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ ควรได้เสนอแนะเป็นรูป แบบที่ดี ในการรณรงค์ส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก กลุ่มวัยก่อนเรียน โดยผู้วิจัยเห็นว่ากิจกรรมการ เฝ้าระวังในเด็กวัยก่อนเรียนควรได้รับการเสนอให้ จัดขึ้นในช่วงที่เด็กยังไม่มีฟันผุ คือช่วงวัยก่อนเข้า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเมื่อเด็กมีฟันผุแล้ว จะเป็นการยากต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพราะ โรคฟันผุจะยับยั้งได้ก็ต่อเมื่อรอยโรคได้ถูกจำกัด

ซึ่งต้องอาศัยการดำเนินการของทันตบุคลากร

สรุป

ในการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการเฝ้า ระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนโดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวโดยแบ่งเด็กวัยก่อนเรียนเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 ดำเนิน การโดยครู และกลุ่มทดลองที่ 2 ดำเนินการโดย ผู้ปกครอง ดำเนินการเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็ก ด้วยการตรวจช่องปาก และบันทึกในแบบบันทึกที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นพบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ที่ผุเพิ่มขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนด้านที่ผุเพิ่ม ขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการ วิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานโครงการ เฝ้าระวังในเด็กวัยก่อนเรียนโดยการให้ผู้ปกครอง ตรวจและบันทึกสภาวะทันตสุขภาพจะช่วยให้ความ รุนแรงของโรคฟันผุน้อยลง และการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวก่อให้เกิดการลด ของการลุกลามของโรคฟันผุได้เท่าเทียมกับการ ดำเนินงานโดยครู

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยให้ผู้ ปกครองมีส่วนร่วมในการตรวจและบันทึกสภาวะ ทันตสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง จะสำเร็จได้ต้อง อาศัยความร่วมมือจากครูพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ ในการให้ความช่วยเหลือและ กระตุ้นเตือน ทั้งในแง่การดำเนินงานและการให้คำ ปรึกษา ตลอดจนการรองรับความจำเป็นในการ รักษาทางทันตกรรมของเด็ก
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะมีการวิจัย

ด้านปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และวิถีของชุมชนที่กำหนดวิธีการดูแลสุขภาพของเด็กในชุมชนนั้น ๆ ซึ่งจะเป็นการสร้างศักยภาพของชุมชนและก่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กติกติกกรมประกาศ

ขอขอบคุนนายแพทย์ชาญชัย พิณเมืองงาม

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ทันตแพทย์หญิงบุบผา ไตรโรจน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการเขียนรายงานการวิจัย เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูนก และสถานอนามัยบ้านตึก อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัยที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2543-2544 , กระทรวงสาธารณสุข, 2545
2. บุบผา ไตรโรจน์, นนทินี ตั้งเจริญดี, สุรางค์ เชษฐพจนท์, เกสร อังศ์สิงห์ และสุภาวดี พรหมมา กระบวนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน. ว.ทันต.สธ. 2544; 6: 46-57.
3. กัญญา บุญธรรม และคณะ การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1-3 ปี ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี, รายงานการวิจัย, 2539
4. พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และ น้ำผึ้ง พิชัยจุมพล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก กรณีศึกษาหมู่บ้านภาคเหนือ, รายงานการวิจัย, 2537
5. วลีน เทียนกิ่งแก้ว ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่, การค้นคว้าแบบอิสระ, สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539
6. พรทิพย์ ภูพัฒนกุล, ก้องเกียรติ เต็มเกษมศานต์, สุศักดิ์ วีระรังสิกุล และกรรณา สุขแท้ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน นครสวรรค์. เชียงใหม่ทันตแพทยสาร 2539; 17(2): 92-102
7. ธนัชพร บุญเจริญ ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์ จีรพรรณ อินทา การทดสอบรูปแบบการให้บริการทันตสาธารณสุขสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดเชียงใหม่, รายงานการวิจัย, 2539
8. Low W , Tan S , Schwatz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999; 21(6): 325-326
9. จีรพรรณ อินทา และคณะ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, รายงานการวิจัย, 2535
10. พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ ประสิทธิภาพของการประยุกต์การสร้างพลังชุมชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดลำปาง วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (สุขศึกษา), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544
11. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันทน์ และ เพ็ญศรี สิทธิสมวงศ์ โรคฟันผุนิกลูกกลามในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และพฤติกรรมทันตสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตร, รายงานการวิจัย, 2532

The effectiveness of dental health surveillance in preschool child with family cooperation in Child Development center, Sukhothai

Kongkiet Termkasemsan * D.D.S., M.P.H., Post. Grad. in Pedodontics
Pornip Prupatanakul * D.D.S.
Rutgida Teerarunsikul * D.D.S.

Abstract

The Objective of this experimental study was to find out the effectiveness of dental health surveillance in preschool child with family cooperation in a child development center, The research samples were divided into three groups, control group, experimental group 1 (by teachers) and experimental group 2 (by their parents). The surveillance consisted of child dental checkup and records every month for 2 years. Statistics used for data analysis before and after implementation were Kruskal - Wallis test and Mann - Whitney U test at 95% confidence limit. Before implementation, there was no significantly difference among three groups for the tooth decays and surface tooth decays ($p>0.05$). The data from the monitoring of dental checkup records showed that teachers don't have a problem but parents often have forgotten at the first period and recorded regularly at the next period when continued of monitoring. Teachers and parents expected that the dental checkup caused an increase in child tooth brushing and control of sugar consumption. After 2 years, there was no significantly difference among three groups for the increment of tooth decays ($p>0.05$) . The increment of surface tooth decays in control group was significantly difference from that seen in experimental group 1 and experimental groups 2 ($p<0.05$). This study indicated that the dental health surveillance by dental checkup and record every month could reduce the development of new surface dental caries in preschool children and the effectiveness by parent's cooperation was similar to that by teachers.

KEY WORD: dental health surveillance, preschool children, family cooperation



* Health promotion center region 8, Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health

ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติที่มีระดับ ฟลูออไรด์สูงเกินระดับที่เหมาะสม

ปิยะดา ประเสริฐสม* ท.ป., ส.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
อังศนา ฤทธิ์อยู่* ศษ.บ
โกวิศ เรียบเรียง* พ.ว.ก.

บทคัดย่อ

กองทันตสาธารณสุขได้จัดเก็บข้อมูลปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภคธรรมชาติที่จังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศส่งมาตรวจ โดยจัดทำเป็นฐานข้อมูลซึ่งเก็บบันทึกข้อมูลมาตั้งแต่ปี 2532 - 2544 มีจำนวน ตัวอย่างน้ำทั้งหมด 58,693 ตัวอย่าง ตัวอย่างน้ำส่วนใหญ่มีปริมาณฟลูออไรด์อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค และมีตัวอย่างน้ำ จำนวน 1,585 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.4) มีระดับฟลูออไรด์ สูงกว่า 1 ppm ซึ่งเป็นระดับฟลูออไรด์ที่สูงเกินระดับที่เหมาะสมและอาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง เฝ้าระวังแหล่งน้ำเหล่านี้เพื่อประโยชน์ของประชาชนโดยรวม ในปี 2547 จึงได้ประสานงานกับจังหวัดเพื่อ เก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งเดิมมาตรวจซ้ำ ทั้งนี้มีตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจทั้งหมด 905 ตัวอย่าง ผลการ ตรวจปริมาณฟลูออไรด์ พบว่า ตัวอย่างน้ำจำนวน 489 ตัวอย่าง มีระดับฟลูออไรด์ > 1 ppm และ ตัวอย่างน้ำจำนวน 416 ตัวอย่าง มีระดับฟลูออไรด์ < 1 ppm นอกจากนี้ พบว่า แหล่งน้ำส่วนใหญ่ 745 ตัวอย่าง (ร้อยละ 82.3) มีค่าฟลูออไรด์ลดลงกว่าเดิมและแหล่งน้ำจำนวน 160 ตัวอย่าง (ร้อยละ 17.7) มีค่าฟลูออไรด์สูงขึ้น แหล่งน้ำเหล่านี้เป็นแหล่งน้ำที่ใช้ในระดับชุมชนจึงมีผลกระทบโดยตรงกับประชาชน ในพื้นที่นั้นๆ บุคลากรในพื้นที่จึงควรมีการเฝ้าระวังปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย ต่อการบริโภค ให้ความรู้ รวมทั้งแนะนำการจัดการหาน้ำบริโภคที่เหมาะสมและปลอดภัยแก่ประชาชนในพื้นที่ ต่อไป

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

น้ำเป็นแหล่งหลักในการรับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกาย เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า การได้รับฟลูออไรด์ในระดับที่เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมและป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้ หากแต่การได้รับต่อเนื่องในระดับที่สูงมากกว่าปริมาณที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความผิดปกติของผิวเคลือบฟัน ที่เราเรียกว่า ฟันตกกระ (Dental Fluorosis)¹ และถ้าได้รับฟลูออไรด์สูงมากกว่า 4 ส่วนในล้านส่วน (ppm.) ตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นเวลามากกว่า 10 ปี² จะมีโอกาสทำให้เกิดความผิดปกติของกระดูกได้ เกิดการโค้งงอของกระดูก และมีกระดูกหนาตัว เกิดอาการข้อได้เมื่ออายุมากขึ้น ประเทศไทยได้มีการศึกษาและจัดทำข้อตกลงเกี่ยวกับระดับฟลูออไรด์ที่เหมาะสมสำหรับคนไทยไว้ที่ 0.5 ppm. และได้เสนอว่าไม่ควรเกิน 1 ppm.³

พื้นที่ประเทศไทยมีลักษณะทางภูมิภาคที่หลากหลาย พบมีปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำที่มีความแปรปรวนสูงในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ส่วนใหญ่จะพบฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภคน้ำดื่ม (< 0.3 ppm.) หากแต่ยังมีแหล่งน้ำจำนวนมากที่มีระดับฟลูออไรด์สูงกว่าระดับที่เหมาะสม ในบางพื้นที่พบฟลูออไรด์สูงมากกว่า 10 ppm. ซึ่งจะมีอันตรายต่อผู้บริโภคได้ แหล่งน้ำเหล่านี้จะพบมากในภาคเหนือและตามแนวตะวันตกของประเทศ จึงสามารถพบพื้นที่ที่มีแหล่งน้ำฟลูออไรด์สูงได้ในทุกภาคของประเทศ⁴

ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำจะมีการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล ขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำ โดยทั่วไปในน้ำแหล่งหนึ่ง ๆ จะพบมีปริมาณฟลูออไรด์สูงในฤดูแล้งและการเปลี่ยนแปลงจะพบได้เมื่อมีการเคลื่อนตัวของแผ่นโลก หรือการมีภูเขาไฟระเบิด ดังนั้น การเฝ้าระวังฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภคจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการจัดการและบริโภคน้ำในชีวิตประจำวันและจะเป็นการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูงกว่าระดับที่เหมาะสมได้ การศึกษาการเปลี่ยนแปลง

ของระดับฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภคจะทำให้ทันตบุคลากรในพื้นที่สามารถใช้เป็นประโยชน์เพื่อการวางแผนการทำงานเกี่ยวกับเรื่องฟลูออไรด์ได้

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

กองทันตสาธารณสุขได้มีการจัดให้มีการเฝ้าระวังปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค โดยให้พื้นที่ที่มีแหล่งน้ำที่มีรายงานระดับฟลูออไรด์สูงเกิน 1 ส่วนในล้านส่วน (ppm.) จากฐานข้อมูลฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติ ดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งเดิมเพื่อตรวจปริมาณฟลูออไรด์ซ้ำในปี 2547 ซึ่งดำเนินการระหว่าง มกราคม 2547 - กรกฎาคม 2547

ตัวอย่างน้ำที่ส่งมาตรวจซ้ำโดยใช้สารละลาย Tisab III ปรับระดับความเป็นกรดและรักษาความเข้มข้นฟลูออไรด์ไอออนวิเคราะห์โดยใช้เครื่องวิเคราะห์ไอออน (Ionalyzer: Orion (EA940 model) และมีการตรวจสอบความถูกต้องโดยการวัดสารละลายมาตรฐานก่อนและหลังการวิเคราะห์ในแต่ละวัน

การบันทึกข้อมูลแบ่งเป็นภาค เขตสาธารณสุข จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/โรงเรียน ปีที่ตรวจหาปริมาณฟลูออไรด์ ชนิดของแหล่งน้ำ เทียบกับ ข้อมูลเดิมที่ตรวจในปี 2532 - 2544 เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำธรรมชาติ

ผลการศึกษา

จากฐานข้อมูลฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติของกองทันตสาธารณสุขซึ่งเก็บข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2532 - 2544 มีจังหวัดต่างๆทั่วประเทศส่งตัวอย่างน้ำมาตรวจหาระดับฟลูออไรด์ จำนวน 74 จังหวัด โดยมีตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจทั้งหมด 58,693 ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างน้ำ 57,108 ตัวอย่าง (ร้อยละ 97.6) มีระดับฟลูออไรด์ ต่ำกว่า 1 ppm ส่วนที่เหลือ 1,585 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.4) มีระดับฟลูออไรด์สูงกว่า 1 ppm (ตารางที่ 1 ,2 และ 3)

ตารางที่ 1 จังหวัดที่ตรวจพบปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติสูงเกิน 1 ppm จำนวน 56 จังหวัด
 Table 1 56 provinces which hearing fluoride concentration (level) higher than 1 ppm in natural sources drinking water.

เขต	จังหวัด
กลาง (764 ตัวอย่าง)	ปทุมธานี (3) พระนครศรีอยุธยา (2) นครนายก (5) ชัยนาท (13) สิงห์บุรี (1) ลพบุรี (46) สระบุรี (28) สุพรรณบุรี (182) ชลบุรี (19) ฉะเชิงเทรา (5) สระแก้ว (13) จันทบุรี (10) ระยอง (45) สมุทรสงคราม (3) สมุทรสาคร (5) ราชบุรี (110) นครปฐม (169) กาญจนบุรี (50) เพชรบุรี (16) ประจวบคีรีขันธ์ (39)
ตะวันออกเฉียงเหนือ (96 ตัวอย่าง)	บุรีรัมย์ (12) สุรินทร์ (6) ชัยภูมิ (6) นครราชสีมา (23) กาฬสินธุ์ (5) ขอนแก่น (32) อุตรดิตถ์ (4) เลย (2) มุกดาหาร (4) อุบลราชธานี (1) ยโสธร (1)
เหนือ (618 ตัวอย่าง)	สุโขทัย (13) กำแพงเพชร (67) นครสวรรค์ (9) อุทัยธานี (56) ตาก (19) แพร่ (6) น่าน (12) พิจิตร (136) เพชรบูรณ์ (4) เชียงใหม่ (91) เชียงราย (40) ลำปาง (48) ลำพูน (53) พะเยา (56) แม่ฮ่องสอน (8)
ใต้ (107 ตัวอย่าง)	พังงา (14) สุราษฎร์ธานี (21) นครศรีธรรมราช (26) กระบี่ (4) ชุมพร (5) สงขลา (16) สตูล (3) พัทลุง (2) ปัตตานี (14) นราธิวาส (2)

() = จำนวนตัวอย่างน้ำที่ตรวจพบระดับฟลูออไรด์สูงกว่า 1 ppm

ตารางที่ 2 ข้อมูลตัวอย่างน้ำทั้งหมดที่มีระดับฟลูออไรด์สูงเกิน 1 ppm ในการตรวจครั้งแรก (2532 - 2544) 1,585 ตัวอย่างแยกตามประเภทของแหล่งน้ำ

Table 2 1,585 water samples hearing fluoride concentration (level) higher than 1 ppm in first examination, categorized by sources of water

แหล่งน้ำ	ปริมาณฟลูออไรด์ (ppm)			รวม
	1.01-1.5	1.51-2	>2	
น้ำบ่อ	128	64	81	273
บาดาล	176	98	182	456
ประปา/ประปา รร./ประปา หมู่บ้าน	358	135	228	721
ประปาภูเขา/โยธา/อื่นๆ	2	1	2	5
น้ำฝน	5	3	7	15
แม่น้ำ/คลอง/สระ/ห้วย	25	8	10	43
น้ำพุ	2	0	0	2
ไม่ทราบ	35	17	18	70
รวม	731	326	528	1,585

จำนวนตัวอย่างน้ำที่มีรายงานปริมาณฟลูออไรด์สูงกว่า 1 ส่วนในล้านส่วน และได้มีการส่งมาตรวจซ้ำจำนวน 905 ตัวอย่าง จาก 34 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 57.1 ของแหล่งน้ำบริโภคธรรมชาติที่เคยตรวจพบระดับฟลูออไรด์สูง

พบว่าระดับฟลูออไรด์กระจายอยู่ที่ระดับ < 0.01 - 11.30 ppm คิดเป็นแหล่งน้ำ 489 ตัวอย่าง (ร้อยละ 54) ที่มีระดับฟลูออไรด์ต่ำกว่า 1 ppm และแหล่งน้ำ 416 ตัวอย่าง (ร้อยละ 46)

มีระดับฟลูออไรด์สูงกว่า 1 ppm โดยแยกตามประเภทของแหล่งน้ำ (ตารางที่ 4)

และจากการบันทึกข้อมูลพบว่า จังหวัดที่ส่งตัวอย่างน้ำมาตรวจซ้ำ บางจังหวัดเปลี่ยนแหล่งน้ำใหม่ เช่น เดิมเคยใช้น้ำบ่อในการบริโภค ครั้งนี้เปลี่ยนเป็นน้ำประปา เป็นต้น ส่วนใหญ่ยังคงใช้น้ำจากแหล่งเดิม ทั้งนี้พบว่ามีการเปลี่ยนแหล่งน้ำไปจากเดิม จำนวน 118 จุด คิดเป็นร้อยละ 13 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 จำนวนแหล่งน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูงกว่า 1 ppm. จำแนกตามภาค

Table 3 1,585 water samples hearing fluoride concentration (level) higher than 1 ppm in first examination, categorized by regions

ภาค	ปริมาณฟลูออไรด์ (ppm)			รวม
	1.01-1.5	1.51-2	>2	
กลาง	318	163	283	764
ตะวันออกเฉียงเหนือ	61	17	18	96
เหนือ	318	124	176	618
ใต้	34	22	51	107
รวม	731	326	528	1585

ตารางที่ 4 ระดับของฟลูออไรด์จากตัวอย่างน้ำที่จังหวัดส่งมาตรวจซ้ำในปี 2547 จำนวน 905 ตัวอย่างแยกตามประเภทของแหล่งน้ำ

Table 4 Fluoride level concentration in 905 water samples re-examination in 2004, categorized by sources of water

ภาค	ปริมาณฟลูออไรด์ (ppm)		
	< 1	> 1	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
น้ำบ่อ (116)	98	18	0.05,10.0
บาดาล (239)	121	118	0.05,9.71
ประปา/ประปา รร./ประปา หมู่บ้าน(489)	220	269	<0.01,11.3
ประปาภูเขา/โยธา/อื่นๆ (7)	5	2	0.07,4.43
น้ำฝน (7)	7	0	0.06,0.45
แม่น้ำ/คลอง/สระ/ห้วย (21)	18	3	0.11,2.60
ไม่ทราบ (26)	20	6	0.07,2.34
รวม(905)	489	416	<0.11,11.3

() จำนวนตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนแหล่งน้ำที่ตรวจในการตรวจครั้งแรก (ปี 2532-2544) กับแหล่งน้ำที่ตรวจใหม่ในปี 2547 มีการเปลี่ยนแปลง 118 จุด

Table 5 Determine fluoride content in the first examination and 2004.

แหล่งน้ำ	จำนวนแหล่งน้ำที่ตรวจครั้งแรก (ตัวอย่าง)	จำนวนแหล่งน้ำปี 47 (ตัวอย่าง)	จำนวนจุดที่เปลี่ยนแปลง
น้ำบ่อ	135	116	19
บาดาล	262	239	23
ประปา/ประปา รร./ประปา หมู่บ้าน	433	489	56
ประปาภูเขา/โยธา/อื่นๆ	4	7	3
น้ำฝน	10	7	3
แม่น้ำ/คลอง/สระ/ห้วย	24	21	3
น้ำพุ	2	0	2
ไม่ทราบ	35	26	9
รวม	905	905	118

โดยที่ แหล่งน้ำที่เปลี่ยนแปลงไปมีระดับฟลูออไรด์ที่เหมาะสม (0.5 - 0.7 ppm) 9 จุด มีระดับฟลูออไรด์อยู่ในเกณฑ์อนุโลม (0.71 - 1.00 ppm) 11 จุดและมีระดับฟลูออไรด์ > 1 ppm 69 จุด

ตารางที่ 6 จำนวนตัวอย่างน้ำที่ตรวจซ้ำและมีค่าของฟลูออไรด์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างการตรวจครั้งแรก (ปี 2532-2544) กับปี 2547

Table 6 Number of water samples re-examined and change of fluoride level between first examination and 2004.

ค่าฟลูออไรด์	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
ลดลง	745	82.3
สูงขึ้น	160	17.7
รวม	905	100.0

ตารางที่ 7 ชนิดของแหล่งน้ำที่ตรวจปี 47 จำนวน 905 ตัวอย่าง มีค่าฟลูออไรด์สูงขึ้นกว่าเดิม

Table 7 Sources of water, examination in 2004, having more fluoride (level concentration) higher than in 1st examination.

ชนิดของแหล่งน้ำ	จำนวนแหล่งน้ำที่มีค่าฟลูออไรด์สูงขึ้น
น้ำบ่อ	8
บาดาล	46
ประปา/ประปา รร./ประปา หมู่บ้าน	100
ประปาภูเขา	1
แม่น้ำ/คลอง/สระ/ห้วย	1
ไม่ทราบ	4
รวม	160

สำหรับค่าของฟลูออไรด์มีค่าเปลี่ยนแปลงไประหว่างปีที่ตรวจปีแรก (2532-2544) กับปีที่ตรวจซ้ำ (2547) โดยพบปริมาณฟลูออไรด์สูงขึ้น 160 ตัวอย่าง และปริมาณฟลูออไรด์ลดลง 745 ตัวอย่าง (ตารางที่ 6) ทั้งนี้แหล่งน้ำที่มีค่าของฟลูออไรด์สูงขึ้นไปเป็นน้ำจากแหล่งเดิม 131 จุด และเปลี่ยนแหล่งน้ำใหม่ 29 จุด ส่วนในแหล่งน้ำเดิมจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงปริมาณฟลูออไรด์ที่พบมากจะเป็นน้ำประปาหมู่บ้านและน้ำจากบ่อบาดาล (ตารางที่ 7)

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประมาณร้อยละ 75 ของปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับในหนึ่งวันมาจากน้ำบริโภค⁵ หรือประมาณ 0.03-0.68 มิลลิกรัม/วัน⁶ แหล่งน้ำหลักของประชาชนที่ใช้ในการบริโภคจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการเฝ้าระวังและตรวจคุณภาพน้ำให้ปลอดภัยต่อการบริโภค ประเทศไทยได้มีการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับน้ำบริโภคไว้หลายมาตรฐานด้วยกัน ทั้งนี้มาตรฐานเหล่านี้ยังอยู่ในการกำกับดูแลของหน่วยงานหลายแห่ง ทำให้มีความแตกต่างของค่ามาตรฐานที่กำหนดขึ้นของแต่ละหน่วยงาน ฟลูออไรด์เป็นสารตัวหนึ่งที่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสูงสุดในน้ำบริโภคอยู่ด้วยและได้มีความพยายามที่จะทำข้อตกลงให้มีเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน ข้อสรุปในปัจจุบันได้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ระดับฟลูออไรด์ที่เหมาะสมและเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการบริโภคโดยกำหนดไว้ที่ระดับ 0.5-1 ppm.^{7 8 9 10 11} อย่างไรก็ตามจากอดีตที่ผ่านมาเนื่องจากปริมาณฟลูออไรด์ที่ตรวจพบในน้ำบริโภคส่วนใหญ่จะมีปริมาณฟลูออไรด์ที่ต่ำมาก ทำให้การตรวจน้ำในระยะหลังมีการตรวจฟลูออไรด์น้อย ต่อมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ซึ่งได้มีการตรวจอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา เพื่อรองรับกิจกรรมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งได้จัดกิจกรรมให้มีการอมน้ำยาบ้วนปากฟลูออไรด์ 0.2% ทุก 2 สัปดาห์ ข้อมูลระยะเวลาตั้งแต่ 2532-2544 ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลแหล่งน้ำบริโภคหลักของประชาชนจาก 74 จังหวัดทั่วประเทศ⁴ ทำให้มีความชัดเจนว่า คงมีแหล่งน้ำจำนวนหนึ่งซึ่งมีฟลูออไรด์สูงและทำให้พบอุบัติการณ์การเกิดฟันตกกระในฟันที่ต่าง ๆ มากขึ้น จากการติดตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำในช่วง 15 ปี และการตรวจซ้ำในแหล่งน้ำเดิมที่พบว่ามีรายงานปริมาณสูงเกิน 1 ppm. พบว่า น้ำประปาชุมชนและน้ำบาดาลซึ่งเป็นแหล่งน้ำที่มีผู้บริโภคมากที่สุด นั้น มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณฟลูออไรด์มากกว่าแหล่งน้ำอื่น จากการศึกษาของสุรัตน์ มงคลชัย อรัญญา ในพื้นที่จังหวัดลำปางพบว่า การเกิดฟันตกกระในระดับปานกลาง (Dean's Index) ซึ่งเริ่มมีเคลือบฟันหลุดลอกและมีปัญหาต่อความสวยงามเมื่อแหล่งน้ำมีปริมาณฟลูออไรด์ตั้งแต่ >0.7 ppm. ขึ้นไป³ การศึกษานี้ พบว่า แหล่งน้ำที่เคยมีปริมาณฟลูออไรด์สูงนั้น กว่าครึ่งหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฟลูออไรด์ไปอยู่ในระดับที่น้อยกว่า 1 ppm. และแหล่งน้ำที่พบว่ายังคงมีปริมาณฟลูออไรด์สูงเกินมาตรฐานในการตรวจซ้ำนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.3) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฟลูออไรด์ในทิศทางที่ลดลง สิ่งที่น่าพิจารณายัง คือ มีแหล่งน้ำ 160 จุด ที่แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มปริมาณฟลูออไรด์ที่สูงมากขึ้น ทั้งนี้แหล่งน้ำเหล่านี้เป็นน้ำที่ใช้ในระดับชุมชน ในรูปของประปาเกือบทั้งหมดที่แสดงให้เห็นถึงความผันผวนต่อการเปลี่ยนแปลงระดับฟลูออไรด์และภาวะเสี่ยงที่มีมากกว่าการบริโภคน้ำจากแหล่งอื่นๆ

เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ในประเทศมีแหล่งน้ำที่สามารถใช้ในการบริโภคได้โดยไม่มีปัญหา

ปริมาณฟลูออไรด์สูงเกินมาตรฐาน ดังนั้น สำหรับพื้นที่ที่มีปัญหาของฟลูออไรด์สูงควรจะได้มีการติดตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคให้เป็นมาตรฐานเพื่อที่จะเป็นการป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากการบริโภคน้ำที่มีฟลูออไรด์สูงเกินระดับที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งน้ำที่จะพัฒนาเป็นระบบประปาชุมชน เพราะจะทำให้มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง และทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นการยากยิ่ง

สรุป

จากการติดตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคธรรมชาติที่มีระดับฟลูออไรด์สูงเกิน 1 ส่วน

ในล้านส่วน โดยการเก็บตัวอย่างน้ำมาตรวจซ้ำในปี 2547 พบว่าตัวอย่างน้ำที่ตรวจทั้งหมด 905 ตัวอย่าง มีระดับฟลูออไรด์ลดลงจากเดิม (ค่าลบ 745 ตัวอย่าง) ร้อยละ 82.3 และมีระดับฟลูออไรด์เพิ่มขึ้น (ค่าบวก 160 ตัวอย่าง) ร้อยละ 17.7 สำหรับตัวอย่างน้ำที่มีระดับฟลูออไรด์สูงขึ้นเป็นแหล่งน้ำจากแหล่งเดิม 131 จุด และเป็นแหล่งน้ำใหม่ 29 จุด ซึ่งพื้นที่ควรจะต้องมีการเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนผู้บริโภค รวมทั้งให้ข้อแนะนำในการจัดหาน้ำสำหรับการบริโภคของประชาชนอย่างทั่วถึงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1 ปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุและการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน. ใน : ปิยะดา ประเสริฐสม อังศนา ฤทธิ์อยู่ บรรณาธิการ. การใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2541 หน้า 7-9
- 2 Haimanot RT, Fekadu A., Bushera B, Mekonnen Y, Fluoride levels in water and edemic Ethiopian Rift Valley. In: Dahi E, Bregnojo H. editors. Proceeding of the Forst International Workshop on Fluorosis and Defluoridation of water; 1995 October 18-20; Ngurdoto, Tanzania. p. 5-9.
- 3 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปการประชุมสัมมนา เรื่อง ปริมาณฟลูออไรด์สูงสุดในน้ำบรรจุขวด; 28-29 มีนาคม 2543; โรงแรมโรสการ์เด็นท์, นครปฐม.
- 4 อังศนา ฤทธิ์อยู่ บุญเอื้อ ยงวานิชกร. สถานการณ์ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชนของประเทศไทย. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 : 2545; 27-36
- 5 Fomon SJ, Ekstrand J. Fluoride intake. In: Fejerskov O, Ekstrand J, Burt BA. editors. Fluoride in Dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p 41.
- 6 World Health Organization. Guideline for drinking water quality-2nd ed. Volume 2 : Health criteria and other supporting information. Geneva: 1996.
- 7 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 61 (พ.ศ. 2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท.
- 8 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม (พ.ศ. 2521) เรื่อง มาตรฐานอุตสาหกรรมน้ำบริโภค.
- 9 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม (พ.ศ. 2521) เรื่อง มาตรฐานน้ำบาดาลที่ใช้บริโภค.
- 10 คณะกรรมการบริหารโครงการจัดให้มีน้ำสะอาดในชนบทที่วราชอาณาจักร. เกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคในชนบท. กระทรวงมหาดไทย; 2531.
- 11 ประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำประปา วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2543

High Fluoride content in natural water sources in Thailand

Piyada Prasertsom * D.D.S.,M.P.H., Board of Dental Public Health
Angsana Rityoue * B.Ed
Kowit Reabreing * D.I.P. in MST

Abstract

The database of fluoride content in natural water sources (1984-2001 A.C.) produced by Dental Health Division , MOPH. had shown a very high variation (< 0.1-11.3 ppm.). Most of the sources were safe to drink, but there was 1,585 sources with fluoride content exceeded the optimal level (0.7-1 ppm.) recommended by the expert committees. In order to monitor the level of fluoride content of these sources of water, the samples were collected from the same sources in 2004. There were 905 samples sent back to measure the fluoride concentration. There were 489 samples that have the level of fluoride more than 1 ppm and the rest 416 samples were lower than 1 ppm. Most of the water sources had less fluoride concentration when compared to their former data. While 17.7% had higher fluoride content. The Public tap water in the village and the artesian well water were the widest variation of fluoride content. Both were the major water sources of Thai people. We recommended that the surveillance system of natural source of water is an essential system to decrease the risk from high fluoride intake of Thai people.



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

การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

ศิริเพ็ญ	อรุณประพันธ์ *	ท.บ., ศ.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ปิยะดา	ประเสริฐสม *	ท.บ., ศ.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
สุวิภา	อนันต์ชนสวัสดิ์ *	ศษ.บ., ค.ม.
สมจินต์	จินดาวิจักษ์ณ์**	พ.บ.
กัมทวารณ	ชัยเชื้อ**	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
นิวัติ	เพียรไทย***	ท.บ.
และคณะ*		

บทคัดย่อ

กองทันตสาธารณสุขจัดทำเครื่องมือการคัดกรองโรคมะเร็งเป็นแบบประเมินตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็ง จังหวัดลพบุรี ซึ่งประกอบด้วย อาการในช่องปากและช่องคอเริ่มแรกที่เกิดปกติและนำมาพบแพทย์ ระยะเวลาของความผิดปกติ บั๊จจัยเสียง ผลการวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง ระยะโรค (Stage) ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2547 รวบรวมข้อมูลและทำการเชื่อมโยงตำแหน่ง ระยะของการเป็นโรค กับอาการเริ่มแรกที่ผิดปกติ ประมวลกลุ่มอาการที่เป็นอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งช่องปากและจัดทำเป็นแบบประเมินตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงใช้ในการประเมินตนเอง หากมีรอยโรคหรืออาการนำของโรค ก็สามารถไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากและช่องคอจากแพทย์หรือทันตแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นเบื้องต้นก่อน ทั้งนี้เพื่อให้มีการตรวจพบโรคเร็วที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 107 คน เป็น Squamous cell carcinoma ทุกสาย แยก เป็นมะเร็งช่องปาก 98 ราย และเป็นมะเร็งช่องคอ 9 ราย เพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิง 46.7 บั๊จจัยเสียงในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องปากและช่องคอพบว่าการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.5-77.8) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากมีบั๊จจัยเสียงในการเคี้ยวหมาก ร้อยละ 80.0 ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องคอ มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 และ 77.8 ตามลำดับ ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก หรือระยะที่ 1 มีร้อยละ 20.6 โดยประมาณร้อยละ 84.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้ไปรับการรักษาที่

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*** ศูนย์มะเร็งลพบุรี ในสังกัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อื่นมาแล้วเกิน 1 แห่ง จากข้อมูลที่มีการบันทึก 76 ราย ของทุกระยะโรค (Stage1-4) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติครั้งแรกจนถึงมาพบแพทย์ มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 ที่มาพบแพทย์ภายใน 2 เดือน

กลุ่มอาการในช่องปากที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยระยะที่ 1 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ คือ การมีแผล ฝ้าขาว ที่หายแล้วไม่หาย ผู้ป่วยระยะที่ 2-3 คือ อาการเจ็บ ปวด การขยายตัวของแผล ฝ้าขาว การกลืนลำบาก ผู้ป่วยระยะที่ 4 คือ การมีก้อน การบวมที่คอ ใต้คาง การมีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น

ควรศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อของเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะเวลา และสถานพยาบาลที่ไปแต่ละแห่ง เพื่อการจัดระบบการทำงาน และจัดสรรกำลังคน ให้เกิดความรวดเร็ว และการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนให้ทันตแพทย์ทุกคนทำการตรวจช่องปากเป็นประจำ (routine) แก่ผู้ป่วยทางทันตกรรม และหาปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ กินเหล้า กินหมาก การทำงานกลางแจ้ง ในผู้ป่วยที่มีอายุเกินกว่า 40 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งจัดทำสื่อต่างๆ ที่ให้ความรู้แก่ประชาชน เน้นหาควรเน้นเฉพาะอาการของโรคในระยะเริ่มแรก que ผู้ป่วยสังเกตได้ และมารับการตรวจช่องปากทุกปี คาดว่าจะช่วยให้การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอระยะแรกเริ่มได้จำนวนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อัตราการมีชีวิตรอดช่วง 5 ปีของผู้ป่วยสูงขึ้น



หลักการและเหตุผล

ในปี 2540 มะเร็งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 13 % ของการเสียชีวิตทั้งหมด พบว่าปี 2537 ประชากร 18 ล้านคนเป็นโรคมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยใหม่จำนวน 9 ล้านคนในทุกๆ ปี เกือบร้อยละ 60 ของผู้เป็นโรคมะเร็งอยู่ที่ประเทศกำลังพัฒนา ช่วง 25 ปีข้างหน้าปัญหาโรคมะเร็งจะมีมากขึ้น คาดว่าปี 2563 โรคมะเร็งจะทำให้มีผู้เสียชีวิต 11 ล้านคนต่อปีทั่วโลก โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเกิดในประเทศกำลังพัฒนา ⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเก็บจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น สงขลา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (5 population base cancer registries) ได้จัดทำรายงานของมะเร็งช่องปาก ซึ่งเป็นข้อมูลในปี 2536⁽³⁾, 2539⁽⁴⁾ และ 2542⁽⁵⁾ พบว่า มะเร็งช่องปากมีอุบัติการณ์การเกิดโรค ในเพศชาย 5.4, 4.4 และ 4.6 ต่อแสนตามลำดับปี ส่วนเพศหญิงเป็น 4.0, 4.3 และ 6.8 ต่อแสน ตามลำดับปี

ในปี 2536 การเกิดมะเร็งช่องปากในเพศชายพบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งทั่วร่างกาย ในเพศหญิงการเกิดมะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทั่วร่างกาย ตำแหน่งที่พบมากที่สุด ในเพศชายคือบริเวณลิ้น ในขณะที่ตำแหน่งที่พบมากที่สุด ในเพศหญิงเกิดที่ริมฝีปาก

จากรายงานโรคมะเร็งปี 2536 2539 และ 2542 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งของช่องปากทุกตำแหน่งเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไปในเพศชาย ส่วนเพศหญิงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมีรายงานการเกิดครบทุกตำแหน่งอายุ 30 ปีขึ้นไป มะเร็งที่ริมฝีปากเกิดขึ้นช้าสุด การเกิดมะเร็งที่ริมฝีปากในเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชายประมาณ 5 - 7 เท่า การรายงานปี 2542 ของสถาบันมะเร็ง

แห่งชาติพบว่าเพศชายในอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์เป็นมะเร็งช่องปาก (Oral cancer) ต่อปี (Annual incidence by age group) 144.0 ต่อแสน พบมากกว่า 43.6 เท่า ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี (3.3 ต่อแสน) เพศหญิงในอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เป็น 229.4 ต่อแสน มากกว่า 38.8 เท่าของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี (5.9 ต่อแสน) (ข้อมูล unstandardized)

อัตราการรอดชีวิตระยะ 5 ปีจำแนกตามตำแหน่งจากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น(2528-2538) และเชียงใหม่(2526-2535) พบอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีของมะเร็งริมฝีปากมีร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้น ร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งบริเวณช่องปาก (Mouth) ร้อยละ 21.3-36.6 มะเร็งช่องคอ(oropharynx) ร้อยละ 20.3-21.1

ด้วยเหตุผลของความรุนแรงและอุบัติการณ์ของโรค ในประเทศไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยในบทบาทหน้าที่ของการส่งเสริมและป้องกันโรคใน ช่องปาก จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะอาการเริ่มแรก ที่รู้สึกผิดปกติ และอาการที่ทำให้มาพบแพทย์ กับระยะของโรคตามตำแหน่งต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่จะเป็นเครื่องมือการคัดกรองโรค มะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องคอระยะเริ่มแรก สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ใช้ในการประเมินตนเอง หากมีรอยโรคหรืออาการนำของโรคและปัจจัยเสี่ยง ควรไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อหามะเร็งระยะเริ่มแรก จากแพทย์หรือทันตแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นเบื้องต้นก่อน ทั้งนี้เพื่อให้มีการตรวจค้นหา มะเร็งช่องปากและช่องคอในระยะเริ่มแรกโดยเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์

1. คณะผู้วิจัยร่วมจัดทำแบบเก็บข้อมูล มีเนื้อหาและวิธีการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

การคัดลอกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการรักษา ผลการวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง ระยะ (Staging) การรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ยาเส้น/ยาฉุน ความสะอาดและสุขภาพในช่องปาก

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ อาการในช่องปากและช่องคอเกี่ยวกับลักษณะอาการเริ่มแรกที่รู้สึกผิดปกติ และอาการที่ทำให้มาพบแพทย์

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ ความครบถ้วนในการเข้ารับการรักษา

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยโสต คอ นาสิก ลาริงซ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และฝ่ายทันตกรรม ศูนย์มะเร็ง จังหวัดลพบุรี จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาระหว่างเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2547

3. เชื่อมโยงตำแหน่ง ระยะ (Staging) ของการเป็นโรค กับอาการเริ่มแรกที่ผิดปกติ และตัวแปรอื่น

4. จัดทำกลุ่มอาการที่เป็นลักษณะอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

5. จัดทำเป็น แบบประเมินตนเอง

ผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. จำนวนผู้ป่วยและตำแหน่งของโรค

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินงานที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งลพบุรี ในสังกัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ป่วยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 69 คน และศูนย์มะเร็ง ลพบุรี 38 คน

เมื่อทำการจำแนกมะเร็งตามตำแหน่งที่เกิด (ตารางที่ 1) พบดังนี้

1) ริมฝีปาก จำนวน 15 คน

2) ลิ้น จำนวน 45 คน

3) ช่องปากส่วนอื่นๆ ได้แก่ บริเวณใต้ลิ้น (Floor of mouth) เหงือก(Gum) เพดานแข็ง (Hard Palate) จำนวน 38 คน

4) ช่องคอ(Oropharynx) ได้แก่ ลิ้นไก่ (Uvula) ทอนซิล(Tonsil) เพดานอ่อน(Soft palate) จำนวน 9 คน

ตารางที่ 1 ร้อยละและจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระยะโรคและตำแหน่ง

Table 1 Percentage and number of patients, categorized by stage and site.

ระยะ	ริมฝีปาก	ลิ้น	ช่องปาก	ช่องคอ	รวม
มะเร็งระยะที่ 1	20.0 (3 คน)	26.7 (12 คน)	18.4 (7 คน)	0 (0 คน)	20.6 (22 คน)
มะเร็งระยะที่ 2	53.3 (8 คน)	20.0 (9 คน)	10.5 (4 คน)	44.4 (4 คน)	23.4 (25 คน)
มะเร็งระยะที่ 3	20.0 (3 คน)	22.2 (10 คน)	31.6 (12 คน)	11.1 (1 คน)	24.3 (26 คน)
มะเร็งระยะที่ 4	6.7 (1 คน)	31.1 (14 คน)	39.5 (15 คน)	44.4 (11.8 คน)	31.8 (34 คน)
รวม	14.0 (15 คน)	42.1 (45 คน)	35.5 (38 คน)	8.4 (9 คน)	100 (107 คน)

2. เพศ และอายุ

ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 107 คน เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอ ยกเว้น มะเร็งริมฝีปากพบมากในเพศหญิง (ร้อยละ 80) และมะเร็งช่องคอ พบมากในเพศชาย (ร้อยละ 77.8) การมาพบแพทย์ด้วยระยะต่างๆ ของโรค (Staging) ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 93.5 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 40 ปีพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเพียงร้อยละ 6.5 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากเลย

3. ผลทางพยาธิวิทยา

จากวิธีวินิจฉัยโรคโดยใช้ผลการตรวจชิ้นเนื้อออกปฐมภูมิทุกราย พบผลทางพยาธิวิทยาเป็น Squamous cell carcinoma และ Grade ที่พบเป็น Well differentiated ร้อยละ 69.2 Moderately

differentiated ร้อยละ 19.6 Poorly differentiated ร้อยละ 2.8 และ Undifferentiated ร้อยละ 8.4

4. ระยะของโรค (TNM : T= primary tumor, N= Regional lymph nodes, M=distant metastasis)

4.1 ระยะของโรค และตำแหน่ง พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก หรือ ระยะที่ 1 มีร้อยละ 20.6 ระยะที่ 2 ร้อยละ 23.4 ระยะที่ 3 ร้อยละ 24.3 และ ระยะที่ 4 ร้อยละ 31.8 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยกลุ่มที่มาพบแพทย์ระยะเริ่มแรกมากที่สุด คือผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้น

4.2 ระยะของโรคและสถานพยาบาล ผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติมาพบแพทย์ด้วยระยะของโรค ระยะที่ 1 ร้อยละ 31.9 ขณะที่ผู้ป่วยของศูนย์มะเร็งลพบุรีไม่มีผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในระยะที่ 1 เลย แต่เป็นระยะที่ 4 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยหรือร้อยละ 44.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยระยะโรคต่างๆ ที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาล

Table 2 Percentage of patients, categorized by stage and hospital.

ระยะโรค	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ศูนย์มะเร็งลพบุรี
มะเร็งระยะที่ 1	31.9	0
มะเร็งระยะที่ 2	27.5	15.8
มะเร็งระยะที่ 3	15.9	39.5
มะเร็งระยะที่ 4	24.6	44.7

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยแบ่งตามจำนวนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษามาก่อน

Table 3 Percentage of patients who had visited hospital once or more.

จำนวนโรงพยาบาล	รวม
มาแห่งแรก	15.7
1 แห่ง	20.6
2 แห่ง	34.3
3 แห่งขึ้นไป	29.4

ผู้ป่วยระยะโรคที่ 1 มาจากภาคกลาง ร้อยละ 59.1

ผู้ป่วยจะมาสถานพยาบาลที่ใช้ศึกษา หลังจากที่ได้ไปสถานพยาบาลอื่นมาแล้ว ร้อยละ 84.3 และได้รับการส่งต่อ หรือการแนะนำมา ประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อน แล้วเกิน 3 แห่ง (ตารางที่ 3)

4.4 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยสังเกตพบ ความผิดปกติครั้งแรกจนถึงมาพบแพทย์ จาก ข้อมูลที่มีการบันทึก 76 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยทุกระยะโรค จะมีการมาพบแพทย์ ภายใน 2 เดือน (ตารางที่ 4)

จากข้อมูลผู้ป่วยระยะที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มาพบแพทย์เป็นครั้งแรก 2.0 เดือน (ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้มาต่ำกว่า 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.5 เดือนและตัดผู้ป่วย 1 ราย (1 ปี 5 เดือน) ออก โดยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ริมฝีปาก (3 คน) มีค่าเฉลี่ยนานที่สุดคือ 2.5 เดือน)

อาการของโรค

1. ลักษณะอาการระยะเริ่มแรกตามตำแหน่ง ต่างๆ ที่ผู้ป่วยสังเกตได้ มีดังนี้

ริมฝีปาก

เป็นไตแข็งหรือเนื้องูนูนต่างๆ ที่ริมฝีปากล่าง เป็นๆ หายๆ

เป็นตุ่มเป็นเวลานานแล้วแตกเป็นสะเก็ด แผลเรื้อรัง

ปากเปื่อยเป็นขุย และมีอาการคันแสบ

ในช่องปากเป็นจ้ำแดง เป็นแผลร้อนใน ลิ้น

เป็นฝ้าขาวเริ่มจากขนาดใส่ปากกาจนถึง ปลายนิ้วก้อย ไม่เจ็บ

เป็นตุ่มขนาดเม็ดสาหร่ายหรือเม็ดถั่วเขียว เจ็บ แสบ

เป็นแผลสีแดง เจ็บ แสบ เป็นๆ หายๆ

เจ็บที่ลิ้นหรือโคนลิ้น

บริเวณใต้ลิ้น

เป็นตุ่มสีขาวเล็กใต้ลิ้น เป็นแผลคล้ายแผลร้อน ใน แสบในปากเมื่อกินอาหาร

เหงือก

เป็นก้อน ไตแข็งเป็นก้อนโตแข็ง

แผลร้อนใน ไม่หาย

ฟันโยก ถอนฟันแล้วแผลไม่หาย

เพดานแข็ง

มีผื่นที่เพดาน เมื่อเป็นมากมีเลือดออกที่ เพดาน ไม่เจ็บ

เพดานอ่อน

เจ็บคอ แสบคอ มีตุ่มนูน กลืนน้ำลายไม่สะดวก ลิ้นไก่

เป็นฝ้าขาว จุดเล็กๆ เท่าเม็ดสาหร่ายที่ลิ้นไก่

ทอนซิล

กลืนอาหารเหมือนก้างติดคอ กลืนแล้วเจ็บ ที่โคนลิ้น ไม่มีตุ่มไม่มีแผล

โคนลิ้น

กลืนน้ำลาย อาหาร จะเจ็บ หรือกลืนน้ำลาย ติดคอ

ตารางที่ 4 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติจนถึงมาพบแพทย์

Table 4 Percentage of patients and the length of time from first sign to first visit.

ระยะโรค	ไม่เกิน 2 เดือน	3-5 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
ระยะที่ 1	65.0	30.0	0.5
ระยะที่ 2	72.2	27.8	0
ระยะที่ 3	68.7	25.0	6.3
ระยะที่ 4	68.2	9.1	22.7

2. กลุ่มอาการในช่องปากที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก

ผู้ป่วยระยะที่ 1 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (concern) คือ การมีแผล ฝ้าขาว ที่หายแล้วไม่หาย

ผู้ป่วยระยะที่ 2-3 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญคือ อาการเจ็บ ปวด การขยายตัวของแผล ฝ้าขาว การกลืนลำบาก

ผู้ป่วยระยะที่ 4 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญคือ การมีก้อน การบวมที่คอ ใต้คาง การมีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยง

ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากจะมีประวัติเคี้ยวหมาก และทำงานกลางแดด ร้อยละ 80.0 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องคอ จะมีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 และ 77.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ลิ้นช่องปากช่องคอจะสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.5-77.8) (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น (2528-2535) และเชียงใหม่ (2526-2535) พบอัตรา

การรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ของมะเร็งริมฝีปากมีร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้นร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งช่องปากร้อยละ 21.3-36.6 ส่วนช่องคอมีร้อยละ 19.1-26.6 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของโรคมียัตรการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะลุกลาม การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากเมื่อพบแพทย์และได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 1 และ 2 รวมร้อยละ 73.3 ส่วนมะเร็งที่ลิ้นมีร้อยละ 46.7 ช่องปากส่วนอื่นๆ ร้อยละ 28.9 ส่วนช่องคอมีร้อยละ 44.4 การที่ผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากมาพบแพทย์ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ริมฝีปากได้ง่ายจากการส่องกระจกเป็นประจำ โดยที่ส่วนช่องปากและลิ้น จะต้องเกิดความผิดปกติก่อนผู้ป่วยจึงจะอ้าปากเพื่อตรวจดู ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากส่วนใหญ่มาพบแพทย์ไม่เกินระยะที่ 1 หรือ 2 ร้อยละ 73.3

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตถึงความผิดปกติจนมาพบแพทย์นั้น ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทุกระยะโรค (Stage 1 ถึง Stage 4) จะไปพบแพทย์ภายใน 2 เดือน มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ อัตราการเติบโตและความรุนแรง

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จำแนกตามตำแหน่งโรค

Table 5 Percentage of patients categorized by risk factors and sites.

ปัจจัยเสี่ยง	ริมฝีปาก	ลิ้น	ช่องปากส่วนอื่นๆ	ช่องคอ
สูบ/เคยสูบบุหรี่	0	57.8	39.5	55.5
ใช้ยาสูบ	73.3	46.7	63.9	55.6
ดื่มแอลกอฮอล์	26.7	71.1	65.8	77.8
กินหมาก	80.0	17.8	50.0	0
ทำงานกลางแดด	80.0	54.5	63.2	44.4
มีฟันปลอมที่ใส่ไม่พอดี	0	25.0	50.0	0
มีฟันสึกแหลมคม	20.0	43.2	29.7	0
ความสะอาดในช่องปากไม่ดี	14.3	15.9	18.9	0

ของมะเร็ง ความช่างสังเกต ความสนใจของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากและช่องคอ การพยายามรักษาด้วยตนเอง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะส่วนใหญ่มาพบแพทย์ภายใน 2 เดือน อาจหมายถึงมะเร็งมีความรุนแรงและเติบโตรวดเร็ว หรือเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติในขณะที่เป็นโรครุนแรงแล้วเท่านั้น ซึ่งโรครออาจดำเนินมาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยระยะที่ 1 มีอาการคือแผล ฝ้าขาวที่ป้ายยาแล้วไม่หายภายใน 3 สัปดาห์ ขณะที่อาการผู้ป่วยระยะโรคที่ 4 คือการมีก้อน การบวมที่คอได้คาง มีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นจากการที่สู้อ่างๆ ให้ความรู้แก่ประชาชน จะกล่าวถึงการมีฝ้าขาว แผลเรื้อรัง รวมไปถึงการมีตุ่มก้อนในปาก ซึ่งประกอบด้วยอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคนจนถึงระยะลุกลาม หากแต่ว่าวัตถุประสงค์ของการตรวจค้นหามะเร็งช่องปากและช่องคอก็คือพบมะเร็งในระยะแรกเริ่มแรก ดังนั้นเนื้อหาของสื่อจึงควรให้ความสำคัญของอาการเริ่มแรกที่ผู้ป่วยสังเกตได้ และควรรีบไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอมีการศึกษา และมีข้อมูลยืนยันแน่นอนว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติดังกล่าว แต่เป็นที่สังเกตว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์กับมะเร็งที่บริเวณริมฝีปากคือมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 และยังสัมพันธ์กับการทำงานกลางแดด เนื่องจากรังสีอัลตราไวโอเล็ตเป็นตัวกระตุ้นทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นมะเร็งในที่สุด ดังนั้นผู้ที่มีการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากจึงเป็นกลุ่มเสี่ยง

การศึกษา นี้ ได้สัมภาษณ์อาการของโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกในรายละเอียดเฉพาะตำแหน่ง ซึ่งนำไปเป็นข้อมูลการจัดทำเครื่องมือโดยการใช้

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ประกอบด้วยอาการเริ่มต้นของการเป็นโรคมะเร็ง ตามตำแหน่งต่างๆ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ทำการประเมินตนเอง ถ้ามีสภาวะที่บ่งชี้ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็ง ก็มีข้อเสนอแนะให้ไปพบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำการตรวจในเบื้องต้น และทำการนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการเป็นระยะๆ

แต่ทั้งนี้ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะรองรับผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัย เมื่อประเมินตนเองจากแบบสอบถามแล้วมาตรวจ ให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกันก่อนที่จะมีการกระจายแบบประเมินตนเอง ดังจะเห็นจากข้อมูลว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องไปตรวจที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง จึงจะได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาของการศึกษา 3 เดือนทำให้ผู้ป่วยที่เข้ามาในการศึกษามีจำนวนน้อย การกระจายของผู้ป่วยตามตำแหน่งของโรค มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษารายละเอียดตามตำแหน่งยังเป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจากช่องปากประกอบด้วย ริมฝีปาก ลิ้น เพดานแข็ง เหงือก กระพุ้งแก้ม ฟันปาก ส่วนช่องคอประกอบด้วย เพดานอ่อน ทอนซิล โคนลิ้น ผนังคอ อาการของโรคในแต่ละตำแหน่งจะไม่เหมือนกัน หากมีการศึกษาในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น อาการของโรคในระยะเริ่มแรกจะชัดเจนมากขึ้น

ในช่วงการศึกษาแต่ละสถานพยาบาล พบมีผู้ป่วยที่มาด้วยระยะที่ต่างกัน เช่น ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ไม่มีผู้ป่วยระยะที่ 1 ขณะที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีร้อยละ 33.3 โดยที่ทั้ง 2 สถานพยาบาล เป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางที่รองรับการส่งต่อเหมือนกัน จึงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาว่าเป็นเพราะ

สาเหตุใด เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนรอบพื้นที่ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา เครือข่ายการส่งต่อจากโรงพยาบาลภายในจังหวัด และภายนอกจังหวัด ที่ตั้ง และระยะเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาจนถึงปัจจุบัน

การศึกษาเพิ่มเติมที่ควรทำต่อจากการศึกษานี้คือเส้นทาง หรือ แบบแผนของการรักษา ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่ไปแต่ละแห่ง นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตอาการครั้งแรกที่ได้ไปพยายามรักษาเอง ทั้งที่ไปพบแพทย์หรือร้านขายยา จนถึงระยะที่ไปพบแพทย์ และได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยา การส่งต่อ การรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา และผลการรักษาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหากศึกษาได้รายละเอียดแล้วก็อาจนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการเสนอแนะ การจัดระบบการทำงาน และจัดสรรกำลังคนได้ระดับหนึ่ง

การจัดเรื่องนี้ในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้ทันตแพทย์ทุกคน ให้ความสนใจใส่ใจในการตรวจผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป โดยการทำประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ กินเหล้า กินหมาก การทำงานกลางแจ้ง และอื่นๆ เฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุเกินกว่า

40 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งการตรวจสภาพช่องปากเพื่อตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม โดยการทำเป็นกิจวัตร (routine) และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปควรมารับการตรวจช่องปากหาโรคมะเร็งเป็นประจำทุกปี ก็คาดว่าจะมีส่วนช่วยให้การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกได้จำนวนมากขึ้น อันจะช่วยให้การมีชีวิตรอดช่วง 5 ปีของผู้ป่วยสูงขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่อนุญาตให้คณะวิจัยมีโอกาสดำเนินงานขึ้นนี้ ทันตแพทย์หญิงบุญเอื้อ ยงวานิชกร ทันตแพทย์หญิงสุพรรณิ ศรีวิริยกุล ทันตแพทย์หญิงวิกุล วิศาลเสสถ์ ทันตแพทย์หญิงมัลลิกา ดันตุลเวศม์ ทันตแพทย์หญิงนนทินี ตั้งเจริญดี และคุณสุพรรณิ สุกันวารานิล ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ขอขอบคุณผู้ป่วยที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลประวัติการป่วยเพื่อการศึกษา และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีเยี่ยมแม้จะอยู่ในภาวะที่ยังเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, Cancer Research for Cancer Control, Lyon, 1997.
2. World Health Organization, Manual on the Prevention and Control of Common Cancers 1998
3. World Health Organization / International Agency for Research on Cancer, Thailand., Cancer in Thailand Vol.2, 1992-1994, Lyon, 1999.
4. เอกสารโรเนียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติแห่งชาติ ปี 2539
5. เอกสารโรเนียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติแห่งชาติ ปี 2542
6. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, Cancer survival in Developing Countries, IARC Scientific Publications No.145, Lyon, 1999.

Self Assessment for Screening Oral and Oropharynx Cancer

Siripen Arunpraphan * D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Piyada Prasertsom * D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Suwipa Anantanasawat * B.Ed., M.Ed.
Somjin Chindavijak** M.D.
Gantawan Chumchure** Diploma in Nursing and Midwifery
Niwat Pienthai*** D.D.S.
et al*

Abstract

Dental Health Division, Department of Health studied the self assessment for screening oral cancer by collecting the data from National Cancer Institute and Cancer Center in Lopburi Province. The patients' questionnaires consisted of the length of time from the unusual symptom to the day they came to see doctor and risk factors. Data of diagnosis, site and staging were recorded from OPD card. The data was collected during May-July 2004 and analyzed. Self assessment questionnaires were formed, for people to detect themselves and come to hospital for early diagnosis. All patients (107) had squamous cell carcinoma. 98 patients had oral cancer while 9 patients had nasopharynx, 53.3% are male. Most of risk factor were cigarette smoking and alcohol (39.5% and 77.8%). Important risk factor of lip cancer was chewing betel nut. 80% of nasopharynx patients were smoking or had smoked (55.5% and 77.8%). 20% of patients were stage 1, 84.3% had visited hospital once or more. 65% of patients stage 1-4 (76) came to see doctor within 2 months since the first sign showed in the month. The important signs that made the patients come to see doctor for stage 1 were sore and white patch, stage 2-3 were pain, the extension of sore, white patch and dysphagia stage 4 were mass, swelling beneath jaw, bleeding, and severe pain.

The further study should be the patient's route for treatment, the spending time in each hospital, to suggest for referring system and manpower management. Dental schools should train the students to examine oral cancer in routine work. Educated the people about the sign of oral cancer in early stage and to check up for oral cancer every year.

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

** National Cancer Institution, Ministry of Public Health

*** Lopburi Regional Cancer Center, National Cancer Institution, Ministry of Public Health

สภาวะสังคมไทยและภาพคนไทย ปี พ.ศ.2563

ดาวเรือง แก้วขันธ์ * ท.บ., ส.ม., นศ.บ., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

สุณี ผลดีเยี่ยม * ท.บ., ส.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ * วท.บ., พบ.ม., (รัฐประศาสนศาสตร์)

unสรุป

สภาวะสังคมไทยและภาพคนไทยปี พ.ศ. 2563 เป็นการคาดการณ์ภาพอนาคตของคนไทยและสังคมไทย เพื่อทราบแนวโน้มเรื่องที่สำคัญและเกี่ยวข้อง ให้สามารถเตรียมพร้อมรับมือต่อสิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและผลักดันการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ต้องการ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพของคนไทยปี พ.ศ. 2563 สำหรับใช้เป็นเป้าหมายในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพช่องปากคนไทย จึงต้องมีการคาดการณ์ภาพอนาคตของคนไทยและสังคมไทยปี พ.ศ. 2563

การจัดทำเอกสาร ใช้วิธีการทบทวนเอกสาร และ เชิญวิทยากร คือ อาจารย์อนุช อาภาภิรม มานำเสนอภาพและเสวนาวิชาการ ร่วมกับทีมงานและผู้สนใจ แล้วสังเคราะห์เป็นเอกสาร

ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสังคมไทยและคนไทย ได้แก่ ประชากร สิ่งแวดล้อม พลังงาน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จะมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่เร็วขึ้นแบบก้าวกระโดด โดยปัจจัยหลักที่ผลักดัน คือ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี

คนไทยมีอายุยืนขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น วัยแรงงานมีสัดส่วนในช่วงอายุสูงมากขึ้น กลุ่มเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย คนมีการศึกษาสูงขึ้น ร่ำรวยขึ้น เครียดมากขึ้น แข่งขันสูง

สังคมมีความเป็นเมืองมากขึ้น ความเป็นชนบทน้อยลง มีปัญหาเมืองใหญ่ มลพิษสูงขึ้น เกิดโรคระบาดใหม่ๆ ในสัตว์และคน กระแสบริโภคนิยมเป็นกระแสหลักด้านเศรษฐกิจ โดยมีกระแสเศรษฐกิจพอเพียงกระจายเป็นหย่อมๆ วัฒนธรรมการบริโภคจะคล้ายคลึงกันทั่วประเทศ แต่จะมีความหลากหลายของวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นเอกลักษณ์และความภาคภูมิใจ

ปัญหาสังคมและวิกฤตของประเทศ ควรแก้ไขด้วยยุทธศาสตร์เปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวาง อนาคตอยู่ที่นวัตกรรมสังคมไม่ใช่นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ต้องการนวัตกรรมที่จะช่วยให้สังคมของเราเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่มีคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย และ ควรมีการเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้สูงอายุมีโอกาสใช้ชีวิตร่วมกับคนวัยเดียวกัน และมีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เน้นหนักในเรื่องของจิตใจและสุขภาพ รวมสุขภาพช่องปากด้วย

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การพัฒนาประเทศไทยอย่างมีทิศทาง จำเป็นต้องมีความชัดเจนในภาพเป้าหมายคนไทยและสังคมไทยในอนาคต เพื่อให้หน่วยงานต่างๆที่มีภารกิจ สามารถกำหนดแนวทางและจัดสรรหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานพัฒนา อันเป็นการลดความซ้ำซ้อน ลดการขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และ ลดการสูญเสียทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

สภาวะสังคมและภาพคนไทยปี พ.ศ. 2563 เป็นการคาดการณ์ภาพอนาคตของคนไทยและสังคมไทย จะทำให้ทราบแนวโน้มเรื่องที่สำคัญและเกี่ยวข้อง ช่วยให้สามารถเตรียมพร้อมรับมือต่อสิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น และ ช่วยให้เกิดผลักดันการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ต้องการ

กองทัณฑ์สาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เห็นความจำเป็นในการประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพของคนไทยปี พ.ศ. 2563 สำหรับใช้เป็นเป้าหมายในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพช่องปากคนไทย ในการนี้จึงต้องมีการคาดการณ์ภาพอนาคตของคนไทยและสังคมไทยปี พ.ศ. 2563

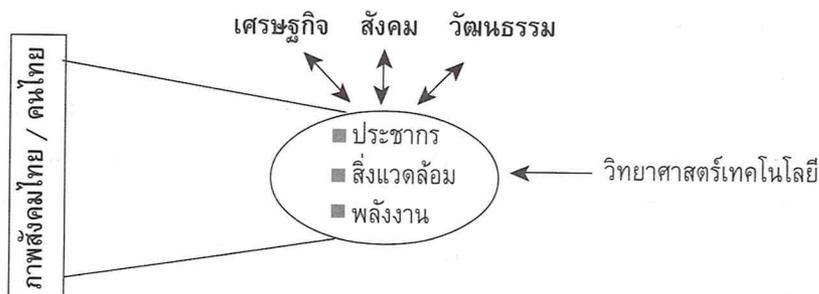
วิธีการจัดทำเอกสาร ทีมงานใช้วิธีการทบทวนเอกสาร และ เชิญวิทยากร คือ อาจารย์อนุช อภาภิรม ซึ่งเป็นนักคิด นักเขียนและนักวิจัยอิสระ มานำเสนอภาพและเสวนาวิชาการ ร่วมกับทีมงาน

และผู้สนใจ จากนั้นสังเคราะห์เป็นเอกสาร

สภาวะสังคมไทยและภาพคนไทยปี พ.ศ. 2563

1 แนวคิดในการคาดการณ์ภาพสังคมและคนไทยปี พ.ศ. 2563

โดยทั่วไปการคาดการณ์ภาพอนาคตของสังคม จะกำหนดปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้แก่ ประชากร สิ่งแวดล้อม พลังงาน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ทั้งนี้การวิเคราะห์และคาดการณ์ภาพอนาคต สามารถทำได้หลายแบบ ขึ้นกับการให้น้ำหนักความสำคัญกับปัจจัยใดเป็นปัจจัยหลัก ปัจจุบันนักวาดภาพอนาคตส่วนใหญ่เชื่อว่า วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี เป็นพลังขับเคลื่อนหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดอย่างไรก็ตาม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ไม่สามารถขับเคลื่อนสังคมได้โดยลำพัง ต้องอาศัยปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดการใช้เทคโนโลยี เพื่อปรับปรุง พัฒนา สิ่งแวดล้อม และ การใช้พลังงาน (ที่มีจำกัด) ให้เหมาะสมกับการดำรงอยู่ของประชากรอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ในขณะเดียวกัน คุณลักษณะประชากร สิ่งแวดล้อม และ พลังงาน ก็มีอิทธิพลกำหนดสภาวะ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และ การเมือง เช่นกัน แนวคิดการวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์สังคมและคนไทยปี พ.ศ. 2563 แสดงดังภาพ 1



ภาพที่ 1 แนวคิดการวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์ภาพสังคมและคนไทย ปี พ.ศ.2563

2 การคาดการณ์ภาพสังคมและคนไทยปี พ.ศ. 2563

สังคมไทยก่อนปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงในระดับหนึ่ง แต่นับจากนั้น อัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด จากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผลของเทคโนโลยี สรุปได้ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มีการคาดการณ์ว่าในสังคมโลกทศวรรษต่อไป จะมีการเชื่อมโยง (convergence) ของ Digital technology, Genomics technology และ Nano technology ซึ่งมีพลังอย่างมหาศาลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ประเทศต่าง ๆ จะไม่ถูกแบ่งแยกด้วยการเป็นประเทศที่ร่ำรวยหรือยากจน แต่จะแบ่งแยกเป็นประเทศที่รู้กับประเทศที่ไม่รู้ ประเทศที่มี Technology illiterate จะยิ่งยากจนลง ขณะที่ประเทศ Technology literate มีความมั่งคั่งขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงและมั่งคั่งของประเทศมิใช่เพียงแค่ การศึกษา ความเป็นประชาธิปไตย ความสามารถในการแข่งขัน และการเปิดโอกาส แต่จะมีปัจจัยหลักคือด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงจะเปลี่ยนวิธีการทำงานของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังเปลี่ยนชีวิตของมนุษย์ด้วย ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ใช้ในการแสวงหาความรู้และในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ปัจเจกบุคคลมีช่องทางใหม่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ทั้งภายในและภายนอกประเทศได้อย่างไม่จำกัดเวลา ทำให้ความรู้ที่มีระเบียบแบบแผนทั้งหลายง่ายต่อการสรรหาเอามา ง่ายต่อการเก็บเอาไว้ในแหล่งบันทึกความจำ และ ง่ายต่อการนำออกมาแสดงบนจอคอมพิวเตอร์

จากข้อมูลของ British Technology Calendar ให้ความสำคัญต่อเทคโนโลยีในบทบาทหลักต่อการเปลี่ยนแปลง โดยกล่าวว่า “Technology

is the major drive” และได้คาดการณ์ความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ไว้เป็นระยะ ดังต่อไปนี้

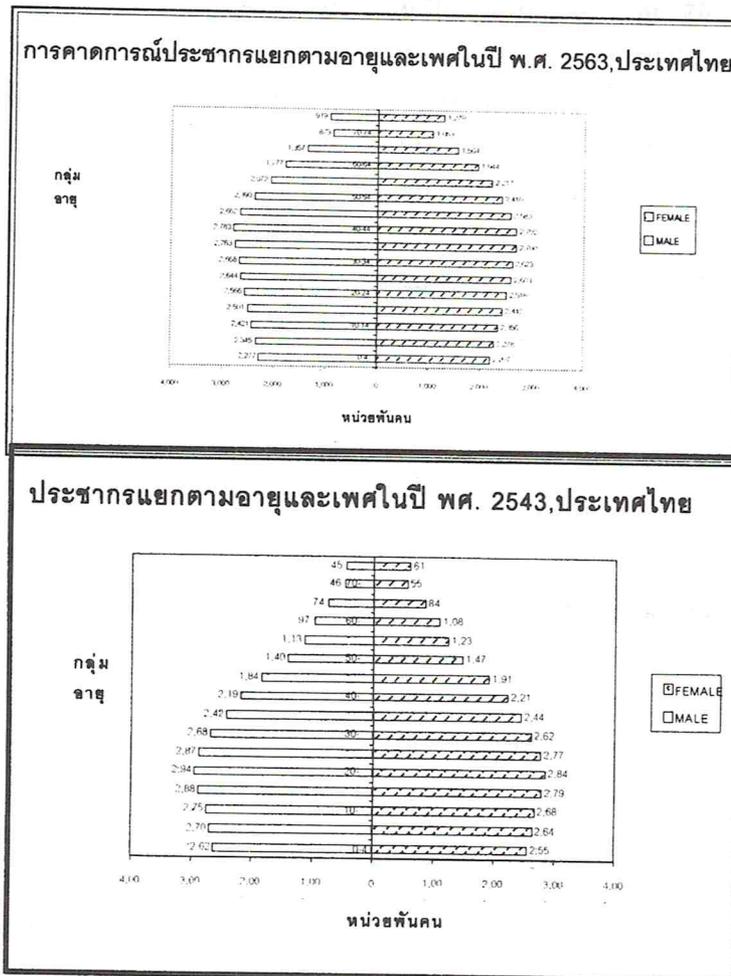
- ค.ศ. 2000 - Artificial blood, full electronic smart card
- ค.ศ. 2005 - Personal wearable health monitors
 - Determination of whole human DNA sequence
 - ทุกบริษัทมุ่งผลิตในเรื่อง Genetic technology, genetic engineering, genome technology
- ค.ศ. 2010 - Artificial heart, Photosensitive receptor
- ค.ศ. 2012 - มีการใช้ Robot ใน routine hospital task
- ค.ศ. 2015 - Individual genome กลายเป็นส่วนหนึ่งของ medical record
- ค.ศ. 2020 - Expansion of human life span to 100 years

ประเทศไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโลก ก็จะต้องได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัญหาที่เราจะต้องเผชิญ คือ จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพราะมีความเป็นไปได้ที่จะมีช่องว่างระหว่างประชาชนไทยกลุ่มที่มี Technology Literate และกลุ่มที่มี Technology Illiterate ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพ

2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

จากการคาดประมาณประชากรไทย จำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533-2563 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พบว่า ประชากรโดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 55.84 ล้านคนในปี 2533 เป็น 62.41, 67.23, 70.50 ล้านคนในปี 2543, 2553, 2563 ตามลำดับ โครงสร้างการกระจายตามอายุ และเพศเปลี่ยนแปลงจากปี พ.ศ. 2543 ที่มีลักษณะเป็นรูปเจดีย์ เป็นรูปหัวหอมในปี พ.ศ. 2563 ดังภาพ 2

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบโครงสร้างประชากร จำแนกตามอายุและเพศ ปี พ.ศ. 2543 และ ปี พ.ศ. 2563



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มกราคม 2547

เห็นได้ว่าประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนน้อยลงเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลกระทบต่ออายุเฉลี่ยของคนไทย ทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกัน วัยแรงงานเดิมมีสัดส่วนสูงในช่วงที่อายุน้อย ขยับเป็นมีสัดส่วนสูงในช่วงที่มีอายุมากขึ้น

จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปดังกล่าว รวมทั้งการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ปัญหาและ

ความต้องการการดูแลสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ แนวโน้มพื้นที่เขตเมืองจะมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น รุกเข้าไปในพื้นที่เขตชนบท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต อันเกิดจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป บางแห่งจะเกิดปัญหาที่ซับซ้อนของความเป็นเมืองใหญ่ (Mega Cities) เช่น ปัญหาขยะ น้ำเสีย น้ำไม่พอใช้ พลังงานขาดแคลน จากความเร่งรีบและ

แข่งขันในทางเศรษฐกิจของสังคมเมือง ทำให้เกิดการบริโภคของอาหารที่ไม่เกื้อหนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการบริโภคน้ำตาลจากอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น

ลักษณะการเป็นสังคมเมืองมากขึ้น และการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ปัญหาสุขภาพมีรูปแบบเปลี่ยนไป เป็น โรคเรื้อรัง โรคอ้วน โรคเครียดจากการใช้และอยู่กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ติดต่อกันนานเกินไป โรคในช่องปากซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพทั่วไปที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง เช่น โรคปริทันต์กับโรคเบาหวาน โรคมะเร็งในช่องปากกับการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ อาการแสดงในช่องปากกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) อุบัติเหตุในบ้านที่ทำให้มีการบาดเจ็บในช่องปากหรือเป็นอัมพาต ทำให้ดูแลสุขภาพตนเองไม่ได้ เป็นต้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

มีการใช้สารสังเคราะห์ต่างๆ เช่น ฮอร์โมน สารในยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคซึมเศร้า สารกำจัดศัตรูพืช สารดัดแปลงยีน สิ่งที่เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ในลักษณะของนาโนเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้จะปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่ มีผลต่ออาหารที่มนุษย์บริโภค ต่อร่างกายของมนุษย์ จะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่คาดเดายาก อาจเกิดโรคระบาดใหม่ๆ ของสัตว์และมนุษย์

ภาวะโลกร้อนจากการเผาผลาญเชื้อเพลิงพลังงานที่มนุษย์ใช้อยู่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา เกิดการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศของโลก ฤดูกาลไม่แน่นอน บางแห่งแล้งจัด บางที่หนาวจัด

ภาวะการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างสันติสุขอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ สิ่งมีชีวิตต่างๆ ทั้งพืชและสัตว์ดำรงอยู่ในลักษณะสมดุล นี่คือภาพที่จะไม่ได้เห็นอีกต่อไป เนื่องจากมีการทำลายทั้งทางตรงและทางอ้อม ธรรมชาติเสียสมดุล มนุษย์แก้ไขโดยการสร้างสิ่งแวดล้อมเทียมขึ้นเพื่ออยู่อาศัยและใช้

ชีวิต เช่น อาคารอยู่อาศัยที่ออกแบบให้ปราศจากเชื้อโรค ต้องมีระบบควบคุมและใช้พลังงานพิเศษ หุ่นยนต์ดูแลเด็กหรือผู้สูงอายุ เลือดเทียม (artificial blood), pure oxygen, artificial heart เป็นต้น ซึ่งหากเกิดความผิดพลาดจากเครื่องมือในการควบคุม จะเกิดสภาพความเสียหายอย่างคาดไม่ถึง

การติดต่อสื่อสารคมนาคมทำได้กว้างขวาง และใช้เวลาไม่มาก ทุกจุดในโลกติดต่อและเดินทางถึงกันแม้กระทั่งไปนอกโลก ทุกสิ่งรวมทั้งมนุษย์จะเคลื่อนไหวเร็วมาก คนต้องตื่นตัวตลอดเวลา ต้องมีความระมัดระวัง มีสติที่จะควบคุมเครื่องมือกลไกต่างๆ มิฉะนั้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือความผิดพลาด อาจก่อมหันตภัยร้ายแรงได้

ข้อมูลข่าวสารจะเดินทางไปรอบโลก ไม่ว่าคนจะอยู่ในจุดใด สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ สิ่งต่างๆ ความรู้ใหม่ๆ ที่ค้นพบโดยผู้เชี่ยวชาญ สามารถแลกเปลี่ยนกันได้เร็วมากขึ้น การพัฒนาความรู้เพื่อต่อยอด ทำได้เร็วมากขึ้น ประโยชน์จะตกแก่ผู้คนทั่วไปที่เข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้จากหลายแหล่ง เช่น โทรทัศน์, วิทยุ, อินเทอร์เน็ต ทำให้คนมีความรู้ในเรื่องหลากหลาย สามารถเลือกได้ ไม่ว่าจะเรื่องการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การเลือกใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม

เมื่อมีด้านดี ก็อาจมีด้านไม่ดีควบคู่กันไป คือ ผู้ใช้ข้อมูลจากแหล่งเหล่านี้ สามารถแยกแยะได้ หรือไม่ว่า สิ่งนั้นเป็นเรื่องจริง หรือจริงบางส่วน หรือโฆษณาชวนๆ ผลจากการโฆษณาอาจทำให้ผู้บริโภคได้รับสารที่ไม่มีประโยชน์ หรืออาจมีอันตรายได้ เช่น การบริโภคน้ำตาลจำนวนมากเกินความต้องการของร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะอ้วน ซึ่งนำไปสู่โรคต่าง ๆ อีกมากมาย รวมทั้งทำให้เกิดโรคในช่องปากด้วย

ที่ผ่านมา การบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยต่อคนต่อปีของคนไทย มีทิศทางที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 12.7

กิโลกรัม ในปี 2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม ในปี 2544 และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี มีการรับประทานนมบรรจุถุง นมขบเคี้ยว น้ำอัดลม และลูกอมที่มีการโฆษณากันมาก แนวโน้มการบริโภคนี้จะยิ่งเพิ่มขึ้นในทศวรรษต่อไป ถ้าแบบแผนการบริโภคของคนไทยยังตามอย่างชาติตะวันตกจากอิทธิพลของการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวาง ไร้พรมแดน

2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านพลังงาน

แหล่งพลังงานหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ในโลกยังคงเป็นน้ำมัน จะมีราคาแพง ส่งผลกระทบต่อต้นทุนที่เพิ่มสูงขึ้น มีการพัฒนาทางเลือกในการใช้แหล่งพลังงานอื่น แต่จะมีลักษณะเป็นจุดหรือหย่อม ไม่ใช่เป็นพลังงานหลักของกิจกรรมในโลก เนื่องจากเรื่องความสะดวกในการนำไปใช้เป็นหลัก

สถานการณ์ตลาดน้ำมันโลกเกิดตั้งตัวอย่างสูง เป็นสัญญาณบ่งถึง ความต้องการเพิ่มมากกว่าปริมาณที่ผลิตได้ มีความเป็นไปได้ว่า กลุ่มโอเปคได้เพิ่มการผลิตจนใกล้ขีดสูงสุดแล้ว และคงไม่สามารถผลิตเพิ่มได้มากกว่านี้

ทฤษฎีการผลิตน้ำมันสูงสุดกล่าวว่า เมื่อทำการผลิตน้ำมันไปได้ราวครึ่งหนึ่งของปริมาณสำรองน้ำมันทั้งหมดในบ่อน้ำมันหนึ่งหรือในประเทศหนึ่ง การผลิตน้ำมันในที่นั้นก็ถึงจุดสูงสุด จากนั้นจะผลิตได้น้อยลงไปเรื่อยๆ มีผู้นำทฤษฎีนี้ไปทำนายการผลิตในหลายประเทศ ปรากฏว่าถูกต้อง ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาน้ำมันแพงไม่ใช่เรื่องของกลไกตลาด การเก็งกำไร การเมือง การก่อการร้าย เทคโนโลยีที่ยังดีไม่พอ แต่ที่สำคัญเป็นเรื่องของโครงสร้างการผลิตและการบริโภค และความจำกัดของแหล่งน้ำมันในโลก การทำนายล่าสุดของนักธรณีวิทยาน้ำมันบางคนว่า การผลิตน้ำมันโลกจะเข้าสู่จุดสูงสุดในปี 2008

และลดลงอย่างไม่อาจพลิกผันได้ในปี 2010

เหตุปัจจัยหนึ่งของการที่น้ำมันราคาแพง คือทิศทางการพัฒนา แบบอย่างการสร้างความสำเร็จเติบโตทางเศรษฐกิจโดยกระตุ้นการบริโภคของครัวเรือน ให้มีบ้านชานเมืองและรถยนต์ ซึ่งต้องใช้พลังงานมาก ทั้งในการสร้าง บำรุงรักษา และ ใช้งาน

2.5 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

สังคมโลกมีวิถีบริโภคนิยมเป็นหลัก ทำให้เกิดการแข่งขันทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศรุนแรง ประเทศไทยต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้น คนไทยจำต้องก้าวไปสู่ความเป็นสากลในเวทีการแข่งขันระดับโลก คณะอนุกรรมการโครงการเศรษฐกิจไทยในสากล (อ้างถึงในภาพอนาคตและคุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์) ได้วิเคราะห์ว่า ความได้เปรียบอย่างหนึ่งของไทยคือความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน และประเทศในเอเปค ให้โอกาสแก่ผู้ประกอบการของไทยแต่การที่สังคมโลกมีการแข่งขันกันอย่างเสรี ความได้เปรียบของประเทศต่างๆ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก ฐานการผลิตสินค้าสามารถโยกย้ายโดยสะดวก และ กลุ่มเศรษฐกิจหลักของโลกมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญ แต่หากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงคงรักษาแนวโน้มการขยายตัวที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ของโลก ภูมิภาคนี้รวมถึงประเทศไทยจะเป็นแหล่งที่นำลงทุนต่อไป เศรษฐกิจเชื่อมถึงกันได้ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เพราะการสื่อสารและคมนาคมที่เจริญก้าวหน้าเป็นผลให้ผู้บริโภคมีทางเลือกสินค้า บริการ รวมถึงข้อเสนอใหม่ๆ ที่ดีกว่าจากห้างร้านบริษัททั่วโลก อย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน บริษัททั้งหลายไม่สามารถคาดหวังได้อีกต่อไปแล้วว่า สินค้าและการทำธุรกิจที่เคยได้ผลในอดีต จะช่วยให้พวกตนยังคงเป็นผู้นำตลอดต่อไปในอนาคต แรงกดดันเรื่องราคาไม่เปิดช่องว่างให้กับสินค้าที่ไร้ประสิทธิภาพอีกต่อ

ไป สินค้าราคาถูกอาจจะขายไม่ได้ ว่างจรเวลาสำหรับการพัฒนาสินค้าตัวใหม่แล้วนำไปวางตลาดเริ่มมีความเข้มงวดกระชั้นสั้นเข้าทุกที บริษัทห้างร้านต่างๆต้องการคุณภาพ คุณค่า บริการ นวัตกรรม และความรวดเร็ว ในการวางตลาด เพื่อความสำเร็จทางธุรกิจ ปัจจัยเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของธุรกิจ คำนิยามใหม่สำหรับธุรกิจที่สามารถเจริญเติบโตต่อไปคือ องค์กรที่รู้จักผลิตสิ่งของหรือบริการใหม่ๆ ได้ดีและรวดเร็วกว่า

เศรษฐกิจไทยแม้จะมีกระแสทุนนิยม บริโภคนิยม เป็นหลัก จากทิศทางการพัฒนาประเทศตลอดมา แต่กระแสเศรษฐกิจพอเพียงยังพบมีอยู่กระจายไปตามกลุ่มต่างๆที่มีการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้คนไทยสามารถพึ่งตนเองได้ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในกระแสโลกาภิวัตน์ และ รู้จักเลือกนำมาใช้อย่างมีเหตุผล

2.6 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

แรงผลักดันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดจากหลายปัจจัย ที่สำคัญ ได้แก่ Globalization, Liberalization และ Technology

ด้านโลกาภิวัตน์ (Globalization) พบว่าคนในหลายสังคมหลายประเทศ สามารถบริโภคสินค้าแบบเดียวกันที่ผลิตจากประเทศหนึ่ง เช่น รถยนต์ญี่ปุ่น มีผู้ใช้เกือบทั่วโลก พรหมแดนประเทศไม่เป็นอุปสรรคอีกต่อไป

ด้าน Liberalization เกิดการแข่งขันในการขายสินค้า เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ พลังงาน และ บริการความบันเทิงในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสเลือกมากขึ้น แหล่งผลิต / โรงงานผลิตสินค้าถูกทำให้ขนาดเล็กลง เพื่อที่จะย้ายแหล่งผลิตได้ง่าย (Footloose) ซึ่งต้องการศักยภาพด้านการแข่งขันในการค้าโลกขององค์กรต่างๆ เหล่านี้

ด้าน Technology โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology)

(IT) จะทำให้มีการพัฒนาสินค้า บริการ แต่ก็ต้องการการทำความเข้าใจการใช้ IT มากขึ้นด้วย ITจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้มากขึ้น และผู้ผลิตสามารถผลิตได้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภค กระทบต่อลีลาชีวิตของประชาชน ITที่นำมาใช้ในการเงินธนาคาร เช่น electronic banking จะกระทบต่อรูปแบบด้านการคมนาคม ส่วนที่กระทบต่อการทำธุรกิจ และความ เป็นอยู่ในบ้าน เช่น สำนักงานอัตโนมัติ (Office automation) และ Home automation เป็นต้น

คนมีความแตกต่างทางสังคมอย่างมากมาย แต่ภาพรวม คนส่วนใหญ่มีฐานะ (wealth) ดีขึ้น การศึกษา (education) ดีขึ้น มีทางเลือก (choice) มากขึ้น ประชาชนมีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น เมื่อใช้ Maslow hierarchy of human needs เป็นตัวชี้วัด คนจะเริ่มฝึกฝนการเลือกสรร โดยตั้งอยู่บนการให้คุณค่าและแรงจูงใจมากกว่าเรื่องของปากท้องและความกลัว เช่น ในที่ที่เศรษฐกิจดี คนที่รวยกว่าจะเต็มใจจ่ายเงินซื้อสินค้า และบริการที่สะอาด/ดี (Green) หรือสินค้าที่บริษัทมีความรับผิดชอบต่อสังคม

จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าคนส่วนใหญ่มีฐานะดีขึ้นจนสามารถเลือกได้อย่างคุ้มค่าที่สุด นั่นคือ พลังสังคมจะนำสู่อำนาจในการเลือกบริโภคสินค้าและบริการที่เป็น Green product

ในประเทศกำลังพัฒนา คนชั้นกลางซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ (majority) พยายามจะพัฒนาขีดความสามารถในการเลือกกว่า ประเทศควรจะก้าวไปในทิศทางใด ถ้าโอกาสที่จะเลือกได้มีมากขึ้น ตามการเติบโตของการศึกษาและฐานะ จะเกิดแรงผลักดัน กัดดันสถาบันของรัฐ องค์กรเอกชน บริษัท ชุมชน และตัวประชาชนเองให้เกิดภาพของสังคมใหม่ตามทิศทางของแรงผลักดันนั้น

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม

มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนทั้งทางด้านวัตถุและทางวัฒนธรรมมากขึ้น เช่น คนในประเทศเคนย่า ดูภาพยนตร์ที่ผลิตในอเมริกา คนในประเทศฝรั่งเศสสวมเสื้อผ้าที่ทำในจีน คนในประเทศอเมริกาใต้ใช้รถผลิตในญี่ปุ่น คนในประเทศปาปัวนิวกินีฟังแผ่นซีดีเพลงจากอังกฤษ

การเปลี่ยนแปลงต่างๆของโลกอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อ จริยธรรม คุณค่า ค่านิยม ซึ่งส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ในสังคม เช่น การประกวดนางงาม การใส่สายเดี่ยว คนรุ่นใหม่มองว่า ดี เพราะได้ประสบการณ์ ไม่มองในแง่คุณค่าของความเป็นคน แง่ถูก ผิด ดี ชั่ว ไม่สามารถแยกได้ชัดเจน การมีประสบการณ์ที่ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ก็ไม่ควรมายุ่งกับตัวเอง ทุกคนจะคิดเพียงแค่ว่าตัวเอง เอาตัวรอดเป็นหลัก ไม่สนใจว่าจะต้องรับผิดชอบต่อสังคมที่ตัวเองอาศัยอยู่ คำนี้ถึงเพียงการแข่งขันเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ชีวิตเร่ร่อน ติงเครียดมาก ขึ้นกับอัตราการเปลี่ยนแปลงที่เร่ร่อนของโลก

วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ไม่สามารถทำได้ ได้แต่กินอาหารสำเร็จรูป อาจเกิดการประกอบอาชีพใหม่ๆที่ไม่เคยเกิดมาก่อน เช่น อาชีพสร้างภาพลักษณ์ อาชีพ recycle personal computer

วิธีการเอาตัวรอดของคนในสังคมอนาคต มี 3 อย่าง คือ หนึ่ง เอาชนะ เบียดขับผู้อื่นออกไป เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด สอง หาทางอย่างไรก็ได้ที่จะดันตัวเองไม่ให้อยู่ในกลุ่มร้อยละ 20 ท้ายของสังคม และ สาม การสร้างพันธมิตร เครือข่ายรวมกลุ่ม รวมพลังเพื่อความอยู่รอดร่วมกัน คือรอดพ้นจากภัยพิบัติ ไม่ใช่เป็นแค่เอาตัวรอด

2.8 การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง

ความเป็นประเทศหรือรัฐที่มีพรมแดน

ขอบเขต และ อำนาจอธิปไตยอย่างสมบูรณ์ของตนเอง จะไม่ชัดเจน เนื่องจากอิทธิพลของบริษัทยักษ์ใหญ่ไม่กี่แห่ง ศูนย์กลางอำนาจของโลกไม่สามารถรักษาความยิ่งใหญ่ บงการประเทศอื่นๆได้อีกต่อไป การกระจายอำนาจมีมากขึ้น เกิดประเทศเล็กๆ (city state) ขึ้นหลายประเทศในภูมิภาคต่างๆของโลก อาจเกิดสงคราม การก่อการร้ายในหลากหลายรูปแบบ

ประเทศไทยที่มีรูปแบบการปกครองประชาธิปไตยเพียงเปลือกนอก จะถูกกดดันจากสังคมโลกให้ปรับตัวสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่แท้จริง เพื่อผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ การค้า และการเมือง ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงการศึกษา ข้อมูลข่าวสาร และ ค่านิยมประชาธิปไตยตะวันตกที่แฝงมากับสื่อสารสนเทศต่างๆ ระบบการเมืองจะโปร่งใสมากขึ้นจากอิทธิพลการค้าเสรี และ อิทธิพลของเทคโนโลยีการสื่อสาร กดดันให้แก้ปัญหาคอร์รัปชันในหมู่นักการเมือง นักธุรกิจ และระบบราชการ อย่างจริงจัง

ข้อเสนอเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย

จากการคาดการณ์ภาพสังคมและคนไทยปี พ.ศ. 2563 ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้สามารถเตรียมพร้อมรับมือต่อสิ่งที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น และ ช่วยผลักดันการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ต้องการ จึงขอเสนอข้อเสนอเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในบางประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การใช้นวัตกรรมทางสังคม

จากการวิเคราะห์ภาพสังคมไทยและคนไทยในปี พ.ศ. 2563 แม้ตัวแบบการวิเคราะห์จะให้เป็นวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีเป็นปัจจัยหลักของการเปลี่ยนแปลงสังคม แต่การขับเคลื่อนสังคมไทยซึ่งไม่ได้เป็นประเทศแนวหน้าในการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำต้องหานวัตกรรมที่จะช่วยให้สังคม

ของเราเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่มีคุณภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย ได้มีนักคิด นักวิชาการทางสังคมหลายท่าน เช่น ศ.นพ.ประเวศ วะสี, รศ.ศรีศักร วัลลิโภดม, ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์, คุณสินี จักรธรานนท์, ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, ดร.สีลาภรณ์ บัวสาย, ผศ.ดร.สินธุ์ สโรบล, รศ.ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์, รศ.ดร.อนุชาติ พวงสำลี และ รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิชกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และ วาสนา อิมเอม เป็นต้น เสนอทางเลือกการพัฒนาสังคมไทยโดยใช้นวัตกรรมทางสังคม ซึ่งหมายถึง สิ่งใหม่ๆ ทั้งที่เป็นกระบวนการทางความคิด (Imagination) หรือการสร้างโอกาส หรือลงมือปฏิบัติ (Action) เพื่อแก้ปัญหาหรือทำให้สังคมดีขึ้น สิ่งใหม่ๆ นี้รวมถึงการปรับหรือพัฒนาบนฐานเดิมด้วย โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- การเปิดพื้นที่ทางปัญญา และพื้นที่ทางสังคมให้กว้างขวางที่สุด
- เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมสร้างของคนในสังคม / ชุมชน ไม่ใช่การสั่งการจากภายนอก
- เกิดจิตสำนึกร่วมต่อสาธารณะ ประโยชน์ต่อสังคม มาก่อนผลประโยชน์ ส่วนตน หรือของกลุ่ม
- มีพัฒนาการ มีการขยายผลไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม ไม่เกิดและหายไปอย่างรวดเร็ว แต่อาจปรับรูปแบบ อันเป็นผลเกิดจากการสร้างสรรค์ มุ่งมั่น และ ลงมือปฏิบัติ

ในเอกสาร นวัตกรรมทางสังคม: ทางเลือกเพื่อประเทศไทยรอด ศ.นพ.ประเวศ วะสี สรุปไว้ว่า ปัญหาสังคม และ วิกฤตของประเทศจะต้องแก้ไขด้วยยุทธศาสตร์ที่ “เปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวางให้เต็มประเทศ”

และ “อนาคตของมนุษยชาติอยู่ที่นวัตกรรมสังคมไม่ใช่นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี” ไม่ได้แปลว่าวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไม่สำคัญ แต่ถ้าเราเอาเทคโนโลยีเป็นตัวตั้งจะเกิดปัญหาบวกลบสังคมมาก คิดเทคโนโลยีมาแพง ดึงคนไปหมด บางคน บางกลุ่ม บางประเทศ ได้บริโภค ได้ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีมาก แต่คนอื่นไม่ได้ คนจนใช้ไม่ได้ เกิดความต้องการ เกิดปัญหาความวุ่นวายตามมา

การพัฒนาจึงต้องเอาสังคมเป็นตัวตั้ง เอาการอยู่ร่วมกันเป็นตัวตั้งให้เกิดความสมดุล มีสันติ การสร้างโครงข่ายนิรภัยทางสังคม (Social Safety Nets) ถือเป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลและดูแลประชากรที่มีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้ได้รับการพัฒนาอย่างเท่าเทียม

การขยายแนวคิดเรื่องนวัตกรรมทางสังคมในด้านสาธารณสุข เช่น การผลิตนักสาธารณสุข ซึ่งจะเป็บุคคลสำคัญในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาสุขภาพช่องปาก จะต้องผลิตให้มีลักษณะเป็นนวัตกรรมสังคม (Social innovator) โดยเน้นคุณลักษณะในด้าน ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์, มุ่งมั่นทำความคิดให้เป็นจริง, ลงมือปฏิบัติจนเกิดผล และ ขยายสู่สังคมโดยรวม

2 การเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณจำนวนประชากรในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533-2563 พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรสูงอายุ จำนวนประมาณ 10,776,000 คน ชาย 4,926,000 คน หญิง 5,850,000 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 6,171,000 คน ชาย 2,818,000 คน หญิง 3,353,000 คน เพิ่มขึ้นประมาณเกือบ 1 เท่าตัว

ภาระการดูแลปัญหาผู้สูงอายุมีขนาดมากขึ้น

แต่ผู้สูงอายุมีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจากเดิม จากที่มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ (เขาวลัษณ์ ปรปักษ์ขาม)

จากฐานข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2539-2540 ผู้สูงอายุ 60-89 ปี มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันร้อยละ 28 อาการที่พบบ่อยคือ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง และ ไข้จากการติดเชื้อ และพบว่าเกิดอุบัติเหตุในบ้านมากกว่าจากการเดินทางหรือการทำงาน ส่วนโรคเรื้อรังมีอัตราร้อยละ 69.3 มักเป็นหลายโรคร่วมกัน ตั้งแต่อาการสมองเสื่อม โรคจิตประสาท ซึมเศร้า และมีอัตราการเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้นตามอายุ สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุมักเกิดจากโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน โรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด มะเร็ง และ เบาหวาน ซึ่งคาดว่าในอนาคตจะยังมีลักษณะนี้อยู่ และอาจมีโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพและสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเรื่อยๆ

ในการเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มนี้ ประการแรก คือ การให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว เป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ควรจัดสภาพให้เหมาะสมและปลอดภัย อาทิเช่น มีราวจับในห้องน้ำสำหรับยึด พื้นห้องน้ำไม่เปียกลื่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น แต่จากการที่มีปัจจัยบางอย่างที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ เช่น ลูกหลานทำงานนอกบ้าน การวิจัยเสนอแนวคิดเรื่องชุมชนผู้สูงอายุให้ช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุมีโอกาสใช้ชีวิตร่วมกับคนวัยเดียวกันเพื่อไม่ให้เหงา มีการร่วมกลุ่มทำกิจกรรม หรือทำกิจกรรมประโยชน์ต่อสังคมเป็น “คลังปัญญา” การจัดสถานที่ต้องมีสภาพแวดล้อมที่สงบสุขและปลอดภัย แล้วตอนเย็นก็กลับไปใช้ชีวิตกับลูกหลานได้ ซึ่งเหมาะสมกับสังคมเมืองที่มีสัดส่วนของความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต

ดังที่กล่าวไปแล้วในช่วงต้นๆ

อนึ่ง ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพ ในหลักสูตรควรเน้นหนักทั้งในเรื่องของจิตใจ และ สุขภาพ รวมสุขภาพช่องปากด้วย

สรุป

จากนี้ไปจนถึง พ.ศ. 2563 ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสังคมและคนไทย อันได้แก่ ประชากร สังเกตล้อม พลังงาน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จะมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่เร็วขึ้นแบบก้าวกระโดด โดยปัจจัยหลักที่ผลักดัน คือ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี คนไทยมีอายุยืนขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น วัยแรงงานมีสัดส่วนในช่วงอายุสูงมากขึ้น กลุ่มเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย คนมีการศึกษาสูงขึ้น ร่ำรวยขึ้น เครียดมากขึ้น แข่งขันสูง สังคมมีความเป็นเมืองมากขึ้น ความเป็นชนบทน้อยลง มีปัญหาเมืองใหญ่ มลพิษสูงขึ้น เกิดโรคระบาดใหม่ๆ ในสัตว์และคน กระแสบริโภคนิยมเป็นกระแสหลักด้านเศรษฐกิจ โดยมีกระแสเศรษฐกิจพอเพียงกระจายเป็นหย่อมๆ วัฒนธรรมการบริโภคจะคล้ายคลึงกันทั่วประเทศ แต่จะมีความหลากหลายของวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นเอกลักษณ์ และความภาคภูมิใจ

ข้อเสนอเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย สำหรับปัญหาสังคมและวิกฤตของประเทศ ควรแก้ไขด้วยยุทธศาสตร์เปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวาง อนาคตอยู่ที่นวัตกรรม สังคมไม่ใช่ นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ต้องหานวัตกรรมที่จะช่วยให้สังคมของเราเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่มีคุณภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย ควรมีการเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ให้ผู้สูงอายุมี

โอกาสใช้ชีวิตร่วมกับคนวัยเดียวกัน และมีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นหนักในเรื่องของจิตใจ และ สุขภาพ รวมสุขภาพช่องปากด้วย

เอกสารอ้างอิง

- โครงการข่าวสารทิศทางประเทศไทย (TTMP) โดยการอุดหนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ประเทศไทย 2546 : ชูธงโตมรสมุญ รายงานฉบับที่ 18 ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ สถานการณ์และแนวโน้มประเทศไทยในรอบปี 2546 กุมภาพันธ์ 2547
- ชาอูวิทช์ ทระเทพ สภาวะสุขภาพของคนไทย อดีต ปัจจุบัน อนาคต วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ก.ย. - ธ.ค. 2546 หน้า 45-55
- นิทัศน์ วิเทศ ผู้แปล ดาเวนพอร์ท โทมัส เอช. และ พรูแซค ลอเรนซ์ ผู้แต่งร่วม การจัดการความรู้ บริษัทพิมพ์ดี จำกัด กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2542
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม สุพัตรา อติโพธิ รายงานการศึกษา สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ ส่วนหนึ่งของแผนการศึกษาและวิจัยสุขภาพประชาชาติ พศ. 2543 โดยสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนทุนวิจัยโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ข้อมูลจาก <http://library.hsri.or.th> ม.ค. 2547
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นวัตกรรมสังคม ทางเลือกเพื่อประเทศไทยรอด สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการโรงพิมพ์พิมพ์ดี พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2546
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ภาพอนาคตและคุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์ เอกสารชุดโครงการวิถีการเรียนรู้ของคนไทยลำดับที่ 2 โดยเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิทีซี คอมมิวนิเคชั่น กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2546
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การคาดประมาณประชากรและอัตราต่างๆของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563 ข้อมูลจาก <http://www.nso.go.th> ม.ค. 2547
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย ข้อมูลจาก <http://www.nso.go.th> ม.ค. 2547
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สรุปสถานการณ์สังคมไทย พ.ศ. 2546 ข้อมูลจาก <http://www.nso.go.th> ม.ค. 2547
- อนุช อาภาภิรม ข้อมูลจากการบรรยายในการประชุมวิชาการกองทันตสาธารณสุขเรื่อง สภาวะการณ์ทางสังคมและภาพคนไทยในปี พ.ศ. 2563 จัดโดย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ ห้องประชุมชั้น 2 กรมอนามัย วันที่ 9 มีนาคม 2547
- Glenn Robert Technical Series No. 4 SCIENCE AND TECHNOLOGY Trends and issues forward to 2015:
Implication for health care in POLICY FUTURES FOR UK HEALTH 1999 Series Editor : Charlotte Dargie
Global Scenarios 1998-2020 download from http://ra.hut.fi/Tfy_56.160_01/case1_shell98.pdf jan. 2004

ลาก่อนขวดนม.... เข้าไปโรคภัยตามมา

ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิระ*

พ.ป.

การยังคงให้ทารกดูดนมจากขวด หลังอายุ 1 ปี ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้หลายประการ เช่น ไม่ยอมกินข้าว ฟันผุ โรคอ้วน เสียโอกาสพัฒนาการกล้ามเนื้อมือและปาก เรื่องของการดูดขวดนมนับว่าเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาต่างๆ ดังกล่าว เพราะเมื่อดูดนมจากขวดปริมาณน้ำนมจะไหลได้สะดวก เด็กๆจะชอบ และเด็กก็ชอบที่จะดูดกลืนมากกว่า เคี้ยวกลืน ประกอบ กับวัยที่โตขึ้น ค่อยๆพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น เมื่อชอบอะไรมักจะเลิกได้ง่าย

การศึกษาของกรมอนามัย ปี 2544 พบว่า เด็กอายุ 3-4 ปี มีปัญหาฟันผุถึง ร้อยละ 65 เด็กอายุ 5-6 ปี ในช่วงพศ.2527-2544 พบผู้มีฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71 เป็น 87 ผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยยังไม่เห็นความสำคัญในปัญหานี้ แม้ว่าโรคฟันผุอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

และการศึกษาของ พญ.สุนทรี รัตนชูเอก สถาบันสุขภาพเด็กฯ พบว่า เด็กที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ช่วงอายุ 1-2 ปี มีปัญหาอ้วนและน้ำหนักเกิน ร้อยละ 34 ผลงานของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ศึกษาเด็กอ้วนจำนวน 77 คน อายุตั้งแต่ 3.08 ถึง 19 ปี ณ โรงพยาบาลศิริราช แสดงให้เห็นว่าเด็กอ้วนมีการแปรเปลี่ยนทางเมตาบอลิซึมที่ จะเป็นโรคเบาหวาน ไชมันสูงในเลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลรามาริบัติ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กำลัง

ทำการศึกษาเรื่อง “สภาวะการดูดนมกลางคืนของเด็กไทย อายุมากกว่า 6 เดือน และการให้ความรู้พ่อแม่ล่วงหน้า จะช่วยป้องกันได้หรือไม่” ระยะเวลาโครงการ 4 ปี หลังการศึกษา 1 ปี มีผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่า

- เด็กๆอายุ 2-3 ปี ยังมีการดูดนมจากขวด ร้อยละ 80 เมื่ออายุ 4 ปี มีร้อยละ 45
- เด็กๆยังคงตื่นดูดนมมือน้อย (24.00-4.00 น.) อายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 85 อายุ 1-2 ปี ร้อยละ 70 อายุ 2-3 ปี ร้อยละ 42 อายุ 3-4 ปี ร้อยละ 21
- ทำความสะอาดฟันกันแล้ว ยังดูดนมและหลับคาขวดนม ร้อยละ 44
- ผู้เลี้ยงดูจะรีบให้นม เมื่อทารกเริ่มบิตตัวหรือเริ่มร้อง เพราะคิดว่าหิว ร้อยละ 90

การยังดูดนมจากขวด แม้เมื่อโตแล้ว การยังคงดูดนมมือน้อย การรีบให้นมตั้งแต่เริ่มบิตตัว หรือเริ่มร้อง และสนับสนุนให้เห็นว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ อาจยังไม่เข้าใจในการจัดการการกินการนอน การติดใจ การดูดนมกลางคืนในระยะที่ฟันขึ้นแล้ว และเมื่อโตแล้วเริ่มดื่มนมมากขึ้นแล้ว จะส่งเสริมให้เลิกดูดนมจากขวดเมื่อถึงเวลาอันควร (อายุ 1-1 1/2 ปี) มักทำไม่ได้

เด็กเลิกนมมือน้อยเมื่อไรดี

นมมือน้อยนี้เป็นมืออันตรายกับฟัน เพราะขณะนอนหลับ น้ำลายไม่ค่อยไหลเวียน โดยธรรมชาติร่วม

* หน่วยกุมารเวชศาสตร์สังคมและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กับการฝึกฝนที่เหมาะสม เด็กน่าจะเลิกนมเมื่อดื่กได้เมื่ออายุประมาณ 6 เดือน โดยจะนอนกลางคืนได้นานติดต่อกัน 4-5 ชั่วโมง ไม่ต้องตื่นมากินนมรายงานจากต่างประเทศพบว่าเด็กอายุ 6 เดือนร้อยละ 83 สามารถปฏิบัติได้แล้ว สำหรับเมืองไทย จากข้อมูลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ พบว่ามีเพียงร้อยละ 56 ที่ปฏิบัติได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะเราไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องเหล่านี้มากนัก และเด็กที่จะปฏิบัติได้ต้องมีการเตรียมตัวกันพอสมควร

จะให้ลูกเลิกนมเมื่อดื่กได้อย่างไร

ควรเริ่มเตรียมตัวฝึกลูกตั้งแต่วัยเล็กๆ และค่อยเป็นค่อยไป โดยธรรมชาติเด็กวัย 2-3 เดือนแรกจะตื่นบ่อย กินบ่อย เพราะเด็กกำลังปรับตัว วงจรการนอนยังไม่แน่นอน ความจุของกระเพาะอาหารยังเล็ก จึงหิวบ่อย เมื่อโตขึ้น วงจรการนอนจะเหมือนผู้ใหญ่ เริ่มนอนได้นานขึ้น กระเพาะอาหารก็โตขึ้น ดังนั้นเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน เด็กส่วนใหญ่จึงมักสามารถนอนกลางคืนได้นานขึ้นแล้ว

การเริ่มฝึกในช่วงอายุ 1-3 เดือน ก็คือการให้ลูกเข้านอนเป็นเวลา ถ้าลูกยังกินนมเมื่อดื่กอยู่ก็เป็นเรื่องธรรมดา ควรฝึกให้ลูกหลับได้ด้วยตัวเอง ขณะตื่นขึ้นกลางคืน ก็จะชินกับการหลับได้เอง ไม่ร้องขอนม แต่ถ้าอุ้มหรือให้ลูกนมจนหลับ เมื่อตื่นก็จะชินกับการปฏิบัติดังกล่าว

บอกลาขวดนมกับเมื่อไหร่ดี

หลายคนคงมีคำถามว่า เด็กๆ จะเลิกขวดนมอายุเท่าไรดี เพราะกังวลว่าถ้าให้ลูกเลิกเร็วไป จะมีผลเสียต่อสภาพจิตใจของลูก กลัวลูกจะไม่มีคามมั่นคงทางอารมณ์

เรื่องนี้กลุ่มสมาคมกุมารแพทย์ สหรัฐอเมริกา แนะนำว่า ควรเลิกขวดนมจากขวดเมื่ออายุ 1 ปี ถ้าลูกยังไม่ยอมเลิก หรือทำอย่างไรแล้วลูกยังเลิกไม่ได้ ก็ให้รอไปถึง 1 1/2 ปีก็ได้ ทั้งนี้เมื่ออายุ 1 ปี เด็กๆ จะมีพัฒนาการทางกล้ามเนื้อ พร้อมจะหยิบถ้วยน้ำขึ้นมาดื่ม คุณพ่อคุณแม่จึงให้ลูกดื่มนมจากถ้วยหรือ

กล่องได้แล้ว แต่มีข้อแม้คือต้องได้รับการฝึกมาก่อน

ประเทศสหรัฐอเมริกาจะเน้นให้ลูกฝึกกินน้ำกินนมจากแก้วสลับกับขวดนมตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน พอมาถึง 1 ปีก็สบายขึ้น พบว่าถ้าให้เด็กเลิกหลังอายุ 1 ปี 3 เดือนจะยากขึ้น เพราะเด็กติดใจขวดนมและไม่ยอมง่าย ๆ

เด็กน่าจะเลิกขวดนมไม่เกิน 1 1/2 ปี

ประเทศไทยก็มีผู้แนะนำทั้งเมื่ออายุ 1 ปี และ 2 ปี เมื่อเร็วๆ นี้ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ และทีมส่งเสริมสุขภาพของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รวมทั้งตัวแทนจากพ่อแม่ มาร่วมพูดคุยกันและเห็นพ้องกันว่า เราควรให้เด็กเลิกขวดนมไม่เกินอายุ 1 1/2 ปี หลังอายุ 2 ปี ไม่ควรให้ดูดขวดนมอีก และห้ามเด็ดขาดถ้าอายุ 3 ปี

สำหรับสังคมไทย เราเคยชินกับการให้เด็กติดนมขวดมานาน จึงแนะนำให้เริ่มฝึกเมื่ออายุ 1 ปี เป้าหมายอยู่ที่อายุ 1 1/2 ปี และไม่ควรรให้เด็กติดจนถึงอายุ 2 ปี เพราะจะเลิกยาก พัฒนาการของเด็ก 1-3 ปี จะเริ่มมีความคิดของตัวเอง เจ้าอารมณ์มากขึ้น ชี้นรอช้า ไม่สำเร็จแน่นอน

เลิกขวดนมช้า เริ่มมีปัญหาตามม

เด็กไทยส่วนใหญ่อายุ 3-5 ปีก็ยังคงนมขวดกันกว่าจะเลิกได้ ก็มักจะเป็นตอนเข้าโรงเรียน รู้สึกอายเพื่อนจึงจะเลิก โดยธรรมชาติเด็กวัยนี้ “ติด” ง่าย เลิกยาก เด็กจะชอบดูดมากกว่ากิน/เคี้ยว ถ้าดูดกันทั้งกลางวัน กลางคืน ก็ทำให้ไม่อยากกินข้าว การได้รับนมกลางคืนมาก น้าย่อยในกระเพาะและลำไส้ถูกนำไปใช้ย่อยกันหมด ตื่นขึ้นมาก็ไม่หิว

ปัญหานี้ทำให้กุมารแพทย์พบว่า เด็กที่กินนมมาก กินบ่อย และไม่ยอมกินข้าว อาจกลายเป็นโรคอ้วนที่พูดกันทั่วไปว่าเด็กอ้วนเพราะนม นอกจากนี้การกินนมอย่างเดียว ไม่ค่อยมีกากอาหาร ทำให้มีโอกาast้องผูกตามมา แล้วเด็กที่ติดขวดนม ทำให้เสียโอกาสพัฒนาการใช้มือ ไขปาก ซึ่งเป็นจุดเริ่มในการเรียนรู้ด้านอื่นๆ

ดูดนมมาก เด็กอ้วนง่าย พิษณุ

เด็กสมัยนี้มีโอกาสอ้วนกันได้ง่าย ขนมนมเนยเต็มไปหมด อยู่บ้านก็มีของทอดของกินส่งถึงบ้านได้ (delivery) และการกินนมมากก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กอ้วนได้

จากการศึกษาของ พญ. สุนทรี รัตนชูเอก หน่วยโภชนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ที่พบว่า เด็กปกติอายุ 2-3 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี 1/3 มี มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน และข้อมูลเรื่องพันธุในเด็กไทย นับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง

เด็กอายุ 1 ปีขึ้นไปจะมีฟันขึ้นหลายซี่แล้ว เวลาดูนมจากขวด น้ามนจะไหลตลอดเวลา แม้ว่า เด็กไม่ได้ออกแรงดูด น้านมมักเอ่อล้นแช่ฟัน ยิ่งดูนมตอนกลางคืน ยังมีโอกาสฟันผุได้มาก ถ้าเป็นน้านมธรรมชาติ เช่น นมแม่ นมวัวธรรมชาติ จะมีโอกาสฟันผุน้อยกว่า ยิ่งเด็กได้รับนมที่มีการเติมน้ำตาล ก็ยิ่งทำให้ฟันผุได้ง่าย

เด็กที่มึนมจากแก้ว เวลาที่ใช้ในการดื่มจะสั้นกว่า น้านมเข้าช่องคอได้โดยตรง ทำให้สัมผัสฟันหน้า น้อยกว่า แต่ก็จะมีเด็กคนไหนตื่นมาเพื่อดื่มนมจากแก้วเป็นแน่ และถ้าเด็กยังดูดขวดนมเกินอายุ 3 ปี มีโอกาสทำให้การสบฟันเสียไปได้อีกด้วย

การเริ่มฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไป

- ให้ลดนมมีอืดตั้งแต่อายุ 3-4 เดือน บางครั้งลูกขยับตัวนิดหนึ่งหรือรอกสักพักว่าลูกหิวจริงหรือไม่ ถ้าไม่ได้หิวก็สัมผัสเบาๆ เช่น ตบกันให้หลับไปเอง

- พยายามจัดการเลิกนมมีอืดให้ได้เมื่ออายุ 5-6 เดือน ตอนอายุ 4-5 เดือน อาจหาตุ๊กตาหรือของเล่นที่ลูกชอบให้พาเข้านอนด้วย ให้ลูกติดของเล่นจะดีกว่าติดขวดนม โดยทั่วไปทารกที่กินนมผสมประมาณ 4 เดือน มักนอนกลางคืนนาน 4-5 ชั่วโมง โดยไม่ตื่นมากินนมมีอืด ในขณะที่ทารกที่กินนมแม่ มักเลิกได้เมื่ออายุประมาณ 5 เดือน

- ฝึกลูกจิบน้ำและนมจากแก้ว สลับกับขวดนมบางมีอืดตั้งแต่อายุ 4-5 เดือน

- ตั้งใจว่าจะให้ลูกเลิกขวดนมในช่วงอายุ 1-1 1/2 ปี แต่ไม่ควรเกินอายุ 2 ปี
- ฝึกให้ลูกกินข้าวเอง ให้มีความสุขในการกิน เมื่อเลิกขวดนม ลูกจะไม่มีปัญหาเรื่องไม่ยอมกินข้าว

คำถามที่พบบ่อย

ลูก 2 ปีแล้วยังติดขวดนม ทำอย่างไรดี

เริ่มจากคุณพ่อคุณแม่ตั้งใจจะให้เลิก และใจแข็ง ฝึกให้ลูกกินนมจากแก้วในตอนกลางวันก่อน แล้วค่อยฝึกให้เลิกนมมีอืดทีละน้อย โดยค่อยๆ ลดปริมาณจนเลิกได้ และเปลี่ยนจากดูนมก่อนนอน เป็นดื่มนมก่อนนอน

เวลาพาไปไหนในตอนกลางวัน ไม่ควรให้ถือขวดนมไปด้วย สามารถให้กินนมกินน้ำจากแก้วจากกล่องเสริมด้วยการเล่านิทานเกี่ยวกับการเลิกขวดนม เช่น “บายบายขวดนม” “หนูอยากมีฟันสวย” ฯลฯ

ถ้าทำทุกวิธีแล้วลูกยังเลิกไม่ได้ ก็อาจใช้วิธี “ทันทีทันใด” เก็บอุปกรณ์เกี่ยวกับการกินนมขวดออกจากบ้าน ก็คงต้องร้องไห้กันสัก 2-3 วัน เด็กบางคนก็สามารถเลิกได้

จะรู้ได้อย่างไรว่านมที่ลูกกินมีการเติมน้ำตาลพิเศษ

จากการสำรวจของเครือข่ายรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวาน ได้สำรวจ ตลาดเมืองไทย ก็น่าตกใจนมผสมยี่ห้อที่เด็กเล็กกินหลังอายุ 6 เดือน (6 เดือน-3 ปี) พบว่ายี่ห้อนมผสมยอดนิยม 3 อันดับแรก ซึ่งเป็นนมที่มีรสหวานเป็นส่วนใหญ่ ก่อนเลือกให้ลูกกินให้อ่านฉลากข้างกระป๋อง ถ้ามีการเติมน้ำตาลเพิ่มไปจากน้ำตาลธรรมชาติ ไม่ว่าจะชื่อ

ชูโครส กูลูโคส
คอรีนไฮรีย น้ำผึ้ง

ไม่ควรเลือกซื้อให้ลูกกิน

นอกจากนั้นยังพบว่า เครื่องดื่มยอดนิยม 5 อันดับในการเลี้ยงดูเด็ก มีปริมาณความหวานมาก ได้แก่ น้ำส้ม (20%) น้ำอัดลม (17%) นมเปรี้ยว (11%) นม/นมกล่อง เติมน้ำตาล (4 %) เด็กๆจึงมี

โอกาสติตรสชาติความหวานแต่เยาว์วัย

ทำความเข้าใจแล้ว แปรงฟันแล้วเข้านอน ไม่กินนมอีก

ที่พบเสมอคือ คุณพ่อ คุณแม่ มักจะทำความสะอาดปากและฟันลูกก่อนเข้านอน แต่ก็ยังให้ลูกกินนมก่อนนอน ซึ่งไม่เป็นสิ่งดีกับสุขภาพฟัน ต้องขอย้ำเรื่องนี้ เพราะพบว่าคุณแม่ใจอ่อนกันมาก คงต้องปรับกันใหม่ เป็นว่า เล่านิทาน ฟังเพลง ก่อนนอนแทน และพอใกล้หลับก็ให้หลับกันเอง ไม่ต้องกล่อมกัน อุ้มกันจนหลับสนิท

ถ้าไม่เด็กดูนมแม่ จึงมีโอกาสฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ดูนมผสมจากขวด

น้ำนมแม่ เป็นน้ำนมตามธรรมชาติที่ไม่มีสารปรุงแต่ง น้ำนมธรรมชาติที่ไม่มีสารปรุงแต่ง จะมีผลดีต่อฟันเด็ก เพราะมีสารอาหารช่วยป้องกันฟันผุ ได้แก่ โปรตีน ไขมัน แคลเซียม ฟอสฟอรัส โดย

แคลเซียม ฟอสฟอรัส ช่วยลดการละลายแร่ธาตุ และช่วยเพิ่มการสะสมแร่ธาตุที่ผิวเคลือบฟัน

ไขมันในน้ำนมจะเคลือบผิวฟัน ช่วยลดการเกาะตัวของเชื้อโรคฟันผุ

โปรตีนในน้ำนม ลดสภาพความเป็นกรด ต่างในช่องปาก ทำให้ไม่เหมาะกับการเกิดฟันผุ

เอนไซม์ ภูมิคุ้มกันในน้ำนม ช่วยทำลายเชื้อโรคฟันผุ

และ น้ำตาลในนมแม่คือน้ำตาลแลคโตส ซึ่งเมื่อเทียบกับน้ำตาลตัวอื่นๆ จะมีผลต่อการเกิดฟันผุน้อยที่สุด แกรมมีความหวานน้อยกว่าน้ำตาลซูโครสถึง 5 เท่า จึงช่วยทางอ้อมให้เด็กไม่ติดหวาน

ที่สำคัญคือ กลไกการดูดนมแม่ แตกต่างจากการดูดนมขวด การดูดนมแม่ผิวฟันสัมผัสกับน้ำนมได้น้อยกว่าการดูดนมจากขวด เพราะน้ำนมแม่จะไหลออกมาเมื่อเตี๊ยกออกแรงดูด น้ำนมจะพุ่งเข้าด้านหลังของฟัน ประกอบกับหัวนมแม่มีความยืดหยุ่นได้ดีกว่าหัวนมที่ทำจากยางเด็กจึงดูดได้ลึก ทำให้น้ำนมพุ่งลงสู่ทางเดินอาหารมากกว่าที่จะเอ่อล้นในปาก

เรื่องลาก่อนขวดนม ข้าไปโรคภัยตามมา ดูจะเหมือนเป็นเรื่องเล็ก แต่มีผลกระทบเป็นเรื่องใหญ่ ช่วยกันดูแลสุขภาพลูกๆ นะคะ

ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รหัสโครงการ 45-01000

คณะผู้ทำการศึกษาจึงได้พัฒนา

● แผ่นพับแนะนำ “เตรียมตัว จัดการ การกิน-การนอน ตั้งแต่เล็กๆ”

● แผ่นพับแนะนำ “ลูกโตแล้วไม่ยอมเลิกดูนมจากขวด ทำอย่างไรดี..”

● ชุดนิทรรศการ บ้าย..บายขวดนม ข้าไปโรคภัยตามมา

download ได้ที่ www.childrenhospital.com

คณะผู้ทำการศึกษา

- ศิราภรณ์ สวัสดิ์ทวี,
- สุวิสา จวนสง,
- เชิดชู ศรีอริยวัฒนา,
- สุรียเดว ทรีปาตี,

กุมารแพทย์

- พิริยา วรธนะภูมิ,
- นงรัตน์ จันทิ,

พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- ดร.เรวดี จงสุวัฒน์.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอขอบคุณ ข้อมูลจาก เครือข่ายรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวาน

ทญ.อภิวินท์ นิตยารัมพงษ์ ที่อนุญาต ให้ใช้รูปการ์ตูน จากหนังสือนิทาน “บาย..บาย ขวดนม”

อุบัติการณ์ของการเกิดฟันกร่อน ในผู้ว่ายน้ำและการป้องกัน

จินทนา อึ้งชูศักดิ์* ท.บ., M.P.H., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

เป็นการสูญเสียเคลือบฟันและเนื้อฟันอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางเคมี เมื่อฟันต้องสัมผัสกับสารเคมีที่มีภาวะเป็นกรดตั้งแต่ 5.5 หรือต่ำกว่านี้ ฟันกร่อนจากการว่ายน้ำ เกิดจากการที่ฟันสัมผัสน้ำในสระว่ายน้ำที่มีค่าพีเอชต่ำเนื่องจากการใช้คลอรีนชนิดกรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริกหรือชนิดก๊าซ ซึ่งเมื่อละลายน้ำจะแตกตัวได้สารประกอบที่เป็นกรด นักกีฬาว่ายน้ำนับเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันกร่อนสูง เพราะต้องสัมผัสน้ำบ่อยและมีระยะเวลาสัมผัสน้ำนาน การป้องกันฟันกร่อนจากการว่ายน้ำ ทำได้โดยตรวจวัดค่าพีเอชของสระว่ายน้ำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน และควบคุมคุณภาพน้ำให้มีค่าพีเอชอยู่ระหว่าง 7.2 - 8.4 ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การป้องกันเฉพาะบุคคลอาจทำได้โดยการใช้เฝือกฟัน นอกจากนี้การเฝ้าระวังโดยผู้ใช้สระว่ายน้ำด้วยการสังเกตความสะอาดทั่วไปของสระและอาการผิดปกติทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้น เช่นอาการเข็ดฟัน เสียวฟัน แสบตา จะช่วยให้การควบคุมคุณภาพน้ำและป้องกันปัญหาฟันกร่อนทำได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ กรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริก ฟันกร่อน สระว่ายน้ำ การป้องกัน

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ฟันกร่อน เป็นการสูญเสียเคลือบฟันและเนื้อฟันอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางเคมี เมื่อฟันต้องสัมผัสกับสารเคมีที่มีสภาวะเป็นกรด โดยเฉพาะเมื่อมีค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ตั้งแต่ 5.5 หรือต่ำกว่านี้ สภาวะความเป็นกรดอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยในร่างกายเช่นผู้ป่วยที่อาเจียนบ่อยๆ ทำให้มีการตกอยู่ในช่องปาก หรือมาจากปัจจัยภายนอก เช่นการรับประทานอาหารที่เป็นกรด ดื่มน้ำอัดลม หรือน้ำผลไม้บางประเภทเป็นประจำ หรือจากการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นกรด เช่นคนงานในโรงงานชุบโลหะ โรงงานเครื่องเคลือบ โรงงานแบตเตอรี่ หรือโรงงานทำไวน์รวมทั้งจากการว่ายน้ำในสระที่มีค่าความเป็นกรด

อาการทางคลินิกที่สามารถตรวจพบได้เมื่อเกิดฟันกร่อนในระยะแรก คือ ผิวเคลือบฟันด้านแต่เรียบ ความมันวาวลดลง ด้านบดเคี้ยวมีบริเวณหลุมและร่องฟันเรียบมากขึ้น ฟันที่มีวัสดุอุดจะปรากฏคล้ายขอบวัสดุอุดยกสูงขึ้นเนื่องจากผิวฟันรอบๆ ถูกทำลายไป เมื่อฟันกร่อนมากขึ้นจนถึงขั้นเนื้อฟันจะมีการเสียวฟันมาก รูปร่างฟันมีขนาดเล็กลงเสียความสวยงามและทำให้การบดเคี้ยวผิดปกติ ฟันกร่อนจึงเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ

อุบัติการณ์ของการเกิดฟันกร่อนที่เกี่ยวข้องกับการว่ายน้ำ

รายงานการศึกษาเรื่องฟันกร่อนของผู้ว่ายน้ำน้ำ มีพบในต่างประเทศหลายฉบับ Centerwall และคณะ (1986) รายงานการเกิดฟันกร่อนของผู้ว่ายน้ำในสระว่ายน้ำที่ใช้คลอรีนชนิดก๊าซ พบว่าผู้ว่ายน้ำตั้งแต่ 5 วัน ต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 3.8 เท่าของผู้ว่ายน้ำน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ และผู้เป็นนักกีฬาว่ายน้ำมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 7.2 เท่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษา Filler และคณะ (1994) การศึกษาของ Centerwall ยังระบุว่าในสระที่น้ำมีค่าพีเอชเท่ากับ 2.7 ผู้ที่

ว่ายน้ำวันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลาเพียง 4 สัปดาห์ก็สามารถตรวจพบฟันกร่อนได้ การศึกษาของ Genrtsen(2000) รายงานว่าพบนักกีฬาว่ายน้ำที่ว่ายน้ำในสระที่ใช้ก๊าซคลอรีนมีฟันกร่อนอย่างรุนแรงภายในเวลาเพียง 27 วัน

สำหรับการศึกษาที่พบในประเทศไทย วรพันธ์ ลิ้มสินโรภาส และคณะ (2538) รายงานว่า พบนักกีฬาว่ายน้ำที่สระแห่งหนึ่งจำนวน 22 คน มีฟันกร่อนทุกคน บุญนิตย์ ทวีบุรณ์ และคณะ (2541) ศึกษาความชุกของการเกิดฟันกร่อนในผู้ว่ายน้ำจากสระ 8 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบนักกีฬาว่ายน้ำมีความชุกของการเกิดฟันกร่อนถึงร้อยละ 90.19 การศึกษาทั้งสองมิได้ระบุสารเคมีที่ใช้ในสระว่ายน้ำ

การศึกษาในห้องปฏิบัติการของ Gabai และคณะ (1988) โดยทดลองแช่ฟันมนุษย์ในน้ำจากสระว่ายน้ำที่มีค่าความเป็นกรด 3.6 เป็นเวลา 60 นาที และ 120 นาที พบว่ามีการสลายตัวของแคลเซียมออกมาจากผิวฟัน เมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนชนิดส่องกราด พบการกร่อนของผิวเคลือบฟันลักษณะเป็นรูปร่างรังผึ้ง (Honeycomb-like etch pattern)

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2541) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันกร่อนในผู้ว่ายน้ำในประเทศไทย ได้แก่การว่ายน้ำในสระที่ใช้สารประกอบคลอรีนประเภทกรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริก (คลอรีน 90%) และการเป็นนักกีฬาว่ายน้ำ โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 13.1 เท่า ของผู้ที่ว่ายน้ำในสระที่ใช้คลอรีนประเภทอื่น และไม่เป็นนักกีฬาว่ายน้ำ ต่อมา เข็มพร กิจสหวงศ์ (2545) ได้ศึกษาในห้องปฏิบัติการโดยการจำลองสภาวะความเป็นกรดของน้ำในสระว่ายน้ำด้วยกรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริก ให้ผลเช่นเดียวกับ Gabai กล่าวคือ เมื่อแช่ชิ้นเคลือบฟันในน้ำคลอรีนที่มีค่ากรดต่างเท่ากับ 3 เป็นเวลา 2 ชม. พบว่าค่าเฉลี่ยความแข็งของผิวเคลือบฟันลดลง เมื่อส่อง

คู่ด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนชนิดส่องกราด พบการกร่อนของผิวเคลือบฟันลักษณะรังผึ้งเช่นกัน

ปฏิกิริยาทางเคมี

กรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริกเมื่อละลายน้ำจะแตกตัวให้กรดไซยานูริกและกรดไฮโปคลอริส ปฏิกิริยานี้จะเกิดรวดเร็วในช่วง 3 ชั่วโมงแรก และสัมพันธ์กับความเข้มข้นของกรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริกในน้ำ กรดไซยานูริกทำหน้าที่จับกับคลอรินทำให้การสลายตัวของคลอรินจากรังสีอัลตราไวโอเล็ตเกิดช้าลง (stabilizer) ทำให้มีคลอรินอิสระอยู่ในสภาวะน้ำได้นานขึ้น แต่การตกค้างของกรดทำให้ค่าพีเอชลดต่ำลงได้ถึง 2.5 - 2.7 ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้มีการสลายแร่ธาตุของฟันได้ นอกจากนี้เมื่อคลอรินบางส่วนสลายไป กรดไซยานูริกที่ตกค้างจะจับตัวกับคลอรินที่เหลืออย่างเหนียวแน่นจนอาจเกิด over stabilized และ chlorine lock เป็นภาวะที่มีคลอรินในสภาวะน้ำปริมาณมาก แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ จึงมีข้อแนะนำว่าความเข้มข้นของกรดไซยานูริกในน้ำไม่ควรเกิน 30-60 ส่วนในล้านส่วน (สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2542) และตามมาตรฐานของรัฐมนตรีเกษม แนะนำว่าควรมีกรดไซยานูริกไม่มากกว่า 80 ส่วนในน้ำล้านส่วน

การแก้ปัญหาความเป็นกรดอาจทำได้สองทาง ทางหนึ่งคือถ่ายน้ำบางส่วนออกและเติมน้ำใหม่ลงในสระเพื่อให้สารเคมีเจือจาง อีกทางหนึ่งคือการเติมต่าง เช่น สารละลายโซเดียมคาร์บอเนต (Na_2CO_3 : โซดาแอช) อย่างไรก็ตามการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ร่วมกับภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี พบว่า หากมีกรดไตรคลอโรไอโซไซยานูริกความเข้มข้นมากกว่า 300 ส่วนในล้านส่วน จะเกิดการสะสมของกรดไซยานูริกทำให้ค่าพีเอชลดต่ำลงต่ำกว่า 4 การเติมโซเดียมคาร์บอเนตอาจไม่สามารถปรับสมดุลให้พีเอชสูง

ขึ้นได้ในเวลาอันสั้น ในกรณีนี้กลุ่ม Pool Water Advisory Group ของประเทศอังกฤษแนะนำให้ใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต (NaHCO_3 : ผงฟู) หรือโซเดียมไฮดรอกไซด์ (โซดาไฟ) ซึ่งจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

ความจำเป็นในการควบคุมค่าพีเอชของน้ำ

นอกเหนือจากการป้องกันฟันกร่อนแล้ว การควบคุมค่าพีเอชของน้ำยังเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อโรคของสารเคมีและการป้องกันปัญหาต่อสุขภาพ เมื่อใช้คลอรินเป็นสารฆ่าเชื้อ ค่าพีเอชที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 7.2 - 7.8 ค่าพีเอชที่สูงเกินไปหรือต่ำเกินไปทำให้ประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อของคลอรินลดลง น้ำที่มีความเป็นกรดมากเกินไปจะกัดกร่อนอุปกรณ์ต่างๆในสระว่ายน้ำ เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนัง ตา จมูก หลอดลม ผอมเปลี่ยนสี และหากถึงระดับ 5.5 หรือต่ำกว่า ทำให้เกิดการละลายของเคลือบฟันและเนื้อฟัน เป็นสาเหตุของการเกิดฟันกร่อน น้ำที่มีฤทธิ์เป็นด่างมากเกินไป ทำให้แร่ธาตุตกตะกอน และประสิทธิภาพของการฆ่าเชื้อลดลง และยังทำให้เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนัง ตา จมูกและหลอดลมอีกด้วย

การป้องกัน

ปัญหาการเกิดฟันกร่อนจากการว่ายน้ำสามารถป้องกันได้ดังนี้

1. การควบคุมคุณภาพน้ำให้มีค่าพีเอชอยู่ในมาตรฐานที่กำหนด

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ 5/2538 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2538 ควบคุมการประกอบกิจการสระว่ายน้ำเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่หน่วยงานท้องถิ่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เมือง พัทยา เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล นำไปออกเป็นข้อบัญญัติ

ท้องถิ่น พร้อมทั้งจัดทำมาตรฐานการประกอบกิจการฯ เพื่อส่งเสริมให้มีมาตรฐานของหน่วยงานท้องถิ่นทั่วประเทศ มาตรฐานดังกล่าวได้กำหนดให้ค่าพีเอชของน้ำไม่น้อยกว่า 7.2 และไม่มากกว่า 8.4 ในขณะที่มีผู้ใช้สระว่ายน้ำ

การควบคุมค่าพีเอชให้อยู่ในระดับมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีกว่าปล่อยให้ค่าพีเอชสูงเกินไปหรือต่ำเกินไปแล้วจึงใช้สารเคมีปรับสภาพน้ำเป็นช่วงๆ วิธีที่ง่ายที่สุดในการควบคุมค่าพีเอชคือการตรวจวัดอย่างสม่ำเสมอด้วยอุปกรณ์การทดสอบน้ำ (Swimming pool Test kit) และปรับน้ำให้อยู่ในมาตรฐาน อย่างไรก็ตามอุปกรณ์การทดสอบน้ำทั่วไปสามารถวัดค่าพีเอชได้เพียงระดับ 6.8 หรือสูงกว่านั้น การเลือกใช้เครื่องมือวัดที่ละเอียดมากขึ้นจึงอาจเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อใช้กรดไทรคลอโรไอโซไซยานูริกเป็นสารฆ่าเชื้อ มีข้อแนะนำว่า ในกรณีที่ใช้คลอรีนเป็นสารฆ่าเชื้อ ควรตรวจวัดค่าคลอรีนตกค้างและค่าพีเอชทุกวัน ก่อนเปิดและหลังจากปิดให้บริการสระว่ายน้ำ หรืออาจตรวจวัดทุก ๆ 2 ชั่วโมงหากมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก

2. การป้องกันเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง นักกีฬาว่ายน้ำที่ฝึกซ้อมทุกวัน นับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากต้องสัมผัสกับน้ำมากกว่าผู้ว่ายน้ำเล่นทั่วไป การป้องกันพันกร่อนเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง จึงเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่ต้องนำมาใช้ร่วมด้วย Geurtsen (2000) เสนอว่า

ควรให้นักกีฬาว่ายน้ำใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันการเกิดฟันกร่อน ข้อเสนอดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาวิจัยรองรับ อย่างไรก็ตามการเกิดฟันกร่อนเป็นปฏิกิริยาที่เกิดในลักษณะการชะล้างผิวเคลือบฟันที่เกิดอย่างรวดเร็ว (washing) จึงมีผู้เสนอให้ใช้ฝือกฟัน (Mouthguard) เพื่อลดการสัมผัสกับน้ำโดยตรง การศึกษาของ เข็มพร กิจสหวงศ์ (2545) โดยทดลองในห้องปฏิบัติการเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใส่ฝือกฟันต่อการเกิดฟันกร่อน พบว่าการใส่ฝือกฟันก่อนการแช่ฟันในน้ำที่มีค่าพีเอชเท่ากับ 3 เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยความแข็งของผิวเคลือบฟันจะลดลงเพียง 16.25 เปรียบเทียบกับการลดลง 99.7 เมื่อไม่ใส่ การศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2546) โดยให้นักกีฬาว่ายน้ำใส่ฝือกฟันขณะว่ายน้ำ พบว่านักกีฬาว่ายน้ำยอมรับอุปกรณ์ดังกล่าวในระดับดีมาก และอาการเสียวฟันขณะว่ายน้ำหายไป

3. การเฝ้าระวังโดยผู้ใช้บริการสระว่ายน้ำ เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ใช้สระว่ายน้ำสามารถมีส่วนร่วมในการคุ้มครองตนเอง โดยการสังเกตสิ่งแวดล้อมของสระว่าสะอาดตามหลักอนามัยหรือไม่ ควรสอบถามหรือขอดูการจดบันทึกค่าสำคัญต่างๆที่มีการตรวจวัด สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อว่ายน้ำ เช่นอาการแสบตา เช็ดฟัน เสียวฟัน หรือผิดปกติที่ผิวหนัง เพื่อแจ้งต่อผู้ดูแลสระให้ดำเนินการอย่างทันที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ๕ จังหวัดรอบกรุงเทพมหานคร ๒๕๓๘. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา บัจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันกร่อนในผู้ว่ายน้ำ ว.ทันต.49 : 2, 113-119, 2542

บุญนิตย์ ทวีบุรณ์, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร, วรานันท์ บัวจิบ, สร้อยศิริ ทวีบุรณ์. ความชุกของการเกิดฟันกร่อนในนักกีฬาว่ายน้ำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ว.ทันต. ๔๘ : ๑๓๔ - ๑๔๒, ๒๕๔๑

ฝ่ายเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต ๑๒ กรมอนามัย. การดูแลและปรับปรุงคุณภาพน้ำในสระว่ายน้ำ พ.ศ. ๒๕๓๘ เอกสารโรเนียว

ฝ่ายพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนและเมือง สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. เอกสารสรุปการประชุม “การประกอบกิจการสระว่ายน้ำ” กรกฎาคม 2541

วรพันธ์ ลัมสินโรภาส, ศรีสุดา ลีละศิริ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์. สภาวะฟันกร่อนในนักกีฬาว่ายน้ำจังหวัดพิษณุโลก ว.ทันต. ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๒ มีค. - เมย. ๒๕๓๘

สุรพล สายพานิช. การควบคุมคุณภาพน้ำในสระว่ายน้ำ ในเอกสารเรื่อง การดูแลและปรับปรุงคุณภาพน้ำในสระว่ายน้ำ สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ๒๕๔๐

สร้อยศิริ ทวีบุรณ, บุญนิตย์ ทวีบุรณ. ผลของเครื่องดื่มหลายชนิดต่อการกัดกร่อนผิวเคลือบฟัน ว.ทันตฯ มหิดล ปีที่ ๑๓ หน้า ๑๕๓-๑๕๘, ๒๕๓๖

สงบ ดันพินคุปต์. อันตรายจากการใช้สารเคมีในสระว่ายน้ำ ใน เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง “การประกอบกิจการสระว่ายน้ำ” วันที่ ๒๗-๒๘ พฤษภาคม ๒๕๔๑ โรงแรมนันทบุรีพาลเลส จังหวัดนันทบุรี จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

Applied Biochemists. Quality control for the Environment. Manual of Pool and spa water chemistry. Meguon, Wisconsin, U.S.A. เอกสารโรเนียว

Allan D.N. : Dental Erosion from Vomitting : A Case Report. Br. Dent. J. 126 : 311-312, 1968.

Bartlett D.W., Evans D.F., Anggiansah A., Smith G.N.: A study of the Association between Gastrooesophageal Reflux and Palatal Dental Erosion. Br. Dent. J. 181 : 125-130, 1996.

Bernstein M.L., Physical and Chemical Oral Injury, In Miller R.L., Gould A.R., Bernstein M.L., Read C.J. General and Oral Pathology. Mosby-Year Book, Missouri. 1955, pp 215-235.

Bevenius, L'Estrange, Angmar-Mansson. Erosion : Guidelines for the General Practitioners. Aus. Dent. J.33: 407-411, 1988.

Centerwall, B.S. Armstrong, C.W., Funkhouser, L.S. and Elzar, R.P. : Erosion of Dental Enamel among Competitive Swimmers at a Gas Chlorinated Swimming Pool Am. J. Epidemiol. 123 : 641-647, 1986.

Eccles, J.D. and Jerkins W.G. : Dental Erosion and Diet. J. Dent, 2 : 153 - 159, 1974.

Eccles J.D. : Dental Erosion of Non-industrial origin, A Clinical Survey and Classification. J. Prosthet. Dent. 42 : 649-653, 1979.

Filler S.J., Lazarchik D.A. : Tooth Erosion : An Unusual Case. Gen. Dent., Nov-Dec, : 568-569, 1994.

Gabai Y, Fattal B, Rahamin E, Gedalia I. : Effect of pH Levels in Swimming Pools on Enamel Human Teeth. Am. J. Dent. 1 : 241-243, 1988.

Gilmore HW, Lund MR : Operative Dentistry, Second edition, The C.V. Mosby Company, Saint Louis 1973 pp. 401-407.

Gray A., Ferguson M.M., Wall J.G. Wine Tasting and Dental Erosion : Case Report. Aus. Dent. J. 43 : 32-34, 1998.

Jarvinen V, Rytomaa I.I., Meurman JH. : Location of Dental Erosion in a Referred Population. Caries. Res. 26: 391-396, 1992.

Jarvinen G.K., Rytomaa I.I., Heinonen O.P.: Risk Factors in Dental Erosion. J. Dent. Res. 70: 942-947, 1991.

Johnson GK, Silvers JE.: Attrition, and Erosion: Diagnosis and Therapy. Clin. Prev. Dent. 9 : 12-16, 1987.

Lussi A. Schaffner M, Hotz P, Suter P.: Dental Erosion in a population of Swiss Adults. Comm Dent Oral Epidemiol, 19: 286-290. 1991.

Petersen P.E., Gormsen C. : Oral condition among German battery factory workers. Comm. Dent. Oral Epidemiol, 19 : 104-106, 1991.

Pool water Treatment Advisory Grop. Swimming Pool water Treatment and Qualit standards. Micropress Printer 1999 (เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม อภินันทนาการจากบริษัทโพมีเนนท์ ฟลูอิดคอนดิชั่น ประเทศไทย จำกัด)

Ten Bruggen Cate, H.J. : Dental Erosion in Industry. Br.J. Ind. Med. 25 : 249, 1968.

Tuominen MI, Tuominen RJ, Fubusa F, Mgalula N.: Tooth Surfaces Loss and Exposure to Organic and Inorganic Acid Fumes in Workplace Air. Comm. Dent. Oral Epidemiol. 19 : 217-220, 1991.

Wojtowicz J.A. Chemcon Swimming Pool Water Buffer Chemistry : Swimming Pool Law 2001 Oakland County Michigan.

Dental erosion among swimmers and the prevention

Chantana UngchousakD.D.S., M.P.H., Thai Board in DHP

Abstract

Dental erosion has been defined as a superficial loss of dental hard tissue by a chemical process caused by acid source including chlorinated swimming pool water, trichloroisocyanuric acid and chlorine gas. The critical pH level is 5.5 and lower. Swimming athletes are identified as high risk group because of their long exposure time. To prevent dental erosion among swimmers, it is recommended that pH of pool water should be monitored everyday. The standard pH value according to the Ministry of Public Health regulation is 7.2 - 8.4. Individual mouth guard may be used for individual prevention. Swimmers should observe general hygiene of swimming pool, pool chemical report, and the symptom of tooth sensitivity or eye irritation for early detection.

Keywords: *trichloroisocyanuric acid, dental erosion, swimming pool*



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