

ISSN 0858 - 6527

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.- ก.ค. พ.ศ. 2540 VOL. 2 NO. 1 JAN. - JUL. 1997

กองทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.ค. พ.ศ. 2540 VOL. 2 NO.1 JAN-JUL. 1997

จด
1
30042

กองทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัย ทนตสาธารณสุข

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-กรกฎาคม 2540

สารบัญ

	หน้า
การประเมินอัตราการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอในเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดมหาสารคาม	1
ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ	
การปรับปรุงประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยวิธีการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง.....	13
เจตจันทร์ศิริ โชติติลล	
ต้นทุนการรักษาของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอบางปลาม้า สุพรรณบุรี	20
เพ็ญแข ลามยั้ง รุ่งจิตร อาชีวะ สมพร คัจฉานุช สุภาพ รามกุล	
การประเมินการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิตจากกองทันตสาธารณสุขโดยบุคลากร ในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข.....	28
มัลลิกา ดันทุลเวศม์	
การทดสอบแบบสำรวจพฤติกรรมทางทันตสุขภาพขององค์กรอนามัยโลกในจังหวัดสงขลา.....	37
สมนึก ชาญด้วยกิจ และ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์	
สภาวะบริทันต์และความสัมพันธ์ระหว่างการมีหินน้ำลายกับเหงือกอักเสบ ของเด็กไทยอายุ 12 ปี	47
สุวิน วิสุทธิสิน และ จันทนา อึ้งชูศักดิ์	
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน.....	56
สุธา เจียรณโชติชัย และ สุปราณี ดาโถม	
ปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ และแนวคิดการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากตามกลุ่มอายุใน 20 ปีข้างหน้า	61
ยุพิน ส่องไพศาล	
การส่งเสริมทันตสุขภาพ : กลยุทธ์ทางการเมืองและการบริหาร ศ.ออบเรย์ ไชแอม (Aubrey Sheiham) มหาวิทยาลัยลอนดอน	70
สุรัตน์ มงคลชัยอริญญา	
ปิกณะ : มุมมองในเรื่องวิถีชีวิต.....	79
ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์	
ปิกณะ : ปริมาณฟลูออไรด์ในอาหารเสริมของทารก.....	84
ดารณี รัศมีรัตน	

วิทยาลัยการทัศนสาธาณสุข (ว.ทัศน.สธ)

เจ้าของ
สำนักงาน

กองทัศนสาธาณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข
กองทัศนสาธาณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 5918164 โทรสาร 5918165

ที่ปรึกษา

อธิบดี กรมอนามัย
รองอธิบดี กรมอนามัย (สายส่งเสริมสุขภาพ)
ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง นักวิชาการสาธาณสุข 10 (ด้านอาชีวอนามัย)
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการกองทัศนสาธาณสุข

บรรณาธิการ
รองบรรณาธิการ
กองบรรณาธิการ

เรวดี ต่อประดิษฐ์
เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์
ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ มัลลิกา ดันทุลเวศม์
วรารณณ์ จิระพงษา พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ พวงทอง เล็กเฟื่องฟู
สุพรรณิ ศรีวิริยะกุล วิกุล วิสาลเสถียร ปิยะดา ประเสริฐสม
สุณี ผลดีเยี่ยม สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา นนทินี ตั้งเจริญดี
อังศนา ฤทธิ์อยู่

คณะผู้จัดการ

สุธา เจียรณนิโชติชัย วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์
สุภาวดี พงศ์พานิช

ศิลปกรรม

ธานินทร์ อ่อนนุชมงคล ศิริวรรณ ขำรักษา

วิทยาลัยการทัศนสาธาณสุข

เป็นวารสารวิชาการที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ การวิจัยทาง
ทัศนสาธาณสุขและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการ
ดำเนินงานและพัฒนางานทางด้านทัศนสาธาณสุข เผยแพร่ข่าวสารและเป็น
สื่อสัมพันธ์ทางวิชาการระหว่างทันตบุคลากร และบุคลากรทางสาธาณสุข

กำหนดออก
การลงโฆษณา
พิมพ์ที่

ปีละ 2 ครั้ง (มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม)
บริษัท ห้างร้าน หรือผู้สนใจลงโฆษณา โปรดติดต่อบรรณาธิการ
องค์การทหารผ่านศึก

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารทันตสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลงานวิจัย และรายงานผู้ป่วยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใด เรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น

ปกริณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชาข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่ง 3 ชุด ที่บรรณาธิการหรือรองบรรณาธิการ และควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

1. เรื่องจะต้องพิมพ์อย่างชัดเจน โดยมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง (Double space) ใช้กระดาษพิมพ์เส้นให้พิมพ์หน้าเดียวโดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด และใส่หน้าอยู่ทางมุมขวาบน

2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่ควรเกิน 20 หน้า ซึ่งรวมรูปภาพและตารางด้วย (จำนวนรูปภาพและตารางทั้งหมดไม่ควรเกิน 10 หน้า)

3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในบทความ หมายเลขของภาพ ชื่อผู้เขียน ตลอดจนเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพควรเขียนด้วยดินสอเบาๆ ไว้ด้านหลังของแต่ละภาพส่วนคำบรรยายของแต่ละภาพต้องพิมพ์เป็นลำดับและแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น ในกรณีที่ภาพเป็นรูปภาพให้เขียนลงในกระดาษมัน (Glossy paper) คำบรรยายแกนตั้ง (Ordinate) และแกนนอน

(Abscissa) ของแต่ละกราฟต้องมีไว้ชัดเจนโดยใช้ภาษาอังกฤษ

4. ตาราง (Tables) ทุกๆ ตารางจะต้องมีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ให้พิมพ์ตารางแยกไว้ต่างหากโดยพิมพ์ 1 ตาราง ต่อ 1 หน้า ในแต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (Title) และเชิงอรรถ (Foot note) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน ในแต่ละตารางโดยใช้ภาษาอังกฤษ

5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย

6. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องควรเป็น ดังนี้

7.1 ชื่อเรื่อง ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ ซึ่งไม่ควรยาวเกินไป และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ

7.2 ชื่อผู้เขียน ให้มีภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ ตำแหน่งและสถาบัน ที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มิหลายคนร่วมกันให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย หรือค้นคว้า

7.3 เนื้อเรื่อง ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วน หรือภาษาอังกฤษล้วน ถ้าให้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้นให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้วก็ให้ใช้คำนั้นในการอธิบายเนื้อหาของเรื่องควรแบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้นๆ ที่กล่าวถึงวิธีการถึงวิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อๆ แต่ให้ได้ใจความ บทคัดย่อ จะต้องไม่มีข้อสรุปจากการวิจารณ์ (Discussion)

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods) โดยกล่าวถึงวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งสารเคมีต่าง ๆ วิธีดำเนินการทดลองอย่างชัดเจน (การสังเกตหรือการกระทำอื่น ๆ ที่ทำให้ได้ข้อมูลมา) ที่จะสามารถทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติเองตามได้หากต้องการ

ผล (Results) ประกอบด้วยผลการทดลองซึ่งอาจจะบรรยายด้วยตาราง แผนภูมิ ภาพหรือรูปต่าง ๆ ที่แสดง และรวบรวมผลการทดลองเอาไว้ ตารางหรือแผนภูมิต่าง ๆ ที่ใช้ต้องชัดเจน จัดทำแยกต่างหาก ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 3 และ 4 ของการเตรียมบทความ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินผลการทดลองและค้นพบโดยผู้เขียนจะเปรียบเทียบผลการทดลองที่ตนค้นพบกับผลการทดลองที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือต่อเนื่องต่อไปได้ด้วย

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของงานวิจัยและข้อสรุปการวิจารณ์

คำขอบคุณ (Acknowledgement) เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์กรหน่วยงานหรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิธีการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. อ้างอิงจากวารสาร ต้องประกอบด้วยชื่อผู้เขียนทั้งหมด ชื่อเต็มของเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสาร ให้ใช้ตาม Index Medicus ดังตัวอย่าง

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. 59 : 23-28, 1980.

สำหรับวารสารไทย ให้เขียนแบบเดียวกับตัวอย่างภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็ม โดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและให้

ใช้ปี พ.ศ.

2. วิทยานิพนธ์

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.

3. หนังสือ

- 3.1 ผู้แต่งเป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น

Finn, S.B. : Clinical Pedodontics. 4th ed., Philadelphia : WB Saunders, 1973.

- 3.2 ผู้แต่งเป็นคณะบุคคลหรือกลุ่มในหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น

American Medical Association
Department of Drugs. AMA drug evaluations. 3rd ed. Littleton : Publishing Sciences Group, 1977.

- 3.3 ผู้แต่งหลายคน แต่มีบรรณาธิการ หรือหัวหน้าในการเขียนนั้น ตัวอย่าง

Rhodes, A.J., Van Rooyen, C.E.
Comps. Textbook of virology : for students and practitioners of medicine and the other health sciences. 5th ed.
Baltimore : Williams and Wilkins, 1968.

- 3.4 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง ตัวอย่าง

Weinstein, L., Swartz, M.N.
Pathogenic properties of invading micro organism In : Sodeman, W.A. Jr., Sodeman, W.A. eds. Pathologic physiology : mechanism of disease Philadelphia WB Saunders, 1974 : 457-472

4. เรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการ ตัวอย่าง
Royce, J.C. : Finches of Du Page County. Paper read at 2nd Annual conference on practical bird-watching. 24-26 May 1986, at Midland University, Flat Prairie, Illinois.

การประเมินอัตราการใช้น้ำฟลูออไรด์ ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ในเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดมหาสารคาม

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ

ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงอัตราการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดมหาสารคามและเพื่อให้ทราบถึงความรับรู้และความยอมรับของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนต่อการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน ตลอดจนอุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ ฯ การศึกษาทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 1,400 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างโดยวิธี multistage sampling จากพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 35.1 หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้บุตรหลานเป็นประจำ ผู้ปกครองร้อยละ 31.6 เคยใช้น้ำยาฟลูออไรด์ช่วงเวลาหนึ่งแล้วหยุดการใช้ ผู้ปกครองร้อยละ 32.3 ไม่เคยได้รับน้ำยาฟลูออไรด์ และผู้ปกครองร้อยละ 2 ไม่ใช้น้ำยาฟลูออไรด์ที่ได้รับ

ในกลุ่มผู้ปกครองที่ใช้น้ำยาฟลูออไรด์เป็นประจำนั้น มีผู้ที่หยอดน้ำยาได้สม่ำเสมอร้อยละ 84 โดยเป็นผู้ที่หยอดครบตามปริมาณที่กำหนดร้อยละ 62.3 ผู้ปกครองร้อยละ 73.2 ให้ความยอมรับต่อการให้บุตรหลานรับประทานน้ำยาฟลูออไรด์ อย่างไรก็ตามมีผู้ปกครองถึงร้อยละ 25 ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับฟลูออไรด์ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้น้ำยาฟลูออไรด์ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก

**The Continuation in Giving Fluoride
Drop by Preschool Children's Guardians
in Mahasarakham Province**

Sirikiat leangkobkij et al

Abstract

The objective of this study was to investigate the continuation in giving fluoride drop (for caries prevention) by preschool children's guardians in Mahasarakham.

1400 guardians of preschool children selected by multi-stage sampling method from every tambon in Mahasarakham were interviewed. The percentage of guardians who had given fluoride drop to their children continually was 35.1, 31.6 percent of the guardians did not complete the recommended duration of giving fluoride drop. Another 32.3 percent of the guardians had never received the supplements. The last 1 percent of the guardians never used this supplements they received.

Among the guardians who had used this supplement persistently, 84 percent gave fluoride drop to their children everyday or nearly everyday, 62.3 percent gave their children the correct dose. 73 percent of all guardians accepted that their children should take fluoride supplements. 25 percent of all guardians had never received information about fluoride before. The factors which affected the guardian's practice significantly were their education level and the relationship between the guardians and their children.

1. บทนำ

ผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็กวัย 3 ปี ของจังหวัดมหาสารคาม ในปี 2534 พบว่า เด็กวัยนี้ เป็นโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 74¹ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจึงมีความจำเป็นต้องศึกษามาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนของจังหวัดโดยเร่งด่วน ผลจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ในหลายประเทศที่เด็กเล็กได้รับประทานยาเม็ดหรือยาน้ำฟลูออไรด์ สามารถลดอัตราฟันผุในฟันน้ำนมลงได้ระหว่างร้อยละ 50-80² และหากได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่เหมาะสมตั้งแต่อายุ 2 ปี จะสามารถป้องกันฟันผุในด้านประชิดของฟันน้ำนมได้ ผลดีกว่าการได้รับฟลูออไรด์หลังจากอายุ 2 ปีไปแล้ว³

อย่างไรก็ตาม หัวใจสำคัญของการใช้ฟลูออไรด์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คือ การที่เด็กจะต้องได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ตลอดช่วงเวลาที่กำหนด³

แม้ว่าฟลูออไรด์จะช่วยในการป้องกันฟันผุ แต่หากได้รับฟลูออไรด์ทางระบบมากเกินไปในระยะกำลังสร้างตัวฟันก็จะมีผลให้เกิดภาวะฟันตกกระ (FLUOROSIS) ได้⁵ ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปริมาณฟลูออไรด์ที่ควรจะได้รับต่อวัน คือ 0.05-0.07 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม⁷ ซึ่งตามคำแนะนำของ ADA เสนอว่าในพื้นที่ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำกว่า 0.3 ppm. เด็กวัย 6 เดือน - 2 ปี ควรรับประทานฟลูออไรด์วันละ 0.25 มิลลิกรัม⁸ สำหรับประเทศไทยที่อยู่ในเขตร้อนชื้น มีรายงาน

การศึกษาที่แนะนำให้ใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทานในพื้นที่ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำกว่า 0.5 ppm.²

ในปี 2536 จังหวัดมหาสารคามจึงได้เริ่มใช้มาตรการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ชนิดหยด เพื่อลดอัตราของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนของจังหวัด หลังจากสำรวจพบว่าปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มในพื้นที่ต่าง ๆ ของจังหวัดมีน้อยกว่า 0.3 ppm. โดยสถานบริการสาธารณสุขรวมถึงโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งจะจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ ให้แก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนตั้งแต่อายุ 6 เดือน จนถึงช่วงรับวัคซีนกระตุ้น เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน และกำหนดให้เด็กได้รับประทานยาน้ำฟลูออไรด์วันละ 4 หยดทุกวัน ซึ่งเป็นขนาดที่มี ฟลูออไรด์ปริมาณ 0.25 มิลลิกรัม /วัน

การศึกษารั้งนี้ เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากเริ่มโครงการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์แล้วประมาณ 1 ปี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบถึงอัตราการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อให้ทราบถึงความรับรู้และความยอมรับของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนต่อการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน
3. เพื่อให้ทราบอุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กที่มีอายุระหว่าง 7 เดือน - 2 ปี 6 เดือน ในจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

กลุ่มผู้ปกครองที่รับการสัมภาษณ์ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยแบ่งพื้นที่หมู่บ้านรับผิดชอบของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลทุกแห่งก่อน แล้วจับฉลากเลือก 1 หมู่บ้านจากแต่ละพื้นที่ เมื่อได้ชื่อหมู่บ้านแล้ว จะสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทุกคนในหมู่บ้านนั้น ผลการเก็บข้อมูลได้ประชากรตัวอย่างจำนวน 1,400 คน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้บันทึกลงในแผ่นดิสก์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ DATABASE แล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะประชากรของผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน

ผู้ปกครองที่เป็นประชากรตัวอย่างร้อยละ 95.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 มีอายุ 21-30 ปี ในด้านความสัมพันธ์กับเด็ก ร้อยละ 76.5 เป็นแม่ รองลงมา ร้อยละ 16.8 เป็นย่าหรือยาย ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.4 จบการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 1)

สำหรับเด็กภายใต้การดูแลของผู้ปกครองที่ได้รับการสัมภาษณ์ เป็นชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยร้อยละ 71.1 มีอายุ 1 - 2 ปี (ตารางที่ 2)

2. การปฏิบัติของผู้ปกครองในการหยอดยาน้ำฟลูออไรด์

2.1 ความสม่ำเสมอในการหยอดยาน้ำฟลูออไรด์

ผู้ปกครอง 35.1 % ยังคงหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำในขณะที่สัมภาษณ์ 31.6 % เคยหยอดยาน้ำให้เด็กช่วงเวลาหนึ่ง 32.3 % ไม่เคยได้รับยาน้ำฟลูออไรด์ และมี 1 % ที่เคยได้รับยาน้ำฟลูออไรด์แต่ไม่เคยใช้เลย

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับเด็กในปกครอง

ลักษณะของผู้ปกครอง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	60	4.3
เพศ	หญิง	1,340	95.7
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	158	11.3
	21-30 ปี	785	56.0
	31-40 ปี	205	14.6
	41-50 ปี	128	9.1
	มากกว่า 50 ปี	124	8.9
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถม	43	3.0
	จบชั้นประถม	1,224	87.4
	จบมัธยมต้น	72	5.1
	จบมัธยมปลายขึ้นไป	61	4.4
ความสัมพันธ์กับเด็กในปกครอง			
	แม่	1,071	76.5
	พ่อ	40	2.9
	ย่าหรือยาย	235	16.8
	ปู่หรือตา	18	1.3
	ญาติผู้หญิง	34	2.4
	ญาติผู้ชาย	2	0.1

2.2 การปฏิบัติของผู้ปกครองกลุ่มที่หยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ *

เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่หยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ (ตารางที่ 3) มีผู้ปกครอง 76.5 % ที่หยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กมาแล้วมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ผู้ปกครอง 65.1 % หยอดยาน้ำฟลูออไรด์เป็นประจำทุกวัน และ 18.9 % หยอดขาด 1-2 วันต่อสัปดาห์ กล่าวได้ว่าผู้ปกครองกลุ่มนี้ที่สามารถหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ได้สม่ำเสมออยู่ร้อยละ 84

เมื่อรวมกลุ่มผู้ปกครองที่หยอดยาน้ำเป็นประจำทุกวัน และกลุ่มที่หยอดขาด 1-2 วันต่อสัปดาห์ เข้าด้วยกัน จะมีผู้ปกครอง 62.3 % ที่หยอดยาน้ำครบ 4 หยดตามที่กำหนด 18.1 % หยอด

น้อยกว่า 4 หยด

พิจารณากลุ่มผู้ปกครองที่หยอดยาน้ำทั้งหมด จะมีผู้ปกครอง 4.7 % ที่หยอดยาน้ำมากกว่า 4 หยด และ 1.5 % หยอดปริมาณที่ไม่แน่นอน

2.3 ลักษณะการได้รับคำแนะนำการใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ในกลุ่มผู้ปกครองที่หยอดยาน้ำฟลูออไรด์เป็นประจำ

ผู้ปกครองกลุ่มนี้เกือบทั้งหมด (94.5 %) ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนที่เหลือได้รับคำแนะนำจาก อสม. พ่อแม่ของเด็ก และอ่านจากฉลากข้างขวด

3. สาเหตุที่ผู้ปกครองหยุดการให้ยาน้ำฟลูออไรด์แก่เด็กหลังจากเคยให้อยู่ช่วงเวลาหนึ่ง

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ปกครองที่เคยหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ช่วงเวลาหนึ่ง และกลุ่มที่ไม่เคยให้ยาน้ำฟลูออไรด์เลย จะไม่มีข้อมูลการปฏิบัติ เนื่องจากเงื่อนไขที่กำหนดไว้ว่าจะถามเรื่องการปฏิบัติเฉพาะที่หยอดยาน้ำฟลูออไรด์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กวัยก่อนเรียน จำแนกตามเพศและอายุ

ลักษณะของเด็กวัยก่อนเรียน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	712	50.9
หญิง	688	49.1
อายุ 7 เดือน - 1 ปี	228	16.3
> 1 ปี - 1 ปี 6 เดือน	565	40.4
> 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี	430	30.7
> 2 ปี - 2 ปี 6 เดือน	177	12.6
รวม	1400	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ จำแนกตามการปฏิบัติลักษณะต่าง ๆ

ลักษณะการปฏิบัติของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่หยอดน้ำยาจนถึงปัจจุบัน		
1.1 น้อยกว่า 1 เดือน	19	3.9
1.2 1-3 เดือน	96	19.6
1.3 4-6 เดือน	112	22.8
1.4 7-12 เดือน	174	35.4
1.5 มากกว่า 1 ปี	90	18.3
รวม	491	100
2. จำนวนน้ำยาฟลูออไรด์ที่หยอดและความสม่ำเสมอในการหยอด		
2.1 กลุ่มที่หยอดครบทุกวัน		
2.1.1 หยอด 4 หยด (0.25 mg.)	242	49.3
2.1.2 น้อยกว่า 4 หยด	63	12.8
2.1.3 มากกว่า 4 หยด	10	2.0
2.1.4 ไม่แน่นอน	5	1.0
รวม	320	65.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ จำแนกตามการปฏิบัติลักษณะต่าง ๆ (ต่อ)

ลักษณะการปฏิบัติของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
2.2 กลุ่มที่หยอดขาด 1-2 วันต่อสัปดาห์		
2.2.1 หยอด 4 หยด (0.25 mg.)	64	13.0
2.2.2 น้อยกว่า 4 หยด	26	5.3
2.2.3 มากกว่า 4 หยด	3	0.6
รวม	93	18.9
2.3 กลุ่มที่หยอดขาดมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์		
2.3.1 หยอด 4 หยด (0.25 mg.)	20	4.1
2.3.2 น้อยกว่า 4 หยด	19	3.9
2.3.3 มากกว่า 4 หยด	8	1.6
2.3.4 ไม่แน่นอน	1	0.2
รวม	48	9.8
2.4 กลุ่มที่หยอดไม่ครบทุกวันแต่จำวันไม่ได้		
2.4.1 หยอด 4 หยด (0.25 mg.)	16	3.9
2.4.2 น้อยกว่า 4 หยด	10	2.0
2.4.3 มากกว่า 4 หยด	2	0.4
2.4.4 ไม่แน่นอน	2	0.4
รวม	30	6.1
3. ช่วงเวลาที่หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ในแต่ละวัน		
3.1 หลังอาหารเช้าครั้งเดียว	216	44.0
3.2 หลังอาหารเย็นครั้งเดียว	139	28.3
3.3 เวลาอื่น ๆ ครั้งเดียว	42	8.6
3.4 หยอดตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป	71	14.5
3.5 ไม่แน่นอน	23	4.7
รวม	491	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ จำแนกตามการปฏิบัติลักษณะต่าง ๆ (ต่อ)

ลักษณะการปฏิบัติของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
4. ผู้ที่หยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้เด็กเป็นประจำ		
4.1 ผู้ตอบสัมภาษณ์คนเดียว	442	90.0
4.2 ผู้ตอบและญาติคนอื่น ๆ		
โดยมอบหมายกันชัดเจน	38	7.7
4.3 ไม่แน่นอน	11	2.2
รวม	491	100

ในกลุ่มผู้ปกครองที่เคยหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กช่วงเวลานึงแล้วหยุดการใช้ ได้รับเหตุผลต่าง ๆ ไว้ดังนี้

- ยาน้ำหมดแล้ว ไม่ได้ไปรับอีก 72.9 %
- หลอดหยดยาชำรุด ขวดยาน้ำหายแล้ว ไม่ไปรับใหม่ 6.8 %

- ไม่มีเวลาหยอด 2.5 %
- ไปขอรับยาน้ำใหม่แล้ว เจ้าหน้าที่ไม่ให้ 1.8 %
- กลัวว่ายาน้ำจะเป็นอันตราย 0.9 %
- เด็กมีอายุครบ 2 ปี จึงเลิกให้ฟลูออไรด์ 4.5 %

4. การไม่ได้รับยาน้ำฟลูออไรด์ของผู้ปกครอง เมื่อแบ่งผู้ปกครองตามประสบการณ์การใช้ฟลูออไรด์ แล้วจำแนกอีกครั้งตามช่วงอายุของเด็กในปกครอง ตามตารางที่ 4 จะพบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปีถึงร้อยละ 57.1 ที่ไม่เคยได้รับยาน้ำฟลูออไรด์

ด้วยเหตุที่โครงการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ได้เริ่มดำเนินการมาประมาณ 1 ปี นับถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ และการจ่ายฟลูออไรด์จะทำความคุ้นเคยกับการให้วัคซีนแก่เด็กเมื่ออายุ 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี 6 เดือน ดังนั้นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปี จึงมีโอกาสนี้จะไม่ได้รับยาน้ำฟลู-

ออไรด์ในระยะแรกเริ่มโครงการ เนื่องจากระบบการกระจายยาอาจยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งยังเป็นช่วงหลังจากเด็กวัยนี้ได้รับวัคซีนไปแล้ว

5. การรับรู้และการยอมรับของผู้ปกครองในการใช้น้ำฟลูออไรด์ชนิดหยด

5.1 จากผู้ปกครอง 1,400 คน มีผู้ปกครองตอบคำถามเรื่องประโยชน์ของฟลูออไรด์ ดังนี้

- ช่วยป้องกันฟันผุ ร้อยละ 71.3
- มีประโยชน์แต่ไม่เกี่ยวกับโรคฟันผุ ร้อยละ 3.6

- ไม่ทราบประโยชน์ของฟลูออไรด์ ร้อยละ 25.1

ผู้ปกครองที่ไม่ทราบประโยชน์ของฟลูออไรด์ จะไม่ได้ตอบคำถามการรับรู้และการยอมรับในข้ออื่น ๆ

5.2 จากผู้ปกครอง 1,049 คน ที่ตอบว่าทราบประโยชน์ของฟลูออไรด์ มีผู้ตอบคำถามเรื่องความจำเป็นในการหยอดฟลูออไรด์เป็นประจำทุกวันว่าจำเป็น ร้อยละ 92.9 ไม่จำเป็น ร้อยละ 3.6 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 3.5 ผู้ปกครองกลุ่มเดียวกันได้ตอบคำถามผลที่จะเกิดขึ้นหากเด็กได้รับยาน้ำฟลูออไรด์มากเกินไปในแต่ละวันว่า จะเกิดผลเสียร้อยละ

69.3 ไม่มีผลเสียร้อยละ 13.2 และไม่ทราบร้อยละ 16.9

5.3 จากผู้ปกครอง 1,049 คน ที่ตอบว่าทราบประโยชน์ของฟลูออไรด์ มีร้อยละ 97 ที่คิดว่าเป็นการดีต่อบุตรหลานในการได้รับประทานยาน้ำฟลูออไรด์ ร้อยละ 2.0 แสดงความไม่แน่ใจ และร้อยละ 0.3 คิดว่าอาจมีผลเสียต่อเด็ก

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์ของผู้ปกครอง

หากแบ่งผู้ปกครองตามประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1. ผู้ปกครองที่เคยใช้น้ำเป็นประจำ (491 คน) 2. ผู้ปกครองที่เคยใช้น้ำฟลูออไรด์ช่วงเวลาหนึ่ง (443 คน) และ

3. กลุ่มผู้ปกครองที่ไม่เคยได้รับยาน้ำฟลูออไรด์ รวมทั้งผู้ปกครองที่ไม่เคยใช้น้ำฟลูออไรด์ที่ได้รับ (466 คน) แล้ววิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์ของผู้ปกครองทั้ง 3 กลุ่มนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

6.1 ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง (ตารางที่ 5)

เมื่อแบ่งผู้ปกครองเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับการศึกษา คือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา จบชั้นประถมศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษา และจบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่มีประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์ลักษณะต่าง ๆ จำแนกตามช่วงอายุของเด็กในปกครอง

ช่วงอายุของเด็กในปกครอง	ประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์				
	ผู้ปกครองที่ใช้ น้ำยาเป็นประจำ	ผู้ปกครองที่เคยใช้ น้ำยาช่วงเวลาหนึ่ง	ผู้ปกครองที่ ไม่ใช้น้ำยา	ผู้ปกครองที่ ไม่ได้รับน้ำยา	รวม
7 เดือน - 1 ปี	111 (48.7)	52 (22.8)	3 (1.3)	62 (27.2)	228 (100)
> 1 ปี - 1 ปี 6 เดือน	216 (38.2)	208 (36.8)	3 (0.5)	138 (24.5)	565 (100)
> 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี	140 (32.6)	133 (30.9)	6 (1.4)	151 (35.1)	430 (100)
> 2 ปี - 2 ปี 6 เดือน	24 (13.6)	50 (28.2)	2 (1.1)	101 (57.1)	177 (100)
รวม	491	433	14	452	1,400

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปกครองของเด็กในแต่ละช่วงอายุ

แล้วทดสอบหาความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์ของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีประสบการณ์การใช้น้ำฟลูออไรด์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

6.2 ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก (ตารางที่ 6)

แบ่งผู้ปกครองเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นแม่ พ่อ ปู่ ย่า/ตา ยาย และญาติอื่น ๆ แล้วทดสอบหาความสัมพันธ์กับ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และประสบการณ์การใช้น้ำยาฟลูออไรด์ของผู้ปกครอง

ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การใช้น้ำยาฟลูออไรด์			
	ผู้ปกครองที่ใช้น้ำยาเป็นประจำ คน (%)	ผู้ปกครองที่เคยใช้น้ำยาช่วงเวลาหนึ่ง คน (%)	ผู้ปกครองที่ไม่เคยใช้หรือไม่ได้รับน้ำยา คน (%)	รวม คน (%)
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9 (20.9)	8 (18.6)	26 (60.5)	43 (100)
จบชั้นประถม 4	430 (35.1)	395 (32.3)	399 (32.6)	1,224 (100)
หรือประถม 6				
จบชั้นมัธยมต้น	27 (37.5)	25 (34.7)	20 (27.8)	72 (100)
จบชั้นมัธยมปลายขึ้นไป	25 (41.0)	15 (24.6)	21 (34.4)	61 (100)
รวม	491	443	466	1,400

คำนวณค่า $\chi^2_{df=6} = 1723$; $P < 0.05$

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปกครองแต่ละระดับการศึกษา

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้น้ำยาฟลูออไรด์ของผู้ปกครองและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก	ประสบการณ์การใช้น้ำยาฟลูออไรด์			
	ผู้ปกครองที่ใช้น้ำยาเป็นประจำ คน (%)	ผู้ปกครองที่เคยใช้น้ำยาช่วงเวลาหนึ่ง คน (%)	ผู้ปกครองที่ไม่เคยใช้หรือไม่ได้รับน้ำยา คน (%)	รวม คน (%)
แม่	398 (37.2)	364 (34.0)	309 (28.8)	1071 (100)
พ่อ	13 (32.5)	6 (15.0)	21 (52.5)	40 (100)
ปู่ย่า/ตายาย	65 (25.7)	62 (24.5)	126 (49.8)	253 (100)
ญาติ	15 (41.7)	11 (30.5)	10 (27.8)	36 (100)
รวม	491	443	466	1,400

คำนวณค่า $\chi^2_{df=6} = 48.44$; $P < 0.05$

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปกครองแต่ละลักษณะความสัมพันธ์กับเด็ก

ประสบการณ์การใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับเด็กต่างกัน จะมีประสบการณ์การใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) โดยผู้ปกครองที่เป็นแม่และญาติที่ดูแลเด็กเป็นกลุ่มที่ใช้ยาน้ำเป็นประจำ หรือเคยใช้ยาน้ำช่วงเวลาหนึ่งมากกว่าผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับเด็กในลักษณะอื่น ๆ

7. การปฏิบัติเรื่องการแปรงฟันและการใช้ยาสีฟัน

จากเด็กกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 1 ปี 6 เดือน จำนวน 607 คน มีผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้ ได้ให้ข้อมูลเรื่องการแปรงฟันของเด็กดังนี้

7.1 การมีแปรงสีฟันใช้

ร้อยละ 55.5 ได้รับแปรงสีฟันตามโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู

ร้อยละ 76.6 บอกว่าเด็กมีแปรงสีฟันเป็นของตนเอง

ร้อยละ 19.9 ไม่มีแปรงสีฟัน

7.2 การแปรงฟัน

ร้อยละ 60.9 มีการแปรงฟันประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

ร้อยละ 12.9 แปรงฟันเป็นบางวัน

ร้อยละ 19.9 ไม่ได้แปรงฟัน

7.3 การใช้ยาสีฟัน

ร้อยละ 60.1 ใช้ยาสีฟันในการแปรงฟัน

ร้อยละ 59 ใช้ยาสีฟันขนาดเมล็ดถั่วเขียวหรือน้อยกว่า

ร้อยละ 1.2 ใช้ยาสีฟันปริมาณเต็มหน้าตัดขนแปรง

บทวิจารณ์

1. อัตราการใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอในเด็กวัยก่อนเรียน

หากไม่นับรวมข้อบกพร่องด้านบริหารจัดการการกระจายยาน้ำฟลูออไรด์ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนที่

เป็นกลุ่มเป้าหมายแล้ว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองที่ได้รับจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ไปแล้วจำนวนครึ่งหนึ่งจะยังคงหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ให้บุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ โดยในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 80 สามารถหยอดยาน้ำฟลูออไรด์ได้อย่างมีคุณภาพ ส่วนผู้ปกครองอีกครั้งหนึ่งจะเลิกหยอดยาน้ำฟลูออไรด์หลังจากยาน้ำขวดแรกหมดไป หรือขวดเสียหายยาเปลี่ยนสภาพ ฯลฯ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า “ยาน้ำหมดแล้วไม่ได้ไปปรับใหม่” เหตุผลรองลงมาคือ “ไม่มีเวลาหยอด” อันเป็นเหตุผลที่คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบด้วยเช่นกันว่าถ้าผู้ปกครองให้ฟลูออไรด์แก่เด็กได้อย่างต่อเนื่องนานกว่า 1 ปีแล้ว โอกาสที่จะหยุดหรือให้ฟลูออไรด์ไม่สม่ำเสมอจะลดลงอย่างชัดเจน^๑ ทั้งนี้เนื่องด้วยการให้ฟลูออไรด์แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมเชิงบังคับ (COMPLIANCE) ซึ่งหากขาดมาตรการกระตุ้นและควบคุมที่ดีย่อมเป็นการยากที่ผู้ปกครองจะให้ฟลูออไรด์แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ^๒

2. การรับรู้และการยอมรับของผู้ปกครองต่อการให้ฟลูออไรด์

ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นกลุ่มศึกษาในจังหวัดมหาสารคามประมาณร้อยละ 70 มีความรู้เรื่องประโยชน์ของฟลูออไรด์อย่างถูกต้อง แม้จะเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูง แต่ก็ยังน้อยกว่าผู้ปกครองเด็กอนุบาลในเขตเทศบาลเมืองลพบุรี^๓ อันอาจเนื่องมาจากสภาพของแหล่งข้อมูลข่าวสารและระดับความสามารถในการรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามผู้ปกครองเกือบทั้งหมดที่รู้จักฟลูออไรด์จะให้การยอมรับในการที่บุตรหลานจะได้รับประทานยาน้ำฟลูออไรด์ เป็นที่น่าสังเกตว่ายังมีผู้ปกครองถึง 1 ใน 4 ที่ไม่เคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับฟลูออไรด์

3. โอกาสเสี่ยงที่เด็กจะได้รับฟลูออไรด์เกินกว่าระดับปลอดภัย

โดยที่ปริมาณฟลูออไรด์ขนาดที่ใช้ป้องกันโรคฟันผุ โดยที่ไม่ก่อผลเสียต่อตัวฟัน สำหรับเด็กวัย

6 เดือน ถึง 2 ปี คือ 0.5 - 0.8 มิลลิกรัมต่อวัน⁹ (นับรวมปริมาณฟลูออไรด์จากอาหาร น้ำดื่มและทุก ๆ ทางที่เข้าสู่ร่างกาย) หากได้รับเกินกว่านี้จะมีโอกาสทำให้เกิดภาวะฟันตกกระในฟันแท้ ที่งอกภายหลังได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับฟลูออไรด์มากกว่าระดับดังกล่าวเพียงเล็กน้อยในช่วงอายุ 1 ปี 8 เดือน ถึง 2 ปี จะมีผลให้เกิดภาวะฟันตกกระ ในฟันแท้หน้าบนได้มากกว่าในช่วงอายุอื่น⁹ การที่เด็กวัยดังกล่าวในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำกว่า 0.3 ppm. ได้รับประทานฟลูออไรด์วันละ 0.25 mg จึงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย เว้นแต่ในกรณีที่รับประทานเกินกว่าขนาดที่กำหนด ซึ่งจำเป็นต้องเน้นย้ำผลเสียให้ผู้ปกครองเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดกรณีดังกล่าว โอกาสที่เด็กซึ่งรับประทานน้ำฟลูออไรด์อยู่แล้วจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับฟลูออไรด์ในขนาดที่ทำให้เกิดภาวะฟันแทตกกระ ยังอาจเกิดได้จากการกลืนยาสีฟันในขณะแปรงฟัน ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเด็กวัยนี้จะกลืนยาสีฟันที่ใช้ในปริมาณค่อนข้างสูง^{6,10} และผู้ปกครองเด็กวัย 1 ปี 6 เดือน ขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคาม ถึงร้อยละ 70 ที่เริ่มดูแลให้เด็กแปรงฟันแล้ว โดยส่วนใหญ่มีการใช้ยาสีฟันร่วมด้วย ดังนั้น ในกลุ่มเด็กที่เริ่มแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันร่วมด้วย จึงควรยุติการรับประทานน้ำฟลูออไรด์ในทันที และควรได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาสีฟันในปริมาณที่น้อยที่สุดเพื่อป้องกัน การได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป

4. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการและการศึกษาเพิ่มเติม

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์มีการใช้ยาน้ำนั้นอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการปรับปรุงโครงการและการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

4.1 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการ เพื่อให้มีการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ที่สถานบริการทุกแห่งอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง และควรปรับปรุงรูปแบบ

ขวดและฉลากข้างขวดให้เหมาะสม สะดวกต่อการใช้และเก็บรักษา ในส่วนเจ้าหน้าที่ทุกระดับควรมีการกำกับติดตามเพื่อให้มีการจ่ายยาน้ำแก่กลุ่มเป้าหมายได้ครบถ้วนและให้คำแนะนำวิธีการใช้แก่ผู้ปกครองได้ชัดเจน

4.2 ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางและต่อเนื่องในเรื่องประโยชน์และวิธีใช้ฟลูออไรด์ที่ถูกต้อง รวมทั้งผลเสียของการได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป เพื่อให้ผู้ปกครองรวมทั้งประชาชนทั่วไปมีความรู้ ความเข้าใจ และตื่นตัวในการใช้ฟลูออไรด์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 มาตรการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์แก่เด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดมหาสารคาม ควรใช้เฉพาะช่วงที่เด็กมีอายุระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี 6 เดือน เท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาไม่นานเกินไปที่ผู้ปกครองจะคงความตั้งใจ และสามารถให้ฟลูออไรด์แก่บุตรหลานได้อย่างสม่ำเสมอ และเพื่อป้องกันมิให้เด็กวัย 1 ปี 6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งผู้ปกครองเริ่มให้เด็กแปรงฟันแล้วได้รับฟลูออไรด์เกินกว่าระดับที่ปลอดภัย อันเนื่องมาจากการกลืนยาสีฟันที่ใช้ขณะแปรงฟัน

4.4 ในกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ใช่แม่ของเด็ก เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มไม่ใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปู่ย่าหรือตายายของเด็ก ซึ่งมักจะไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เด็กที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองกลุ่มนี้ จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ ผู้รับผิดชอบจึงควรกำหนดให้เป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องให้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษ และอาจต้องติดตามใกล้ชิด เช่น โดยการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ๆ เพื่อดูแลทั้งเรื่องสุขภาพช่องปาก รวมถึงสุขภาพทั่วไปด้วย

4.5 เนื่องจากปริมาณฟลูออไรด์ขนาดที่ทำให้เกิดภาวะฟันตกกระ จะต่างจากปริมาณฟลูออไรด์ขนาดที่ใช้ป้องกันโรคฟันผุไม่มาก ดังนั้นจึงควรมีมาตรการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฟันตก

กระจากการได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป อันได้แก่ การตรวจหาปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มของประชาชนเป็นประจำทุกปี การสุ่มตรวจหาปริมาณฟลูออไรด์ในปัสสาวะของเด็กวัยก่อนเรียน การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาน้ำฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน และการแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันในเด็กวัยก่อนเรียน เป็นต้น

4.6 ในระยะยาว ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งได้แก่ การศึกษาเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุในเด็กวัย 3 ปี ในพื้นที่ที่มีการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์กับพื้นที่ที่ไม่มีการใช้ฟลูออไรด์เป็นต้น และหากมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ อย่างเต็มที่แล้ว อัตราการใช้ยาน้ำฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ปกครองยังไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควร หรือประสิทธิผลในการลดความชุกของโรคฟันผุต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ผู้รับผิดชอบโครงการควรประเมินความเหมาะสมของโครงการอีกครั้งว่าควรดำเนินการต่อไป หรือหามาตรการอื่นมาใช้แทน

บรรณานุกรม

1. ชัยยุทธ ศิริวิบูลย์กิติ และ สุนี วงศ์คงคาเทพ. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดา เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนอนุบาล ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. รายงานผลการวิจัย. ลพบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. 2537.
2. ประทีป พันธุมวนิช และยุพิน ส่งไพศาล. Dental Caries. Fluorosis and Fluoride in Chiangmai, Thailand. กรุงเทพฯ : คณะทันต-แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
3. พัทธวรรณ ศรีศิลป์นันทน์ : แปล. การใช้ฟลูออไรด์ที่เหมาะสมสำหรับมนุษย์ (หน้า 87-98) เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2533.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ผลการสำรวจทันตสุขภาพประชาชนจังหวัดมหาสารคาม 2534. มหาสารคาม, 2536. เอกสารโรเนียว.
5. Brian H. Clarkson. Biological Implications of Fluoride. In : Pediatric Dental Care. American Acedemic of Pediatric Dentistry. Jimmy R. Pinkham. Indiana : Evansville, 1991 : pp 23-24.
6. Burt, Eklund, Lewis. Fluoride : Human Health and Caries Prevention. In : Dentistry, Dental Practice and The Community. Brian A. Burt. Stephen a. Eklund. Philadelphia : Saunder, 1992 : pp 146-151.
7. Horowitz AM. Community-Oriented Preventive Dentistry Programs That Work. Health Values. 8(1) : 21-29 : Jan/Feb. 1984.
8. James J. Cral. Flouride Supplementation. In : Pediatric Dental Care. American Acedemic of Pediat "ric Dentistry. Jimmy R. Pinkham. Indiana : Evansville, 1991 : pp 25-26.
9. R. Wendell Evans, John W. Stamm. An Epidemiologic Estimate of the Critical Period during which Human Maxillary Central Incisors Are Most Susceptible to Fluorosis. J Public Health Dent 1991 : 51(4) : 251-259.
10. Stephen Goepferd. Enamel Fluorosis. In : Pediatric Dental Care, American Acedemic of Pediatric Dentistry. Jimmy R. Pinkham. Indiana : Evansville, 1991 : pp 28-30.

รายงานผลการวิจัย การปรับปรุงประสิทธิภาพการแปรงฟัน ด้วยวิธีการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง

เชิดฉันทศิริ โชติติลล

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 จังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับปรุงประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยวิธีการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาอำเภอบ้านบึง และอำเภอฟานทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 127 คน เป็นกลุ่มศึกษา 67 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ให้นักเรียนกลุ่มศึกษา ศึกษาหนังสือคู่มือการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง และลงบันทึกความสะอาดฟันของตนเองในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 10 เดือน ตรวจสอบภาวะอนามัยในช่องปากกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมโดยการให้ดัชนี NPI และวัดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลรักษาฟัน โดยใช้แบบวัดทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะอนามัยในช่องปากสะอาดและมีทัศนคติในการดูแลรักษาฟันแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.05$)

The Improvement of Effectiveness of Self Care Tooth Brushing Programme

Cherdchansiri Chotidilock

Abstract

The Objective of the research is to assess improvement of the effectiveness of self care tooth brushing programme. The research was undertaken on 127 elementary students (grade 4) from five regional schools in banbueang and phanthong districts chonburi province.

The students involved were divided into two groups, 67 students in the study group and remaining in the control group. Students with the first group were each given a self-explanatory dental care manual and instructed to record their undertakings weekly in the attached forms for ten months. Researchers then differed these recorded results and assessed dental health status of both groups using NPI index and dental attitude measurements.

As a result. It was found that, study group had improved oral hygiene and had significantly different attitude from control group.

บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปากของประชาชนไทยส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังนั้นในแผนพัฒนาประเทศ ฉบับที่ 4 (2520-2524) ซึ่งเป็นแผนแรกที่มีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจึงได้กำหนดให้มีแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 ด้วย เพื่อแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศ กลวิธีและรูปแบบของการแก้ไขปัญหาเน้นในเรื่องการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายหลักเป็นนักเรียนประถมศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปลูกฝังและสร้างสุขนิสัยที่ถูกต้องในการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายนี้ให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีทันตสุขภาพที่ดีต่อไป และกลุ่มนักเรียนประถมนี้ยังคงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในแผนงานทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ฉบับที่ 6 (2530-2534) และฉบับที่ 7 (2535-2539) โดยมีกลวิธีและรูปแบบในการดำเนินงานต่างกัน แต่จะเน้นในเรื่องการส่งเสริมป้องกันเหมือนกันทุกแผน และพยายามขยายการครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ให้มากที่สุด^{2,3}

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2532 ซึ่งอยู่ในช่วงของการดำเนินงานตามแผนงานทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และได้มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษามาแล้ว 2 แผน พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ 12 ปี ในเขตเมืองและเขตชนบทร้อยละ 60.2 และ 44.2 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด 2.5 และ 1.3 ซี่/คน มีหินน้ำลายร้อยละ 86 และ 91.3 ตามลำดับ สภาวะปริทันต์ปกติอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก มีการแปรงฟันไม่สม่ำเสมอทุกวัน มีแปรงสีฟันไม่ครบทุกคน กล่าวคือ เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน ในเขตเมืองและเขตชนบทร้อยละ 55.4 และ 33.6 มีแปรงสีฟันเป็นของตนเองร้อยละ 94.9 และ 88.3 ตามลำดับ⁴ จากการสำรวจดังกล่าว

แสดงว่ากลวิธีและรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นในเรื่องส่งเสริมป้องกันที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จ กลุ่มเป้าหมายหลักยังมีพฤติกรรม การแปรงฟันที่ไม่สม่ำเสมอ

กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นกิจกรรมหลักในทุกแผน การแปรงฟันเป็นวิธีการที่ขจัดคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่ง่ายที่สุด ซึ่งทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการจัดกิจกรรมเสริมกระตุ้นให้เด็กกลุ่มนี้แปรงฟันสม่ำเสมอและมีคุณภาพจะส่งผลต่อการลดโรคในช่องปาก

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

วัสดุอุปกรณ์

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย
 1. คู่มือการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง ของนักเรียน
 2. แบบบันทึกการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเองของนักเรียน
 3. แบบฟอร์มการตรวจบันทึกอนามัยช่องปาก โดยใช้ดัชนี NAVY PLAQUE INDEX (NPI)
 4. แบบสอบถามทัศนคติ
 - ประชากรและวิธีการเลือกตัวอย่าง
- ประชากร คือ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สปช)

การเลือกตัวอย่าง

1. เลือกจังหวัดตัวอย่าง คือ จังหวัดชลบุรี
2. เลือกอำเภอตัวอย่าง โดยวิธีเจาะจง 2 อำเภอ คือ อำเภอพานทอง และอำเภอบ้านบึง
3. เลือกโรงเรียนตัวอย่าง กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม โดยใช้เกณฑ์ สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ที่คล้ายคลึงกัน และปัญหาทันตสุขภาพระดับ ก

เหมือนกัน ได้โรงเรียนกลุ่มศึกษาคือ โรงเรียนวัดอ่างเวียนโรงเรียนบ้านหนองปรือ และโรงเรียนบ้านไร่ โรงเรียนกลุ่มควบคุมคือ โรงเรียนหัวกุ่มแจ และโรงเรียนโคกขี้หนอน

4. เลือกนักเรียนตัวอย่างจากโรงเรียนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ เป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 สภาวะอนามัยในช่องปากไม่มีฟันผุลุกลาม ไม่เคี้ยวข้าวเดียว ไม่มีแผลในช่องปาก และไม่มีเครื่องมือจัดฟัน ได้นักเรียนตัวอย่างกลุ่มศึกษาจำนวน 67 คน กลุ่มควบคุม 60 คน รวมเป็นนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง 127 คน

วิธีการ

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเองและแบบบันทึกการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเองของนักเรียน

2. ทดสอบคู่มือและแบบบันทึกในกลุ่มนักเรียนที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงเรียน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และในโรงเรียนอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ในด้านความยากง่ายของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ภาพประกอบเรื่อง และปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

3. สร้างแบบวัดทัศนคติ

4. ดำเนินการในโรงเรียนกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดย

4.1 ชี้แจงโครงการต่อผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย และครูประจำชั้น

4.2 ตรวจและบันทึกสภาวะอนามัยในช่องปาก และวัดทัศนคติของนักเรียนกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1

4.3 นักเรียนกลุ่มศึกษา ศึกษาคู่มือการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเองและบันทึกผลความสะอาดฟันด้วยตนเองในแบบบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4.4 เมื่อมีการดำเนินการไปแล้ว 3 เดือน ตรวจและบันทึกสภาวะอนามัยในช่องปากของนักเรียนกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 (ระหว่างดำเนินการ)

4.5 เมื่อมีการดำเนินการไปแล้ว 7 เดือน ตรวจและบันทึกสภาวะอนามัยในช่องปากของนักเรียนกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมครั้งที่ 3 และวัดทัศนคติครั้งที่ 2 (สิ้นสุดโครงการ)

4.6 ประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย PAIR T-TEST ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC*

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปาก จากการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปากกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมโดยใช้ดัชนี NPI

1.1 ก่อนการดำเนินการ (ผลการตรวจครั้งที่ 1) พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอนามัยในช่องปาก 65.5 และ 68.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 1)

1.2 ระหว่างดำเนินการ (ผลการตรวจครั้งที่ 2) พบว่ากลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอนามัยในช่องปาก 36.4 และ 49.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตาราง 2)

1.3 เมื่อสิ้นสุดโครงการ (ผลการตรวจครั้งที่ 3) พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสภาวะอนามัยในช่องปาก 31.5 และ 64.7 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตาราง 3)

2. ผลการวัดทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลรักษาฟันจากการตอบแบบทดสอบของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

2.1 ก่อนการดำเนินการ (วัดทัศนคติครั้งที่ 1) พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 14.5 และ 13.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตาราง 4)

2.2 เมื่อสิ้นสุดโครงการ (วัดทัศนคติครั้งที่ 2) พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 16.1 และ 12.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตาราง 5)

บทวิจารณ์

การฝึกปฏิบัติแปรงฟันเป็นสิ่งจำเป็นในการสอนทันตสุขศึกษา การเรียนรู้ แต่วิธีการในห้องเรียนโดยไม่มีการปฏิบัติไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน การฝึกปฏิบัติต้องทำบ่อยๆ จึงจะเกิดทักษะทำได้ถูกต้อง การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนจึงเป็นการเสริมกิจกรรมการเรียนการสอนทันตสุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากทฤษฎีการเรียนรู้ของความรู้ความเข้าใจ การสอนให้ผู้เรียนเรียนรู้ ควรเน้นให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์ประเมินผลสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผลและ

รอบคอบ ดังนั้น การจัดกิจกรรมหลายๆ อย่างเพื่อให้ผู้เรียนได้มีความสามารถในการใช้สติปัญญา จึงเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มศึกษา คือ ให้นักเรียนกลุ่มศึกษาอ่านคู่มือการดูแลสุขภาพสะอาด ฟันด้วยตนเองและบันทึกความสะอาดในแบบบันทึก ที่จัดทำให้ทุกวันศุกร์ ซึ่งจากการตรวจสอบนามัยช่องปาก พบว่านักเรียนกลุ่มศึกษามีนามัยช่องปากสะอาดแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งมีกิจกรรมแปรงฟัน เพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดกิจกรรมเสริมจากการแปรงฟัน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะกระตุ้นให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจจนสามารถปฏิบัติได้นั้นคือการแปรงฟันของนักเรียน มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จากการศึกษาค้นคว้าของ กมล เลาหลุย โดยให้นักเรียนใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากชนิดไม้ ร่วมกับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน พบว่านักเรียนมีปริมาณคราบ

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยสถานะในช่องปากของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

Table 1 Mean of oral health status study and control groups before experiment

กลุ่มตัวอย่าง (sampling group)	n	$\bar{x}$	sd	t-value	df	P-value
กลุ่มศึกษา (study group)	67	65.5	17.7	.86	125	.391
กลุ่มควบคุม (control group)	60	68.2	7.5			

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยสภาวะอนามัยในช่องปากของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมระหว่างการทดลอง

Table 2 Mean of oral health status study and control groups intra experiment

กลุ่มตัวอย่าง (sampling group)	n	$\bar{x}$	sd	t-value	df	P-value
กลุ่มศึกษา (study group)	67	36.4	17.2	3.49	129	.001
กลุ่มควบคุม (control group)	60	49.1	23.1			

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยสภาวะอนามัยในช่องปากของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

Table 3 Mean of oral health status study and control groups after experiment

กลุ่มตัวอย่าง (sampling group)	n	$\bar{x}$	sd	t-value	df	P-value
กลุ่มศึกษา (study group)	67	31.5	11.9	14.5	125	.000
กลุ่มควบคุม (control group)	60	64.7	13.7			

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านทันตสุขภาพของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

Table 4 Mean of attitude about dental health study and control groups before experiment

กลุ่มตัวอย่าง (sampling group)	n	$\bar{x}$	sd	t-value	df	P-value
กลุ่มศึกษา (study group)	67	14.5	2.3	3.2	125	.002
กลุ่มควบคุม (control group)	60	13.1	2.5			

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านทันตสุขภาพของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
Table 5 Mean of attitude about dental health study and control groups after experiment

กลุ่มตัวอย่าง (sampling group)	n	$\bar{x}$	sd	t-value	df	P-value
กลุ่มศึกษา (study group)	67	16.1	1.2	14.3	125	.000
กลุ่มควบคุม (control group)	60	12.2	1.7			

จุลินทรีย์และการอักเสบของเหงือกลดลง การศึกษาของมูลนิธิ จันทรภาพ โดยการจัดโครงการทันตสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลายอย่างนอกเหนือจากการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพ และสภาวะอนามัยในช่องปากดีกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นการจัดกิจกรรมเสริมร่วมกับกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการแปรงฟันได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายและนักเรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนทัศนคติด้านทันตสุขภาพ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.5 และ 13.1 ตามลำดับ (ตาราง 4) สิ้นสุดโครงการกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 16.1 และ 12.2 ตามลำดับ (ตาราง 5) จากการทดสอบทางสถิติจะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนการดำเนินการและสิ้นสุดโครงการ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยจะเห็นว่ากลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ก่อนการศึกษามีคะแนนเฉลี่ย 14.5 และสิ้นสุดโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย 16.1 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย จึงเป็นไปได้ว่าการจัดกิจกรรมเสริมนี้ นอกจากเป็นการ

ฝึกทักษะในการปฏิบัติแล้ว ยังมีผลต่อทัศนคติของนักเรียนในด้านทันตสุขภาพด้วย

บทสรุป

จากการให้นักเรียนกลุ่มศึกษาอ่านคู่มือดูแลความสะอาดฟันด้วยตนเอง และบันทึกความสะอาดทุกสัปดาห์ ร่วมกับกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า

1. จากการใช้ดัชนี NPI พบว่าสภาวะอนามัยในช่องปากของกลุ่มศึกษาสะอาด แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. จากแบบวัดทัศนคติ พบว่ากลุ่มศึกษามีทัศนคติในการดูแลรักษาฟัน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การจัดกิจกรรมให้นักเรียนศึกษาคู่มือความสะอาดฟันด้วยตนเองและบันทึกความสะอาดฟันด้วยตนเองทุกสัปดาห์ ร่วมกับกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งมีการดำเนินการอยู่ทั่วประเทศ เพื่อให้การแปรงฟันของนักเรียนมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลต่อการลดโรคในช่องปากของเด็กกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 2520-2524 กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2530-2534)
3. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539)
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย พ.ศ.2532 กรุงเทพฯ
5. สุโขทัยธรรมมาธิราช มหาวิทยาลัย เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วย 1-7 : ห.จ.ก. อรุณการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร 2526
6. กมล เลานกุล : รายงานผลการวิจัย การควบคุมคราบจุลินทรีย์ โดยวิธีเชิ้งกลด้วยตนเอง ในโรงเรียนประถมศึกษา อ.บ้านไผ่ จังหวัดลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน 2534
7. ผุสดี จันทรบาง : ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการให้แรงเสริม ทางบวก ต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล 2535

ต้นทุนการรักษาของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอบางปลาม้า สุพรรณบุรี

เพ็ญแข ลากยั้ง

รุ่งจิตร อาชีวะ

สมพร คัจฉานุช

สุภาพ รามกุล

ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดสุพรรณบุรี

ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบางปลาม้า

ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบางปลาม้า

ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบางปลาม้า

บทคัดย่อ

กิจกรรมของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษาของโรงพยาบาลบางปลาม้า ได้แก่ ให้ทันตสุขศึกษา, ตรวจทันตสุขภาพ, ถอนฟัน, ขูดหินน้ำลาย, เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ โดยเริ่มดำเนินการศึกษาต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2536 - มิถุนายน พ.ศ.2537 รวม 13 เดือน มีนักเรียนได้รับการทันตกรรม 2,646 คน คิดเป็นร้อยละ 46.08 ของนักเรียนที่ได้รับการตรวจทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 36.42 ของนักเรียนประถมศึกษาทั้งอำเภอ ต้นทุนการรักษาแยกตามประเภทบริการ เป็นดังนี้คือ เคลือบหลุมร่องฟัน เท่ากับ 33.07 บาทต่อคน รองลงมาคือ ถอนฟัน (26.42), ขูดหินน้ำลาย (23.83), ฉายยา (19.40), เคลือบฟลูออไรด์ (16.74) และตรวจแนะนำ (10.59) และต้นทุนรวมของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ต่อผู้รับบริการทันตกรรมหนึ่งคน เท่ากับ 36.34 บาท

The Costs of Mobile Dental Health Service in Primary Schools of Amphur Bangplama, Suphanburi

*Phenkhae Lapying
Roongchit Archeeva
Somporn Katchanoot
Suparb Ramkul*

Abstract

Activities of mobile dental health service in primary schools of Bangplama Hospital, Suphanburi included oral health education, oral examination, teeth extraction, pit-fissure sealant, topical fluoride and dental calculus scaling. The study started at June 1993-June 1994 (13 months) to evaluate the costs of mobile dental health service. The 2,646 students received dental treatments were 46.08 % of all oral examined students or were 36.42 % of all students in Amphur Bangplama. Dividing by type of treatments, the costs of sealant was 33.07 baht per person, extraction was 26.42, scaling was 23.83, oral medication was 19.40, topical fluoride was 16.74 and oral examination was 10.59. And, overall costs of the mobile dental health service per student who received dental treatment was 36.34 baht/person.

1. บทนำ

1.1 โรคในช่องปากเป็นโรคที่มีความชุก(prevalence) สูงโดยมีการดำเนินโรคเป็นแบบสะสม(cumulative) และเป็นปัญหาดังแต่ย์เด็ก จึงมีโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับมือกับปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 โดยสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียน ขณะที่โรงเรียนดำเนินกิจกรรมส่งเสริมป้องกันและส่งต่อนักเรียนมารับการรักษา¹

แม้โครงการให้บริการสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา-ศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติจะมีงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทุกประเภท จำนวน 27 บาทและค่าเดินทาง 3 บาทต่อนักเรียน 1 คน² แต่ทางโรงเรียนก็ไม่สามารถพานักเรียนที่จำเป็นต้องได้รับการมาที่โรงพยาบาลได้ทั้งหมดเพราะข้อจำกัดด้านงบประมาณในการเดินทางและเวลาของทั้งนักเรียนและครู ประกอบกับโรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดด้านเวลาสถานที่ (ที่โรงพยาบาล) และบุคลากรที่จะให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนทั้งหมด โดยธรรมชาติของโรคในช่องปากเองทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายครั้งต่อคน และยังต้องให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้สามารถบริการนักเรียนได้ครอบคลุมซึ่งจะมีผลลดอัตราการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคในช่องปากได้ โรงพยาบาลบางปลาม้า จึงจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ออกให้บริการนักเรียนและนัดหมายให้ครูอนามัยหรือผู้ปกครองพานักเรียนมารับการรักษาที่ซับซ้อนที่โรงพยาบาลต่อไป โดยในปีการศึกษา 2536 มีนักเรียนที่ได้รับการทันตกรรมที่โรงพยาบาลบางปลาม้าเพียงร้อยละ 15.3 ขณะที่ได้รับการจากหน่วยเคลื่อนที่ร้อยละ 84.7³ ค่าใช้จ่ายหลักของบริการแบบนี้ประกอบด้วย ค่าเวชภัณฑ์และ

วัสดุทันตกรรม, ค่าเสื่อมราคาของเครื่องมือ, ค่าเดินทาง, ค่าเวลา และค่าตอบแทน (เบี้ยเลี้ยง) ของทันตบุคลากร โดยไม่นับรวมค่าเสื่อมราคาของยานพาหนะ เพราะรถที่ใช้ในการออกหน่วยมีอายุการใช้งานเกิน 10 ปี ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่ามีค่าเสื่อมราคาเป็นศูนย์ เหล่านี้เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงที่มองเห็นได้ (tangible cost) และเป็นภาระที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลมากกว่าจะเกิดกับโรงเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ มีแต่การศึกษาเฉพาะค่าวัสดุทันตกรรมในสถานบริการเพื่อการรักษารองรับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ⁴ การศึกษานี้จึงมีประโยชน์ในการพิจารณารูปแบบบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร

1.2 วัตถุประสงค์ เพื่อทราบต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษา

1.3 ขอบเขตการศึกษา ศึกษาเฉพาะต้นทุนด้านโรงพยาบาล ไม่คิดต้นทุนด้านโรงเรียน

2. วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

2.1 วิธีการวิจัยเป็นการศึกษาแบบดำเนินไปข้างหน้า (prospective study)

2.2 ประชากรที่ศึกษา คือ โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอบางปลาม้า สุพรรณบุรี ที่ส่งผลการตรวจทันตสุขภาพ (ทส 002) ทันกำหนด คือ ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกรกฎาคม 2536 และครั้งที่ 2 ภายในเดือนมกราคม 2537 ทุกโรงเรียน ซึ่งมีจำนวน 48 โรงเรียน จากทั้งหมด 59 โรงเรียน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลที่ทำขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลการบริการทันตกรรมนักเรียน ; ระยะทางจากโรงพยาบาลถึงโรงเรียน ; และค่าใช้จ่ายของหน่วยเคลื่อนที่แบ่งเป็น ค่าใช้จ่ายแยกตามประเภทบริการ, ค่าเวลา และค่าเดินทางของบุคลากร

2.4 การเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2536 - มิถุนายน 2537 รวม 13 เดือน โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้บันทึกข้อมูล และทันตแพทย์ตรวจสอบความถูกต้องในแต่ละวัน

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต

3. ผลการศึกษา

หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล บางปلام้าให้บริการนักเรียนทั้งหมด 5,742 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ได้รับการตรวจ-แนะนำ โดยไม่ได้ รับบริการทันตกรรมอื่นๆ ร้อยละ 53.9 ที่เหลืออีกร้อยละ 46.1 ได้รับการทันตกรรมในแต่ละประเภท (ยกเว้นการตรวจ-แนะนำ) ซึ่งเป็นการถอนฟันมากที่สุดรองลงมาคือ เคลือบฟลูออไรด์, เคลือบหลุมร่องฟัน, ขูดหินน้ำลาย และจ่ายยา ตามลำดับ ดังตาราง 1 การคำนวณต้นทุนนี้คิดในสองลักษณะ คือ แยกตามประเภทบริการ (การตรวจ-แนะนำ, จ่ายยา, ... , ถอนฟัน) และคิดตามแหล่งที่มาของ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่

Table 1 Numbers and percentage of clients .

treatments	clients	
	no. (persons)	%
1.oral examination	3,096	53.92
2.medication	43	0.75
3.scaling	128	2.23
4.topical fluoride	895	15.59
5. sealant (620 teeth)	417	7.26
6.extraction (1,509 teeth)	1,163	20.25
total	5,742	100

ค่าใช้จ่าย (ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์, ค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์และครุภัณฑ์, ค่าเวลาและค่าตอบแทนของบุคลากร และค่าเดินทาง) จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ พบว่า การเคลือบหลุมร่องฟันมีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้รับบริการหนึ่งคน มากที่สุดคือ 21.00 บาท รองลงมาคือ ถอนฟัน, ขูดหินน้ำลาย, จ่ายยา, เคลือบฟลูออไรด์ และตรวจทันตสุขภาพตามลำดับ ส่วนค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์และครุภัณฑ์ เป็นดังตาราง 3 พบว่า การขูดหินน้ำลายมีต้นทุนเฉลี่ยต่อคนมากที่สุดคือ 3.04 บาท รองลงมาคือถอนฟัน, เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ ตามลำดับ โดยการตรวจและจ่ายยาไม่ได้ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใด ๆ จึงไม่มีต้นทุนประเภทนี้ สำหรับค่าเวลา คือ มูลค่าของเวลาทำงานในโรงพยาบาลที่สูญเสียไป เมื่อต้องออกหน่วยเคลื่อนที่โดยคิดเทียบจากเงินเดือน ส่วนค่าตอบแทนของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์คิดจากเบี้ยเลี้ยงตามอัตราของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนค่าตอบแทนของทันตแพทย์คิดเทียบจากเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ได้ในอัตรา 2,200 บาทต่อเดือน จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์ เนื่องจากทันตแพทย์จะไม่ได้รวมออกหน่วยเมื่อติดราชการอื่นๆ ความยุ่งยากประการหนึ่ง คือ ไม่สามารถคิดค่าเวลาและค่าตอบแทน แยกตามประเภทบริการได้ เนื่องจากทันตบุคลากรหนึ่งคนให้บริการหลายประเภท จึงมีค่าใช้จ่ายแต่ละประเภทบริการร่วมกัน (share cost) ดังนั้นเพื่อให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จึงคิดเป็นค่าใช้จ่ายรวมทุกประเภทบริการแล้วหารด้วยจำนวนนักเรียนที่รับบริการทั้งหมดเท่ากับ 9.01 บาทต่อนักเรียนหนึ่งคน การคิดเช่นนี้อยู่บนฐานความคิดว่าการให้บริการนักเรียนหนึ่งคนเป็นผลลัพธ์จากการทำงานร่วมกันของทันตบุคลากรทุกระดับ อย่างมีความสำคัญเท่าๆ กัน สำหรับค่าเดินทางของทันตบุคลากร

ตาราง 2 ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ทันตกรรม แยกตามประเภทบริการ

Table 2 Costs of dental and medical materials divided by type of treatments .

treatments	no. of clients (persons)	amount of money (baht)	average cost (baht/person)
1. oral examination	3,096	512.30	0.17
2. medication	43	386.10	8.98
3. scaling	128	1,327.90	10.37
4. topical fluoride	895	5,638.60	6.30
5. sealant (620 teeth)	417	8,758.70	21.00*
6. extraction (1,509 teeth)	1,163	16,402.50	14.10**
total	5,742	33,026.10	-

Note * = 14.13 baht/tooth

** = 10.87 baht/tooth

ตาราง 3 ค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทันตกรรม แยกตามประเภทบริการ

Table 3 Costs of dental equipments and instruments(depreciated costs) divided by type of treatments.

treatments	no. of clients (persons)	amount of money (baht)	average cost (baht/person)
1. oral examination	3,096	8.67	0
2. medication	43	0	0
3. scaling	128	389.08	3.04
4. topical fluoride	895	17.54	0.02
5. sealant (620 teeth)	417	688.10	1.65
6. extraction (1,509 teeth)	1,163	2,208.80	1.90
total	5,742	3,312.19	-

ตาราง 4 ค่าเวลาและค่าตอบแทนของทันตบุคลากร

Table 4 Dental personnels' time cost and perdium divided by budget-year .

personnel	no. of work days		relatived salary(baht)		relatived perdium(baht)		Total (baht)
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	
1. dentist *	8	6	3,746	2,962	800	600	8,108
2. 1st dental nurse	17	27	4,528	7,560	1,530	2,916	16,534
3. 2nd dental nurse	14	28	3,729	7,840	1,260	3,024	15,853
4. assistant	18	27	3,191	5,007	1,080	1,944	11,222
total	-	-	-	-	-	-	51,717

Note * The dentist received monthly perdium 2,200 baht (per 22 work days).

average time cost and perdium = $51,717 / 5,742 = 9.01$ baht/ person

ตาราง 5 ค่าเดินทางของทันตบุคลากร

Table 5 Dental health personnels' travelling cost.

items	amount of money (baht)
1. driver's time cost & perdium*	6,498.00
2. cost of super benzene	1,593.30
total	8,091.30

Note * included only the day joining with the mobile service all day

dental personnels' travelling cost = $8,091.3 / 5,742$
= 1.41 baht/person

คิดจากค่าเวลาและค่าตอบแทนของพนักงานขับรถของโรงพยาบาล และค่าน้ำมันรถตามราคาตลาด (คำนวณปริมาณน้ำมันจากระยะทางระหว่างโรงพยาบาลและโรงเรียน คูณด้วยราคาน้ำมัน) ซึ่งในการศึกษานี้เป็นน้ำมันเบนซินพิเศษ โดยค่าเดินทาง

ของทันตบุคลากรหนึ่งคนคือ 1.41 บาท ดังตารางที่ 5 ที่นำเสนอคือ ในการศึกษาที่ไม่มีค่าเสื่อมราคาของรถยนต์เนื่องจากมีอายุการใช้งานเกิน 10 ปี ตารางที่ 6 แสดง ต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่แยกตามแหล่งที่มา พบว่า ค่าเสียเวลาและค่าตอบแทนมีสัดส่วนมากที่สุด คือร้อยละ 53.79 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์ไม่ได้เบี่ยงเหลี่ยงในการปฏิบัติงานจริงอันเป็นนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่นำมาคิดในการศึกษานี้ก็เพื่อให้ได้ค่าที่สะท้อนต้นทุนแท้จริงมากที่สุด) รองลงมาคือค่าวัสดุและเวชภัณฑ์, ค่าเดินทาง และค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์อุปกรณ์ ตามลำดับ เมื่อรวมต้นทุนทั้งหมดแล้วหารด้วยจำนวนนักเรียนเฉพาะที่ได้รับการบริการทันตกรรม 2,646 คนก็จะได้ต้นทุนรวมของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ต่อผู้รับบริการทันตกรรมหนึ่งคนเท่ากับ 36.34 บาท ถ้าคิดรวมนักเรียนที่ได้รับการตรวจแนะนำแต่ไม่ได้รับการบริการทันตกรรมด้วย จำนวนนักเรียนจะเป็น 5,742 คนและต้นทุนรวมเฉลี่ยนี้จะ

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของค่าใช้จ่ายของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ แยกตามแหล่งที่มา

Table 6 Number and percentage of the costs of dental health service divided by source of costs .

items	costs (baht)	%
1. dental and medical materials	33,026.10	34.35
2. depreciated cost of equipments and instruments	3,312.19	3.44
3. time cost and perdium	51,717.00	53.79
4. travelling cost	8,091.30	8.42
total	96,146.59	100

average all types of costs per client * (baht/person) 36.34

average all types of costs per client ** (baht/person) 16.74

Note * only students who received dental treatments .

** covered students who received oral examination and instruction .

ลดลงเหลือ 16.74 บาทต่อคน เมื่อนำต้นทุนจากแหล่งที่มาต่างๆ มารวมกันตามประเภทบริการ ดังตาราง 7 จะได้ต้นทุนการรักษาของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ต่อผู้รับบริการหนึ่งคนแยกตามประเภทบริการ พบว่า การเคลือบหลุมร่องฟันมีต้นทุนสูงสุดคือ 33.07 บาท รองลงมาคือ ถอนฟัน (26.42),

ชุดหินน้ำลาย (23.83), จ่ายยา (19.40), เคลือบฟลูออไรด์ (16.74) และตรวจ-แนะนำ (10.59) ตามลำดับ โดยต้นทุนส่วนใหญ่ของการเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นค่าวัสดุ และของการถอนฟันเป็นค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์และครุภัณฑ์

ตาราง 7 ต้นทุนการรักษาของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ต่อผู้รับบริการ 1 คน แยกตามประเภทบริการ

Table 7 Costs of mobile dental health service per person , divided by type of treatments .

treatments	average cost (baht/person)
1. oral examination	10.59
2. medication	19.40
3. scaling	23.83
4. topical fluoride	16.74
5. sealant (620 teeth)	33.07 *
6. extraction (1,509 teeth)	26.42 **

Note * = 25.66 baht/tooth

** = 22.75 baht/tooth

4. บทวิจารณ์

ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าเสียเวลาและค่าตอบแทน (ร้อยละ 53.79 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) โดยคิดรวมค่าเบี้ยเลี้ยงที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์ควรจะได้รับซึ่งในการปฏิบัติจริงไม่ได้ (หากไม่คิดค่าเบี้ยเลี้ยงแล้วสัดส่วนค่าใช้จ่ายจะเปลี่ยนไป โดยค่าเสียเวลาจะมีสัดส่วนร้อยละ 46.47, หมวดค่าวัสดุและเวชภัณฑ์จะเพิ่มเป็นร้อยละ 39.79, ค่าเดินทางเป็นร้อยละ 9.75 และค่าเสื่อมราคาเป็นร้อยละ 3.99 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่าเสียเวลายังมีสัดส่วนสูงที่สุดอยู่)

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษาในประเทศไทยจึงขาดข้อมูลในการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ มีแต่การศึกษาของวรพันธุ์ ลิ้มสินธิโรภาสและคณะ ทวีวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการทันตกรรมรองรับระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษาโดยคำนวณค่าใช้จ่ายหมวดวัสดุในการถอนฟันได้ 8.76 บาทต่อคน⁴ ขณะที่ในการศึกษานี้เท่ากับ 14.10 บาทต่อคนหรือ 10.87 บาทต่อซี่ ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นผลจากค่าวัสดุที่ต่างกันเพราะศึกษาในช่วงเวลาต่างกัน

หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลบางปลาม้ามีจุดมุ่งหมายด้านบริการทันตกรรมนักเรียน และนิเทศติดตามกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน ด้านบริการเน้นการถอนฟันนักเรียนที่มีทันตสุขภาพระดับ ๑ และป้องกันโรคในช่องปากด้วยการเคลือบฟลูออไรด์และเคลือบหลุมร่องฟัน โดยให้บริการตามความยินยอมของผู้ปกครองและนักเรียน ซึ่งมีนักเรียนส่วนหนึ่งกลัวและไม่ยอมรับการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถอนฟัน แม้ว่าผู้ปกครองจะอนุญาตให้ทำ ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ บางโรงเรียนไม่ได้ขออนุญาตผู้ปกครองไว้ และหลายโรงเรียนก็ขออนุญาตผู้ปกครองเฉพาะที่ครูอนามัยคัดกรองว่าต้องรักษา ทำให้เด็กบางส่วนพลาดโอกาสรับบริการจากหน่วยเคลื่อนที่

นอกจากการตรวจและแนะนำ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ติดโรงเรียนดังกล่าวออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นทุกปี แม้จะมีการประสานงานจากสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอบางปลาม้าไปยังโรงเรียนแล้วก็ตาม ผู้วิจัยจึงยังคงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากกรณีดังกล่าวไว้ในการศึกษานี้ หากโรงเรียน สามารถทำตามระบบได้อย่างสมบูรณ์ ยอดผู้รับบริการจะมากขึ้นกว่านี้และส่งผลให้ต้นทุนลดลง

การลดต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ทำได้โดยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ได้แก่ จัดจำนวนทันตบุคลากรและเวลาให้เหมาะสมกับขนาดปัญหาของโรงเรียน ดังนั้นการฝึกอบรมให้ครูอนามัยตรวจทันตสุขภาพนักเรียนได้ถูกต้องมากขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลตามรายงานทส.002 ถูกต้องมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการจัดทรัพยากรสำหรับหน่วยเคลื่อนที่ นอกจากนี้หากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยสามารถให้ทันตสุขภาพและชุดหินน้ำลายนักเรียนได้ตามเป้าหมาย ก็จะทำให้ทันตบุคลากรสามารถให้บริการประเภทอื่น ๆ ได้มากขึ้น

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การบริการทันตกรรมนักเรียนมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับการบริการนักเรียนสาขาอื่นๆ อันเป็นภาระต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการทันตกรรมนักเรียน โดยยังให้บริการนักเรียนจำนวนมากก็ยังมีค่าใช้จ่ายที่เป็นเม็ดเงินมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาถึงต้นทุนการบริการอย่างกว้างขวางทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทั้งด้านทันตกรรมและสาขาอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งบประมาณ ให้สอดคล้องกับปริมาณและประเภทของงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ต้นทุนต่อนักเรียนหนึ่งคนมากกว่างบประมาณที่ได้รับคือ 27 บาท เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในงานทันตกรรมเกือบทั้งหมดเป็นเทคโนโลยีนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง

5. บทสรุป

แม้ว่าจะไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่กับต้นทุนบริการในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากเป็นการศึกษาคนละช่วงเวลาและมีฐานการวิเคราะห์ต่างกัน (ประเภทของค่าใช้จ่าย, เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ และระยะเวลาของการศึกษา ซึ่งมีผลต่อยอดผู้รับบริการ) จึงไม่อาจได้ข้อสรุปว่า หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่มีต้นทุนต่ำกว่าการให้บริการในสถานบริการแต่การศึกษานี้พบว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นมีมากกว่างบประมาณที่ได้รับ โดยข้อดีที่เด่นชัดมากของการบริการด้วยหน่วยเคลื่อนที่คือให้บริการได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย, กระจายบริการสู่ชนบทหรือท้องที่ห่างไกล, คัดกรอง และให้การรักษแก่นักเรียนส่วนหนึ่ง เป็นการลดภาระด้านบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้บริหารโรงเรียนและครูอนามัยส่วนใหญ่ด้วย และที่สำคัญคือ ทันตบุคลากรสามารถรับทราบสภาพและปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริหารโรงเรียนหรือครูอนามัยเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ที่อนุมัติเงินทุนวิจัย และทพ.สุณี ผลดีเยี่ยม และทพ.วราภรณ์ จิระพงษา ผู้ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานวิจัย และขอขอบคุณสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอบางปลาม้า และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารและฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลบางปลาม้า ที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูล

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ และกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย คู่มือการจัดกิจกรรมโครงการ ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา, 2530
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โครงการให้บริการสุขภาพนักเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2534, 2534 เอกสารอัดสำเนา
3. โรงพยาบาลบางปลาม้า, ฝ่ายทันตสาธารณสุข การประเมินผลการให้บริการทันตกรรมนักเรียนประถมศึกษา ปีการศึกษา 2536, 2537 เอกสารอัดสำเนา
4. วรพันธุ์ ลิ้มสินธโรภาสและคณะ การวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการทันตกรรมเพื่อ รองรับระบบเฝ้าระวัง ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา
อ.เมือง จ.พิษณุโลก, รายงานการวิจัย, 2536

การประเมินการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิต จากกองทุนสาธารณสุข โดยบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขของ กระทรวงสาธารณสุข

มัลลิกา ตัณฑุลเวศม์

กองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิตขึ้นโดยกองทุนสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง 1 มกราคม 2537- 30 กันยายน 2538 เกี่ยวกับ จำนวน การกระจายความพอเพียง การใช้สื่อตรงกับวัตถุประสงค์ และเพื่อสำรวจความต้องการใช้สื่อทั้งชนิดและเนื้อหาของสื่อในหน่วยงานระดับต่าง ๆสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในสถานบริการของรัฐทุกระดับที่มีทันตบุคลากร และร้อยละ 10 ของสถานีนามัยทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่าจากการส่งแบบสอบถามจำนวน 1,625 ฉบับทางไปรษณีย์ ได้รับการตอบกลับร้อยละ 45.1 ในการตอบกลับมาร้อยละ 10.9 ตอบว่าจำไม่ได้ว่าได้รับสื่อหรือไม่ และร้อยละ 10.6 ที่ไม่ตอบ ร้อยละ 89.4 ตอบว่าได้รับโปสเตอร์ตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ร้อยละ 58.1 ได้รับแผ่นพับตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไปและ ร้อยละ 57.2 ได้รับภาพพลิก ในด้านปริมาณมากกว่าร้อยละ 50 ตอบว่าได้รับสื่อทุกชนิดน้อยเกินไป การใช้โปสเตอร์มีหน่วยงานบางแห่งใช้ไม่ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้สื่อที่ได้รับ ทุกหน่วยงานต้องการสื่อโปสเตอร์ ภาพพลิก และแผ่นพับตามลำดับ เนื้อหาที่ต้องการมากที่สุดคือการดูแลสุขภาพช่องปาก รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน หน่วยงานส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดระบบการสนับสนุนสื่อให้ตรงตามความต้องการทั้งเนื้อหา ปริมาณ ระยะเวลา และควรมีการประเมินผลด้วย

The Evaluation of the Use of Dental Health Division's Printed Media by Health Personnel working under the Ministry of Public Health

Mallika Tantoolavest

Abstract

This study aimed to evaluate the printed media produced by Dental Health Division during 1st January 1994 to 30th September 1995 on the amount, distribution, sufficient and the usage justified by objectives. It also aimed to investigate the need on the type and text of printed media using in different level of organizations under the Ministry of Public Health where dental personnel persisted and 10 % of all health centers. The results showed that from 1,625 questionnaires the response were only 45.1 % There were 10.9 % said they cannot remember about the printed media, 10.6 % no reply, 89.4 % received more than 2 items of posters, 58.1 % received more than 2 items of leaflets and 57.2 % received flip charts. For the quantity, more than 50 % said that they did not get enough printed media. Some organizations misused the posters. Most of organizations used the printed medias they received and required more posters, flip charts and leaflets respectively. The text they need were "conventional oral health care" oral health care for pregnancy and pre-school children "Most of organizations suggested that there should be a standardized system to supply printed media filled to the need on quantity, text, time and should be evaluated from time to time.

บทนำ

จากการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2537) พบว่า กลวิธีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เป็น กลวิธีที่สำคัญในการให้ความรู้และส่งเสริม พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน¹ มีปัญหา อุปสรรคคือ ขาดการประเมินถึงความต้องการของ กิจกรรมเผยแพร่แก่ประชาชน ผลกระทบจากการ ดำเนินงาน และขาดการพัฒนาวิธีการให้สอดคล้อง กับปัญหา² ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการวางแผน พัฒนางานต่อไป จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความต้องการสื่อของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และสภาพของปัญหา จึงทำให้มีการจัดประเมิน และติดตามการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่กองทันตสาธารณสุข ผลิตและให้การสนับสนุนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานบริการของรัฐ ในเรื่องเกี่ยวกับจำนวน การ กระจาย ความพอเพียง และการใช้สื่อตรงกับ วัตถุประสงค์ ตลอดจนประเมินความต้องการใช้สื่อ ทั้งชนิดและเนื้อหาของสื่อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ ขั้นตอน การดำเนินการคือ ส่งแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นทาง ไปรษณีย์ไปยังประชากรที่ศึกษาซึ่งได้แก่ ผู้รับผิดชอบ งานทันตสาธารณสุข ในหน่วยงานของกระทรวง สาธารณสุขทุกระดับคือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต โรงพยาบาลแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ชุมชน ทุกแห่งที่มีทันตแพทย์ รวมทั้งสถานอนามัย ประมาณร้อยละ 10 ของสถานอนามัยทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 1,625 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ให้ข้อมูล ในเรื่องชื่อ อายุ เพศ ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ การใช้สื่อ สิ่งพิมพ์ในเรื่องของการผลิต การได้รับ ความพอเพียง การใช้ การจัดสรร การแจก ความคิดเห็นเกี่ยวกับ คุณภาพของสื่อ ซึ่งกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ได้ผลิตและให้การสนับสนุน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2537-30 กันยายน 2538

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ รูปแบบของสื่อ เนื้อหาวิชาการ และความต้องการให้มีการปรับปรุงในด้านการบริหารจัดการสนับสนุนสื่อของกองทันตสาธารณสุข

แบบสอบถามที่ตอบกลับมานำมาวิเคราะห์ โดยคอมพิวเตอร์ โดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ใน 2 ประเด็นหลักคือ การใช้สื่อสิ่งพิมพ์และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่าง ๆ

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามจำนวน 1,625 ฉบับทางไปรษณีย์ พบว่า มีผู้ที่ตอบกลับจำนวน 733 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 45.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาเป็นทันตแพทย์ และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โดยแยกวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ

1. การใช้สื่อสิ่งพิมพ์หน่วยงานที่ตอบว่าสามารถผลิตโปสเตอร์และแผ่นพับได้เองมีร้อยละ 19.9 และจากรายการสื่อสิ่งพิมพ์ที่กองทันตสาธารณสุขผลิตและส่งไปสนับสนุน ประกอบด้วย โปสเตอร์ 9 รายการ แผ่นพับ 5 รายการ และภาพพลิก 1 รายการ

1.1 ประเภทของสื่อ พบว่า โปสเตอร์ที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้รับมากที่สุด คือ การแปรงฟันแบบขยับปิด คิดเป็นร้อยละ 75.0 และโปสเตอร์ที่ได้รับน้อยที่สุด คือ การดูแลสุขภาพในช่องปากโดยผู้ปกครอง ร้อยละ 30.7 แผ่นพับที่หน่วยงานได้รับมากที่สุด คือ การตรวจฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 55.4 และแผ่นพับที่ได้รับน้อยที่สุด คือ โรคในช่องปากสำคัญอย่างไร ร้อยละ 37.1 ส่วนภาพพลิกได้รับร้อยละ 57.2 (ตารางที่ 1 และ 2)

1.2 ปริมาณของสื่อที่หน่วยงานได้รับ พบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ได้รับโปสเตอร์และแผ่นพับตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 89.4 และ 58.1

ตามลำดับ ส่วนภาพพลิกหน่วยงานที่ได้รับมีร้อยละ 57.2 หน่วยงานส่วนใหญ่เห็นว่าได้รับสื่อสิ่งพิมพ์แต่ละชิ้นน้อยเกินไป คือตั้งแต่ร้อยละ 38.2-59.3 หน่วยงานที่เห็นว่าได้รับจำนวนที่พอดี ร้อยละ 36.3-43.7 และหน่วยงานที่เห็นว่าได้รับมากเกินไป ร้อยละ 1.5-5.9 ยกเว้นโปสเตอร์เพื่อฟันที่แข็งแรง มีหน่วยงานที่ตอบว่าได้รับมากเกินไปถึงร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 3)

1.3 การกระจายสื่อ พบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ได้ใช้สื่อสิ่งพิมพ์ และบางแห่งได้แจกสื่อจนหมด โดยหน่วยงานส่วนใหญ่ใช้สื่อไปกับทุกกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานที่เห็นว่าสื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ และภาพพลิกอยู่ในเกณฑ์ดี มีกว่าร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่เห็นว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 13.7-25.9 และหน่วยงานที่เห็นว่าอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มีต่ำกว่าร้อยละ 2.1 สำหรับการสนับสนุน มีระบบการกระจายจากส่วนกลางคือกองทันตสาธารณสุขไปยังศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในส่วนภูมิภาค จากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตมีการกระจายไปยังโรงพยาบาลแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในจังหวัดมีการกระจายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัยตามลำดับ

2. ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากหน่วยงานต่าง ๆ พบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่นิยมใช้โปสเตอร์มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ หุ่นจำลอง สไลด์ วิดีทัศน์และของจริง ตามลำดับ ส่วนหัวข้อสื่อที่ต้องการให้ผลิตเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน โรคในช่องปาก และการรักษาทางทันตกรรม โดยมีเนื้อหารายละเอียดและรูปแบบที่ต้องการในแต่ละหัวเรื่อง ดังนี้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องการเนื้อหา การแปรงฟันโดยทำเป็นโปสเตอร์ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน ต้องการ

ตารางที่ 1 ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับสื่อ จำแนกตามชนิดของสื่อ

Table 1 Percentage of organizations received printed media

รายการสื่อ	การได้รับ n=733			
	ได้รับ	ไม่ได้	จำไม่ได้	ไม่ตอบ
	%	%	%	%
โปสเตอร์				
1. การแปรงฟันแบบขยับ-ปิด	75.0	18.6	4.1	2.3
2. ทำอย่างนี้สิฟันดี	72.7	19.0	4.3	4.0
3. มาแปรงฟันถูกวิธีกันดีกว่า	65.9	22.6	6.5	5.0
4. เพื่อฟันที่แข็งแรง	58.5	27.4	8.6	5.5
5. ข้อควรปฏิบัติของแม่ๆ	48.0	37.8	8.9	5.3
6. แปรงฟันถูกวิธี	67.1	22.5	6.0	4.4
7. โรคฟันผุ	68.1	25.2	2.6	4.1
8. โรคปริทันต์	68.0	25.2	2.7	4.1
9. การดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยผู้ปกครอง	30.7	51.5	10.6	7.2
แผ่นพับ				
1. กินอย่างไรให้ฟันดี	48.6	34.7	9.1	7.6
2. โรคในช่องปากนั้นสำคัญ อย่างไร	37.1	41.9	10.9	10.1
3. การตรวจฟันด้วยตนเอง	55.4	31.8	6.3	6.5
4. แปรงฟัน ถูกวิธี ทุกวัน	43.9	38.1	9.0	9.0
5. ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	47.3	35.9	7.8	9.0
ภาพพลิก				
1. เพื่อฟันดี	57.2	28.2	4.0	10.6

ตารางที่ 2 ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับสื่อที่กองผลิตแต่ละชิ้น จำแนกตามหน่วยงาน

Table 2 Percentage of various organizations received printed media

รายการสื่อ	ศูนย์ n=6 %	แม่และเด็ก n=5 %	สสจ. n=57 %	รพศ./ท. n=48 %	รพช. n=315 %	สอ. n=295 %	ไม่ระบุ n=5 %
โปสเตอร์							
1. การแปรงฟันแบบขยับ-ปิด	100.0	40.0	94.7	52.1	82.9	64.8	66.7
2. ทำอย่างนี้สิฟันดี	100.0	40.0	91.2	52.1	80.1	64.4	82.3
3. มาแปรงฟันถูกวิธีกันดีกว่า	83.3	20.0	78.9	43.8	63.9	68.5	100.0
4. เพื่อฟันที่แข็งแรง	100.0	80.0	84.2	31.3	58.2	57.3	50.0
5. ข้อควรปฏิบัติของแม่ฯ	83.3	20.0	59.6	33.3	47.5	48.1	66.7
6. แปรงฟันถูกวิธี	83.3	20.0	82.5	41.7	72.5	52.4	100.0
7. โรคฟันผุ	100.0	60.0	61.4	58.3	65.5	72.5	100.0
8. โรคปริทันต์	100.0	60.0	61.4	58.3	63.3	74.6	66.7
9. การดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยผู้ปกครอง	66.7	40.0	36.8	16.7	29.7	31.9	23.3
แผ่นพับ							
1. กินอย่างไรให้ฟันดี	83.3	60.0	57.6	37.5	40.2	55.6	83.3
2. โรคในช่องปากนั้นสำคัญ อย่างไร	66.7	20.0	50.9	18.8	32.6	41.4	66.7
3. การตรวจฟันด้วยตนเอง	100.0	40.0	70.2	45.8	58.9	50.2	33.3
4. แปรงฟันถูกวิธีทุกวัน	83.3	40.0	52.6	25.0	34.5	54.6	50.0
5. ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	100.0	40.0	61.4	31.3	43.0	50.5	66.7
ภาพพลิก							
1. เพื่อฟันดี	83.3	40.0	91.2	43.8	58.5	50.0	83.3

ตารางที่ 3 ร้อยละของหน่วยงานที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเพียงพอของสื่อที่ได้รับ จำแนกตามสื่อ
Table 3 Percentage of organizations showing satisfaction of amount of received media

รายการสื่อ	หน่วยงานที่ได้รับ (แห่ง)	การได้รับสื่อ			
		มากไป %	น้อยไป %	พอดี %	ไม่ตอบ %
โปสเตอร์					
1. การแปร่งพื้นแบบขยับ-ปิด	550	2.5	57.6	37.9	2.0
2. ทำอย่างนี้ดีพื้นดี	533	3.8	51.2	42.4	2.6
3. มาแปร่งพื้นถูกวิธีกันดีกว่า	482	5.0	50.8	42.7	1.5
4. เพื่อพื้นที่แข็งแรง	429	16.1	38.2	42.2	3.5
5. ข้อควรปฏิบัติของแม่ฯ	352	4.8	56.0	36.9	2.3
6. แปร่งพื้นถูกวิธี	492	5.9	48.2	43.7	2.2
7. โรคพื้นผุ	499	1.8	59.3	36.3	2.6
8. โรคปริทนต์	498	1.5	58.6	37.1	2.8
9. การดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยผู้ปกครอง	225	3.1	56.9	38.2	1.8
แผ่นพับ					
1. กินอย่างไรให้พื้นดี	356	2.3	55.9	39.6	2.2
2. โรคในช่องปากนั้น สำคัญอย่างไร	272	3.3	53.7	41.2	1.8
3. การตรวจฟันด้วยตนเอง	406	3.3	56.4	36.9	3.4
4. แปร่งพื้น ถูกวิธี ทุกวัน	322	2.5	54.0	41.0	2.5
5. ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	347	2.9	50.7	42.1	4.3
ภาพพลิก					
1. เพื่อพื้นดี	419	3.8	55.4	37.7	3.1

เนื้อหา การตรวจฟันเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ โดยทำเป็นแผ่นพับ เรื่องโรคในช่องปาก ต้องการเนื้อหาโรคฟันผุ โดยทำเป็นโปสเตอร์ เรื่องการรักษาทางทันตกรรม ต้องการเนื้อหา การอุดฟัน โดยทำเป็นโปสเตอร์ นอกจากนั้นหน่วยงานยังต้องการให้กองทันตสาธารณสุขจัดทำคำแนะนำในการใช้สื่อกำกับไปกับสื่อ โดยให้แนะนำทุกรายการ ร้อยละ 47.9 และแนะนำเพียงบางรายการร้อยละ 45.4 และหน่วยงานที่ไม่ต้องการคำแนะนำมีเพียงร้อยละ 3.4

หน่วยงานต่างๆ มีข้อเสนอแนะที่หลากหลาย ซึ่งพอสรุปได้คือ ในเรื่องของเนื้อหาและรูปแบบ หน่วยงานต้องการให้เป็นสื่อที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ มีความหลากหลายของเนื้อหาและรูปแบบ ทันสมัย มีขนาดใหญ่ และควรเป็นภาพจริง สำหรับในเรื่องการบริหารจัดการ ควรจัดส่งให้ถึงหน่วยงานโดยตรง ให้

ทันเวลาการใช้งาน จำนวนมากพอเพียง ควรระบุการใช้ให้ชัดเจน ควรมีการประเมินติดตามการใช้สื่อสรุปผลและวิจารณ์

1. แบบสอบถามที่ส่งออกไปยังหน่วยงานต่างๆ จำนวน 1,625 ฉบับ ได้รับการตอบรับกลับมาเพียง 733 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 45.1 อาจเนื่องจากช่วงเวลาที่ส่งแบบสอบถามไปเป็นเวลาหลังจากเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ทั่วประเทศปี 2538 ทำให้แบบสอบถามส่วนหนึ่งส่งไม่ถึงมือผู้รับและผู้รับอีกส่วนหนึ่งอาจอยู่ในภาวะที่ต้องแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าอยู่จึงไม่ได้ตอบกลับมา

2. แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่ตอบว่าสามารถผลิตสื่อโปสเตอร์และแผ่นพับได้เองเพียงร้อยละ 19.9 แต่เนื่องจากกองทันตสาธารณสุขไม่สามารถผลิตและให้การสนับสนุนแผ่นพับได้มากพอเพียงกับความต้องการในการใช้ ดังนั้นคาดว่าจะมีหน่วยงานอีก

ตารางที่ 4 จำนวนสื่อชนิดต่างๆที่ได้รับ จำแนกตามหน่วยงาน

Table 4 Amount of various media received by organizations

จำนวนสื่อที่ได้รับ	หน่วยงาน							
	ศูนย์	แม่และเด็ก	สสจ.	รพศ./ท	รพช.	สอ.	ไม่ระบุ	รวม
	n=6 %	n=5 %	n=57 %	n=48 %	n=316 %	n=295 %	n=6 %	n=733 %
โปสเตอร์								
0-1 รายการ	0	40.0	3.5	31.2	8.9	10.5	0	10.6
2 รายการขึ้นไป	100.0	60.0	96.5	68.8	91.1	89.5	100.0	89.4
แผ่นพับ								
0-1 รายการ	0	40.0	31.6	60.4	45.6	38.0	33.3	41.9
2 รายการขึ้นไป	100.0	60.0	68.4	39.6	54.4	62.0	66.7	58.1
ภาพพลิก								
0 รายการ	16.7	60.0	8.8	56.2	41.5	49.5	16.7	42.8
1 รายการ	83.3	40.0	91.2	43.8	58.5	50.5	83.3	57.2

ส่วนหนึ่งที่เกิดแผ่นพับเฉพาะเรื่องแบบง่าย ๆ ใช้งาน

3. เฉพาะแบบสอบถามที่ส่งกลับ มีหน่วยงานที่จำไม่ได้ว่าได้รับสื่อหรือไม่ สูงถึงร้อยละ 10.9 และที่ไม่ตอบ สูงถึงร้อยละ 10.6 อาจเกิดจากการโยกย้ายของทันตบุคลากรอยู่เสมอ และไม่มีการจดหลักฐานการได้รับสื่อ ดังนั้นเมื่อใช้แจกหรือจัดสรรให้หน่วยงานอื่นแล้วก็จะไม่มีข้อมูลเหลืออยู่

4. ในเรื่องของกระจายและความครอบคลุมของสื่อ โปสเตอร์นับว่ากระจายได้ดี เพราะมีถึงร้อยละ 89.4 ที่ได้รับโปสเตอร์ตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ส่วนแผ่นพับมีการกระจายน้อยกว่าคือเพียงร้อยละ 58.1 ที่ได้รับแผ่นพับตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ส่วนภาพพริกมีการกระจายร้อยละ 57.2

5. ระบบการสนับสนุนและการจัดสรรต่อของกองทันตสาธารณสุข กองฯจะสนับสนุนสื่อโดยตรงไปที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ส่วนหน่วยงานอื่นจะสนับสนุนให้ต่อเมื่อทำหนังสือขอไปที่กองฯ จากนั้นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะจัดสรรสื่อที่ได้รับไปให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และโรงเรียน แต่เนื่องจากหนังสือและสิ่งสนับสนุนมักส่งไม่ทันกัน บางครั้งสิ่งสนับสนุนแจกออกไปหมดแล้ว เพิ่งได้รับหนังสือแจ้งทำให้สื่อไม่ได้แจกไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ และที่สำคัญสิ่งสนับสนุนน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถจัดสรรได้อย่างพอเพียง ผู้ที่มาขอซ้ำจะไม่ได้ของ

6. การจัดสรรและการแจกจ่ายสื่อ หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้สื่อกับทุกกลุ่มเป้าหมาย เพราะเห็นว่าเป็นการให้ความรู้ แต่ปัจจุบันเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย กองทันตสาธารณสุข

จึงได้ผลิตสื่อเฉพาะกลุ่มขึ้น ซึ่งกองทันตสาธารณสุขควรกำกับกลุ่มเป้าหมายไว้ในสื่อแต่ละชิ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ได้อย่างถูกต้อง

7. ความนิยมในการใช้สื่อ โปสเตอร์และภาพพริก ยังเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมในการใช้มากกว่าสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ แต่ผู้ปฏิบัติงานต้องการให้มีการพัฒนาในเรื่องของรูปแบบและเนื้อหา ให้แปลกใหม่ น่าสนใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้

8. เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นเรื่องที่ทุกหน่วยงานต้องการ เพราะเป็นความรู้พื้นฐานใช้ได้กับประชาชนทุกกลุ่มอายุ

9. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อ หน่วยงานประมาณครึ่งหนึ่งที่บอกว่าดี ประมาณร้อยละ 10 ที่บอกว่า พอใช้ ที่บอกว่าไม่ดีมีประมาณร้อยละ 1 เท่านั้น ที่น่าสังเกตคือไม่ได้ระบุมีมากตั้งแต่ ร้อยละ 30.3-72.3 อาจเนื่องมาจากจำไม่ได้ ไม่ได้รับและไม่ตอบซึ่งมีอยู่ถึงร้อยละ 25.0-69.3

ข้อเสนอแนะ

1. กองทันตสาธารณสุขควรมีการสนับสนุนสื่อเป็นระยะตลอดปี โดยอาจแจ้งเป็นแผนปีว่าจะมีการสนับสนุนอะไรบ้าง จำนวนเท่าใด เดือนไหน เพื่อจังหวัดจะได้วางแผนการแจกจ่าย ตลอดจนสามารถติดตามสอบถามได้หากไม่ได้รับ เพราะพบเสมอว่าสื่อส่งไปที่จังหวัดแล้วแต่ไปอยู่ที่ฝ่ายอื่น

2. กองทันตสาธารณสุขควรมีการกำกับกลุ่มเป้าหมายและโครงการในสื่อสิ่งพิมพ์ทุกชิ้น เพื่อให้ผู้ใช้สามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง และควรทำหนังสือแจ้งวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย จำนวนให้หน่วยงานทราบก่อนหรือพร้อมสื่อที่ส่งให้

3. กองทันตสาธารณสุขควรมีการประเมินการใช้สื่อ การได้รับ ความคิดเห็น เป็นระยะเพื่อใช้ในการปรับปรุงสื่อให้เหมาะสมอยู่เสมอ

4. หน่วยงานทุกแห่งควรเก็บรวบรวมเอกสาร หนังสือต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสนับสนุนสื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งหนังสือที่กองฯ ส่งรายการการสนับสนุน และสำเนาหนังสือที่ส่งตอบรับการสนับสนุน เพื่อว่าหากมีความผิดพลาดหรือเสียหายของสิ่งสนับสนุน จะได้ดำเนินการแก้ไขได้ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ

1. ทันตแพทย์หญิงผการัตน์ นิตสิริ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ แก้ไข และช่วยเหลือทุกขั้นตอน จนงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี
2. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี
3. เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืองานในขั้นตอนต่าง ๆ
4. เพื่อนทันตบุคลากรทุกท่านในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล

แม่และเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

5. เพื่อนร่วมคณะวิจัย ทันตแพทย์หญิงวิกุล วิศาลเสสส์และนางสาววิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ ที่ร่วมทำแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กรุงเทพฯ กองทันตสาธารณสุข, หน้า 4 -7
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : การประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (ปี พ.ศ.2530-2534) กรุงเทพฯ กองทันตสาธารณสุข, 2534 หน้า 27-30.

การทดสอบแบบสำรวจพฤติกรรมทาง ทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ในจังหวัดสงขลา

สมนึก ชาญด้วยกิจ
ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นความร่วมมือระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ในการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย ผลของการศึกษาจะนำไปวิเคราะห์ร่วมกับผลจากประเทศอื่น ๆ เพื่อพัฒนาแบบสัมภาษณ์ขององค์การอนามัยโลกให้เป็นเครื่องมือในการสำรวจ พฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่เป็นสากลต่อไป ทำการศึกษาที่จังหวัดสงขลา สุ่มตัวอย่างตามพื้นที่เขตเมือง ชานเมือง และเขตชนบท ในกลุ่มอายุ 15-20 ปี และ 35-59 ปี จำนวน 212 คน ผลการสำรวจพบว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ร้อยละ 82 ประเมินทันตสุขภาพตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ ปานกลางถึงดีและพึงพอใจกับความสวยงามของฟันตัวเอง ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับฟันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีร้อยละ 43 ผู้ตอบส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับทันตสุขภาพ การป้องกัน โรคในช่องปาก เอดส์กับการรักษาทางทันตกรรม และทัศนคติต่อทันต บุคลากรกับงานบริการทางทันตกรรม พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 83 ตอบว่าแปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 69 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 6 บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสมวันละหลายครั้ง ร้อยละ 48 ตอบว่าไปใช้บริการทันตกรรมภายใน 2 ปีที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการใช้บริการทันตกรรมภายใน 2 ปีที่ผ่านมา กับ เขตที่อยู่อาศัย ($p < .05$) , ทัศนคติต่อทันตสุขภาพ ($p < .05$) และการประเมินทันตสุขภาพของตนเอง ($p < .01$) พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ($p < .05$) และพบว่า การประเมินทันตสุขภาพตนเองสัมพันธ์กับอายุ เขตที่อยู่อาศัย และ ระดับการศึกษา ($p < .05$) ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ ประเมินว่าควรปรับปรุงตัวเลือกบางข้อและลดความยาวของแบบสัมภาษณ์ให้ใช้เวลาเฉลี่ยน้อยลง

The Feasibility Test of WHO Simplified Questionnaire for Dental Behavior Survey in Songkhla Province Thailand

*Somnuk Chanduaykit
Siripen Arunpraphan*

Abstract

This study aimed at testing a feasibility of using the WHO simplified questionnaire and also finding out the perceived dental health and related behaviors of Thai people. Samples were drawn from urban, peri-urban and rural areas in Songkhla province using stratified multistage cluster sampling technique. The translated questionnaire was used for interview. Total samples were 212 adults aged 15-20 and 35-59 years old. Findings were majority of samples (82%) perceived their dental health at moderate to good level and satisfied with their dental appearance. 43 % of samples stated they had dental problems in the past 12 months. Majority of adults had proper knowledge of dental diseases, self-care practices, and, relationship of AIDS and dental treatment. They also had good attitudes towards dentist and dental treatment. Behaviors related to oral health of samples were eighty-three percent brush their teeth twice a day or more, 69% use fluoride toothpaste, 6 % have sugary snack and drinks many times a day, and 48 % visit to dentist in the past 2 years. Among all studied factors dental visit in the past two years showed the statistically significant association with location of resident ($p < .05$), attitudes towards dental health ($p < .05$), and dental health perception ($p < .01$). Other factors that showed some association were age with the use of fluoride toothpaste ($p < .05$), and, perception of dental health with location of resident and education ($p < .05$). For studying in the nationwide, it was suggested that the questionnaire need some modification in multiple choices and the interview should be shortened.

บทนำ

ในการวางแผนและการประเมินผลการจัดบริการทางสาธารณสุข เพื่อให้เหมาะสมกับความจำเป็นในการรักษาของประชากรนั้น ต้องใช้ข้อมูลของประชากรเรื่องสภาวะสุขภาพและการเปลี่ยนแปลง แต่เดิมมักจะใช้การวัดด้วยดัชนีทางคลินิก ซึ่งบอกถึงพยาธิสภาพของอวัยวะหรือร่างกายเท่านั้น จึงมีผู้เสนอแนะว่า ในการวัดสุขภาพของคน ควรจะรวมถึงส่วนที่เป็นความรู้สึกนึกคิดของเจ้าของสุขภาพด้วย (Subjective Aspects of Health)¹ ทางทางแพทย์ได้มีความพยายามจะศึกษาในเรื่องที่เป็นนามธรรมนี้ โดยใช้ฐานความคิดจากสังคมจิตวิทยา

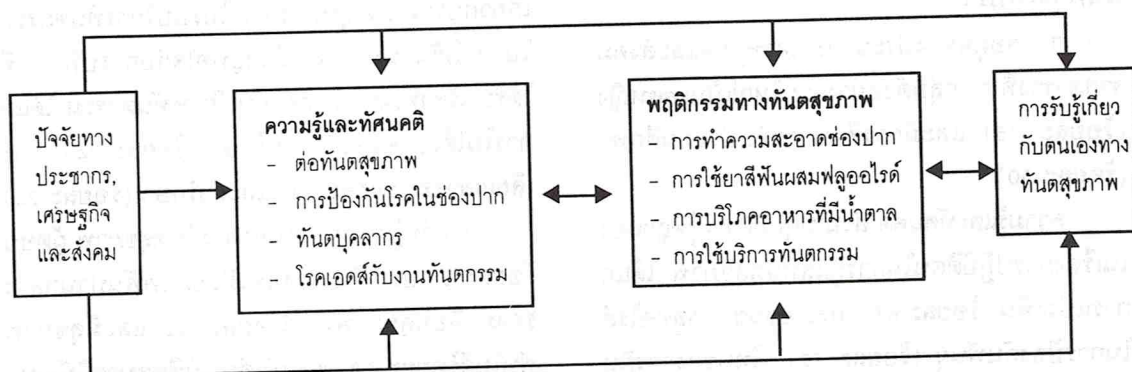
การรับรู้ (Perception) และประเมินสภาวะสุขภาพของตน (Self Assessment) ตลอดจนผลที่ตามมาจากการเป็นโรคที่มีต่อบุคคลหรือต่อสังคม² นอกจากนี้ ในประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจดี มีการสุขภาพีบาล และการสาธารณสุขดีนั้น ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (Behavioral Related Diseases) วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริโภค การพักผ่อน การทำงาน ความเครียด ล้วนมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดโรคต่าง ๆ³ ซึ่งรวมทั้งโรคในช่องปากด้วย⁴

ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้พยายามพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้วัดสภาวะทันตสุขภาพในเชิงของสังคมจิตวิทยา ที่เป็นนามธรรม (Subjective Aspects of Oral Health) มีเนื้อหาในเรื่องการประเมินสภาวะทันตสุขภาพของตนเองและผลกระทบจากปัญหาต่อบุคคลนั้นทางด้านสังคมและการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่อาจมีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพด้วย^{5,6} โดยใช้หลักทางสังคมวิทยาที่ว่า ค่านิยมและบรรทัดฐาน (Values and Norms) ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพในสังคมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

ทางทันตสุขภาพของสมาชิกในสังคม ซึ่งค่านิยมและบรรทัดฐานนี้สามารถวัดได้จากความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ ได้มีการทดสอบเครื่องมือนี้ในหลายประเทศเพื่อนำผลที่ได้ไปศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ⁶

สำหรับประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาทดลองใช้ที่จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้กับสังคมไทย และใช้ในการพัฒนาการศึกษาพฤติกรรม และสังคมจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทันตสุขภาพของประเทศต่อไป

แผนภูมิกรอบความคิดที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ



วัสดุและวิธีการ

การทดลองใช้เครื่องมือสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพ ทำในกลุ่มตัวอย่าง 212 คน อายุ 15-20 ปี และ 35-59 ปี สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified multi stage cluster random sampling โดยเจาะจงเลือกจังหวัดสงขลา แบ่งพื้นที่ในจังหวัดออกเป็นเขตเมือง (เทศบาล) ชานเมือง (สุขาภิบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล)⁷

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 33 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2-7 ตัวเลือก ใช้เวลาสัมภาษณ์นาน 15-20 นาที คำถามเป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทันตสุขภาพ

ได้แก่ ฟังพอใจในความสวยงามของฟัน สภาวะทันตสุขภาพของตนเอง และความจำเป็นในการรักษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การไปรับบริการทันตกรรม และการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสม โดยแบบสัมภาษณ์นี้ได้ถูกพัฒนาและทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก สำหรับการศึกษานี้ได้ทดสอบภาษาที่ใช้ในฉบับแปลแล้ว

การเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์จำนวน 6 คน ทำการศึกษาเครื่องมือจนมีความเข้าใจตรงกันถึงจุดมุ่งหมายของคำถามแต่ละข้อ และมีการใช้บัตรคำช่วยเพื่อให้สื่อความหมายกับ

ผู้ตอบได้ตรงกัน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16-30 สิงหาคม 2539

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC* ข้อมูลประชากรและพฤติกรรมเป็นค่าความถี่ระดับต่าง ๆ ข้อมูลความรู้และทัศนคติเป็น Likert - scale การประมวลผลได้ทำการแจกแจงความถี่ และหาค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลได้ปรับระดับค่าตัวเล็กลง เป็น 2-3 ระดับ เช่น มาก ปานกลาง น้อย หรือ ทำกับไม่ทำ การประเมินทางสถิติใช้ค่า Chi-square กับข้อมูลที่เป็นความถี่ และ ใช้ค่า ANOVA กับข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50)

ความรู้และทัศนคติ ส่วนใหญ่ มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ การแปรงฟัน (ร้อยละ 87) ประโยชน์ของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ (ร้อยละ 72) โทษของการกินขนมหวาน (ร้อยละ 93) ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อทันตสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ = 12.54) โดยร้อยละ 91 เห็นว่าสุขภาพฟันไม่ดีมีผลต่อความสวยงาม มีผลต่อสุขภาพร่างกายและบุคลิกภาพ ความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคในช่องปาก, ต่อทันตบุคลากร และต่อโรคเอดส์กับงานทันตกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี (ค่าเฉลี่ยคะแนน = 24.73, 11.89 และ 12.97 ตามลำดับ)

พฤติกรรมทางทันตสุขภาพ ร้อยละ 83 ตอบว่าแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ขึ้นไป ผู้ที่ตอบว่าไม่เคยแปรงฟันเลยหรือนาน ๆ ครั้ง มีเพียงร้อยละ 1 การใช้อุปกรณ์อื่นในการทำความสะดวกช่องปากเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยคือ ไม้จิ้มฟัน (ร้อยละ

59) ไหมขัดฟัน (ร้อยละ 15) ถ่าน (ร้อยละ 5) และไม้ข่อย ไม้จี้ (ร้อยละ 4) การใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีผู้ตอบว่าใช้ร้อยละ 69 ไม่ใช้ร้อยละ 3 และไม่ทราบว่ายาสีฟันที่ใช้ผสมฟลูออไรด์หรือไม่ ร้อยละ 28 การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสม ผู้ที่ตอบว่ารับประทานขนมหวาน น้ำอัดลม ทุกวันมีร้อยละ 16 และรับประทานวันละหลายครั้งมีร้อยละ 6 ในขณะที่รับประทานผลไม้สดทุกวัน ผู้ที่ตอบว่าไปพบทันตบุคลากรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 48 เหตุผลที่ไม่ไปพบครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่เพราะมีสิ่งผิดปกติในปาก ผู้ที่ไม่ได้พบทันตบุคลากรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 24 และไม่เคยไปพบทันตบุคลากรเลยร้อยละ 28 โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ในกลุ่มที่ตอบว่าไปรับบริการทันตกรรมใน 2 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พอใจกับการบริการ ที่ได้รับ เรื่องที่ไม่พอใจเกี่ยวกับบริการทันตกรรม ได้แก่ การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรักษา (ร้อยละ 34) การเสียเวลารอ (ร้อยละ 24) และค่ารักษา (ร้อยละ 20)

การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทันตสุขภาพ ผู้ตอบร้อยละ 50 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพฟันปานกลาง รองลงมาคือมีสุขภาพฟันดีร้อยละ 32 และมีสุขภาพฟันไม่ดีร้อยละ 18 ตามลำดับ ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีร้อยละ 43 และพึงพอใจในความสวยงามฟันของตนเอง ร้อยละ 64 ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) คิดว่าตนเอง ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพกับปัจจัยที่ศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับ พฤติกรรมทางทันตสุขภาพ (ตารางที่ 2) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

การใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สัมพันธ์กับ อายุ พบว่ากลุ่มวัยรุ่น (15-20 ปี) มีการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ (35-59 ปี)

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจของปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าตัวแปร	ผลสำรวจ
ปัจจัยทางประชากรและสังคม		%
เพศ	1 = ชาย 2 = หญิง	1 = 25 2 = 75
อายุ	1 = 15 - 20 ปี 2 = 35 - 59 ปี	1 = 47 2 = 53
เขตที่อยู่อาศัย	1 = เมือง 2 = ชานเมือง 3 = ชนบท	1 = 33, 2 = 34, 3 = 33
การศึกษา	1 (ประถม) ถึง 4 (ปริญญาตรี)	1 = 50, 2 = 28, 3 = 19, 4 = 2
ความรู้และทัศนคติ		Mean S.D.
ต่อต้านตลุมภาพ	4 (ไม่ดี) ถึง 16 (ดีมาก)	12.54 1.47
ต่อการป้องกันโรคในช่องปาก	8 (ไม่ดี) ถึง 32 (ดีมาก)	24.73 2.55
ต่อต้านตลุมภาพ	4 (ไม่ดี) ถึง 16 (ดีมาก)	11.89 2.09
ต่อเรื่องเอดส์	6 (ไม่ดี) ถึง 24 (ดีมาก)	12.97 1..56
พฤติกรรมทันตสุขภาพ		%
การแปรงฟันสม่ำเสมอ	1 = ไม่สม่ำเสมอ, 2 = สม่ำเสมอ, 3 = ไม่เคย	1 = 14, 2 = 85, 3 = 1
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	1 ใช้ 2 ไม่ใช้ 3 ไม่ทราบ	1 = 69, 2 = 3, 3 = 28
การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสม	1 (ไม่เคຍ) ถึง 6 (วันละหลายครั้ง)	1 = 45, 2 = 5 = 49, 6 = 6
การใช้บริการทันตกรรม	1 = < 2 ปี 2 = > 2 ปี 3 = ไม่เคย	1 = 48, 2 = 24, 3 = 28
การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทันตสุขภาพ		Mean S.D.
พึงพอใจในความสวยงามของฟัน	1 (พอใจมาก) ถึง 5 (ไม่พอใจเลย)	2.65 1.15
สภาวะทันตสุขภาพของตน	1 (ดีที่สุด) ถึง 6 (แย่มาก)	3.80 0.92

การใช้บริการทันตกรรม สัมพันธ์กับ เขตที่อยู่อาศัย, ทัศนคติต่อต้านตลุมภาพ, และการรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทันตสุขภาพ โดยผู้ที่อาศัยในเขตเมืองใช้บริการทันตกรรมภายใน 2 ปีที่ผ่านมา มากกว่าเขตชานเมืองและชนบท กลุ่มที่ใช้บริการทันตกรรมภายใน 2 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อต้านตลุมภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้บริการ ($p < .05$)

กลุ่มนี้ยังมีความพึงพอใจกับความสวยงามของฟันตนเองและประเมินสภาวะทันตสุขภาพ ในทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการ ($p < .01$)

3. การประเมินทันตสุขภาพ ตนเองสัมพันธ์กับอายุ, เขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา โดยกลุ่มวัยรุ่นมีการประเมินตนเองด้านทันตสุขภาพในทางบวกมากกว่าผู้ใหญ่ ผู้ที่มีการศึกษาสูงหรืออยู่

ในเขตเมือง จะประเมินตนเองในเรื่องความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าหรืออยู่ในเขตชนบท ($p < .01$) (ตารางที่ 3)

บทวิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการประเมินสภาวะทันตสุขภาพของตนเองในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Norhelm⁸ ในเรื่องของค่านิยม (value) ด้านทันตสุขภาพในสังคม Turanen และคณะ⁹ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความพอใจในทันตสุขภาพของตนเองมากกว่า แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ โดยจบปริญญาตรีเพียงร้อยละ 2 จึงควรทำการศึกษาเพิ่มในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาในระดับที่ต่างกันมากขึ้น

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพ กับปัจจัยทางประชากร, ทัศนคติ และการรับรู้ทางทันตสุขภาพของตนเอง

ปัจจัยที่ศึกษา	การแปรงฟัน สม่ำเสมอ	การใช้ยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์	บริโภคอาหาร ที่มีน้ำตาล	การใช้บริการ ทันตกรรม
ปัจจัยทางประชากรและสังคม				
เพศ	2.59	.07	.31	1.2
อายุ	.05	4.61*	.02	.42
เขตที่อยู่อาศัย	.52	.02	.88	12.14*
การศึกษา	1.52	3.21	1.43	8.88
ความรู้และทัศนคติ				
ต่อทันตสุขภาพ	.68	.31	.0019	4.95*
ต่อการป้องกันโรคในช่องปาก	.0021	.58	.1015	1.79
ต่อเรื่องเอดส์	.08	— .17	.076	2.33
ต่อทันตบุคลากร	11.58	— .33	1.6	.0033
การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทาง ทันตสุขภาพ				
พึงพอใจในความสวยงามของฟัน	.12	.17	.56	8.64**
สภาวะทันตสุขภาพของตน	.01	0.09	.01	10.43**

* $p < .05$ ** $p < .01$

χ^2 ใช้ในการทดสอบค่าตัวแปรทางประชากรศาสตร์, การรับรู้สภาวะทันตสุขภาพของตนเอง
ANOVA ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรทัศนคติ

ตารางที่ 3 ค่า χ^2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกับการรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทัศนสุขภาพ

	การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทัศนสุขภาพ		
	พึงพอใจในความ สวยงามของฟัน	สภาวะทัศนสุขภาพ ของตน	ความจำเป็นใน การรักษา
เพศ	.88	.07	.00019
อายุ	.25	5.06*	4.11*
เขตที่อยู่อาศัย	3.02	4.91	11.17**
การศึกษา	1.53	7.84*	6.01

* $p < .05$, ** $p < .01$

การสำรวจพฤติกรรมทัศนสุขภาพของประชาชน โดยวิธีสัมภาษณ์นั้น มีข้อน่าสังเกต คือหากเป็น พฤติกรรมเชิงบวก เช่นการแปรงฟันสม่ำเสมอ การ ใช้บริการทันตกรรม มักจะได้คำตอบตามที่สังคม ยอมรับมากกว่าการปฏิบัติจริง ขณะที่ พฤติกรรม เชิงลบ หรืออาจเรียกเป็นพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ความถี่ ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสม คำตอบที่ได้จะ ต่ำกว่าความเป็นจริง¹⁰ ทั้งนี้ผลการศึกษานี้จะ เป็นไปในลักษณะเดียวกัน

การปฏิบัติเชิงป้องกันด้านทัศนสุขภาพนั้น กระจายไปในกลุ่มประชากรมากกว่าการปฏิบัติเชิง ป้องกันด้านสุขภาพทั่วไป และพฤติกรรมด้านทัศน- สุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความ งาม (Grooming Behavior) และการสร้างภาพ ลักษณะของตน (Body Image) มากกว่าจะมีความ สัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี^{4, 10} ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการแปรงฟัน สม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง กับทัศนคติต่อ ทัศนสุขภาพ หรือทัศนคติต่อการป้องกันโรคใน ช่องปาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการแปรงฟันอย่างน้อย วันละ 1 ครั้งกลายเป็นเรื่องปกติ หรือบรรทัดฐาน ของสังคมไทยไปแล้ว ซึ่งอาจมีข้อพิจารณาเพิ่มคือ

ร้อยละของผู้ตอบว่าแปรงฟันสม่ำเสมอ นั้นสอดคล้อง กับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย ที่พบว่าสูงมาก กว่าร้อยละ 70¹¹⁻²⁰ การไปรับบริการทันตกรรม ตามเวลา ที่เหมาะสม คือ 2 ปีต่อครั้ง สำหรับผู้ใหญ่โดยทั่วไป จัดเป็นพฤติกรรมทัศนสุขภาพเชิงบวก พบว่า ผู้ใช้ บริการทันตกรรมสม่ำเสมอ นั้นมีความพึงพอใจใน ความสวยงามของฟันตนเองมากกว่า และ มี ทัศนคติต่อทัศนสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ตอบว่าไม่ได้ใช้ บริการสม่ำเสมอ

เอดส์เป็นเรื่องที่คาดว่าจะมีผลต่อการให้บริการ ทันตกรรม แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อโรคเอดส์กับการใช้ บริการทันตกรรมภายใน 2 ปีที่ผ่านมา น่าสังเกตว่า แม้คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ตอบว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.2) ไม่นิยมนีที่จะทำฟันกับทันตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วย

โดยทั่วไปแล้วการศึกษาด้านพฤติกรรมทัศน- สุขภาพในประเทศไทย มักจะแยกทำเฉพาะเรื่อง เช่น ศึกษาเรื่องของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ, การ ประเมินทัศนสุขภาพด้วยตนเอง หรือศึกษาถึงความ สัมพันธ์กับปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและ สังคม¹¹⁻²⁰ ส่วนการรับรู้หรือตระหนักในสุขภาพช่องปาก

ของตนเอง เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ยังมีผู้ทำการศึกษาไม่มากนักในประเทศไทย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินสภาวะทันตสุขภาพของตนค่อนข้างดี (ร้อยละ 82) และคิดว่ายังไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม (ร้อยละ 65) ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิสุทธิ สังขะเวส และคณะ²¹ ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของประชาชน อายุ 15-65 ปี จำนวน 2,686 คน เปรียบเทียบกับการตรวจช่องปากด้วยทันตแพทย์ พบว่าประชาชนร้อยละ 67 ฟังพอใจกับสภาพช่องปากตนเอง แต่ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 41 ที่ทันตแพทย์ตรวจพบว่ามีสุขภาพช่องปากดี ในกลุ่มที่ตอบว่าไม่พอใจนั้น มีร้อยละ 33 ที่ทันตแพทย์วินิจฉัยว่ามีสภาพช่องปากดี และยังพบว่า ประชาชนจะให้ความสนใจต่อสุขภาพช่องปากต่อเมื่อมีอาการหรือภาวะที่ขัดขวางต่อการเข้าสังคมเท่านั้น ซึ่งก็เป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลทันตสุขภาพนั้นเป็นไปเนื่องจากผลกระทบทางสังคมมากกว่าจะเป็นไปเพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตาม แม้ปัจจัยต่างๆ ที่สำรวจมานั้นไม่พบความสัมพันธ์กันในบางเรื่อง อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของตัวเลือกที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์นี้มีส่วนที่ยังไม่สอดคล้องกับสังคมไทย เช่น ประเภทของอาหารผสมน้ำตาลที่ให้เลือกตอบ ค่อนข้างเป็นตะวันตก เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมปัง แยม น้ำผึ้ง หรือการไปพบทันตบุคลากรสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นตัวเลือกที่ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติของคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย การแก้ไขคือ ควรปรับตัวเลือกให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และ ควรศึกษาเกี่ยวกับค่านิยมและ บรรทัดฐานการดูแลทันตสุขภาพของสังคมไทยในกลุ่มต่างๆ กันมากขึ้น เช่น กลุ่มสังคมเมือง สังคมชนบท เป็นต้น

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ในเรื่องของเนื้อหา ความเข้าใจคำถาม จำนวนตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อ ความชัดเจน และความสัมพันธ์ของตัวเลือกกับคำถาม ความยาวของแบบ

สัมภาษณ์ เวลาที่ใช้ การเรียงลำดับคำถาม ความร่วมมือจากผู้ตอบ และความเห็นส่วนตัวของผู้สัมภาษณ์ในการนำไปใช้จริง ผู้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่า จำนวนคำถามมากไป ใช้เวลามาก (15-20 นาทีต่อคน) และจำนวนตัวเลือกในคำถามมีมากหรือถี่เกินไป ควรมีการปรับแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยเลือกใช้เฉพาะคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สนใจเท่านั้นไม่จำเป็นต้องถามในทุกเรื่องที่มีในแบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ เช่น ทศนคติเรื่องเอดส์ เป็นต้น

โดยสรุป แบบสัมภาษณ์ชุดที่ใช้ในการศึกษานี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาถึงค่านิยมและบรรทัดฐานทางด้านทันตสุขภาพของสังคมในประเทศไทย โดยวัดจากความรู้ ทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทางทันตสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ซึ่งเป็นการวัดปัญหาทันตสุขภาพและผลกระทบจากปัญหาจากประชาชนเอง ทั้งนี้หากได้มีการศึกษา นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง และใช้ร่วมไปกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนจะ ช่วยให้ทันตบุคลากรเข้าใจปัญหาทางทันตสาธารณสุข ของประเทศมากขึ้นท้ายที่สุดก็เพื่อจะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมและวางแผนการให้บริการได้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ผู้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษานี้ Professor Poul Erik Petersen ผู้เชี่ยวชาญจาก องค์การอนามัยโลก, WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research ที่ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการศึกษา หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้อำนวยการความสะอาดในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ

โครงการศูนย์จัดตั้งฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้ คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ต่อประดิษฐ์ ทญ.วิบูล วิศาลเสถียร ทญ.สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา ทญ. นนทินี ตั้งเจริญดี และคุณอังศณา ฤทธิอยู่ ที่ร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะ ทำยที่สุดขอขอบคุณ คณะครู เด็กนักเรียนและประชาชน ที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

บรรณานุกรม

- Hunts, S., McEwen, J. and Mekenna., S.P. (1986). *Measuring Health Status*, Beckenham: Croom Helm.
- Locker, D. (1989) *An Introduction to Behavioral Science & Dentistry*, London : Routeledge.
- WHO (1995) *New Horizon in Health*, Manila : World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific.
- Sheiham, A. (1994) 'Promoting Oral Health Behaviour : Political and Administrative strategies'. In *The Promotion of Lifestyles Conducive to Oral Health. International Seminar Proceedings*. Davies (eds). Bangkok : Dental Health Division, MOPH, Thailand.
- Petersen, P.E. (1994) *Personal Communication*.
- Petersen, P.E. (1994) WHO Simplified Questionnaire, Copenhagen: WHO Collaboration Centre for Community Oral Health Programmes and Research.
- WHO (1997) *Oral Health Survey, Basic Methods (2nd edition)*, Geneva : World Health Organization
- Norhelm P W. Validity of information concerning the use of dental services obtained in interviews. *Com. Dent. Oral Epidemiol.* 1979 : 7 : 91-5.
- Turanen S, Nyysönen V, Vesala H. Perspectives on poor dental and its determinants. *Community Dent Health* 1993 ; 10 : 49-55.
- Petersen, P.E. (1997) Society and oral health. In: *Community Oral Health*. (Pine, C.M., ed), pp 3-38. Reed Educational & Professional Publishing Ltd, Oxford.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (พ.ศ. 2537) รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4
- มันทนา จวรรณกุล. (พ.ศ. 2531) ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดราชบุรี
- ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (พ.ศ. 2535) ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ
- ประจวบ จันทาคิต (พ.ศ. 2534) ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากร จ.เพชรบูรณ์
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2537) รายงานผลการประเมินผลปีทันตสาธารณสุขแห่งโลกของประเทศไทย รายงานสรุปอยู่ระหว่างการจัดพิมพ์
- ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (พ.ศ. 2535) การวิจัยเชิงสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพะเยา
- วรพันธ์ ลิ้มสินะโรภาส และคณะ (พ.ศ. 2531) การสำรวจสภาวะสุขภาพในช่องปากจังหวัดพิษณุโลก
- อัฉรา นครชัย (พ.ศ. 2535) 'สภาวะโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนใน

- รร.บ้านหนองคู อ.ลำโรงท่าบ จ.สุรินทร์
วารสารโรงพยาบาลราชวิถี ปีที่ 3 ฉบับที่ 1.
19. วิกุล วิศาลเสถียร, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, เรวดี ต่อประดิษฐ์ (พ.ศ. 2535). 'ความสามารถในการตรวจสุขภาพช่องปาก ด้วยตนเองของประชาชน' วารสารอนามัย 21:5
 20. สำนักงานสาธารณสุขสงขลา (พ.ศ.2534) รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพจังหวัดสงขลา ครั้งที่ 1
 21. พิสุทธิ สังขะเวส, วัลลภ ภูพานิช, เพชร ชลปราณี, เรดา เกษตรสุวรรณ, สุมล ยุทธสารประสิทธิ์, พงษ์เอก ตาดทอง และคมสรพร บุญยสิงห์ (พ.ศ.2528) แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในแง่ของทันตกรรมชุมชน รายงานการวิจัย ศูนย์ทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สภาวะปริทันต์และความสัมพันธ์ ระหว่างการมีหินน้ำลายกับเหงือกอักเสบ ของเด็กไทยอายุ 12 ปี

สุวิน วิสุทธิสิน
จันทนา อึ้งชูศักดิ์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับวิทยาของสภาวะปริทันต์ และความสัมพันธ์ของการมีหินน้ำลายกับการเกิดโรคเหงือกอักเสบในเด็กไทยอายุ 12 ปี โดยมีนิยามของโรคเหงือกอักเสบหมายถึงการมีเลือดออกภายหลังการสอดเครื่องมือตรวจปริทันต์ในร่องเหงือก ประชากรที่ศึกษาสุ่มตัวอย่างจากทุกภาคของประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,801 คน การคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธี Stratified multistage cluster sampling จำนวนตัวอย่างรายภาคเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรในภาคนั้น ๆ ดัชนีที่วัดใช้ Community Periodontal Index (CPI) ตรวจและบันทึกข้อมูลแต่ละตัวอย่างเป็น 6 เซกแต้นท์ ผลการศึกษาพบว่าในจำนวนเซกแต้นท์ทั้งหมด 16,806 เซกแต้นท์ เป็นเซกแต้นท์ปกติ (รหัส 0) ร้อยละ 23.17 มีเหงือกอักเสบ (รหัส 1) ร้อยละ 17.88 มีหินน้ำลาย (รหัส 2) ร้อยละ 58.22 เมื่อแยกเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายออกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก (2+) กับกลุ่มที่ไม่มีเลือดออก (2-) พบว่าภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบสัดส่วนของเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกมากกว่าไม่มีเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ และตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครมีเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายและไม่มีเลือดออกมากกว่ามีเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษารังนี้ยังพบว่าแต่ละตำแหน่งในช่องปากจะมีเลือดออกซึ่งเป็นอาการของเหงือกอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของการมีหินน้ำลายและการมีเลือดออก พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อวิเคราะห์ค่า Odds ratio พบว่าเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายจะมีโอกาสมีเลือดออกมากกว่า เซกแต้นท์ที่ไม่มีหินน้ำลาย 1.64 เท่า แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าในประชากรที่ศึกษานี้ การมีหินน้ำลายจะทำให้มีโอกาสเกิดเลือดออกซึ่งเป็นอาการของเหงือกอักเสบได้มากกว่าการไม่มีหินน้ำลาย

**Periodontal Status and the Relationship between
Gingival Calculus and Bleeding on Probing
in 12 year-old Thai Children**

*Suwin Wisuthisin
Chantana Ungchusak*

Abstract

The objectives of this study were to describe the epidemiology of periodontal status and to test the relationship of gingival calculus and bleeding on probing among the 12-year-old Thai children. The samples of 2,801 were selected from 4 regions including Bangkok Metropolis by Stratified multistage cluster sampling technique, with proportional f_0 size of the studied population. Community Periodontal Index (CPI) was used for recording periodontal status. The results showed that 23.17% of sextants were normal (CPI = 0), 17.88% were gingivitis (CPI = 1) and 58.22% were calculus (CPI = 2). When code 2 were added with absence (2-) or presence (2+) of gingival bleeding on probing, it was found that sextant given 2+ was significantly higher than 2- in the northeast region, and the sextant given 2- was significantly higher than 2+ in Bangkok Metropolis samples ($p < 0.05$). Gingival bleeding on probing was also significantly difference among different site of sextants ($p < 0.05$). When Odds ratio was calculated to show the relationship between the presence of calculus and the gingival bleeding, it was found that sextant with calculus will have 1.64 times more chance to have gingivitis than the sextant without calculus, but no statistical significance was found. Thus, it cannot conclude by this study that the sextant with gingival calculus will have more chance to have gingivitis than the sextant without gingival calculus.

บทนำ

ดัชนี Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) เป็นดัชนีที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญสาขาปริทันต์ และได้ยอมรับโดยองค์การอนามัยโลกและสหพันธ์ทันตแพทยนานาชาตินับจากปี 2520 เป็นต้นมา¹ ประเทศต่าง ๆ จึงใช้กันอย่างกว้างขวางในการสำรวจทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาสภาวะปริทันต์ของประชาชนกลุ่มอายุต่าง ๆ ข้อมูลการสำรวจด้วยดัชนี CPITN ที่เก็บรวบรวมไว้ในคลังข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า รหัส 2 ซึ่งหมายถึงการ

มีหินน้ำลายเป็นสภาวะที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ² การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยในปี 2527, 2532 และ 2537^{3,4,5} ซึ่งใช้ดัชนี CPITN เช่นกันได้รายงานว่าในเด็กอายุ 12 ปี พบผู้มีหินน้ำลายอยู่กว่าร้อยละ 80 และร้อยละของเซกแตนท์ที่มีหินน้ำลาย จะมากกว่าเซกแตนท์ที่มีสภาวะอื่น ๆ

ในการสัมมนาการกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งประเทศไทย เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543⁶ ได้กำหนดเป้าหมายสภาวะปริทันต์ของเด็กอายุ 12 ปี ให้มีสภาวะปริทันต์ปกติ (CPITN=0) ไม่น้อยกว่า 3 ใน 6 เซกแตนท์ของช่องปาก และในการสัมมนา

แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพ ในปี 2543⁷ ได้มีข้อเสนอแนะให้กระจายบทบาทเรื่องการขุดหินน้ำลายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ช่วยดำเนินการ ดังนั้นนับจากปี 2529 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยจึงได้จัดทำโครงการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยระดับตำบล เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้บริการขุดหินน้ำลายให้แก่นักเรียนและประชาชน⁸ อย่างไรก็ตาม สภาวะการมีหินน้ำลายในประชาชนกลุ่มอายุต่างๆมีมากกว่าร้อยละ 80 จึงเป็นการยากที่จะให้บริการขุดหินน้ำลายให้บรรลุเป้าหมายได้ ประกอบกับการศึกษาทางด้านปริทันต์ในระยะหลัง ชี้ให้เห็นว่าในเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายอาจมีหรือไม่มีเลือดออกซึ่งเป็นอาการของเหงือกอักเสบร่วมด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับวิทยาของสภาวะปริทันต์และความสัมพันธ์ของการมีหินน้ำลายกับการมีเลือดออกซึ่งเป็นอาการของโรคเหงือกอักเสบในเด็กอายุ 12 ปีของประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจพัฒนาโครงการให้บริการขุดหินน้ำลายและโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 2,801 คน จากการสำรวจทันตสุขภาพของประเทศไทยปี 2537 เพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี Stratified multistage cluster sampling โดยสุ่มตัวอย่างจากภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ภาคละ 4 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 17 จังหวัด จำนวนตัวอย่างรายภาคเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรในภาคนั้นๆ

ดัชนีที่วัดใช้ Community Periodontal Index (CPI) โดยมีเกณฑ์การตรวจและให้คะแนนเช่น

เดียวกับดัชนี CPITN ตามคู่มือการสำรวจทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ประจำปี ค.ศ. 1987 และ 1997^{9,10} แต่ไม่นำเอาหลักเกณฑ์เรื่องความจำเป็นในการรักษามาประกอบการวิเคราะห์ เฉพาะ รหัส CPI=2 ซึ่งหมายถึงการมีหินน้ำลาย ได้ปรับหลักเกณฑ์และตรวจเพิ่มเติมโดยแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีหินน้ำลายและไม่มีเลือดออก (Calculus without bleeding on probing) ใช้รหัส 2- และกลุ่มที่มีหินน้ำลายร่วมกับการมีเลือดออก (Calculus with bleeding on probing) ใช้รหัส 2+ เครื่องมือตรวจใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ Periodontal Probe no. 621 และกระจกส่องปาก วิธีการตรวจสอบเครื่องมือตรวจปริทันต์ลงในร่องเหงือก (Gingival sulcus) ด้วยแรงประมาณ 25 กรัม การให้คะแนนพิจารณาตั้งแต่สภาวะปริทันต์รุนแรงที่สุดจนถึงสภาวะปกติ ตามเกณฑ์การตรวจของดัชนี CPITN¹¹

การเก็บข้อมูลให้ทันตแพทย์ผู้ตรวจจำนวน 8 คน ได้รับการปรับมาตรฐานจนมีความเห็นตรงกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีค่า Kappa เท่ากับ 0.43 การประมวลผลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ สถิติที่ใช้คือค่าร้อยละ หาคความสัมพันธ์โดยใช้ไค สแควร์ t-test และ หาค่า Odds Ratio

ผลการศึกษา

จากตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนรวม 2,801 คน วัดเป็นเซกแต้นท์ได้ 16,806 เซกแต้นท์ เป็นเซกแต้นท์ปกติ (รหัส 0) ร้อยละ 23.14 เซกแต้นท์ที่มีเหงือกอักเสบโดยไม่มีหินน้ำลาย (รหัส 1) ร้อยละ 17.88 เซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลาย (รหัส 2) ร้อยละ 58.22 ในจำนวนนี้มีเซกแต้นท์ที่ไม่นับรวม (Excluded sextant) ร้อยละ 0.71 การไม่นับรวมหมายถึงเซกแต้นท์ที่ไม่สามารถตรวจได้ตามเกณฑ์กำหนดของดัชนี CPI เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ พบว่าตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครมีร้อยละ

ของเซกแต้นท์ปกติมากที่สุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีร้อยละของเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายสูงสุด ดังตารางที่ 1

เมื่อแยกรหัสการมีหินน้ำลายออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีหินน้ำลายและไม่มีเลือดออก (2-) และกลุ่มที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกร่วมด้วย (2+) พบว่าร้อยละ 55.88 เป็นเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลาย และมีเลือดออก ร้อยละ 44.11 เป็นเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายแต่ไม่มีเลือดออก ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อเปรียบเทียบแยกเป็นกรุงเทพมหานคร และภาคต่างๆ พบว่าภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบสัดส่วนของเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกมากกว่าไม่มีเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ และตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครมีเซกแต้นท์ที่มีหินน้ำลายและไม่มีเลือดออกมากกว่า

มีเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามตำแหน่งของเซกแต้นท์ทั้ง 6 ตามลำดับดังนี้คือ ฟันหลังบนด้านขวา ฟันหน้าบน ฟันหลังบนด้านซ้าย ฟันหลังล่างด้านซ้าย ฟันหน้าล่าง และฟันหลังล่างด้านขวา พบว่าฟันหน้าบนมีร้อยละของเซกแต้นท์ปกติสูงสุดร้อยละ 47.97 รองลงมาได้แก่ฟันหน้าล่างและฟันหลังตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มที่มีหินน้ำลาย พบว่าฟันหลังล่างมีหินน้ำลายที่มีเลือดออกสูงสุด ร้อยละ 44.22 และ 43.88 รองลงมาได้แก่ฟันหลังบน ฟันหน้าล่าง และฟันหน้าบนตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และหากจัดกลุ่มข้อมูลเป็น 2 ประเภท คือมีเหงือกอักเสบ (รหัส 1 รวมกับรหัส 2+) และกลุ่มไม่มีเหงือกอักเสบ (รหัส 0 รวมกับรหัส 2-) ดังตารางที่ 4 จะพบว่าการเกิดเหงือกอักเสบ มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเซกแต้นท์ที่มีสภาวะปริทันต์ในระดับต่างๆ วัดโดยดัชนี CPI ในตัวอย่างอายุ 12 ปี ของกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ พ.ศ.2537

Table 1 Number and percentage of sextants of periodontal conditions measured by CPI in 12 year-old children sampled from Bangkok and other regions, 1994

Region	Number of samples	Number of sextants	CPITN (sextants)							
			Code 0		Code 1		Code 2		Excluded	
			No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Bangkok	124	744	266	(35.75)	138	(18.54)	331	(44.48)	9	(1.20)
Central	385	2,310	571	(24.71)	539	(23.33)	1,182	(26.16)	18	(0.77)
North	825	4,950	1,361	(27.49)	799	(16.14)	2,764	(55.82)	26	(0.52)
South	393	2,358	662	(28.07)	464	(19.67)	1,208	(51.22)	24	(1.01)
Northeast	1,074	6,444	1,034	(16.04)	1,066	(16.54)	4,301	(66.73)	43	(0.66)
Total	2,801	16,806	3,894	(23.17)	3,006	(17.88)	9,786	(58.22)	120	(0.71)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเซกแตนต์ที่มีหินน้ำลายและไม่มีเลือดออก (รหัส 2-) กับเซกแตนต์ที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออก (รหัส 2+) ในตัวอย่างอายุ 12 ปีของกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ พ.ศ. 2537

Table 2 Number and percentage of sextants with calculus without bleeding on probing (code 2-) and calculus with bleeding (code 2+) in 12 year-old children in Bangkok and other regions, 1994

Region	Number	Number and percentage (sextants)				p value
		Code 2-		Code 2+		
	of sextants (Code 2)	No.	(%)	No.	(%)	
Bangkok	331	198	(59.81)	133	(40.18)	<0.05
Central	1,182	588	(49.74)	594	(50.25)	NS
North	2,764	1,385	(50.10)	1,379	(49.89)	NS
South	1,208	593	(49.08)	615	(50.91)	NS
Northeast	4,301	1,553	(36.10)	2,748	(63.89)	<0.05
Total	9,786	4,317	(44.11)	5,469	(55.88)	<0.05

t-test for statistical significant

ตารางที่ 3 ร้อยละของสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ กระจายตามตำแหน่งของเซกแตนต์ ของตัวอย่างอายุ 12 ปี ใน กรุงเทพมหานคร และภาคต่าง ๆ พ.ศ. 2537

Table 3 Percentage of sextants of periodontal conditions distributed by site of sextant in 12 year-old children in from Bangkok and other regions, 1994

Sextant	Number of sextant	Percentage of sextants			
		code 0	code 1	code 2-	code 2 +
Sextant 1	2,784	20.51	21.51	21.33	36.63
Sextant 2	2,795	47.97	21.96	18.56	11.48
Sextant 3	2,790	20.00	21.68	23.18	35.12
Sextant 4	2,763	11.76	18.53	25.47	44.22
Sextant 5	2,799	27.11	4.75	42.51	25.61
Sextant 6	2,755	12.34	19.71	24.06	43.88
Total	16,686	23.17	17.88	25.68	32.54

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของเซกแตนต์ที่ไม่มีเหงือกอักเสบ กับเซกแตนต์ที่มีเหงือกอักเสบ แยกตามตำแหน่งของเซกแตนต์ ของตัวอย่างอายุ 12 ปีในกรุงเทพมหานครและภาคต่าง ๆ พ.ศ.2537

Table 4 Number and percentage of sextants with gingivitis or no gingivitis distributed by site, in 12 year-old children in Bangkok and other regions.

Sextant	Total	Number and percentage of sextants				X ²
		No Gingivitis		Gingivitis		
		No.	(%)	No.	(%)	
Sextant 1	2,784	1,165	(21.33)	1,619	(58.15)	p< 0.05
Sextant 2	2,795	1,860	(18.56)	935	(33.45)	
Sextant 3	2,790	1,205	(23.18)	1,585	(56.81)	
Sextant 4	2,763	1,029	(25.47)	1,734	(62.75)	
Sextant 5	2,799	1,948	(42.51)	850	(30.36)	
Sextant 6	2,755	1,003	(24.06)	1,752	(63.59)	
Total	16,686	8,211	(49.20)	8,475	(50.79)	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีเลือดออกและการมีหินน้ำลายของเด็กอายุ 12 ปี ของตัวอย่าง ในกรุงเทพมหานครและภาคต่าง ๆ พ.ศ. 2537

Table 5 The association of calculus and gingival bleeding in 12 year-old children sampling from Bangkok and other regions, 1994

Calculus (Sextants)	Bleeding (Sextants)			X ²	Odds Ratio	CI
	Yes (1,2+)	No (0,2-)	Total			
Yes (2-,2+)	5,469	4,317	9,786	p<0.01	1.64	.700-2.703
No (0,1)	3,006	3,894	6,900			
Total	8,475	8,211	16,686			

(p < 0.05) โดยจะพบเหงือกอักเสบที่บริเวณฟันหลังมากกว่าบริเวณฟันหน้า

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการมีหินน้ำลายและการมีเลือดออกโดยวิเคราะห์เซกแตนต์ทั้งหมด พบว่าการมีหินน้ำลายและการมีเลือดออกมีความ

สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์หาค่า Odds ratio พบว่าเซกแตนต์ที่มีหินน้ำลายจะมีโอกาสมีเลือดออกมากกว่าเซกแตนต์ที่ไม่มีหินน้ำลาย 1.64 เท่า แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปราย

การศึกษาครั้งนี้พบเชกแดนท์ปกติ (รหัส 0) ร้อยละ 23.17 เชกแดนท์ที่มีเลือดออกโดยไม่มียินน้ำลาย (รหัส 1) ร้อยละ 17.88 และเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายทั้งที่มีและไม่มีเลือดออก (รหัส 2) ร้อยละ 58.22 เนื่องจากการมีเลือดออกภายหลังการสอดเครื่องมือตรวจปริทันต์ในร่องเหงือก เป็นอาการทางคลินิกที่พบบ่อยแล้วว่าเป็นตัวชี้ที่ดีของการมีเหงือกอักเสบ¹² การศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มหลักเกณฑ์การตรวจและวิเคราะห์เชกแดนท์ที่มียินน้ำลายเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีเลือดออก (รหัส 2-) และกลุ่มที่มีเลือดออก (รหัส 2+) พบว่าร้อยละ 55.88 เป็นเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายและมีเลือดออก เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอัญชลิดุษฎิพรรณในกลุ่มอายุ 15-19 ของจังหวัดเชียงใหม่¹³ พบเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายและมีเลือดออกร้อยละ 72.22 ของเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายทั้งหมดและการศึกษาของ Holmgren CJ และคณะ¹⁴ ในอายุ 15-19 ปี พบร้อยละ 71.8 แม้ว่าการศึกษานี้จะทำในเด็กอายุ 12 ปี แต่เชกแดนท์ที่มียินน้ำลายและมีเลือดออกมีกว่าครึ่งของเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคต่าง ๆ พบว่าภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนของยินน้ำลายที่มีและไม่มีเลือดออกใกล้เคียงกัน ยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบสัดส่วนของเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายและมีเลือดออกมากกว่าไม่มีเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวอย่างจากกรุงเทพมหานครมีเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายและไม่มีเลือดออกมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความแตกต่างดังกล่าวสอดคล้องกับพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 ซึ่งพบว่าเด็กในกรุงเทพมหานครมีการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันร้อยละ 97.0 ในขณะที่เด็กจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันร้อยละ 79.3

การศึกษานี้ยังพบว่าแต่ละตำแหน่งในช่องปากจะมีเลือดออกซึ่งเป็นอาการของเหงือกอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่าตำแหน่งเชกแดนท์ที่เป็นฟันหลังมีเลือดออกมากกว่าฟันหน้า จึงเป็นข้อเสนอนะสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟันในนักเรียนประถมศึกษา ที่จะต้องมีการเน้นฟันหลังมากยิ่งขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของการมียินน้ำลายและการมีเลือดออก พบว่าการมียินน้ำลายและการมีเลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อวิเคราะห์ค่า Odds ratio พบว่าเชกแดนท์ที่มียินน้ำลายจะมีโอกาสมีเลือดออกมากกว่าเชกแดนท์ที่ไม่มียินน้ำลาย 1.64 เท่า แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่อาจกล่าวได้ว่าในประชากรที่ศึกษานี้การมียินน้ำลายจะทำให้มีโอกาสในการเกิดเลือดออกได้มากกว่าการไม่มียินน้ำลาย อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันว่ายินน้ำลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการแปรงฟันเพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์อันเป็นสาเหตุของเหงือกอักเสบ การศึกษาของ Yoshigasu และคณะ¹⁵ ยังได้รายงานว่าการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ร่วมกับการมียินน้ำลาย มีแนวโน้มทำให้เกิดร่องลึกปริทันต์ในตัวอย่างอายุ 18-49 ปีได้มากกว่าการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์เพียงอย่างเดียว และการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ¹⁶ พบว่าในเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 และ 6 ที่ได้รับโปรแกรมการแปรงฟันถูกวิธีร่วมกับการขูดยินน้ำลาย จะมีผลในการลดระดับความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบได้มากกว่ากลุ่มที่มีการจัดโปรแกรมการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การให้บริการขูดยินน้ำลายในพื้นที่ที่มีศักยภาพจะทำได้ จึงเป็นเรื่องควรพิจารณา

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้สนับสนุนการจัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้บริการขูดยินน้ำลายพร้อมทั้งได้สนับสนุนเครื่องมือในการขูดยิน

น้ำลายครอบคลุมร้อยละ 58.2 ของสถานีนอนามัย และได้สนับสนุนแปรงสีฟันเพื่อใช้ในโครงการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวันของนักเรียนประถมศึกษาครอบคลุมปีละประมาณ 250,000 คน¹⁷ ผลการศึกษาทำให้เห็นทางเลือกกว่าในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรและทรัพยากรควรต้องพิจารณาจัดลำดับความสำคัญตามพื้นที่ที่พบหินน้ำลายและมีเหงือกอักเสบมาก เช่น พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นลำดับแรก

การศึกษาครั้งนี้ ดัชนีที่ใช้วัดสามารถระบุตำแหน่งได้เพียงเขกด้านทั้งของฟันบนหรือล่าง ฟันหน้าหรือหลัง แต่ไม่สามารถระบุเป็นด้านแก้ม (buccal) หรือด้านลิ้น (lingual) การให้ข้อเสนอแนะเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟันจึงมีข้อจำกัด

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม ทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิริ ผู้ช่วยเลขาธิการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณ นางสาวอุษา มีเสถียร ผู้ช่วยเลขาธิการสถิติ ทันตแพทย์หญิงพวงทอง เล็กเฟื่องฟู ผู้ช่วยเลขาธิการค้นคว้าเอกสาร และทันตแพทย์หญิงศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ผู้ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Barmes DE. Prevalence of Periodontal Disease, in Public Health Aspects of Periodontal Disease. Asger Frandsen. Quintessence Publishing Co.Inc.1984.
2. Pilot T, Barmes DE, Leclercq MH, McCombie BJ, Sardo Infirri J : Periodontal conditions in adolescents, 15-19 years of age : an overview of CPITN data in the WHO Global Oral Data Bank. Community Dent Oral Epidemiol 1987 ; 15 : 336-8.
3. เรวดี ต่อประดิษฐ์ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ยุพิน ส่งไพศาล เจิดจันท์ศิริ โชติติติก อุษา มีเสถียร, ผลการสำรวจทันตสุขภาพของประเทศไทย . ว. ทันต. ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 พค. - มิย. 2530 หน้า 109 - 118.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย พ.ศ. 2532. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ. 2534.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ประเทศไทย. พ.ศ. 2538.
6. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. เป้าหมายทันตสุขภาพแห่งประเทศไทยเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543. โรงพิมพ์บูรพาศิลป์การพิมพ์ กรุงเทพฯ 2529.
7. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศและกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ 2529.
8. ฝ่ายทันตกรรมป้องกัน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การอบรมครูผู้กระจัดจังหวัดในงานทันตสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารประกอบการประชุม. กรกฎาคม 2536.
9. World Health Organization. Oral Health Survey Basic Methods, Third edition. WHO Geneva 1987 ISBN 92 4 154216 0

10. World Health Organization. Oral Health Survey Basic Methods, 4 th Edition. World Health Organization Geneva 1997.
11. ดุ้ย ย้งน้อย, ดัชนีประเมินสถานภาพสุขภาพช่องปาก. เอกสารประกอบการเรียน, สิงหาคม 2537.
12. Dong Y-J, LEE MM-S, Pai L, Peng T-K . Relationship of Gingival Calculus and bleeding on probing in CPITN code 2 sextants. Community Dent Oral Epidemiol 1994, 22 : 294-7.
13. อัญชลี ดุษฎีพรรณ, สภาวะการมีหินน้ำลายร่วมกับการมีเลือดออก และหินน้ำลายที่ไม่มีเลือดออกของประชากรจังหวัดเชียงใหม่. ว. ทันตปีที่ 44 ฉบับที่ 4 กค.-สค. 2537. หน้า 156-162.
14. Holmgren CJ, Corbet EF . Relationship between periodontal parameter and CPITN scores. Community Dent Oral Epidemiol 1990 ; 18 : 322-3.
15. Yohikazu TAKAHASHI, Yoshikazu OKAWA, Takashi MATSUKUBO, Yoshinori TAKAESU, Yoshinori SASAKI, Toshibumi ISHII. Epidemiological analysis for the influences of plaque and calculus deposition on prevalence of pocket formation. Dentistry in Japan. Vol.27 December 1990 : 155 - 160.
16. สุณี วงศ์คงคาเทพ ทิพาพร วังกิ่งคำ อนงค์ศรี สุทธิวงษ์. ผลของการแปรงฟันถูกวิธีร่วมกับการขูดหินปูนเปรียบเทียบกับแปรงฟันถูกวิธีเพียงกิจกรรมเดียวในการลดปัญหาโรคเหงือกอักเสบในเด็กนักเรียนประถมศึกษาในชนบท. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น 2530 : 43.
17. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539,

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทางทันตกรรมป้องกัน

สุธา เจียรณนิโชติชัย
สุปราณี ดาโลดม

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน เป็นกลวิธีหนึ่งทางทันตกรรมป้องกัน ที่ถูกนำมาใช้เพื่อตรวจ คัดกรอง และจัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ของผู้รับบริการ โรคฟันผุจะถูกจัดความเสี่ยงเป็น 2 ระดับ คือ high risk caries และ low risk caries โรคปริทันต์จัดความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ high risk periodontitis, high risk gingivitis, low risk periodontitis, low risk gingivitis และ normal periodontium โดยมุ่งหวังว่าการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน จะทำให้สามารถจัดมาตรการทางทันตกรรมป้องกันแก่บุคคล ได้อย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยง สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องแก่ประชาชน ให้สามารถรับมือกับโรคทันตสุขภาพของตนเอง และคงสภาพการใช้งานของอวัยวะในช่องปากได้ตลอดไป

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุด ในปีพ.ศ. 2537^{1, 2} พบว่าจำนวนและการกระจายของโรคในช่องปากในประชากรไทย ยังคงมีความชุกสูง ระบาดวิทยาของโรคฟันผุ ในกลุ่มอายุ 5-6 ปี มีผู้ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนมเพียงร้อยละ 14.7 เท่านั้น และผู้ที่มีฟันน้ำนมผุไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 97 ในฟันถาวร ร้อยละของประชากรที่มีฟันผุสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามกลุ่มอายุ จากร้อยละ 63.7 ในกลุ่มอายุ 17-19 ปี เป็นร้อยละ 95 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ส่วนระบาดวิทยาของโรคปริทันต์ ในกลุ่มอายุ

12 ปี พบสภาวะเหงือกอักเสบถึงร้อยละ 75.3 และมีการสะสมของหินน้ำลายร้อยละ 87.5 ค่าเฉลี่ยของส่วนที่มีสภาวะเหงือกปกติลดลงเรื่อยๆ ตามกลุ่มอายุ จาก 1.4 ส่วนในกลุ่มอายุ 12 ปี เหลือเพียง 0.1 ส่วนในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

จากข้อมูลดังกล่าว ประชาชนส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาโรคฟันผุและ การรักษาโรคปริทันต์ แต่บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมยังมีไม่เพียงพอ ไม่สามารถให้บริการครอบคลุม ประชากรได้ทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันโรคทางทันตกรรม เริ่มเป็นที่ยอมรับในวงการทันตแพทย์

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ปรากฏว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายและจริงจัง แม้จะมีทันตแพทย์หลาย ๆ คนจัดบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก แต่ก็ยังไม่มีเป้าหมายที่แน่นอน ไม่มีแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่จะดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน ขณะเดียวกันมีผู้ป่วยไม่มากนัก ที่เล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญของการป้องกันโรคในช่องปาก

ในปัจจุบัน ได้มีการนำแนวคิดเรื่อง “การดูแลทันตสุขภาพแบบองค์รวม”³ มาใช้ โดยเน้นการดูแลรักษาทั้งตัวบุคคล ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยในสภาพที่มีชีวิตจิตใจ รวมไปถึงสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยมากกว่าดูแลเฉพาะโรคของเหงือกหรือฟัน หรืออาการของโรคที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเอง และการคงไว้ซึ่งทันตสุขภาพที่ดีนั้นไว้ให้นานที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทันตบุคลากรต้องพยายามให้การศึกษาพัฒนาและจูงใจผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัว

ภาระการดูแลสุขภาพในช่องปาก ซึ่งเดิมส่วนใหญ่เป็นภาระของทันตบุคลากร มุ่งเน้นที่การรักษาเป็นหลัก มีการส่งเสริมป้องกันและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการเล็กน้อย ไม่สามารถลดความชุกของโรคในช่องปากได้ จึงควรจะต้องปรับเปลี่ยน ให้ประชาชนได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยทันตบุคลากรเป็นผู้กำหนดหรือแนะนำกิจกรรมและวิธีการทางทันตกรรมป้องกันแก่ประชาชนอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

คลินิกทันตกรรมในสถานบริการระดับต่าง ๆ ซึ่งทันตบุคลากรมีโอกาสดำเนินการ และให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญ⁴ สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองของแต่ละบุคคล สร้างนิสัยการดูแลทันตสุขภาพ

อย่างถูกต้องถาวรได้ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคของผู้รับบริการเหล่านั้น แนวคิดในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในคลินิกของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่

- จัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล⁴

- มีเทคนิค เครื่องมือ วิธีการ และมาตรการทางทันตกรรมป้องกันง่าย ๆ ที่สามารถประเมินสภาวะทันตสุขภาพ และง่ายต่อการปฏิบัติ ทั้งโดยทันตบุคลากรและโดยผู้รับบริการ^{3,5}

- ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม^{3,4,6}

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อตรวจ คัดกรอง และจัดระดับความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ของผู้รับบริการ
2. เพื่อให้มีการจัดมาตรการทางทันตกรรมป้องกันเฉพาะบุคคล สามารถป้องกันโรค หรือรอยโรคที่อาจเกิดใหม่ในเวลาข้างหน้า อย่างถูกต้องเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของบุคคลนั้น

วิธีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน

1. วิธีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคฟันผุ⁷

- ตรวจฟันทุกซี่ในช่องปาก ทั้งการดูด้วยตาเปล่าและโดยใช้ Explorer

- สรุปความเสี่ยงต่อโรคฟันผุเป็น 2 กลุ่ม คือ

❶ **High risk caries** เป็นบุคคลที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง ได้แก่

1. มีประวัติ และลักษณะทางคลินิกเป็น Xerostomia
- หรือ 2. มีฟันหน้าล่างผุ (Lower anterior teeth caries) ≥ 1 cavities

หรือ 3. พบลักษณะฟันผุ 2 ใน 3 ของกรณีต่อไปนี้

- ฟันผุแบบ active (active caries) ≥ 2 cavities
- ฟันผุแบบ active (บริเวณ smooth surface) ≥ 1 cavities
- Secondary caries ≥ 1 cavities
- หรือ 4. พบการเพิ่ม (caries increment) ≥ 2 cavities/ year

๑ **Low risk caries** เป็นบุคคลที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุต่ำ จะอยู่นอกเหนือเงื่อนไขของ high risk caries

2. วิธีการคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์⁷

- ตรวจเฉพาะ Index teeth ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละส่วนในปากทั้ง 6 ส่วน ได้แก่ # 16, 11, 26, 46, 31, 36 ทั้งทาง buccal และ lingual โดยใช้ Periodontal probe
- จัดระดับความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์ใน index teeth ที่ตรวจพบ และแสดงด้วยตัวเลข

Code 0 = No bleed, No pocket (Normal)

Code 1 = Bleed, No pocket (Gingivitis)

Code 2 = Pocket ≥ 4 มม. (Periodontitis)

- สรุประดับความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์ทั้งปากที่ได้จากการตรวจโดยใช้ตัวเลขสูงสุดที่ตรวจได้จาก index teeth

- พิจารณาปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

ได้แก่

1. Bleeding on probing ≥ 2 sextants
2. โรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม
3. โรค HIV
4. สูบบุหรี่ > 10 มวน/วัน
5. อายุผู้ป่วย < 35 ปี

- จัดระดับความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์โดยใช้ข้อสรุประดับความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์ทั้งปากที่ได้จากการตรวจร่วมกับ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) จัดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์	จากการตรวจ	ปัจจัยเสี่ยง
level 1 : High risk Periodontitis	Code 2	ปัจจัยเสี่ยงข้อ 2-5 (ข้อใดข้อหนึ่ง)
level 2 : High risk Gingivitis	Code 1	ปัจจัยเสี่ยงข้อ 1-4 (ข้อใดข้อหนึ่ง)
level 3 : Low risk Periodontitis	Code 2	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง
level 4 : Low risk Gingivitis	Code 1	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง
level 5 : Normal periodontium	Code 0	

มาตรการทางทันตกรรมป้องกันเฉพาะบุคคล

1. มาตรการป้องกันโรคฟันผุ⁷

1.1 Basic preventive measure ที่ทุกคนควรได้รับ ได้แก่

- Health education

- การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง

- การใช้ Dental floss
- Pit & Fissure sealant
- Recall

1.2 Additional preventive measure สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุสูง ได้แก่

- การใช้ Fluoride เฉพาะที่ หรือ Fluoride mouthwash

- การทำ Caries control ด้วยการอุดฟันชั่วคราวทุกซี่ใน visit แรก

- การอุดฟันถาวร ถ้าเป็นไปได้ควรใช้วัสดุที่มี Fluoride release เช่น Glass ionomer

- การให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Diet advise)

2. มาตรการป้องกันโรคปริทันต์

2.1 Basic Preventive measure ที่ทุกคนควรได้รับ

- Personal Oral hygiene instruction

- การควบคุมคราบจุลินทรีย์ (Plaque control)

- Scaling และ/หรือ Polishing Full mouth

- Recall

2.2 Additional Preventive measure สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์สูง

- ประเมินสถานภาพอวัยวะปริทันต์ของฟันทุกซี่ในช่องปาก ทั้งโดยการตรวจและการถ่ายภาพรังสี

- Scaling & Root Planing

- กำจัดปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคเฉพาะที่

- Supportive periodontal care

หมายเหตุ : Additional preventive measure สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์สูง จะต้องมีการเลือกใช้ให้สอดคล้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของแต่ละบุคคล

บทวิจารณ์

เกณฑ์มาตรฐานในการคัดกรองบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และมาตรการทางทันตกรรมป้องกันเหล่านี้ ยังคงมีปัญหาที่ต้องการการติดตามประเมินความถูกต้องเหมาะสม และการปรับใช้ในพื้นที่มีประสิทธิภาพต่อไป ทั้งในเรื่องความแม่นยำ ความเที่ยงตรงของเกณฑ์ที่ใช้ ความเข้าใจและความพร้อมของทีมทันตบุคลากรที่จะปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกัน ความเข้าใจและความพร้อมของผู้รับบริการ การปรับระบบบริการและบริหารจัดการในคลินิกทันตกรรม ความเหมาะสมในทางวิชาการและการปฏิบัติของเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมาตรการทางทันตกรรมที่นำมาใช้

นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในเรื่องเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมาตรการทางทันตกรรมป้องกัน ศึกษาวิจัยระบบ และรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมป้องกันที่เป็นไปได้ ในคลินิกของ

สถานบริการระดับต่างๆ ต้องมีการประเมินผลทุกระดับ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการดำเนินงาน (process) ผลการดำเนินงาน (output) ผลจากปัจจัยอื่น (effect) และผลกระทบต่อทันตสุขภาพของประชาชน (impact) ทั้งในส่วนของพื้นที่และภาพรวมของการดำเนินงานในส่วนกลาง โดยมุ่งหวังว่าจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน ประชาชนจะมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เห็นความสำคัญของปัญหาในช่องปาก มีความรับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนและป้องกันพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพของตนเอง มีมาตรการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของตนเอง ความจำเป็นและความถี่ในการรับบริการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร รวมทั้งค่าใช้จ่ายและเวลาในการรับบริการ ก็จะลดลงด้วยสามารถคงสภาพการใช้งานของอวัยวะ ในช่องปากได้ตลอดไป

ในส่วนของท่านตบุคลากร มีเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ง่ายต่อการปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับทางวิชาการ สามารถจัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ของผู้รับบริการได้ ซึ่งการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรมป้องกัน จะเป็นการวิเคราะห์และทำนายสภาวะของโรคในช่องปากในอนาคต เพื่อจัดมาตรการการป้องกันโรคให้กับแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคได้ นอกจากนี้ ยังนำการจัดระดับความเสี่ยง ไปใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับการรักษา การตรวจวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกเริ่ม ลดความรุนแรง ความซับซ้อน และเวลาที่ใช้จัดบริการรักษาทางทันตกรรม ทำให้สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น

ปรับเปลี่ยนบทบาทจากการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อระงับอาการปวด ลดการอักเสบ การบูรณะการฟื้นฟูสภาพ มาเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และหามาตรการป้องกันที่ถูกต้อง เหมาะสมให้กับแต่ละบุคคลต่อไป ซึ่งจุดมุ่งหมายสุดท้ายของงานทันตกรรมป้องกัน ก็คือ ต้องการให้ประชาชนมีทันตสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพอย่างถูกต้อง สามารถรับผิดชอบดูแลทันตสุขภาพของตนเอง (Self care) ได้ตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537
2. รศ.สิทธิชัย ขุนทองแก้ว รศ.ประทีป พันธุมวนิช ผศ.ยุพิน ส่งไพศาล ผศ.ชลลชา ห้านริติชัย

“สุขภาพในช่องปากของประชากรไทย สภาพปัจจุบัน ปัญหาและข้อเสนอแนะ” การประชุมสัมมนา การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัยด้านสุขภาพในช่องปาก 27-28

พฤศจิกายน 2539 โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

3. อุทัยวรรณ กาญจนกมล ปรัชญา แนวคิดและหลักการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันการประชุมสัมมนาทางวิชาการ แนวทางพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก 8-10 ตุลาคม 2533 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานสรุปผลการประชุมสัมมนาหารูปแบบทันตกรรมป้องกันในคลินิก 27-29 เมษายน 2535 โรงแรมบางกอกพาเลซ กรุงเทพฯ
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการทันตกรรมป้องกันในคลินิก 27-29 เมษายน 2536 ทิววรรณชาเลย์ อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์
6. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 กรมอนามัย
Preventive dentistry in community care 26-28 มีนาคม 2539 โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพฯ
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข **“เกณฑ์มาตรฐานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคฟันผุโรคปริทันต์ มาตรฐานการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร”** การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมป้องกัน 8-10 มกราคม 2540 โรงแรมโบนนีซ่า อ.เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา

ปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกลุ่มอายุ และแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ ใน 20 ปีข้างหน้า

ยุพิน ส่งไพศาล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ตามกลุ่มอายุ และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริม
สุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุใน 20 ปีข้างหน้า

1. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
2. การประเมินสุขภาพช่องปาก
3. สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต
4. กลวิธีส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
5. การประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของ

การบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

6. ความก้าวหน้าทางวิทยาการทันตแพทยศาสตร์
7. การพัฒนาบุคลากร
8. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตาม
กลุ่มอายุ

การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

องค์การอนามัยโลกได้นิยาม “การส่งเสริม
สุขภาพ” ว่า คือ กิจกรรมการบริการด้านสุขภาพที่
ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น หรือรักษาสุขภาพ
การมีสุขภาพดีให้คงไว้ตลอดไป

ส่วน “การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก” คือ การ
ป้องกันโรคในชั้นปฐมภูมิ ที่ทำให้สุขภาพช่องปาก

คงสภาพที่ดีไว้ โดยการส่งเสริมให้มีความรู้ มีวิถีชีวิต
และสิ่งแวดล้อมที่ดี¹

การประเมินสุขภาพช่องปาก

หลักการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก
หรือองค์ประกอบการมีสุขภาพช่องปากที่ดี คือ

1. การปราศจากความเจ็บปวดหรือการติดเชื้อในช่องปาก
2. ช่องปากสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีเหมาะสม
ทั้งพันธุกรรมชาติและพันปลอม ที่ทำให้บุคคลนั้น
สามารถมีชีวิตในสังคมตามที่ปรารถนา
3. มีสุขภาพจิตที่ดีและมีความพึงพอใจ
4. ได้รับการทันตกรรมที่จำเป็นอย่าง
เหมาะสม

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่สมบูรณ์ที่สุด
เกิดมาจากการปรับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของทันตบุคลากร และของส่วนบุคคล เพื่อป้องกันก่อนที่โรคและความผิดปกติในช่องปากจะเกิดขึ้น

อาการเตือน (DENTAL²) ของการมีสุขภาพ
ช่องปากที่ไม่ดี

- D Dry mouth
- E Eating difficulties or changes in eating habits due to teeth or gum problems
- N No recent oral care
- T Tooth pain
- A Appearance concerns related to teeth or gums; and
- L Lesions in mouth.

สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต

ประสิทธิภาพการทำงานตามหน้าที่ของช่องปาก จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การเคี้ยวอาหาร การรับประทานอาหาร การพูด และการดำเนินชีวิตในสังคม สุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตในแง่สนับสนุนการทำงานของร่างกาย และทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตและสุขภาพที่สมบูรณ์ โรคและความผิดปกติในช่องปากที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ การมีฟันผุและปริทันต์อักเสบที่ไม่ได้รับการรักษา การสูญเสียฟัน การมีรอยโรคของเนื้อเยื่อในช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็ง และรอยโรคมะเร็ง (precancers and cancers) แผล trauma และ ความผิดปกติของช่องปากที่มีมาแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ หรือ การมีฟันตกกระ และการสบฟันผิดปกติ

ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต³ โดยวัดจาก การเจ็บป่วย ความพอใจ การอยู่ในสังคม ได้แก่

- การปราศจากความเจ็บปวดในช่องปาก นับเป็นเป้าหมายสุดยอดที่พึงประสงค์
- ช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไปของร่างกายและคุณภาพชีวิต เช่น การติดเชื้อทางร่างกาย การเคี้ยวอาหาร การกลืนอาหาร การพูดจา การยิ้ม รูปร่างหน้าตา และความสวยงาม ความพอใจและเชื่อมั่นในตนเอง การวางตัวในสังคม

โรคและความผิดปกติในช่องปากจะก่อให้เกิดการขาดงาน เป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวและการรับประทานอาหาร ความเจ็บปวดและความไม่สบายรูปร่างหน้าตาและความสวยงามของใบหน้า การนอนไม่หลับ การบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไป และการเก็บตัวและหนีสังคม

ในปัจจุบัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพยึดหลักการ Total patient care ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับ การแก้ไขปัญหาสุขภาพทั่วไป หรือ การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้ เนื่องจากช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ปัญหาสุขภาพย่อมมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือ ในทางกลับกัน ปัญหาสุขภาพช่องปากย่อมมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทั่วไปเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาสุขภาพมิค่อยได้คำนึงถึงสุขภาพช่องปากควบคู่กันไปเท่าใดนัก ยังเป็นการแก้ปัญหาในลักษณะที่ต่างคนต่างทำ ซึ่งดูเหมือนกับว่า ช่องปากมิได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายเช่นกัน

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปในทิศทางเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย⁴

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และลดการบริโภคน้ำตาล
2. การส่งเสริมให้ชุมชนมีสุขนิสัยที่ดี รวมทั้งอนามัยช่องปากด้วย เช่น สุขนิสัยในการชำระร่างกายหรือการอาบน้ำควบคู่ไปกับการแปรงฟันหรือการทำความสะอาดช่องปาก
3. การงดสูบบุหรี่ เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลเยื่ออ่อนในช่องปากด้วย
4. การลดอุบัติเหตุ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งรวมทั้งฟันด้วย
5. การปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม

6. การให้บริการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการให้บริการสุขภาพอื่น ๆ

กลวิธีส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กลวิธีส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการของการ บริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีการให้ทันต สุขศึกษาและบริการทันตกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะทันตกรรมป้องกัน

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะสัมฤทธิ์ผลได้ เกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. อนามัยช่องปากส่วนบุคคล
2. ประเภทของการบริการทันตกรรมและความสามารถของทันตบุคลากรในการให้บริการที่ สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี เช่น การให้ทันตสุขศึกษา การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและทันที่ รวมทั้ง การ บำบัดรักษา การป้องกัน เช่น การใช้สารเคลือบ หลุมร่องฟัน และการใช้ฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อม เช่น นโยบายหรือข้อบังคับที่ สนับสนุนกลวิธีการป้องกันและโภชนาการ เช่น นโยบายการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม

ปัจจัยด้านสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมาก ที่สุดต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เศรษฐฐานะและ สถานภาพของสุขภาพ จะสะท้อนให้เห็นถึงบริการที่ มีอยู่ การลงทุน และโครงการที่ดำเนินว่ามีประสิทธิ ผลมากน้อยเพียงไร

ระดับการศึกษาเช่นกัน ก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ช่องปาก เช่น ความรู้ทันตสุขศึกษา การมีทัศนคติ และวิถีชีวิตที่เหมาะสมต่อสุขภาพช่องปาก การใช้ บริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ การดูแลและรักษา สุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นกลไกที่เกิด จากการร่วมมือและประสานงานและการยอมรับ กลวิธีการป้องกันที่ใช้ ของบุคคล ชุมชน วิชาชีพ

โดยมีปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ สำคัญของการยอมรับและนำวิธีการเหล่านั้นไปปฏิบัติ

การป้องกันโรคในช่องปาก ด้วยวิธีการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก จะเป็นกุญแจสำคัญในการลดการ มีสุขภาพช่องปากที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลมา จากเศรษฐกิจและการเมือง

โรคในช่องปากจะเป็นในทุก เพศ วัย เชื้อชาติ โดยเฉพาะผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำจะมีโรคมากกว่า ซึ่งเป็นผลจากการสะสมโรคและความผิดปกติไว้โดยไม่ ได้รับการบำบัดรักษา หรือเกิดจากการสูญเสียฟันไป

ผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำ ควรจะ ได้รับการดูแลและแน่ใจว่ามีบริการเข้าถึง หรือได้รับ บริการที่เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ระบบการบริการ กฎเกณฑ์และข้อบังคับต่าง ๆ หรือการประกันสังคม และสุขภาพ การพิจารณาปัจจัยด้านสังคมของ ประชาชนและระบบการบริการ จะทำให้การส่งเสริม สุขภาพช่องปากมีความสำเร็จที่เป็นไปได้ค่อนข้างสูง

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะมีประสิทธิผล เมื่อประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมใน การป้องกัน มีการบริการทันตกรรมหรือทันต สาธารณสุขอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีระบบการจ่าย ค่ารักษาพยาบาลที่ประชาชนทุกคนสามารถรับ ภาระได้

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ส่วนบุคคล โดยมีความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
2. สถาบัน/องค์กร ในการวางกฎเกณฑ์และ นโยบาย

- โรงเรียน
- สถานที่ทำงาน
- กลุ่ม
- นโยบายด้านการเมือง
- ส่วนราชการในทุกระดับ

การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำเป็นต้องมีการ วางแผนและประเมินผลร่วมกัน รวมทั้งดำเนินงาน

ผสมผสานกัน และ ระหว่าง องค์กรหรือวิชาชีพอื่น ๆ เช่น

- ทีมสาธารณสุขมูลฐาน
- แพทย์ พยาบาล
- เกษัชกร
- โรงเรียน
- ชุมชน
- สื่อต่าง ๆ

การประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การบริการทันตกรรมหรือทันตสาธารณสุขในอนาคต (20 ปี ข้างหน้า) ที่จะสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากนั้น จะต้องคำนึงถึง คุณภาพ และประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คุณภาพ หมายถึง ระดับของความเป็นเลิศ
การประเมินคุณภาพ หมายถึง การวัดคุณภาพ
การประกันคุณภาพ หมายถึง การรักษามาตรฐานของการบริการหรือการปรับปรุงคุณภาพให้ติดอยู่ตลอดเวลา

การประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของการบริการทันตกรรมมีหลายวิธี ได้แก่

- ประสิทธิภาพและความเหมาะสม ซึ่งอาจจะกระทำได้โดยการสังเกต หรือ การวิจัย clinical trials ที่มีการคัดเลือกตัวอย่างศึกษาอย่างถูกต้อง
- ค่าใช้จ่าย/ผลได้ หรือ ค่าใช้จ่าย/ประสิทธิภาพ
- คุณภาพซึ่งจะต้องทำการประเมิน 3 ด้าน คือ
 - * โครงสร้างของบริการ ได้แก่ เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก บุคลากร และองค์กร
 - * กระบวนการ โดยสังเกต ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
 - * ผลกระทบ ซึ่งประเมินได้จาก สภาวะสุขภาพช่องปาก

นอกจากนี้ควรได้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งได้มีการกำหนดไว้ตามเป้าหมายทันตสุขภาพปี 2543 (ตารางที่ 1 ที่แนบท้าย) เกณฑ์ดังกล่าวนี้ยังสามารถใช้ได้ต่อเนื่องไปอีก 20 ปีข้างหน้า เพียงแต่เปลี่ยนแปลงตัวเลขเท่านั้น เป็นที่โชคดีที่งานทันตสาธารณสุขได้วางแนวทางในการประเมินนี้ไว้เป็นระยะ ๆ ตามระยะเวลา (ทุก 5 ปี) ในการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติไว้

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัย หรือการรวบรวมข้อมูลและการประเมิน เพื่อนำมาปรับปรุงบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น

1. ระยะเวลาที่เหมาะสมของการตรวจสุขภาพช่องปาก
2. จำนวนครั้งที่เหมาะสมของการทำความสะอาดช่องปากโดยทันตบุคลากร
3. การใช้ฟลูออไรด์และสารชนิดอื่นเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุเริ่มแรก
4. วิธีการใส่ฟันปลอม รวมทั้งการทำทันตกรรมรากเทียม
5. การรักษาผู้ป่วยทันตกรรมที่มีอาการทางร่างกายร่วมด้วย
6. การป้องกันอาการแทรกซ้อนที่เกิดในช่องปากหลังเกิดจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง
7. ความเหมาะสมของการใช้วิธีพิเศษรักษาโรคใหม่ ๆ
8. การพิจารณาและการรักษาโรคมะเร็งในช่องปาก
9. การบริการทันตกรรมแบบอื่น ๆ การเพิ่มศักยภาพและหน้าที่ของบุคลากรผู้ช่วยอื่น ๆ เพื่อให้สามารถรองรับบริการให้ครอบคลุมและเหมาะสมขึ้น

ความก้าวหน้าทางวิทยาการทันตแพทยศาสตร์

ปัจจุบันวิทยาการทันตแพทยศาสตร์มีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การเก็บรักษาพันธุกรรมชาติ

เป็นไปได้มากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาด้านวัสดุที่ใช้ในทางทันตกรรม ทำให้ลดความเจ็บปวด ขั้นตอนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ ดังตัวอย่าง เช่น

- การรักษารากฟันแทนการถอนฟัน ซึ่งแต่เดิมจะต้องมารับบริการหลายครั้งจนกว่าจะเสร็จ ในปัจจุบันสามารถทำให้เสร็จได้ภายในครั้งเดียว ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ค่าเสียเวลา และเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้มารับบริการได้

- วิวัฒนาการของวัสดุบูรณะฟัน ที่ใช้สารสังเคราะห์แทนการใช้โลหะ เช่น amalgam ซึ่งปัจจุบันมีการต่อต้านการใช้ เนื่องจากเกรงการสะสมของพิษปรอทในร่างกาย สารเหล่านั้น ได้แก่ composite resin และ glass ionomer โดยเฉพาะสาร glass ionomer นี้มีคุณสมบัติพิเศษในการปล่อยสารฟลูออไรด์ เพิ่มคุณสมบัติในการยับยั้งฟันผุที่จะเกิดขึ้นใหม่ได้อีกด้วย

- การพัฒนาการบูรณะฟันโดยไม่ใช้เครื่องกรอฟัน (Atraumatic Restorative Treatment (ART) technique for Dental Caries) ลดขั้นตอนความรำคาญ ความกลัว และค่าใช้จ่าย ในการบริการลงได้ นอกจากนี้ ยังทำให้สามารถให้บริการแก่ชุมชนที่อยู่ห่างไกลด้วย โดยหลักการการบูรณะฟันด้วยวิธีนี้ จะใช้ร่วมกับสารบูรณะฟัน glass ionomer ซึ่งสามารถยึดติดกับเนื้อฟันด้วยกระบวนการทางเคมี (chemical bond) ดังนั้น การบูรณะฟันด้วยวิธีนี้ จึงเป็นการรักษาที่เป็นทั้ง primary prevention คือ มีฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ secondary prevention คือ เป็นการป้องกันมิให้โรคฟันผุลุกลามมากขึ้น tertiary prevention คือ ฟันผุสภาพของฟันชิ้นนั้นให้ใช้งานในการบดเคี้ยวได้ต่อไป วิธีการนี้เหมาะมากสำหรับเด็ก เนื่องจากไม่มีเสียงรบกวนจากเครื่องกรอฟัน ลดความกลัวสามารถเข้าถึงได้ในชนบท เพราะใช้เครื่องมือชิ้นเล็ก (hand instruments) ไม่จำเป็นต้องใช้ชุดเก้าอี้ทำฟัน สามารถให้บริการได้ที่โรงเรียน ทำให้ลดการสูญเสีย

ทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวรในเด็กลงได้อย่างมาก เพราะสามารถบำบัดรักษาฟันที่ผุได้แต่เนิ่น ๆ วิธีการนี้ใช้ได้กับทุกวัย

การพัฒนาบุคลากร

- เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามหลักการ Total patient care และมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมด้วยนั้น บุคลากรด้านการแพทย์และการทันตแพทย์ควรได้รับการพัฒนาให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกันและประสานงานใกล้ชิดกันมากขึ้น การศึกษาทันตแพทยศาสตร์ได้มีการเปลี่ยนแปลง ให้มีการศึกษาร่วมกับนักศึกษาแพทยมากขึ้น แนวโน้มในอนาคตของทันตแพทย์จึงจะเป็น "Oral physician" หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคช่องปาก มากขึ้น ซึ่งรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ ควรมีความรู้และความสามารถที่จะให้ความรู้และแนะนำการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสอนแปรงฟันที่ถูกต้อง และการส่งต่อผู้ป่วย

- ทันตบุคลากรเอง จะต้องมีการพัฒนาตนเองด้วยระบบการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้ติดตามความก้าวหน้าและวิวัฒนาการทางทันตแพทยศาสตร์ให้ทัน รวมทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา ซึ่งจะต้องมีการปลูกฝังลงในหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์

- ทันตบุคลากรประเภทผู้ช่วย ซึ่งปัจจุบันคือ ทันตภิบาล ให้การดูแลทันตกรรมอย่างง่ายและทันตกรรมป้องกัน โดยเฉพาะในเด็ก อาจจะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาท เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและประชากร โดยดูแลผู้สูงอายุด้วย หน้าที่ของทันตภิบาลจะเปลี่ยนไปจากเดิม ดังนั้น ชื่อที่เรียกในภาษาอังกฤษ ควรจะเปลี่ยนจาก Dental nurse เป็น Dental therapist ตามหน้าที่

- ผู้ช่วยทันตแพทย์ ควรเปลี่ยนชื่อและบทบาทเป็นผู้ช่วยทันตกรรม คือ ช่วยข้างเก้าอี้ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล เพื่อให้ทันตแพทย์และทันตภิบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรเพิ่มทักษะในการช่วยงานทันตกรรมเฉพาะทางมากขึ้น

- ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คือ ความพร้อมและการมีบริการทันตสาธารณสุข ซึ่งจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ในปัจจุบัน ด้วยจำนวนทันตบุคลากรที่มีอยู่ ยังไม่สามารถให้บริการให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงได้ ดังนั้น จึงควรพัฒนาให้มีทันตบุคลากรประเภทผู้ช่วยอื่นๆ อย่างที่มีอยู่ในประเทศหลาย ๆ ประเทศ เช่น Dental hygienist ซึ่งทำหน้าที่ดูแลอนามัยช่องปากของประชาชน ทำให้ทันตแพทย์สามารถทำงานอื่นที่ยุ่งยากหรืองานบริหาร ในการควบคุมกำกับโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

- งานทันตกรรมป้องกันบางชนิด มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก สามารถถ่ายทอดให้แก่ ครู หรือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขได้ หากมีความจำเป็น เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุโดยครู การขูดหินน้ำลาย การสอนทันตสุขศึกษา การสอนแปรงฟัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ

วิถีชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หรือพฤติกรรมต่อไปนี้อย่างมาก

1. การรักษาอนามัยช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล
3. การใช้ฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง

4. การใช้บริการทันตกรรมอย่างเหมาะสม

วิธีการเหล่านี้มิใช่เป็นวิธีใหม่ในบ้านเรา ประเทศเราได้ดำเนินกลวิธีนี้มาเป็นเวลาหลายปี ตั้งแต่แผน 4 อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่ได้ต่อสุขภาพช่องปากนั้น ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากของประเทศในหลายครั้งที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจสรุปสาเหตุได้ดังนี้ คือ

- การไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องของโครงการ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากร และการประสานงานร่วมกัน ซึ่งในที่นี้ มิได้หมายถึงเฉพาะทันตบุคลากรเท่านั้น หากมีการประสานร่วมกันกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ก็จะทำให้การครอบคลุมของโครงการดีขึ้น

- การบริหารจัดการและการกำกับติดตามโครงการ ไม่สามารถดำเนินการได้ ด้วยการขาดบุคลากร และทักษะการบริหารจัดการโครงการของทันตบุคลากรที่มีจำกัด

- การควบคุมคุณภาพของวิธีการหรือโครงการ
- การพัฒนาและเลือกกลวิธีที่เหมาะสมต่อกลุ่มอายุ กลุ่มอาชีพ การศึกษา และเศรษฐกิจ

- เดิมรัฐเน้นนโยบายการครอบคลุมบริการเป็นหลัก มากกว่าการเน้นด้านคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมล้วน ๆ จึงจำเป็นต้องใช้เวลาและมีความต่อเนื่อง

มาตรฐานสุขภาพช่องปากของแต่ละกลุ่มอายุได้กำหนดไว้แล้วในเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในแต่ละกลุ่มอายุมีเกณฑ์การประเมินไม่เหมือนกัน

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

1. การรักษาอนามัยช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรเริ่มการใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟันที่ใช้ในกลุ่มอายุนี้นี้ควรใช้ปริมาณน้อยที่สุด เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถบ้วนออกได้ดี เด็กมักจะกลืนยาสีฟัน จึงควรเลือกใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์

ในระดับต่ำกว่าที่ใช้ในผู้ใหญ่ หรือใช้ในปริมาณที่น้อยลง แต่เป็นรอยเปื้อนยาสีฟันเท่านั้น

- ควรสนับสนุนให้มีการผลิตและจำหน่ายยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในระดับที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ซึ่งในปัจจุบันไม่มีการจำหน่ายเนื่องจากระดับฟลูออไรด์ในยาสีฟันที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดไว้มีเพียงระดับเดียว ในอนาคต ควรจะได้มีการทบทวนและกำหนดมาตรฐานใหม่ให้เหมาะสม

- ควรใช้วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมกับการพัฒนาทักษะของเด็กในวัยนี้ การแปรงฟันด้วยวิธี scrub คือถูไปถูมาในระยะสั้น จะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น เอกสาร หรือสื่อที่ให้ความรู้แก่ประชาชนควรระบุความเหมาะสมของวิธีการแปรงฟันในแต่ละกลุ่มอายุด้วย

2. ลดการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล

- งดการให้นมหวาน หรือการดูดนมขวดเป็นเวลานาน ควรเลิกการดูดนมขวดในอายุที่ควร คือ 1 ปี ในต่างประเทศมีกฎหมายให้ใช้น้ำตาลเทียมผสมในยาของเด็ก ทำให้โอกาสที่เด็กได้รับของหวานลดลง ควรมีการให้ความรู้แก่พยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อถ่ายทอดให้แก่ได้

3. การใช้ฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง

- วิธีที่สะดวกที่สุด คือ การได้รับฟลูออไรด์จากยาสีฟัน ซึ่งร่วมไปกับการแปรงฟัน

4. การใช้บริการทันตกรรมอย่างเหมาะสม

- ควรได้รับการตรวจและแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่เนิ่น เพื่อให้เด็กมีทัศนคติที่ดีและคุ้นเคยต่อการไปพบทันตแพทย์และการบริการทันตกรรม

- ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละครั้ง และได้รับการบำบัดรักษาฟันที่ผุทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวรด้วยเทคนิค ART

กลุ่มเด็กวัยเรียน

1. การรักษาอนามัยช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ

- ปัจจุบันมีการส่งเสริมกิจกรรมนี้อยู่แล้ว โดยโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา อย่างไรก็ตาม หลักการของโครงการยังใช้ได้อยู่ เพียงแต่จะต้องปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการและการกำกับติดตามให้มีประสิทธิผลมากกว่านี้ โดยเฉพาะทัศนคติของครูและผู้บริหารการศึกษาท้องถิ่น มีการสนับสนุนในด้านนโยบายและแรงจูงใจยาสีฟันให้เข้มข้นมากขึ้น ในส่วนของทันตบุคลากรเอง คงจะต้องทบทวนวิธีดำเนินงาน

2. ลดการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล

- ควรมีมาตรการจำกัดการขายอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลสูงในโรงเรียน หากเป็นไปได้ เพิ่มการขายผลไม้มากขึ้น หรือโดยวิธีให้ทันต-สุขศึกษาแก่นักเรียน ระบุมือที่ติดกับร่างกายและช่องปากในการบริโภคอาหารที่หวาน เป็นที่ยอมรับว่าการห้ามไม่ให้รับประทานอาหารหวานเป็นไปไม่ได้ยาก อย่างไรก็ตาม ควรรับประทานให้ถูกวิธี โดยรับประทานเป็นครั้งคราว อย่ารับประทานจุจิกหรืออมลูกอมตลอดเวลา ในบางประเทศมีการจำกัดการรับประทานขนมหวานเฉพาะในวันหยุดเท่านั้น โดยความร่วมมือของสมาคมครูและผู้ปกครอง

- ไม่ควรให้รางวัลเด็กด้วยการให้ขนมหวาน

- นโยบายของรัฐในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยการแจกนมเน้น ไม่ควรแจกนมหวาน เพราะเป็นการสร้างนิสัยให้เด็กชอบรสหวาน ควรมีกฎหมายควบคุมสื่อโฆษณาที่มีการแจกของเล่นแถมในขนมหวาน หรือการใช้น้ำตาลเทียม

3. การใช้ฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง

- รูปแบบของฟลูออไรด์ที่เหมาะสม คือ ในยาสีฟัน ซึ่งจะได้รับพร้อมไปกับการแปรงฟัน

กระทรวงศึกษาธิการควรแจกยาสีฟันและแปรงสีฟัน
ร่วมไปกับการแจกเสื้อผ้า หรืออุปกรณ์การเรียน

4. การใช้บริการทันตกรรมอย่างเหมาะสม

- ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
อย่างน้อยปีละครั้ง และได้รับการบำบัดรักษาฟันที่ผุ
ทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวรด้วยเทคนิค ART

กลุ่มวัยหนุ่มสาว

- โครงการที่ใช้ในกลุ่มวัยเรียนควรขยายไป
ถึงโรงเรียนมัธยมด้วย ครูอาจจะไม่ต้องดูแลมาก ใช้
วิธีการเพื่อนช่วยเพื่อนแทน

กลุ่มวัยทำงาน

- ควรมีสวัสดิการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ด้วย การประกันสังคมหรือสุขภาพ ควรจะมีการ
บำบัดรักษา เช่น การอุดฟัน และการฟื้นฟูสภาพ เช่น
การใส่ฟันเฉพาะที่จำเป็นร่วมด้วย ในปัจจุบัน
ประชาชนในวัยทำงานได้รับประกันสังคมและการดู
แลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้เน้นรวมการบำบัด
รักษาทางทันตกรรมเข้าไปด้วย ซึ่งทำให้ไม่เห็น
ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก หรือ ถือว่าช่อง
ปากเป็นส่วนนอกร่างกาย

กลุ่มสูงอายุ

- ควรมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิก
ผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
อาจจะเน้นเพียงการตรวจประจำปีละครั้ง

- พี่เลี้ยงผู้สูงอายุ ควรได้รับการอบรมใน
การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

สรุป

การวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากในอีก 20
ปีข้างหน้า จำเป็นต้องคำนึงถึง

1. การพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคลากร
อย่างต่อเนื่อง

2. นโยบายและการสนับสนุนจากรัฐบาลที่
เด่นชัด

3. การประสานงานและดำเนินงานร่วมกัน
ในระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรม
ชัดเจน

4. การควบคุมคุณภาพ ด้วยการประเมินผล
อย่างจริงจัง

5. การวิจัยสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Gift HC. Social factors in oral health
promotion. In Schou L, Blinkhorn As ed.
Oral Health Promotion. Oxford Medical
Publications, 1993.
2. Morley J, Spiro AA. Dental longitudinal
study, Edith Nourse Rogers Memorial VA
Hospital, Bedford, Massachusetts
3. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health-
related quality of life. Medical Care
33:NS57-NS77; 1995.
4. Shieham A. Development of oral health
strategies. In : Kay E. ed. Turning Strategy
into Action. Eden Bianchi Press,
Manchester, 1995.
5. Andersen R, Marcus M, Mahshigan M. A
comparative systems perspective on oral
health promotion and disease prevention.
In Cohen LK, Gift HC. ed Disease
Prevention and Oral Health Promotion.
Muunkgaard 1995, Copenhagen. pp
307-340.
6. Antczak-Bouckoms A. Quality and
effectiveness issues related to oral health.
Medical Care 33:11;NS123-NS142., 1995

7. สิทธิชัย ขุนทองแก้ว ประทีป พันธุมวนิช ยุพิน
ส่งไพศาล ชลธชา ห้านิรติศัย. สุขภาพในช่องปาก
ของประชากรไทย สภาพปัจจุบัน ปัญหา และ
ข้อเสนอแนะ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม
การวิจัย (ส.ก.ว.) พฤศจิกายน 2539.
8. Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T,
Frencken J. Atruamatic Restorative
Treatment (ART): athree year community
filed trial in Thailand - survival of
onesurface restorations in the permanent
dentition. J of Pub Hlth Dentisttry 56:141-
145, 1996.
9. Songpaisan Y, Bratthal D, Phantumvanit
P, Sumridhivej Y. Effects of glass ionomer
cement, resin-based pit and fissure sealant
and HF application on occlusal caries in a
developing countries field trial. Commu
nity Dent Oral Epidemiol 23:25-29, 1995

การส่งเสริมทันตสุขภาพ : กลยุทธ์ทางการเมือง และการบริหาร ศ.ออบรีย์ ไชแอม (Aubrey Sheiham) มหาวิทยาลัยลอนดอน

แปลโดย สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เอกสารประกอบการบรรยายในการสัมมนา
นานาชาติ เรื่อง The Promotion of Healthy
Lifestyle Conducive to Oral Health ณ โรงแรม
ไพลิน จ.สุโขทัย วันที่ 6-9 กันยายน 2537 จัดโดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (หนังสือ The
Promotion of Healthy Lifestyle Conducive to
Oral Health : Proceedings of the Seminar.
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2539.)

ประเด็นสำคัญของบทความนี้ คือ การทำให้
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้อย่างดีและดำเนินไปด้วยดี
อีกทั้งสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการสนับสนุน
เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้เกิด
ทักษะในการตัดสินใจได้โดยง่าย และทำให้กิจกรรม
ในชุมชนเข้มแข็งขึ้น [WHO 1986] ประเด็นที่สองก็
คือ การเรียนรู้จากผู้อื่นเพื่อจำได้ทำให้ประชาชนหา
ทางเลือกสำหรับการมีสุขภาพดีง่ายขึ้นนั่นคือ
“การก้าวกระโดดข้าม” ให้พ้นจากวิธีการที่ล้าสมัยที่
เคยใช้ในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตก และกลายเป็น
ผู้นำมากกว่าจะเป็นผู้ตามที่ลอกเลียนวิธีการผู้
อื่นราวกับทาส ข้าพเจ้าจะเริ่มจากประเด็นนี้ก่อน
เพราะนัยของเรื่องนี้มีความสำคัญมาก

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาค่าฟันผุ ถอน อุด หรือ
ค่า DMFT มีการลดลงอย่างมากในประเทศ
อุตสาหกรรมหลายประเทศด้วยเหตุผลหลาย
ประการซึ่งยังไม่ชัดเจนเพราะข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการ
คาดประมาณของผลของปัจจัยทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็น
เป็นการใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล การ
เปลี่ยนแปลงแบบรูปการบริโภคน้ำตาลและวิธีการ
ป้องกันทางทันตสุขภาพนั้นไม่สามารถจะหาได้ เหตุ
ผลที่เป็นไปได้ที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดว่าเป็นเหตุ
ของการลดลงดังกล่าวก็คือ การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์
การวินิจฉัยโรค การเปลี่ยนแปลงแบบรูปการบริโภค
น้ำตาล การใชยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลาย การ
ปรับปรุงอนามัยช่องปาก และการแปรผันอย่างเป็น
วัฏจักรตามธรรมชาติ มีคนน้อยมากที่ได้พิจารณา
ถึงบทบาทที่เป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงของ
เศรษฐกิจสังคมที่กว้างขึ้น แม้ว่าจะมีหลักฐานที่
แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจ
และสังคมกับสุขภาพโดยทั่วไปและทันตสุขภาพก็ตาม
แทบจะไม่มีข้อสงสัยเลยว่าฟลูออไรด์ในยาสี
ฟันมีส่วนในการลดฟันผุ อย่างไรก็ตามมีเหตุผล
อย่างอื่น ๆ บางประการที่ถือได้ว่าสำคัญต่อการลด

ลงของฟันผุ แต่ไม่สามารถยืนยันได้อย่างเพียงพอ และไม่ถูกท้าทายตัวอย่างเช่น ผู้วิจารณ์ที่สันติกรณียหลายคนพิจารณาว่า บริการทันตกรรมเป็นเหตุผลสำคัญของการลดลงของโรคฟันผุ โดยมิได้แสดงหลักฐานที่หนักแน่นในการอธิบาย ถึงกระนั้นข้อสรุปโดยรวมจากการศึกษาอย่างกว้างขวางทั่วถึงมีอยู่ว่าการให้บริการทางทันตกรรมนั้นไม่ค่อยมีความสำคัญ ในการอธิบายความแตกต่างของอัตรารายปี รวมของค่า DMFT ในเด็กอายุ 12 ขวบ ในทศวรรษที่ 1970 สำหรับประเทศต่าง ๆ รวม 18 ประเทศ นอกจากนี้ ยังมีผู้สงสัยที่คณะที่ว่าการใช้ยาซีฟันฟลูออไรด์เป็นสาเหตุเฉพาะของการลดลงของค่า DMFT (Nadanovsky 1993) สุขศึกษาและมาตรการป้องกันส่วนบุคคลไม่ปรากฏว่ามีผลที่วัดได้ต่อการลดลงของโรคฟันผุ

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนพื้นฐานของทันตกรรมป้องกันอย่างเข้มข้น โรคฟันนั้นป้องกันได้โดยไม่ต้องพึ่งทันตแพทย์เพราะการที่ฟันผุลดลงนั้นเกิดจากเหตุผลที่อยู่นอกวงการทันตแพทยศาสตร์ และทันตแพทย์เองก็มีบทบาทที่ไม่ค่อยสำคัญนัก เราควรต้องพิจารณากันใหม่ถึงสิ่งที่ทันตแพทย์พึงกระทำ

การลดลงของค่า DMFT นั้น โดดเด่นมาก และแสดงถึงผลที่จะบรรลุได้ ภายใน 10 หรือ 20 ปี ในประเทศอังกฤษและเวลส์ในปี ค.ศ. 1973 65 % ของเด็กวัย 8 ขวบมีประสบการณ์ฟันผุ เมื่อถึงปี ค.ศ. 1993 ตัวเลขดังกล่าวลดลงเหลือ 17 % ในเด็กอายุ 15 ปี ค่าเฉลี่ย DMFT ลดลงจาก 5.9 ในปี ค.ศ. 1983 เหลือ 2.5 ในปี 1993 (OPCS 1994) ในกลุ่มผู้มีอายุ 16-24 ปี ที่มีฟันที่ติดไม่ต้องการการรักษาจำนวน 18 ซี่ หรือมากกว่านั้น จำนวนของคนกลุ่มนี้เพิ่มจาก 44 % ในปี 1968 เป็น 83 % ในปี 1988 (Todd & Lader 1994) ความรุนแรงของโรคฟันได้ลดลงไปพร้อมกับที่มีการขยับไปทางซ้ายของการกระจายความถี่ของผู้เป็นโรค แบบรูปของการผู้ด้านของ

ฟันนั้นก็เปลี่ยนไป ด้วยเหตุที่ฟันผุ 2 ด้านจะพบน้อยที่ระดับค่า DMFT ต่ำ สิ่งที่พบจึงเป็นรอยโรคที่เล็กกว่า (ส่วนใหญ่เป็นฟันผุที่หลุมและร่องฟัน) ซึ่งมีน้อยมากที่จะลุกลามต่อ และในปัจจุบันการลุกลามนี้ก็ช้ากว่าที่เคยเป็น (Ekanayake & Sheiham 1987)

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าฟันผุนั้นเป็นโรคที่ป้องกันได้และสามารถทำให้ลดลงได้อย่างมาก ภายในระยะเวลา 10 ปีหรือราวๆ นั้น นอกจากนี้การป้องกันก็ทำได้ ด้วยมาตรการง่ายๆ ได้แก่ การใช้ยาซีฟันผสมฟลูออไรด์ และการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร (ฟันผุเป็นโรคที่เกิดเพราะน้ำตาลเป็นตัวชักนำ) และในกรณีของโรคปริทันต์ก็ป้องกันได้โดย การปรับปรุงความสะอาดของช่องปาก ซึ่งส่วนหนึ่งก็คือการลดการสูบบุหรี่ ไม่มีหลักฐานใดที่บ่งว่า การรักษาที่ดีขึ้น บริการป้องกัน หรือ การเพิ่มจำนวนของทันตบุคลากรนั้นเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ทันตสุขภาพดีขึ้น ซึ่งก็เป็นดังทฤษฎีของแมคควิน (McKeown theory) กล่าวไว้ว่า (Nadanovsky 1993) การเพิ่มค่าใช้จ่าย “ในส่วนของ การรักษาแบบเดิมมีผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้นต่อทันตสุขภาพของประชาชน” (Moller 1987)

การลดลงของโรคฟันผุทำให้ทันตแพทย์มีมากขึ้นและคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยหลายแห่งต้องหยุดดำเนินการ แต่ว่าการเรียนการสอนและการปฏิบัติทางด้านการป้องกันยังคงเรียกได้ว่าเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง มีการตอบสนองที่เห็นได้ชัดเจนเพียงอย่างเดียวก็คือ การพยายามที่จะเลือกหาผู้ที่ “มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค” และใช้วิธีการป้องกันแบบเดิมๆ วิธีนี้บางทีอาจจะเหมาะสมก็ได้ ถ้าเราจะสามารถทำนายได้ว่าใครเป็นผู้ที่จัดว่ามีความเสี่ยงสูง (ในทางสถิติเราสามารถทำนายได้ถ้าการกระจายของโรคเป็นแบบสองหย่อม หรือ Bimodal) อย่างไรก็ตามการทำนายดังกล่าวในปัจจุบันยังเป็นไปไม่ได้ กลยุทธ์ที่ใช้ผู้ที่มีความเสี่ยง

สูงเป็นศูนย์กลางนี่เป็นที่นิยมในกลุ่มทันตแพทย์ในคลินิกและกลุ่มผู้ผลิตน้ำตาลและขนมหวาน เพราะมาตรการนี้เสนอแนะว่า ปัญหาทั้งหมดขึ้นอยู่กับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม กราฟการกระจายของโรคฟันผุและการบริโภคน้ำตาลนั้นมีลักษณะต่อเนื่อง ดังเช่นที่โรสรายงานว่า “การกระจายนั้นโดยปกติแล้วจะไม่ค้ำเนินถึงส่วนของประชากรที่ให้ค่าในส่วนหาง” [Rose 1987] ถึงแม้ว่าเราจะพบวิธีการทำนายโรคก็ตาม ปรากฏว่ายังมีโรคอยู่อีกมากเพราะจุดตัดที่ใช้เป็นค่าที่บ่งบอกผู้ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นไม่เจาะจงและเป็นเพียงค่าสัมพัทธ์เท่านั้น

บทเรียนสำหรับประเทศไทยและการเป็นผู้นำก็คือ ในอนาคตทันตแพทย์ควรจะทำการบูรณะฟันน้อยลง ควรบูรณะฟันให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นและมีวิธีการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น ทันตกรรมป้องกันสมัยใหม่มีความคิดศูนย์กลางอยู่ที่การหลีกเลี่ยงการเข้าแทรกแซงรักษาเพื่อเปิดโอกาสให้การป้องกันมีผลเสียก่อน เมื่อการลุกลามของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ เช่นว่าระยะห่างของการไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือนนั้นควรจะขยายเป็น 18 เดือนหรือมากกว่านั้น (Sheiham 1977)

ที่ระดับการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่มีค่าต่ำนั้น วิธีการป้องกันแบบดั้งเดิม เช่น การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ การทาฟลูออไรด์โดยทันตแพทย์ และการให้ทันตสุขศึกษาข้างเก้าอี้แบบเข้มข้นนั้นมีประสิทธิผลไม่คุ้มทุน (Foch 1981) การปฏิบัติการป้องกันโดยทันตแพทย์นั้นควรจำกัดอยู่เฉพาะที่การควบคุมดูแลบุคลากรผู้ช่วย (Nuffield Foundation 1993) ที่ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันแก่เด็กที่คัดเลือกแล้วและให้บริการป้องกันโดยวิธีการง่าย ๆ วิธีการเหล่านี้ซึ่งเคยจำกัดอยู่เฉพาะกับเด็ก ๆ นั้น ได้กลายเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมมากขึ้นกับกลุ่มคนที่มีวัยสูงกว่าซึ่งมีชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้นและรักษาฟันไว้ได้ยืนนานขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม บทบาทของ

ทันตแพทย์รายบุคคลในการป้องกันนั้นยังมีข้อจำกัด ทันตแพทย์ในส่วนของท่านตสธารณสุขควรจะประสานงานริเริ่มสร้างสรรค์การส่งเสริมทันตสุขภาพในท้องถิ่น

ส่วนที่เหลือของบทความนี้จะเป็นเรื่องของกลยุทธ์ในการทำให้ประชาชนสามารถเลือกทางเลือกที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีขึ้น และเรื่องของความเหมาะสมของแนวคิดใหม่ทางพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา

พฤติกรรมที่มีผลต่อโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโภชนาการ สิ่งสกปรก (คราบจุลินทรีย์) บุหรี่ อุบัติเหตุและความเครียด พฤติกรรมเหล่านี้บุคลากรด้านการแพทย์พิจารณาเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพ แต่สำหรับประชาชนทั่วไปแล้วจะเห็นเป็นสิ่งปกติในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพนั้นเกิดขึ้นในระดับกิจวัตรประจำวันนั่นเอง การสูบบุหรี่ ปริมาณการออกกำลังกาย ชนิดของอาหารที่เลือกซื้อและบริโภค และการดื่มสุรานั้น ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกิจกรรมประจำวันในลักษณะที่ไม่รับรู้ถึง “ข่าวสารทางสุขภาพ” เพราะพฤติกรรมเหล่านี้ผสมผสานอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมและกระบวนการปรับตัวของบุคคลแต่ละคน (Hunt & Macleod 1987)

การอธิบายถึงทันตสุขภาพในส่วนของคุณคนแต่ละคนเพียงอย่างเดียวเท่านั้นจะทำให้รับทางสังคม สำหรับการเลือกทางเลือกส่วนบุคคลยังคงถูกบดบังเอาไว้ ปัญหาอย่างหนึ่งเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาเชิงพฤติกรรมในการปรับปรุงทันตสุขภาพนั้นก็คือน่า ปริมาณของการควบคุมที่ประชาชนทำได้ต่อสุขภาพของตนเองนั้นได้รับการคาดหมายไว้สูงเกินไป ในความเป็นจริงสุขภาพดีอาจกำหนดได้ด้วยหลายสิ่งหลายอย่างนอกเหนือจากพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น สุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลเท่า ๆ กันจากสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณาในแง่ของทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่มีอยู่

วิธีการแก้ไขปัญหาค้นหาทัศนภาพที่เด่นชัดในปัจจุบันในลักษณะที่เป็นการป้องกันอันตรายได้ ดังเรื่องเปรียบเทียบต่อไปนี้ ชายคนหนึ่งยืนอยู่ริมฝั่งแม่น้ำ เขาได้ยินเสียงร้องจากคนอีกคนหนึ่งที่กำลังจะจมน้ำอยู่ ชายคนแรกจึงกระโดดลงไปในแม่น้ำ และช่วยดึงคนที่กำลังจะจมน้ำกลับเข้าฝั่ง และช่วยผายปอด ในขณะที่ชายคนที่จมน้ำเริ่มมีอาการดีขึ้น ก็มีเสียงร้องขอให้ช่วยจากอีกหลายคนที่กำลังจะจมน้ำ ชายผู้ช่วยชีวิตผู้นั้นจึงกระโดดลงไปในน้ำและช่วยชีวิตคนได้อีกบางคน แต่เขาไม่สามารถช่วยชีวิตคนเหล่านั้นได้โดยลำพัง เขาจึงไปหาผู้ช่วยและเครื่องมือช่วย แต่เขาก็ยังคงไม่อาจช่วยได้หมด ดังนั้นพวกเขาจึงต้องทำงานกันเป็นทีมที่เร็วขึ้น เป็นแบบสี่มือและหกมือ และใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนมากขึ้น ถึงกระนั้นก็ตาม จำนวนคนที่จมน้ำก็มีมากเสียจนกระทั่งบางคนไม่อาจได้รับการช่วยเหลือทันก่อนที่ความเสียหายอย่างถาวรจะเกิดขึ้น ทำอย่างไรชายผู้ช่วยชีวิตจึงจะหยุดยั้งมิให้คนพวกนั้นจมน้ำ ? การแก้ปัญหาก็คือการสอนให้คนว่ายน้ำเป็น แต่กิจกรรมการช่วยชีวิตและกิจกรรมการฝึกหัดผู้ช่วยของเขาทำให้เขามีงานยุ่งเกินกว่าที่เขาจะมีเวลาหยุดคิดว่าทำไมคนที่ว่ายน้ำไม่เป็นเหล่านั้นจึงลงไปอยู่ในน้ำ ? มีใครผลักพวกเขาให้ตกลงไป ณ ต้นน้ำ (Mckinlay 1984, Cowell & sheiham 1981)

ความหมกมุ่นสนใจของทันตแพทย์ที่มีต่อการดำเนินผู้ประสบภัย “ด้านปลายทาง” นั้น เบี่ยงเบนความสนใจไปจากกิจกรรม “ด้านต้นทาง” ของบริษัทผู้ผลิตขนมหวาน อาหารและเครื่องดื่ม ที่ “ผลักดันให้คนตกลงไปในแม่น้ำ” โดยปกติบุคลากรทางการแพทย์จะเข้าไปแทรกแซงก็ต่อเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว แทนที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากมายไปที่กิจกรรม “ด้านปลายทาง” หรือ “กลางทาง” เราควรหันมาเพิ่มความพยายามในการทำให้แม่น้ำนั้นตื้นขึ้นเพื่อที่ว่าประชาชนจะได้ไม่

ต้องเรียนรู้วิธีว่ายน้ำ ซึ่งเป็นการทำให้ทางเลือกในการมีสุขภาพดีนั้นเป็นทางเลือกที่ง่ายขึ้น (Milio 1983) และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มผู้หลักประชาชนลงไปแม่น้ำ ซึ่งจะเป็นการโจมตีโดยตรงที่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ

โรคในช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ปัญหาหนึ่ง และโดยเนื้อแท้มีลักษณะเชิงการเมืองและสังคม การควบคุมสามารถทำได้ผลในลักษณะของนโยบายทางสังคม เทอร์ริสได้เขียนไว้ว่าภารกิจของบุคลากรทางสาธารณสุข ก็คือ การทำให้สังคมยอมรับการเข้ามาแทรกแซงทางสังคมเฉพาะอย่าง ไม่ว่าจะมาจากทางรัฐบาลหรือส่วนอื่น ซึ่งจำเป็นแก่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจง และการเข้าร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายเหล่านั้น การหลีกเลี่ยงความจำเป็นที่จะพัฒนานโยบายทางสังคมที่มีประสิทธิผลสำหรับสุขภาพแต่มุ่งแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน ไม่เพียงแต่เป็นการมองข้ามความสำคัญเท่านั้น หากเป็นการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนด้วย (Terris 1968)

คำวิจารณ์ของ เทอร์ริส ที่มีต่อการเน้นว่าวิธีดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นรายคนเป็นสาเหตุ และทางแก้ปัญหาด้านสุขภาพนั้น ตรงประเด็นโดยเฉพาะกับทันตแพทยศาสตร์ เพราะผู้กำหนดนโยบายทางทันตสาธารณสุข จำนวนมากดำเนินประชาชนที่เป็นโรคในช่องปาก ยิ่งตรวจสอบรายละเอียดของวิธีดำเนินชีวิตให้ละเอียดมากขึ้นเท่าใด ก็ยิ่งได้ยินเสียงเรียกร้องให้บุคคลแต่ละคนมีความรับผิดชอบต่อทันตสุขภาพของพวกเขามากขึ้น และก็ยังทำให้เรื่องราวมีความซับซ้อนมากขึ้น ไม่เพียงแต่มีปัญหายากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเท่านั้น หากยังมีหลายกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในทางกว้างกว่า และการกระจายไปมากกว่า อาจเป็นเงื่อนไขทางสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้วย การ

พยายามกำจัดโรคฟันผุโดยไม่ได้จัดการกับแง่มุมทางสังคมและเศรษฐกิจของการผลิต การโฆษณา และการบริโภคน้ำตาลนั้นก็เหมือนกับการพยายามจะวิดน้ำออกจากเรือที่รั่วโดยไม่อุดรูรั่ว เรืออาจถูกทำให้ลอยอยู่ได้โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่มันไม่อาจเป็นเรือที่แล่นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้เลย ฟลูออไรด์และสารเคลือบหลุมร่องฟันจะช่วยลดฟันผุได้แต่ไม่น่าจะเป็นไปได้ที่ทั้งสองสิ่งนี้จะกำจัดโรคให้หมดไป

มาตรการทางการป้องกันทั้งหมดจะต้องใช้กลยุทธ์ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองมาช่วยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับได้ว่าจะได้รับการยอมรับ จะได้ถูกนำไปดำเนินการ และจะมีประสิทธิผล การยอมรับเรื่องการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชน การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ และสารเคลือบหลุมร่องฟัน ต่างก็รวมอยู่ในกลยุทธ์ทาง ทันตสาธารณสุขด้วยกัน

การส่งเสริมสุขภาพ วิธีการสร้างเสริมความสามารถ

การเคลื่อนไหวด้านการส่งเสริมสุขภาพสมัยใหม่นั้น มีรากฐานจากปรัชญาทางสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกเพื่อการมีสุขภาพดีขึ้นในการจัดการกับชีวิตตนเอง การเคลื่อนไหวนี้ควรจะได้รับที่ยอมรับเพื่อสนับสนุนให้ทางเลือกเพื่อการมีสุขภาพดีขึ้นนั้นเป็นทางเลือกที่ง่ายที่สุด [Milio 1983] การส่งเสริมสุขภาพถือได้ว่า “เป็นผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ และเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี” [Green & Kreuter 1990] เป็นกลยุทธ์ “ในการเปลี่ยนขอบเขตของทางเลือกที่ประชาชนพึงหาได้ และทำให้ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพง่ายขึ้น และ/หรือเพื่อลดทางเลือกอันเป็นผลเสียต่อสุขภาพด้วยการทำให้ทางเลือกนั้นยากขึ้น” [Milio 1983] นิยาม

อีกอย่างหนึ่งมีอยู่ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการทำให้บุคคลและชุมชน สามารถเพิ่มการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งก็เป็นวิธีที่ส่งผลให้สุขภาพของพวกเขาดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่เชื่อมกลางระหว่างคนกับสภาพแวดล้อม โดยใช้การผสมผสานกันระหว่างทางเลือกส่วนบุคคลกับความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อการมีสุขภาพดี เป็นตัวสร้างอนาคตของการมีสุขภาพที่ดีกว่า [WHO 1984] เป็นการมุ่งไปที่ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพซึ่งอยู่ลึกลงไป พร้อม ๆ กับสาเหตุโดยตรงของการมีสุขภาพดี นั่นคือ มุ่งไปที่ต้นเหตุของสาเหตุทั้งหลาย

สภาพแวดล้อมทางสังคม มีความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากโรคหลัก ๆ ทางทันตสุขภาพ และช่องปากเป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งทำอยู่เป็นประจำจึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นเป้าหมายในการเปลี่ยนจึงเป็นพฤติกรรมง่าย ๆ ที่สัมพันธ์กับแบบการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดชีวิต มานั่นเอง แบบการดำเนินชีวิตมักจะพิจารณากันว่าเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ผ่านการคัดเลือกแล้วด้วยตนเองอย่างมีสติ ในขณะที่บางคนตีความว่าเป็นการแสดงออกแบบรวม ๆ ของสภาวะสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นเงื่อนไข และบังคับให้เกิดพฤติกรรมนั้นนอกเหนือไปจากการตัดสินใจส่วนบุคคลที่แต่ละคนอาจจะทำ [Green & Kreuter 1990] ทว่าการกระทำง่าย ๆ ที่เห็นได้นั้นโยงใยกับนิสัยอันซับซ้อนกว่าที่บุคคลทำมาชั่วชีวิตซึ่งยุ่งยากกว่า และยังสัมพันธ์กับสภาวะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแบบการดำเนินชีวิตด้วย [Graham 1990] แบบการดำเนินชีวิตที่คงอยู่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มาจากภาวะการดำรงชีพนั่นเอง [Blane 1985, Graham 1990, Smith et al 1990] แท้ที่จริงแล้วเบลน [Blane 1985] ได้เคยโต้แย้งไว้อย่างน่าเชื่อถือว่ามีภาระที่สำคัญเกินความเป็นจริงกับบทบาทของพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม

ดังกล่าว และเราควรจะมีเพียงว่าพฤติกรรมเหล่านั้น “เป็นตัวชี้วัดของปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์โดยตรงมากกว่ากับโครงสร้างทางสังคมและสิ่งที่เป็นต้นเหตุอันแท้จริง [Blane 1985]

วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงร่วมแบบบูรณาการ

หลักการอย่างหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพก็คือการมุ่งความสนใจไปที่ประชาชนทั้งหมดมากกว่าที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะอย่าง [WHO 1984] การสาธารณสุขแบบใหม่นั้นไม่ได้เน้นไปที่โรคเดียวอีกต่อไป โครงการในชุมชนจำนวนมากได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วจากลักษณะโครงการเชิงแนวตั้งเป็นโครงการเชิงแนวราบมากขึ้น ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตไปครอบคลุมโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ด้วย โดยพื้นฐานแล้วมีวิธีการแก้ปัญหา อยู่ 2 แบบ สำหรับนโยบายที่เน้นการมีสุขภาพดีอย่างเสมอภาค วิธีการแบบแรกก็คือ เน้นไปที่การกระทำเพื่อลดโรคเฉพาะอย่าง ส่วนวิธีการอีกแบบหนึ่งก็คือเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ รวมทั้งนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการปรับสภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และสภาวะสุขภาพของบุคคลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในบริบทของวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงร่วม/ปัจจัยเพื่อสุขภาพดีร่วมกัน (Common Risk/ Health Factor Approach : CRHFA) นั้น ต้องแยกความแตกต่างระหว่างการกระทำที่มีเป้าหมายในการลด “ปัจจัยเสี่ยง” กับการกระทำในการส่งเสริม “ปัจจัยเพื่อสุขภาพดี” กลยุทธ์ในที่นี้ควรรวมไปถึงความพยายามต่าง ๆ ที่จะปรับปรุงสุขภาพด้วยการลดความเสี่ยง ส่งเสริมการมีสุขภาพดีและเสริมสร้างความเป็นไปได้ที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ “ถูกกำหนดให้” ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการลดผลกระทบที่ไม่ดีของปัจจัยเสี่ยงบางอย่างและเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประโยชน์หลักจากวิธีการแก้ปัญหาแบบ

CRHFA นี้ก็คือ การให้ความสำคัญกับการปรับปรุงภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมเพื่อประชากรทั้งมวลและสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงด้วย ซึ่งโดยวิธีนี้เองเป็นการลดความไม่เท่าเทียมกันในสังคมพร้อม ๆ กันไปด้วย

แนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร่วมนั้นต้องให้ความรู้แก่สาธารณชนในเรื่องงานและการศึกษาด้านสาธารณสุข โรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคสมองขาดเลือด อุบัติเหตุ และโรคในช่องปากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และยังมีปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ อย่างที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งชนิด กลยุทธ์ที่เน้นไปที่ปัจจัยเสี่ยงเช่นนี้มีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลมากกว่ากลยุทธ์ที่มุ่งที่โรคเฉพาะอย่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีผลกระทบต่อโรคจำนวนมากและแสดงถึงว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างกว้างขวางมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เรื่องนี้บ่งชี้ว่ากลยุทธ์ในการป้องกันจะให้ผลที่น่าพอใจไม่เฉพาะโรคเดียวแต่ก็มีผลต่อภาวะอื่น ๆ มากมายพร้อม ๆ กัน [Grabauskas 1987] แนวคิดสำคัญที่อยู่เบื้องหลังของวิธีการแก้ปัญหาที่เน้นปัจจัยเสี่ยงร่วมแบบบูรณาการก็คือ การส่งเสริมสุขภาพโดยรวมด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจำนวนไม่มากนัก อาจให้ผลกระทบอย่างมากต่อโรคจำนวนไม่น้อยโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีการแก้ปัญหาที่จำเพาะเจาะจงไปที่โรคใดโรคหนึ่ง

อาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพกลุ่มเดียวกันมีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจ มะเร็งและโรคในปาก การทำงานกับผู้วางกลยุทธ์ด้านนโยบายอาหารเพื่อเปลี่ยนแปลงอาหาร เพื่อการลดการบริโภคน้ำตาลที่เติมลงในอาหาร (NME Sugar) เกลือและไขมัน และเพื่อการเพิ่มการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ซับซ้อนและ/หรือมีเส้นใย รวมทั้งการให้มีจำหน่ายและส่งเสริมให้มีการบริโภคผลไม้ ผัก และผลิตภัณฑ์จากธัญพืชได้ง่ายขึ้นนั้นดูจะมีโอกาสสำเร็จ

มากกว่าวิธีการที่ย้ำเฉพาะการควบคุมน้ำตาลเพื่อลดโรคฟันผุ ในทำนองเดียวกันการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคระบบหายใจรวมทั้งโรคในช่องปาก ควรมีการจัดทำโครงการลดการสูบบุหรี่เพื่อลดโรคที่คุกคามชีวิต เช่นโรคหัวใจและมะเร็ง เป็นต้น อาการบาดเจ็บที่ฟันเนื่องจากอุบัติเหตุมีผลต่อเด็ก ๆ เป็นจำนวนถึง 1 ใน 5 การป้องกันอาการบาดเจ็บที่ฟันจึงต้องใช้กลยุทธ์พื้นฐานอย่างกว้าง ๆ ในการป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะอุบัติเหตุที่มีผลต่อศีรษะ

เพราะฉะนั้น กลยุทธ์ต่างๆ ที่เสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคในปาก จึงเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการแก้ปัญหาที่นำไปปัจจัยเสี่ยงร่วมมาใช้ในการควบคุมความเสี่ยงที่มีร่วมกันในบรรดาโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่ง กลยุทธ์เหล่านี้ก็คือ

1. นโยบายด้านอาหารและสุขภาพในการลดการบริโภคน้ำตาล
2. วิธีการแก้ปัญหาผ่านชุมชนในการปรับปรุงอนามัยของร่างกายและช่องปาก
3. นโยบายการงดบุหรี่
4. นโยบายการลดอุบัติเหตุ

นอกจากกลยุทธ์ทั้งสี่นี้แล้ว กลยุทธ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับช่องปากได้แก่

1. นโยบายเรื่องการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

2. การสร้างหลักประกันเกี่ยวกับการมีบริการด้านทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ประชาชนทั่วไป

กลยุทธ์เหล่านี้สามารถประสานเข้าด้วยกันได้กับกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานและประกาศ ออดดาวา ซึ่งขยายไปจากแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง

ปรัชญาที่สำคัญที่สุด-บูรณาการของสาธารณสุขมูลฐานกับการส่งเสริมสุขภาพ

การตีพิมพ์คำประกาศที่ อัลมา อาตา (Declaration of Alma Ata) [WHO 1978] และกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนามาจากคำ

ประกาศดังกล่าว “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000” ได้กำหนดแนวทางเป็นการสาธารณสุขแบบใหม่อย่างได้ผล หลักการในประกาศอัลมา อาตา สรุปได้เป็น 5 ข้อดังนี้

1. การกระจายอย่างเสมอภาค รัฐบาลต้องพยายามกระจายตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอย่างเสมอภาค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน บุคคลแต่ละคนและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกเรื่อง

3. การเน้นการป้องกัน ผู้วางแผนด้านสุขภาพและงบประมาณควรเปลี่ยนจุดเน้นไปที่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพแทนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์หรือทันตกรรม

4. เทคโนโลยีที่เหมาะสม ควรเน้นไปที่การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่สุดและบุคลากรในการแก้ปัญหา

5. วิธีการแก้ปัญหาแบบพหุภาค การแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยไม่สามารถทำได้โดยภาคการแพทย์เพียงส่วนเดียว ภาคอื่นๆ อันได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ เกษตรกรรมและการศึกษา ต้องร่วมกันประสานนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

ในการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 การกำหนดนโยบายให้สาธารณสุขมีสุขภาพดีนั้นเป็นหนึ่งในห้าวิถีทางที่ระบุไว้ในกฎบัตรออดดาวา ส่วนที่เหลือก็คือ สรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับทิศทางการให้บริการสาธารณสุข [WHO 1986] กฎบัตรออดดาวายังรวมถึงวิธีการ 3 อย่างสำหรับกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการเป็นสื่อกลาง การสร้างเสริมความสามารถและการสนับสนุน ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนเริ่มต้นที่จะควบคุมสุขภาพของตนมากขึ้น “นโยบายให้สาธารณสุขมีสุขภาพดีนั้นมีลักษณะที่เห็นได้จากเนื้อหาของ

นโยบายทุกส่วนที่แสดงอย่างชัดเจนถึงการตระหนักในสุขภาพและความเสมอภาครวมทั้งจากความสามารถซึ่งขัดถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ” [WHO 1988]

ก่อนจะอภิปรายถึงวิธีการนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการออกตรวจ ข้าพเจ้าขอกล่าวถึงโครงร่างของสิ่งที่เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานนโยบายส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ปัจจัยหลักในการพิจารณาโครงการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ [Chambers 1992, Owen 1994]

1. ความน่าเชื่อถือ - วัตถุประสงค์ควรสะท้อนให้เห็นถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงประโยชน์ที่มีศักยภาพทางด้านสุขภาพ ควรเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ และระบุถึงประเด็นที่อยู่ในลำดับความสำคัญสูงสุด

2. ความจำเพาะเจาะจง - จุดมุ่งหมายของการรณรงค์โครงการหรือข่าวสารยังมีความจำเพาะมากเท่าใดก็จะมีโอกาสประสบผลสำเร็จมากเท่านั้น

3. การวัดผลได้ - วัตถุประสงค์ควรจะอยู่ในรูปของปริมาณที่วัดได้

4. ข้อจำกัดด้านข้อมูล - ในอุดมคติแล้วควรมีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับระดับของความเจ็บป่วย และขอบข่ายในการปรับปรุงสภาพการณ์เพื่อใช้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ตลอดจนความก้าวหน้าของการบรรลุผลดังกล่าวที่สามารถตรวจสอบได้โดยใช้ตัวชี้วัด ข้อมูลอื่นและข้อมูลเทียบแทนอาจนำมาใช้แทนได้ในกรณีที่จำเป็น ถ้าข้อมูลที่เหมาะสมไม่สามารถหาได้

5. ขอบข่ายของการแทรกแซง - ควรดำเนินการเฉพาะในด้านที่การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ซึ่งก็จะเป็นการให้ขอบข่ายที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงสภาพการณ์

6. ความเข้าใจของสาธารณชน วัตถุประสงค์

ควรจะเข้าใจง่ายและตรงกับประเด็นปัญหาของกลุ่มชนที่แตกต่างกันหมู่ประชากร ซึ่งรวมถึงนักวางแผนผู้ที่ทำหน้าที่จัดการ ให้บริการ ใช้

บริการและผู้ที่ยจ่ายเงินสำหรับบริการสาธารณสุข

7. ดุลยภาพ - วัตถุประสงค์ควรมีทั้งมาตรการเกี่ยวกับผลลัพธ์และมาตรการเกี่ยวกับกระบวนการ ควรแนะนำวิธีการต่างๆ จะบรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงและกำหนดมาตรฐานในการวัดผลความก้าวหน้า

8. ความต่อเนื่อง - วัตถุประสงค์ปัจจุบันควรจะเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ก่อนหน้านี้หากเป็นไปได้ แต่ต้องสะท้อนให้เห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการนำวัตถุประสงค์ดังกล่าวไปปฏิบัติ

9. ความเข้ากันได้ - หากเป็นไปได้ วัตถุประสงค์ทั้งหลายควรจะเข้ากันได้กับเป้าหมายที่หน่วยงานราชการและองค์กรสาธารณสุขของทางราชการรับมาปฏิบัติ

10. ความรับผิดชอบ - วัตถุประสงค์ควรสะท้อนถึงความสนใจและแสดงการเข้าไปมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพ ผู้สนับสนุน และผู้บริหารอีกทั้งหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและอำเภอ

11. ความน่าเชื่อถือ - ผู้สนับสนุนและผู้ดำเนินการ ควรเป็นผู้ที่เชื่อถือได้และมีความซื่อสัตย์

12. ระดับการแทรกแซงหลายระดับ - ในการแทรกแซงที่ระดับบุคคล กลุ่มและชุมชนนั้น การใช้สื่อสารมวลชน สื่อต่างๆ ในท้องถิ่น และการแทรกแซงระหว่างบุคคลมีโอกาสที่จะได้ผลมากกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการพัฒนาโครงสร้างใหม่และองค์กรใหม่

13. ข่าวสารและคำแนะนำที่ดี - ผู้นำของชุมชนและองค์กรจำเป็นต้องรู้ดีถึงข้อเท็จจริงและหลักการที่ตรงประเด็นปัญหา

14. ความหลากหลาย - ความหลากหลายของข่าวสารเฉพาะและโครงการจะช่วยเพิ่มจำนวนบุคคลที่ได้รับผล

การสนับสนุน

ผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุขและทันตกรรมส่วนมากที่มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายมักจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนงานสุขภาพ การสนับสนุนงานสุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติของผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข และคนอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคคลรายตัว ชุมชน และรัฐบาลที่ส่งผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุน

ดังกล่าวยังรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นที่จำเพาะเจาะจงแก่เจ้าหน้าที่รัฐระดับสูง ผู้นำชุมชนและผู้สื่อข่าว ซึ่งก็ล้วนแต่เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจโดยทั่วไป และกำหนดหัวข้อที่จะต้องมีการตัดสินใจทางการเมืองเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชากร [Labonte 1989] เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพผู้ให้การสนับสนุนจะทำงานอยู่ภายในขอบเขตปรัชญาหลักของงานสาธารณสุข

มุมมองในเรื่องวิถีชีวิต

ศศิธร ไชยประสิทธิ์
วิชัย วิวัฒนคุณูปการ
ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สืบเนื่องจากการได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นวิทยากรและแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กับอาจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ หลายๆ มหาวิทยาลัย และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนวิทยากรจากสถาบันการศึกษา อาทิ เช่น อาจารย์ ดร. อานันท์ กาญจนพันธ์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผศ.ดร. จามะรี เชียงทอง คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์ ทพ.อุทัยวรรณ กาญจนกามล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รศ.ดร. ยิ่งยง เทาประเสริฐ จากสถาบันราชภัฏเชียงราย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับชุมชน ในทิศทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสัมมนา เรื่อง การนำความรู้เรื่อง วิถีชีวิตมาใช้ในงานทันตสาธารณสุข จัดโดยศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 6-8 พฤศจิกายน 2539 ที่ผ่านมานั้น

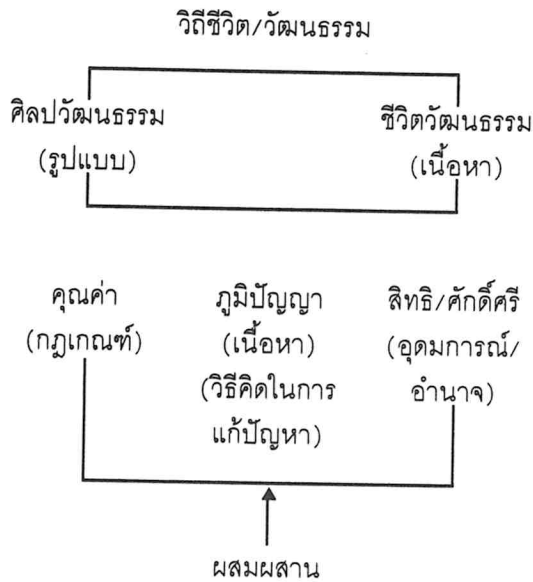
การที่ทันตบุคลากรจะนำความรู้เรื่อง วิถีชีวิตมาพัฒนางานทันตสาธารณสุขซึ่งขณะนี้หลาย ๆ คนก็กำลังมองว่าวิถีชีวิต คือ ทางออกหรือฝ่าทางตันของทันตสาธารณสุข แต่การจะนำความรู้เรื่องวิถีชีวิตมาใช้ในงานทันตสาธารณสุขนั้น พุดง่าย และ

ทำไม่ย่ำดังที่คิดและพูดไว้ เพราะวิถีชีวิตมีอะไรมากกว่าสิ่งที่เราเข้าใจ หลายคนอาจเข้าใจว่า วิถีชีวิตคือ ตารางกิจวัตรของชีวิตประจำวัน หลายคนอาจเข้าใจว่า วิถีชีวิตคือ วงจรของชาวบ้านหรือชุมชน อย่างไรก็ตามก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า วิถีชีวิตได้คณะผู้เขียนจึงขอทำความเข้าใจในเรื่องวิถีชีวิต อันเป็นผลจากการเก็บตกของสัมมนาครั้งนี้

1. ก่อนที่จะนำความรู้ เรื่อง วิถีชีวิตมาใช้ในงานทันตสาธารณสุข ขั้นแรกต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่า วิถีชีวิต ให้ถ่องแท้เข้าใจถึงแก่นของวิถีชีวิต

อ.อานันท์ กาญจนพันธ์ ได้บรรยายเรื่องแนวคิดของการศึกษาวิถีชีวิต โดยสรุปว่า ถ้าเราจะเข้าใจหรือศึกษาวิถีชีวิตนั้นหมายถึง เราเข้าไปให้ความสนใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม โดยที่เราอาจจะคุ้นเคยในรูปของศิลปวัฒนธรรม ซึ่งเป็นรูปแบบ แต่ในที่นี้หมายถึง ชีวิตวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยระบบคุณค่า ภูมิปัญญาและอุดมการณ์อำนาจ

อ.ยิ่งยง ก็ได้ให้คำจำกัดความของวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรม เช่นเดียวกัน



ดังนั้น สรุปว่า วิถีชีวิต ก็คือ ชีวิตวัฒนธรรม ของชุมชน ซึ่งไม่ใช่กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ของชุมชน แต่หมายรวมถึงระบบคิดของชุมชน กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการตีคุณค่าของการกระทำใด ๆ รวมทั้งกระบวนการเกิดภูมิปัญญาของชุมชน และยังรวมไปถึงเรื่องของศิลปวัฒนธรรมอีกด้วย

2. สิ่งที่ต้องพิจารณาในการศึกษาวิถีชีวิต

อ.อานันท์ กาญจนพันธุ์ ก็สรุปว่า มีอยู่ 3 เรื่องที่การศึกษาเรื่องวิถีชีวิต ต้องสนใจ คือ

1. ความสัมพันธ์ที่เปิดกว้าง ซึ่งหมายถึง ชุมชน/ชาวบ้านต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับชุมชนหรือคนกลุ่มอื่นตลอดเวลา

2. ความสัมพันธ์ ที่ผูกติดด้วยคุณค่า และพันธะทางสังคม ในขณะที่ความสัมพันธ์เปิดกว้าง ชุมชน /ชาวบ้าน ยังรวมกลุ่มกันได้เพราะเขาผูกพันกันด้วยคุณค่า (ความเชื่อ) บางอย่างเหมือนกัน เช่น ฝัปป่าเดียวกัน เป็นต้น หรือด้วยพันธะทางสังคมที่เหมือนกัน

3. การปรับตัว เนื่องจากความสัมพันธ์ที่เปิดกว้างทำให้ชุมชน/ชาวบ้านต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับคนอื่น ในขณะเดียวกันเขาผูกพันด้วยคุณค่า และพันธะทางสังคม ทั้งนี้สังคมเองก็ไม่ได้หยุดนิ่ง แต่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ชาวบ้าน/สังคม/ชุมชน จึงต้องมีการปรับตัวที่เห็นเป็นรูปธรรมในปัจจุบันคือ การรวมกลุ่มเพื่อแสดงถึงพลังหรือความรู้สึกที่มีศักดิ์ศรี

3. มุมมองขบวนการของรัฐที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชุมชนชาวบ้าน

ในอดีต สังคมมีความสัมพันธ์เปิดกว้าง และมีการผูกพันด้วยคุณค่าตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับสิ่งที่ได้รับเข้ามาใหม่แต่ก็ไม่รุนแรงมากนัก การรับสิ่งใหม่ ๆ องค์ความรู้ใหม่ ๆ มาปรับใช้กับความรู้ความเชื่อเดิมได้อย่างค่อนข้างกลมกลืน

แต่ ณ ขณะปัจจุบัน สังคมเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ชุมชนปรับตัวได้ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงเหตุสำคัญที่การปรับตัวของชุมชนไม่สามารถทำได้ก็คือ การเข้ามาของอำนาจรัฐ (สัก 30 ปีที่ผ่านมา) ซึ่งเดิมอย่างมากรัฐก็เข้ามาแค่ระดับอำเภอ หลังจากนั้นด้วยความหวังดีของรัฐ รัฐก็เริ่มขยายอำนาจในระดับตำบลและหมู่บ้าน เราจะได้จากอนามัยตำบล เกษตรตำบล พัฒนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แม้ว่ารัฐจะมาด้วยความหวังดีแต่ผลกระทบต่อชุมชนค่อนข้างออกมาเป็นผลข้างเคียงสูงทำให้ชุมชน เกิดการถอยเปลี่ยนทางปัญญาขาดพลังในการดูแลตนเอง หรือเป็นการช่วยตนเองตามความรู้ที่รัฐได้นำมาครอบงำ ชุมชนชาวบ้านขาดภูมิคุ้มกันตนเองเป็นภาวะ วิกฤตทางวัฒนธรรมหรือวิกฤตทางปัญญา

การที่รัฐเข้าไปด้วยความหวังดีอย่างเดียวนั้นจึงไม่เพียงพอ เพราะรัฐได้แย่งเอาสิ่งที่ชาวบ้านเคยทำได้มาทำเองหมด ยกเว้นอย่างเดียวในขณะนี้ก็คือ

คือประเพณี ซึ่งขณะนี้รัฐก็กำลังจะเข้าครอบงำ ประเพณี ศิลปวัฒนธรรมของชาวบ้าน/ชุมชน เพื่อนำมาเป็นสินค้าส่งเสริมการท่องเที่ยวอันจะเห็นได้จากประเพณีการลอยกระทงโดยหลายครั้งที่เราคิดว่าเป็นประเพณีที่คงเอกลักษณ์ความเป็นไทยไว้แต่โดยเนื้อแท้แล้ว ทั้งรูปแบบและเนื้อหาของประเพณีลอยกระทงได้บิดเบือนไปจากอดีตมากแล้ว

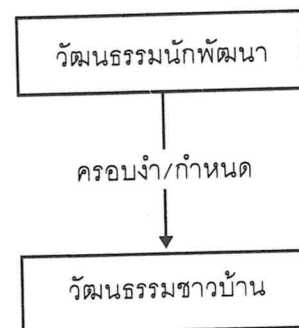
หรือในกรณีของ โรงเรียน เมื่อก่อน วัด พ่อแม่ ชุมชนสามารถสอนเด็กได้แต่เมื่อเกิดโรงเรียนซึ่งได้กีดกันความรู้อื่น ๆ ไม่ให้เข้ามาในรั้วโรงเรียนเป็นความรู้ที่รัฐกำหนดขึ้นว่าควรจะต้องรู้ ทำให้เกิดปัญหาชาวบ้านเองก็สะท้อนว่าลูกจบ ป. 4 ยังพอเอามาสอนมาทำนาหรือทำงานได้ แต่จบ ป.6 จบ ม. 3 ทำอะไรไม่ได้ ต้องไปรับจ้างอยู่โรงงาน เพราะระบบการศึกษาในโรงเรียนสอนให้คนไปทำงานโรงงาน การศึกษาในระบบโรงเรียนกีดกัน สื่อสารมวลชนในปัจจุบันนี้ก็คือ เป็นไปด้วยการครอบงำทางความคิดและสติปัญญาและลดทอนความเป็นมนุษย์ลง (DEHUMANIZE)

4. วิวัฒนาการในรูปแบบของการเข้ามาของรัฐด้วยความหวังดี

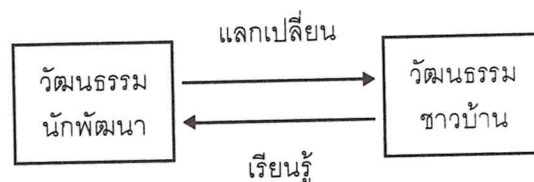
ดังที่กล่าวมาแล้วว่า รัฐได้ค่อยๆ ขยับตัวเข้ามาสู่วิถีชีวิตของชุมชน และชาวบ้านมาไม่น้อยกว่า 100 ปีที่ผ่านมาโดยเริ่มจากการตั้งกระทรวงมหาดไทยทำให้รัฐแผ่อำนาจจักร ขยายอำนาจลงสู่หมู่บ้านได้อย่างรวดเร็ว อาจารย์อุทัยวรรณ ได้อธิบายว่า

ระยะแรก รัฐจะทำตนเองเป็นผู้ให้ ผู้อนุเคราะห์ เนื่องจากมีมุมมองว่า ชุมชน/ชาวบ้านนั้นอยู่ในวงจร vicious cycle คือ ไร่ - จน - เจ็บ เมื่อเริ่มด้วยชุมชน ไร่ ชาวบ้านไม่รู้ รัฐจึงมาเป็นผู้ให้ในลักษณะนักสังคมสงเคราะห์ ให้ทุกอย่างตั้งแต่ให้การศึกษา ให้การรักษาพยาบาล ในลักษณะนี้รัฐจึงเป็น THE GIVER สมบูรณ์แบบ

ระยะต่อมา รัฐเริ่มอ่อนเปลี้ยกับการเป็นผู้ให้ก็เกิดมุมมองใหม่ขึ้นว่า ชุมชน/ชาวบ้านมีศักยภาพในการเรียนรู้ ในการรับรู้ จึงเกิดขบวนการ การอบรมชาวบ้าน เพื่อให้ทำอย่างที่เราอยากจะทำ ภาพที่เกิดขึ้นชัดเจน คือ ขบวนการลูกเสือชาวบ้าน และขบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) แม้ว่ารัฐจะปรับเปลี่ยนจากการเป็น THE GIVER มาเป็น THE DOER หรือ นักจัดตั้งหรือผู้กระทำ แต่รัฐเองก็ยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนระบบคิด หรือวิถีความคิด (WAY OF THINKING) รัฐยังมองว่า ชุมชน/ชาวบ้านเป็นผู้ด้อยต้องพัฒนา ดังนั้น วัฒนธรรมของนักพัฒนา (ทุกด้าน) ก็จะมีความสัมพันธ์ในรูปแบบแนวตั้งเป็นลักษณะ TOP-DOWN



อย่างไรก็ตาม รูปแบบของรัฐในอนาคตคงจะต้องปรับเปลี่ยนเป็นนักกระตุ้นหรือ เป็นนักพัฒนาที่สมบูรณ์แบบ (CATALYST) โดยจะเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบแนวนอนหรือ ในลักษณะเสมอภาคเท่าเทียมกับชุมชน/ชาวบ้าน



บทบาทหน้าที่ของรัฐ ที่ควรจะเป็นคือ เป็น PARTNERSHIP มีที่ LEADERSHIP เจกเช่น ปัจจุบัน

5. ขั้นตอนของการที่ทันตบุคลากรจะวางตัวเองเป็น PARTNERSHIP ร่วมกับชุมชน/ชาวบ้าน

เพื่อพัฒนางานทันตสาธารณสุข ก็คือ ปรับระบบคิด สิ่งที่ต้องคิดก็คือ ชุมชน/หมู่บ้าน/ชุมชนมีศักยภาพในการคิดในการทำการเข้าไปพัฒนาชุมชน/หมู่บ้าน ต้องเข้าไปในลักษณะที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อยู่ในฐานะเดียวกัน ที่พร้อมจะให้และรับในผลประโยชน์ร่วมกัน

ถ้าบุคลากรของรัฐ ยังไม่ปรับระบบคิด ตั้งต้นที่วิธีการคิดตรงนี้แล้ว การนำเอาความรู้เรื่องวิถีชีวิตมาพัฒนางานทันตสาธารณสุข ก็คงไม่แตกต่างจากการพัฒนางานที่เป็นอยู่ปัจจุบันคือ เป็น THE GIVER หรือ THE DOER แต่ถ้าบุคลากรของรัฐ ปรับเปลี่ยนวิธีคิดแล้ว อาจจะใช้กลวิธีการให้ หรือ การทำให้ ในระยะแรก โดยมุ่งหวังในเป้าหมายสุดท้ายว่าชุมชน/ชาวบ้าน พึ่งตนเองในงานทันตสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนางานทันตสุขภาพของตนเอง

6. สิ่งที่จะต้องพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน/ชาวบ้าน

อ.ยิ่งยง เทาเจริญ ได้ให้คำจำกัดความถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน (COMMUNITY PARTICIPATION) ว่าชุมชน/ชาวบ้านต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในส่วนได้ส่วนเสียที่เกิดขึ้น มิใช่เพียงแค่ชุมชน/ชาวบ้าน มาร่วมฟังอย่างเดียว

ในปัจจุบันการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ก็มักจะพูดถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่นการอบรม

ครูในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ก็มักจะมีการเชิญครูใหญ่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยเข้ารับการอบรมแล้วอ้างว่าครูใหญ่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการอบรมนี้ ถ้าพิจารณาจากความหมายที่ อ.ยิ่งยงให้ไว้ว่าการพัฒนางานทันตสาธารณสุขที่เป็นอยู่นั้น ชุมชน/ชาวบ้าน/ครู ฯลฯ ยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยังไม่มีส่วนร่วมในส่วนได้ส่วนเสียที่เกิดขึ้น คงเป็นแค่ขบวนการของรัฐที่เข้าสู่ระยะที่สองคือ รัฐเป็นนักจัดตั้งเท่านั้น ส่วนชุมชน/ชาวบ้าน/ครู/ฯ เป็นเพียงแค่การให้ความร่วมมือเท่านั้น ไม่ใช่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

7. คำถามที่สำคัญในการศึกษาวิถีชีวิตก็คือ WHY- ทำไม

นักพัฒนา และบุคลากรทางสาธารณสุขของรัฐ มักจะให้ความสำคัญถึงคำถามที่ว่า WHAT- อะไร หรือไม่มีอะไรในชุมชนเช่น ในชุมชนยังคงมีหมอพื้นบ้าน มีสมุนไพรพื้นบ้านที่ชาวบ้านก็ยังให้ความสำคัญอยู่แล้วก็สรุปจบเพียงแค่นั้นว่าเราได้พบอะไรมาบ้างโดยที่ไม่ได้ตั้งข้อสงสัยอะไรขึ้นอีก การที่จะศึกษาวิถีชีวิต โดยเฉพาะในแนววัฒนธรรมชุมชน ต้องตั้งคำถามว่า WHY-ทำไมยังคงมีอยู่ อะไรที่เป็นเงื่อนไขและกลไก หรือเหตุปัจจัยที่นำไปสู่การคงมีอยู่ของหมอพื้นบ้าน

พวกเรามักจะเข้าไปศึกษาวิถีชีวิต ของชุมชนในด้านที่หมด คือ ไม่มีอะไร หรือควรจะมีแต่ไม่มีเช่นชาวบ้านไม่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เรามักจะมองในด้าน NEGATIVE มากกว่า POSITIVE การศึกษาวิถีชีวิตของชุมชน/ชาวบ้าน ควรจะศึกษาทั้งสิ่งที่ชุมชน/ชาวบ้านมี และสิ่งที่ชุมชน/ชาวบ้านไม่มี และการพัฒนาควรเริ่มจากสิ่งที่ชุมชน/ชาวบ้านคงมีอยู่แล้วค่อยพัฒนาเพิ่มพูนในสิ่งที่ชาวบ้านไม่มีหรือหมดโดยตระหนักว่า สิ่งที่ชาวบ้านมีหรือหมดนั้นให้พิจารณาท่ามกลางความเป็นมาหรือมาตรฐานของ

ชุมชนนั้นๆ อย่าพยายามใช้มาตรฐานของเราเข้าไปจับหรือวัดมิฉะนั้นแล้วเราก็จะพบแต่สิ่งที่ชาวบ้านหมดอยู่รำไป

8. การเข้าใจวิถีชีวิต หรือชีวิตวัฒนธรรม ต้องเข้าใจถึงมิติของวัฒนธรรมด้วย

อ.ยิ่งยง ได้ให้คำจำกัดความถึงมิติวัฒนธรรมว่าต้องประกอบด้วย

1. ความหลากหลายและมีทางเลือก ต้องเข้าใจถึงความหลากหลาย ของชุมชน/สังคมและการตัดสินใจเลือกของชุมชน/สังคม ในการที่จะทำหรือไม่ทำอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยทั่วไปชุมชน/ชาวบ้านจะมีทางเลือกหลากหลายทางเลือก ขึ้นกับเงื่อนไขปัจจัยในขณะนั้นเช่นเวลาที่ชาวบ้านเจ็บป่วยไม่สบายชาวบ้านไม่เคยติดขัดกับการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ชาวบ้านอาจไปโรงพยาบาลก่อน แล้วค่อยเลือกอย่างอื่น ๆ ต่อไป ถ้าไม่หายชาวบ้านก็จะพยายามผสมผสานและแสวงหา โดยชาวบ้านจะคิดว่าเขาเป็นโรคอะไรอยู่แล้ว ไม่ใช่เขาเชื่อที่หมอบอกว่าเขาเป็นโรคอะไรอย่างเดียว ชาวบ้านพยายามหาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับเขาเอง

2. ศักยภาพท้องถิ่น ชุมชน/ชาวบ้านมีภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ที่ผ่านมาอำนาจของรัฐทำให้ภูมิปัญญาของชาวบ้านหรือท้องถิ่นถูกละเลย ขณะนี้ทางการแพทย์ก็หันมาให้ความสนใจกับการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งและมีการพัฒนาการใช้ยาร่วมกันระหว่างแพทย์พื้นบ้านกับแพทย์แผนปัจจุบัน

3. การเรียนรู้ และการปรับตัวของชาวบ้าน เป็นพลวัต (DYNAMIC) สังเกตได้จากการ

เข้าไปศึกษาชุมชน/ชาวบ้าน ชาวบ้านเองก็เรียนรู้และปรับตัวที่จะตอบคำถามของนักวิจัย นักการศึกษาชุมชน เพื่อที่จะทำให้นักวิจัยพอใจ เพราะชุมชน/ชาวบ้าน ก็ได้มีความสัมพันธ์ที่เปิดอยู่แล้วมีใช้สังคมปิดจึงทำให้การเรียนรู้และการปรับตัวแบบไม่หยุดนิ่ง นั่นคือชุมชน/ชาวบ้านมีการเรียนรู้ตลอดเวลาเช่นกัน และมีการปรับตัวตามสภาพการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน

4. มองการเชื่อมโยง/องค์รวม ชาวบ้านจะมีระบบคิดเป็น HOLISTIC ขณะที่นักพัฒนาหรือบุคลากรของรัฐจะคิดแบบCOMPARTMENTALISM และระบบคิดของชาวบ้านจะยึดเอาคนเป็นศูนย์กลาง ขณะเดียวกันนักพัฒนาหรือบุคลากรของรัฐจะยึดวัตถุกฎระเบียบเป็นศูนย์กลาง

5. มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือส่วนได้ส่วนเสีย การทำงานพัฒนาในแนววัฒนธรรมชุมชนต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม(PARTICIPATION) ซึ่งในสาธารณสุขมูลฐานก็มีแนวคิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ ส่วนร่วมตัดสินใจ

นี่คือมุมมองในเรื่องวิถีชีวิตที่เก็บตกจากการสัมภาษณ์ความรู้เรื่องวิถีชีวิตมาใช้ในงานทันตสาธารณสุขและผสมผสานกับการเก็บเกี่ยวจากหนังสือเรื่องเครื่องมือในการทำงานพัฒนาในแนววัฒนธรรมชุมชน ของอาจารย์กาญจนา แก้วเทพ อย่างไรก็ตามวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่ใหม่และมาแรง น่าจะมีการเสวนาเรื่องวิถีชีวิตอีกครั้งเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด และหลากหลายในการเลือกตามมิติของวิถีชีวิต หรือ มิติของชีวิตวัฒนธรรมต่อไป

1. ปริมาณฟลูออไรด์ในอาหารและอาหารเสริมของทารก

J.R HEILMAN et al University of Iowa,

College of Dentistry, Iowa City USA

ดาร์ณี รัศมีรัตน์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

การศึกษาเรื่อง ปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับในเด็กเล็กซึ่งกำลังมีพัฒนาการของฟัน ถือว่าเป็นประเด็นสำคัญ เพราะการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคฟันตกกระ ปัจจุบันมีข้อแนะนำให้ทารกได้รับอาหารเสริมตั้งแต่ 4-6 เดือน โดยก่อนหน้านี้นี้ได้มีรายงานเกี่ยวกับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่บ้านและที่สถานดูแลเด็ก, ในน้ำดื่มบรรจุขวด, และในเครื่องดื่มรสผลไม้ การศึกษาครั้งนี้ มุ่งตรวจวัดปริมาณฟลูออไรด์ในอาหารและอาหารเสริมของทารกจำนวน 237 ตัวอย่าง โดยวิธีวิเคราะห์สารแบบ Taves microdiffusion และ specific electrode หาฟลูออไรด์ไอออน ผลปรากฏว่า เนื้อไก่ (Infant chicken) มีปริมาณฟลูออไรด์ระหว่าง 3,637-8,384 นาโนกรัม* ฟลูออไรด์ ต่ออาหาร 1 กรัม (ngF/g) ซึ่งมากกว่าผลิตภัณฑ์อาหารประเภทอื่น ๆ ที่มีค่าแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 10 ngF/g (เนื้อลูกวัว) จนถึง 658 ngF/g (เนื้อไก่วง) โดยมีค่าเฉลี่ยของฟลูออไรด์ที่ทารกได้รับจากอาหารค่าเฉลี่ยแต่ละวันอยู่ระหว่าง

10-633 ngF/g : และมีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 129 ngF/g , จากผักใบเขียว 5-417 ngF/g : ค่ามัธยฐาน 81 ngF/g, ผลไม้ 3-489 ngF/g : ค่ามัธยฐาน 23 ngF/g, อาหารเสริมชนิดแห้งเติมน้ำ 0.06-0.52 ppmF : ค่ามัธยฐาน 0.23 ppmF ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ช่วงพิสัยที่กว้างของปริมาณฟลูออไรด์ในอาหาร (3-8,384 ngF/g) โดย 71 % ของอาหารตัวอย่าง มีค่าน้อยกว่า 100 ngF/g : 2% มีค่ามากกว่า 1,000 ngF/g น้ำที่ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหารและกระบวนการเลาะกระดูกออกจากเนื้อ (deboning) ล้วนแล้วแต่เป็นการเพิ่มฟลูออไรด์ในอาหารและอาหารเสริมทารก ดังนั้น การคำนวณปริมาณฟลูออไรด์ที่ร่างกายได้รับนั้นเราควรที่จะพิจารณาปริมาณฟลูออไรด์ส่วนใหญ่ที่ทารกอาจได้รับจากอาหารในแต่ละวันด้วย

* 1 นาโนกรัม เท่ากับ 1×10^{-9} กรัม

2. ปริมาณฟลูออไรด์ที่ยังคงอยู่ในน้ำลาย ภายหลังการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์

W.T YANG et al Taipei, Taiwan,
ROC.

จากหลักฐานล่าสุดสรุปได้ว่า ผลการยับยั้งโรคฟันผุของฟลูออไรด์เฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟลูออไรด์ไอออนความเข้มข้นต่ำในช่องปาก การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความเข้มข้นของฟลูออไรด์ภายหลังการแปรงฟัน 6 ชั่วโมง โดยให้นักศึกษาทันตแพทย์ 20 คน อายุ 20-24 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ชื่อการค้าของยาสีฟันชนิดต่างๆ ได้แก่ Oral-B (0.225% NaF น.น./น.น.), Colgate (0.76% MPF น.น./น.น.), Darlie (0.05% NaF น.น./น.น.), Mentadent (0.15% NaF น.น./ปริมาตร) และ Placebo เวลาที่เก็บตัวอย่างน้ำลายนาที่ 0, 10, 30, 60, 120, 240, 360 วิธีที่ใช้ตรวจสอบความเข้มข้นของฟลูออไรด์ไอออนในน้ำลาย คือ Fluoride ion-selective electrode (ORION 96-09, Orion Research, Cambridge, Mass., U.S.A)

ผลการตรวจความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำลายนาที่ 10 บันทึกลงได้ดังนี้

Colgate	(3.12 ± 2.31ppm)
Oral-B	(3.01 ± 2.07 ppm)
Darlie	(1.24 ± 1.03 ppm)
Mentadent	(3.09 ± 1.88 ppm)
Placebo	(0.12 ± 0.05 ppm)

และเป็นความสัมพันธ์แบบ linear correlation ระหว่างความเข้มข้นฟลูออไรด์ไอออนในน้ำลายและยาสีฟันภายหลัง 4 ชม. ระดับฟลูออไรด์ในน้ำลายจะลดลง จนกระทั่งมีค่าอยู่ในระดับปกติ

ผลการศึกษาสนับสนุนความดีในการแปรงฟัน เพื่อคงระดับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำลาย ซึ่งมีส่วนสำคัญมากต่อการคืนกลับของแร่ธาตุที่เคลือบฟัน (Enamel Remineralization)

3. แรงกดจากมือและการยับยั้งแปรง ของผู้ที่ใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า

S.Cianco et al Center of Dental
studies, NY, USA

การศึกษาในห้องปฏิบัติการของ Biomaterial Instrument Center ได้แนะนำว่า เมื่อใดก็ตามที่เราใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า แรงกดที่มากเกินไปจะลดการเคลื่อนไหว ของขนแปรงและลดประสิทธิภาพการทำความสะอาดฟัน จุดประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อทดสอบหาค่าแรงกดที่ทำให้การแปรงมีประสิทธิภาพ การทดลองนี้ใช้แรงกดแปรงพิสัยระหว่าง 0-500 กรัม และจำนวนครั้งที่ผู้ใช้ยับยั้งแปรงเมื่อใช้แปรงไฟฟ้า Hapika กลุ่มตัวอย่าง 5 คน ที่มี Plaque index มากกว่า 1.5 ได้รับการย้อมสีฟันและสอนวิธีการแปรง 4 Quadrant 4 แบบด้วยกัน คือ

1. กดหนักและยับยั้งแปรง
2. กดหนัก, ไม่ยับยั้งแปรง
3. กดเบา และยับยั้งแปรง
4. กดเบา, ไม่ยับยั้งแปรง

ผลการทดลอง พบว่า เมื่อใช้วิธีแปรงแบบที่ 3 Plaque index ลดลงมากที่สุด (56%) เมื่อเปรียบเทียบกับแบบที่ 1, 2 และ 4 ซึ่งเท่ากับ 50.7 %, 40% และ 39% ตามลำดับ ผลการศึกษานี้แนะนำให้ การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ จะให้ได้ผลดี ควรใช้แรงกดเบาๆ ประกอบกับการยับยั้งแปรงไปด้วย

4. พฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 11 ปี ของ 22 ประเทศ

S. KUUSELA et al University of Kuopio, Helsinki & Jyvaskyla Finland and Bergen, Norway

การศึกษานี้เป็นการสำรวจจากหลายๆ ประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนในความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกซึ่งเริ่มในปี 1982. วัตถุประสงค์เพื่อ พรรณนาทันตสุขนิสัย (การแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน) ของเด็กอายุ 11 ปี ใน 21 ประเทศ แถบทวีปยุโรป (ออสเตรีย, สาธารณรัฐเชค, เดนมาร์ค, เอสโตเนีย, ฟินแลนด์, ฝรั่งเศส, เยอรมัน, กรีนแลนด์, ฮังการี, อิสราเอล, ลิทเวีย, ลิทัวเนีย, ไอร์แลนด์เหนือ, นอร์เวย์, โปแลนด์, รัสเซีย, สกอตแลนด์, สโลวัก, สเปน, สวีเดน และเวลส์) และอีก 1 ประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ คือ แคนาดา. การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการออกแบบสอบถามในชั้นเรียน ระบุ เพศ, อายุ, เศรษฐฐานะ และ พฤติกรรม - ทันตสุขนิสัย โดยข้อมูลได้ถูกรวบรวมในระหว่างปีการศึกษา 1993 -1994 จากเด็กนักเรียน

เรียนจำนวน อย่างน้อย 1000 คน ของแต่ละประเทศ ถือเป็นตัวแทนเด็กนักเรียนทั้งประเทศซึ่งมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ปรากฏผลออกมาว่า กลุ่มประเทศที่เด็กส่วนใหญ่แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน คือ สวีเดน, เดนมาร์ค, เยอรมัน, ออสเตรีย และนอร์เวย์ คิดเป็นร้อยละ 83-73 ลดลงตามลำดับ กลุ่มประเทศที่เด็กผู้ชายส่วนใหญ่แปรงฟัน 2 ครั้ง ต่อวัน คือ ฟินแลนด์, ลิทัวเนีย, รัสเซีย, เอสโตเนีย, ลิทเวีย คิดเป็นร้อยละ 26-33 โดยเด็กผู้หญิงจะมีการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันมากกว่าเด็กผู้ชาย ส่วนความถี่ของการแปรงฟันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มเด็กที่มีปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจแตกต่างกัน คือ ในกลุ่ม ไอร์แลนด์เหนือ, เวลส์, สาธารณรัฐเชค, สกอตแลนด์, โปแลนด์ และรัสเซีย และปัจจัยของโรงเรียนที่แตกต่างกันคือในกลุ่ม แคนาดา, สาธารณรัฐเชค, สกอตแลนด์, โปแลนด์, ไอร์แลนด์เหนือ, เวลส์ . พฤติกรรมการใช้ไหมขัดฟันของเด็กทุกประเทศจะมีน้อย แต่มีเด็กชาวแคนาเดียนจำนวน 25 % ที่ใช้ไหมขัดฟันทุกวัน ซึ่งนับว่ามากกว่าประเทศอื่นๆ จึงกล่าวได้ว่าทันตสุขนิสัยของเด็ก 22 ประเทศนี้มีความแตกต่างกันมาก