

ISSN 0858-6527

ฉบับปฐมฤกษ์

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.ค. พ.ศ. 2536

VOL. 1 NO. 1 JAN-JUL. 1993

กองทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๗๐๗๐๖

ISSN 0858-6527

ฉบับปฐมฤกษ์

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.ค. พ.ศ. 2536 VOL. 1 NO. 1 JAN-JUL. 1993

กองทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาสาร ทันตสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - กรกฎาคม 2536

สารบัญ

	หน้า
การสูญเสียฟันภายหลังโรคเริ่มบริเวณใบหน้าและช่องปาก ทพ.วิภาส ลีลาฤทธิ์ /	1
การจัดบริการใส่ฟันปลอมเพื่อเป็นสวัสดิการและเพื่อสนองความต้องการของ ข้าราชการลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว นายสถาพร เตียวพิพิธพร ทบ.นบ.สม. /	9
สภาวะโรคฟันผุจากผลการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด (พ.ศ. 2527-2535) ศรีสุดา ลีละศิริ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา /	17
การเปรียบเทียบความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า 2 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษาด้วยวิธีเสียงตามสาย และแบบเรียนด้วยตนเอง ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์ /	23
ผลกระทบของการโฆษณาชมทางโทรทัศน์ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตเทศบาลของจังหวัดปทุมธานี-สมุทรปราการ-นนทบุรี มาลี วันทนาศิริ, ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล และ แพร จิตตินันท์ /	33
พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปีในเขตอำเภอเมือง สุนิสา วัฒนเกษตร และ สุนี ผลดีเยี่ยม /	44
“การวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำชาบางชนิดในประเทศไทย” กรวิภา รัตนธรรม /	50
ปกิณกะ	58

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

(ว.ทันต.สธ.)

เจ้าของ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วังทองเวสต์
ถนนสามเสน กรุงเทพฯ 10200 โทร 2826667 โทรสาร 2828425

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ ปราบกรม วุฒิพงศ์ อธิบดี กรมอนามัย

นายแพทย์ วัลลภ ไทยเหนือ รองอธิบดี กรมอนามัย

นายแพทย์ วีระ นิยมวัน นายแพทย์ใหญ่ กรมอนามัย

ทันตแพทย์ พลสิทธิ์ บัวศรี ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านที่ปรึกษา

สำนักงานปลัดกระทรวง

ทันตแพทย์ อาวุธ แสงกล้า ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย

ทันตแพทย์ สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เรวดี ต่อประดิษฐ์

บรรณาธิการ

รองบรรณาธิการ

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์

กองบรรณาธิการ

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ มัลลิกา ตันทุลเวศม์

วราภรณ์ จิระพงษา พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ อุษะ มีเสถียร

สุพรรณิ ศรีวิริยะกุล วิกุล วิสาลเสสท์ สุณี ผลดีเยี่ยม

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

คณะผู้จัดการ

โสภณ อรุณแสง สุธา เสียมณีโชติชัย สุณี ผลดีเยี่ยม

เพ็ญศรี สุขเทพ สุภาวดี พงศ์พานิช

ศิลปกรรม

ธานินทร์ อ่อนนุชมงคล ศิริวรรณ ขำรักษา

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

เป็นวารสารทางวิชาการที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ การวิจัย
ทางทันตสาธารณสุขและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ใน
การดำเนินงานและพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุข เผยแพร่ข่าวสารและเป็น
สื่อสัมพันธ์ทางวิชาการระหว่างทันตบุคลากร และบุคลากรทางสาธารณสุข

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม)

การเป็นสมาชิก

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกกับวารสาร โปรดแจ้งความจำนงค์ไปยังบรรณาธิการ

การลงโฆษณา

บริษัท ห้าง ร้าน หรือผู้สนใจลงโฆษณา โปรดติดต่อบรรณาธิการ

พิมพ์ที่

องค์การทหารผ่านศึก

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารทันตสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลงานวิจัย และรายงานผู้ป่วยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่าง ๆ มาวิเคราะห์ วิจัยเปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น

ปึกแผ่น (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่ง 3 ชุด ที่บรรณาธิการหรือรองบรรณาธิการ และควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

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

2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่ควรเกิน 20 หน้า ซึ่งรวมรูปภาพและตารางด้วย (จำนวนรูปภาพและตารางทั้งหมดไม่ควรเกิน 10 หน้า)

3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในบทความ หมายเลขของภาพ ชื่อผู้เขียน ตลอดจนเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ ควรเขียนด้วยดินสอเบา ๆ ไว้ด้านหลังของแต่ละภาพ ส่วนคำบรรยายของแต่ละภาพต้องพิมพ์เป็นลำดับและแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น ในกรณีที่ภาพ เป็นรูปภาพให้เขียนลงในกระดาษมัน (Glossy paper)

คำบรรยายแกนตั้ง (Ordinate) และแกนนอน (Abscissa) ของแต่ละกราฟต้องมีไว้ชัดเจนโดยใช้ภาษาอังกฤษ

4. ตาราง (Tables) ทุก ๆ ตารางจะต้องมีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ให้พิมพ์ตารางแยกไว้ต่างหากโดยพิมพ์ 1 ตาราง ต่อ 1 หน้า ในแต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (Title) และเชิงอรรถ (Foot note) บรรยายด้วยย่อในตารางตลอดจนนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน ในแต่ละตารางโดยใช้ภาษาอังกฤษ

5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย

6. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องควรเป็นดังนี้

7.1 ชื่อเรื่อง ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ ซึ่งไม่ควรยาวเกินไป และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ

7.2 ชื่อผู้เขียน ให้มีภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ ตำแหน่งและสถาบัน ที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มีหลายคน ร่วมกันให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย หรือค้นคว้า

7.3 เนื้อเรื่อง ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วน หรือ ภาษาอังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษ ที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้นให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้วก็ให้ใช้นั้นในการอธิบายเนื้อหาของเรื่องควรแบ่งออกเป็นตอน ๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้น ๆ ที่กล่าวถึงวิธีการถึงวิธีการศึกษา (Materials and

Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อ ๆ 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 จัดทำแยกต่างหากดังที่กล่าวไว้ในข้อ 3 และ 4 ของการเตรียมบทความ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินผลการทดลองและค้นพบโดยผู้เขียนจะเปรียบเทียบผลการทดลองที่ตนค้นพบกับผลการทดลองที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือต่อเนื่องต่อไปได้ด้วย

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของงานวิจัยและข้อสรุปการวิจารณ์

คำขอบคุณ (Acknowledgement) เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์การหน่วยงานหรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิธีการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. อ้างอิงจากวารสาร ต้องประกอบด้วยชื่อผู้เขียนทั้งหมด ชื่อเต็มของเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสารให้ใช้ตาม 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 โดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและให้ใช้ปีพ.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 ผู้แต่งเป็นคณะบุคคล หรือกลุ่มในหน่วยงาน 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 microorganism 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.

ใบบอกรับเป็นสมาชิก วิทยาสารทันตสาธารณสุข

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวิทยาสารทันตสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอบอกรับหนังสือ วิทยาสารทันตสาธารณสุข ประจำปี
และได้ส่งค่าบำรุง บาท (.....)
โดยจ่ายเป็นตัวแลกเงิน เช็คเงินสด หรือธนาณัติ (ธนาณัติ สั่งจ่าย ป.ณ.ราชวิถี) สั่งจ่ายในนาม ทพ.เรวัติ
ต่อประดิษฐ์ มาพร้อมกับจดหมายฉบับนี้และโปรดจัดส่งวิทยาสารฯ ดังกล่าวไปยังข้าพเจ้าตามที่อยู่ข้างล่างนี้

ชื่อ นามสกุล
สำนักงาน
บ้านเลขที่ หมู่ที่
ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ลงชื่อ

การสูญเสียฟันภายหลังโรคเริมบริเวณใบหน้า และช่องปาก

ทพ.วิภาส ลีลาพฤทธิ์

กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลทหารนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

เป็นรายงานผู้ป่วยชาย อายุ 17 ปี มาด้วยปัญหา ผื่นบริเวณใบหน้าซีกซ้าย และในช่องปาก ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเริมบริเวณใบหน้า มีอาการรุนแรงจนสูญเสียฟันซีกบนซ้ายไป 5 ซี่ และเกิดการตายของกระดูกบริเวณรอบรากฟัน โดยไม่พบภาวะอื่นนำมาก่อน ได้ทบทวนรายงานอื่นที่เคยตีพิมพ์มาก่อน 13 รายงาน ซึ่งมีอาการคล้ายกันเพื่อศึกษาสาเหตุของการสูญเสียฟันและการตายของกระดูกบริเวณรอบรากฟันดังกล่าว เนื่องจากโรคเริม

บทนำ

โรคเริมเป็นการติดเชื้อไวรัสเฉียบพลันซึ่งส่วนใหญ่เกิดเฉพาะบริเวณโพสทีเรียฮอร์นเซลล์ (Posterior, horn cells) หรือปมประสาทเอกซ์ตราเมดูลลารี (Extramedullary – cranial nerve ganglia) ซึ่งมีลักษณะปวด, เกิดตุ่มน้ำใสบริเวณผิวหนังและเยื่อเมือก ที่เป็นไปตามการกระจายของปลายประสาทนั้น ๆ ข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น^(1, 4, 11)

เชื้อที่ก่อให้เกิดโรคคือไวรัสวาริเซลลาซอสเตอร์ (Varicella – zoster virus) โดยในผู้ที่ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันมาก่อน จะเกิดเป็นโรคอีสุกอีใส แต่ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบางส่วน หรือภูมิคุ้มกันลดลงโดยอาจจะได้รับเชื้อใหม่ หรือเป็นผลจากการกำเริบของเชื้อที่อยู่บริเวณปมประสาท โดยมีความเครียดทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นภายในก็ตาม จะเกิดเป็นโรคเริม^(1, 4, 6, 9)

อุบัติการณ์ของโรคประมาณ 5.4% ของประชากร^(5, 6, 9) อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ตามอายุ⁽¹⁾ และผู้ที่มีภาวะโรคอื่นนำเช่น ภาวะลิมโฟโพรลิเฟอเรทีฟ (Lymphoproliferative – condition), ได้รับการฉายรังสีมาก่อน, ได้รับสารสเตียรอยด์ หรือได้รับยาฆ่าเซลล์มะเร็ง^(5, 11)

ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ บริเวณหน้าอก (55%) คอ (20%) และบริเวณหลังและตะโพก (15%) ส่วนบริเวณใบหน้าพบ ส่วนใหญ่เป็นออบทาลมิกดิวิชั่น (Ophthalmic division) ของประสาทสมองคู่ที่ 5 (ประมาณ 2 ใน 3 ของทั้งหมด)⁽¹²⁾

อาการของโรคมักจะมี ปวด, ปวดแสบปวดร้อน, คัน ของบริเวณที่เป็นนำมาก่อน 2-3 วัน อาจจะมีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว เบื่ออาหารร่วมด้วยก็ได้ ต่อมาจะมีผื่นขึ้น ลักษณะผื่นเป็นตุ่มน้ำใสล้อมรอบด้วยผื่นแดง ต่อมาแตกเป็นตุ่มหนอง และตกสะเก็ดในที่สุด ซึ่ง

กินเวลา ประมาณ 7-14 วัน แผลมักจะหาย^(9, 12) นอกจากนั้นอาจจะพบต่อมน้ำเหลืองอักเสบเฉพาะที่ได้⁽¹⁾

สำหรับโรคเริมบริเวณใบหน้า อาการปวดจะไปตาม การกระจายของปลายประสาทสมองคู่ที่ 5 กรณีที่เกิดกับแขนงแมกซิลลารี หรือแมนดิบูลาร์ (Maxillary or mandibular division) อาการปวดฟัน อาจเป็นอาการนำก่อนมีผื่นเกิดขึ้น⁽¹⁾ ผื่นบริเวณเยื่อในช่องปากมักเกิดตามหลังผื่นบริเวณผิวหนัง^(1, 11) แต่มีรายงานว่าผื่นเฉพาะบริเวณเยื่ออย่างเดียวกก็ได้^(3, 11)

ลักษณะทางพยาธิสภาพจะมีการรวมของเซลล์ในชั้นมาลพิเจียน (Malpighian layer) ของหนังแท้ ในตุ่มน้ำ พบอีโอสิโนฟิลิก อินทรานิวเคลียร์ อินคลูชันบอดี้ (Eosinophilic intranuclear inclusion bodies) และ มัลตินิวเคลียเอเท็ด ไจแอนท์ เซลล์ (Multinucleated Giant cell) ส่วนบริเวณหนังแท้ปกติ ดังนั้นตุ่มน้ำ ที่แตกเมื่อแผลหาย จึงไม่เกิดแผลเป็น⁽¹¹⁾

การวินิจฉัยอาศัย อาการและอาการแสดงของโรคเป็นหลัก บางกรณีอาจจะอาศัยการตรวจแอนติบอดี (Antibody) ต่อเชื้อโดยวิธีฟลูออเรสเซนต์แอนติบอดี (Fluorescent antibody), นิวทรัลไลเซชัน (Neutralization), คอมพลีเมนต์ฟิกเซชันเทสต์ (Complement fixation test)^(1, 5)

การรักษา ไม่มีวิธีใดดีที่สุด อาศัยหลักการรักษาประคับประคอง ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การใช้ยาต้านเชื้อไวรัส เช่น อไซโคลเวียร์ (Acyclovir) ขนาด 800 มก. วันละ 5 ครั้งนาน 5 วัน จะพิจารณาให้ในรายที่เป็นโรคเริมที่เป็นทั่วตัว, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือผู้ที่มีการทางประสาทร่วมด้วย⁽⁷⁾ การใช้ 5% อไซโคลเวียร์ออยท์เมนต์ทาเฉพาะที่ ช่วยลด การกระจายของเชื้อ, ระยะเวลาที่ปวด และระยะเวลาที่หายของแผลได้⁽¹⁰⁾ การใช้สเตียรอยด์ยังเป็นข้อ

ถกเถียง บางรายงานบอกว่าช่วยป้องกันการเกิดการปวดประสาทหลังโรคเริมได้และโรคหายเร็วขึ้น แต่บางรายงานบอกว่าไม่ควรใช้ เพราะทำให้โรคกระจายมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม น่าจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่แข็งแรงดี แต่มีอาการรุนแรงได้⁽⁵⁾

ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดเมื่อเป็นโรคเริมบริเวณใบหน้า และในผู้ป่วยที่สูงอายุ^(2, 4) ซึ่งมักเกิดกับเนื้อเยื่ออ่อน เช่น ปวดประสาทหลังโรคเริม, การอักเสบของกล้ามเนื้อ, ปัญหาต่างๆ ทางตา และหู, มัยอีไลติส (Ascending and transverse myelitis), เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, กล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะ อ่อนแรง และการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด เบซาลเซลล์คาร์ซิโนมา (Basal cell carcinoma)^(1, 2, 4) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเนื้อเยื่อแข็ง พบได้ไม่บ่อยนัก จากที่เคยรายงานพบภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก คือ การหลุดเองของฟัน, การตายของฟัน, รูปร่างฟันผิดปกติ, การตายของกระดูกรอบรากฟัน และการตายของกระดูกขากรรไกร^(2, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ป่วย ที่มีการหลุดเองของฟันและการตายของกระดูกรอบรากฟัน ตามหลังการติดเชื้อโรคเริมบริเวณใบหน้า ซึ่งเกิดในผู้ป่วยอายุน้อย

รายงานผู้ป่วย

ชายไทยโสด อายุ 17 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 4 วัน มีผื่นน้ำใส ๆ บริเวณไรผม หน้าผาก แก้มซ้าย และลามทั่วใบหน้าซีกซ้าย ปวดบริเวณใบหน้าซีกซ้ายมาก มีอาการอ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ จึงได้รับเข้ารักษา ในแผนกอายุรกรรม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเริมบริเวณใบหน้าและช่องปาก

การตรวจร่างกายทั่วไป ปกติ ไม่มีไข้ พบว่ามีผื่นแบบเวสสิคูลิแพพุลาร์ (Vesiculopapular rash on erythematous bed) ทั่วใบหน้าซีกซ้าย เปลือกตาซ้าย ริมฝีปากบนซ้าย ต่อมน้ำเหลืองโต

การตรวจในช่องปาก พบแผลต้น ๆ คลุมด้วยเนื้อเยื่อสีขาว บริเวณเหงือกบนซ้าย ริมฝีปากบนซ้าย มีตุ่มน้ำกระจกระบาย บริเวณอินเตอร์เดนทัลแพปิลลาร์ (Interdental papillar) และ แอทแทชด์จิงจิวา (Attached gingiva) มีการ ร่น และบวมของอินเตอร์เดนทัลแพปิลลาร์, มีการตายของกระดูกรอบรากฟัน บริเวณฟันตัดกลางบนซ้าย จนถึง ฟันกรามน้อยซี่แรกบนซ้าย ตรวจโดยใช้ เพริโอดอนทัลโพรบ (Periodontal probe) พบว่ามีกระเปาะปริทันต์ลึกประมาณ 10 มม. ฟันบนซี่ซ้ายโยกหมดทุกซี่ (รูปที่ 1) ส่วนเหงือกและฟันบริเวณอื่น ๆ ปกติ

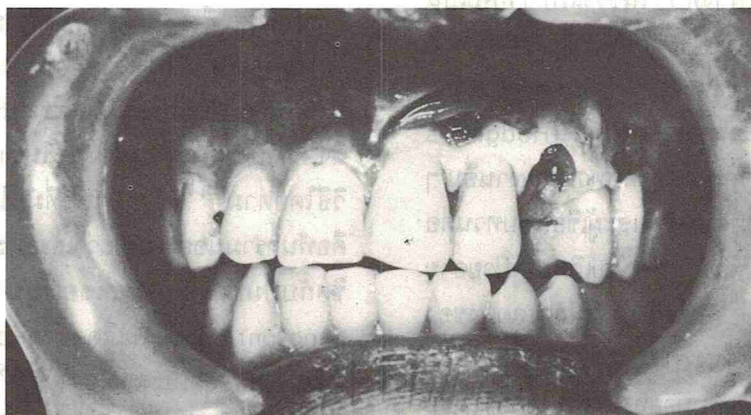
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือด ฮีโมโกลบิน = 14.8 gm.%, ฮีมาโตคริต = 44%, จำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมด = 6300, จำแนกเป็น โพลีมอร์ฟ = 89%, ลิมโฟไซต์ = 11%, ปริมาณเกร็ดเลือดปกติ ผลการตรวจปัสสาวะ ปกติ

การติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย ด้วยคล็อกซาซิลลิน (Cloxacillin 500 มก.) วันละ 4 ครั้ง ให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล, เทรติจิทอล (Tregal) บ่อยด้วยไซโซเว็กซ์ (Zovirax

eye ointment) วันละ 5 ครั้ง หลังจากรักษาได้ 7 วัน ฟันบริเวณใบหน้า ค่อย ๆ จาง และเริ่มตกสะเก็ด แต่ในช่องปากยังมีผื่นและแผลอยู่บ้าง เหงือกบวมบริเวณซี่ซ้ายบน ฟันบนซี่ซ้ายมีอาการโยกหลายซี่ แต่ไม่มีอาการปวดฟันแต่อย่างใด และฟันเขี้ยวบนซ้ายหลุดออกเอง จึงได้ปรึกษาแผนกทันตกรรม ซึ่งได้รักษาแผลในปาก ด้วยการใช้น้ำ 0.09% โซเดียมคลอไรด์ชะล้างแผลเช้า-เย็น ทุกวัน, แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน, เอกซเรย์ฟันบนซ้ายพบว่ามีกระดูกละลายตัวของกระดูกรอบรากฟัน ตั้งแต่ฟันเขี้ยวบนซ้ายจนถึงฟันกรามน้อยซี่แรกบนซ้าย (รูปที่ 2)

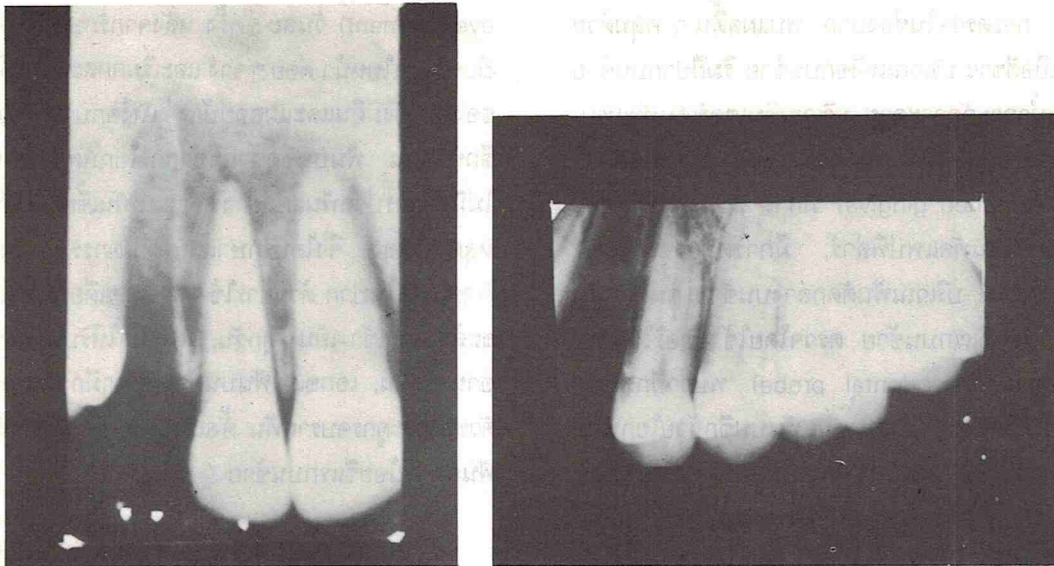
หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ 14 วัน พบว่าบริเวณฟันเขี้ยวบนซ้ายที่หลุดไป เริ่มมีเยื่อคลุมแผลแล้ว ส่วนของฟันที่โยกมากขึ้น ได้ให้การรักษาโดยถอนฟันที่โยกทุกซี่ออกหมดอีก 4 ซี่ และตัดเอากระดูกรอบรากฟันส่วนที่ตายออกทั้งหมด

21 วันหลังจากเข้ารักษาในโรงพยาบาล ก็ได้จำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งพบว่าแผลในปากหายเป็นปกติ แผลบริเวณใบหน้าก็หายสนิท ได้นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษาต่อไป แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด



รูปที่ 1 มีการร่นของเหงือกบริเวณฟันตั้งแต่ฟันตัดด้านบนซ้ายซี่แรก ถึง ฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่สอง โดยมีฟันเขี้ยวบนซ้ายหลุดไปแล้ว

Fig. 1 This illutrate showing the loss of interdental papila, alveolar bone exposing and left upper canine lossing.



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงการตายของกระดูกรอบรากฟัน

Fig. 2 The periapical film showing the alveolar bone resorption between left upper canine to left upper second premolar.

บทวิจารณ์

การหลุดเองของฟันและการตายของกระดูกรอบรากฟันเนื่องจากโรคเริม รายงานครั้งแรกในปี 1922 โดย Gonnett^(5,9) หลังจากนั้นก็มีรายงานอีก 3-4 ราย ตามตารางที่ 1 ในช่วงแรกๆ ที่พบเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และเกิดกับกระดูกขากรรไกรล่างทุกราย แต่ต่อมาในปี 1976 Chenitz⁽⁹⁾ รายงานผู้ป่วยชายอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นโรคฮอดจกินส์ (Hodgkin's disease stage IV) จากการทบทวนรายงานอื่นๆ โดย Wright ในปี 1983⁽⁵⁾ และผู้เขียนทบทวนต่ออีก 5 รายงาน จะเห็นว่าส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป หรือผู้ป่วยที่มีการลดลงของภูมิคุ้มกันจากโรคต่างๆ เช่น มะเร็งโดยเฉพาะโรคฮอดจกินส์ระยะลุกลามบ่อยที่สุด หรือจากการได้รับยาฆ่าเซลล์มะเร็ง หรือเคยได้รับรังสีรักษามาก่อน

อย่างไรก็ตามในปี 1985 Ben-zion⁽⁷⁾ และคณะได้รายงานในเด็กผู้หญิงอายุ 12 ปี แข็งแรงดี มาก่อนจะเกิดโรคเริมกระจายทั่วตัว และมีการตาย

ของกระดูกขากรรไกรบนตามมา ซึ่งเป็นกรณีที่พบไม่บ่อยเลย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่นำเสนอในรายงานนี้ เพราะว่าอายุน้อยและแข็งแรงดีมาก่อน

อาการแสดงแรกสุดของการตายของกระดูกรอบรากฟันในโรคเริมคือ การหลุดของฟันเองโดยไม่มีอาการปวด ซึ่งจะแตกต่างจากการตายของกระดูกที่ไม่ใช่จากเชื้อไวรัส โดยมีอาการปวดฟันรุนแรงนำมาก่อน⁽⁹⁾ ฟันมักจะหลุดในช่วงประมาณ 3 สัปดาห์ถึง 12 สัปดาห์หลังการติดเชื้อ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาวิธีใดก็ตาม^(4, 7, 11) ฟันที่มักได้รับผลก่อนอื่นคือฟันกรามน้อย เพราะว่าเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอยู่ชิดกับปมประสาททากาสเซอเรียน (Gasserian's ganglion) และมีเส้นเลือดข้างเคียงมาเลี้ยงน้อย⁽¹⁰⁾ เฉลี่ยฟันจะหลุดประมาณ 2-5 ซี่^(7,9) แต่จะมีลักษณะเฉพาะคือเป็นฟันที่อยู่ด้านเดียวกันกับเส้นประสาทที่ติดเชื้อไวรัส โดยไม่เกินแนวกึ่งกลาง^(4,7)

นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนอื่น ที่พบได้ตามหลังโรคเริม ที่เคยมีรายงานคือ ฟันมีรูปร่างผิดปกติ และมีการละลายตัวของรากฟันจากภายใน^(6,10)

ตารางที่ 1 รวบรวมผลสรุปของรายงานผู้ป่วยซึ่งสูญเสียฟัน และมีการตายของกระดูกออบรากฟัน เป็นผลจากโรคเริมบริเวณใบหน้า

Table 1 Resum of published observation in which Herpes zoster infection of the fifth cranial nerve has been associated with alveolar bone necrosis.

Author, Year	Patient (Yrs, Sex)	Major disease problems	Cytotoxic drugs /Irradiation	Site of necrosis no. of teeth lost	Onset of tooth lost (*)
1. Dechaume et al (1955) ⁽⁵⁾	48, M	Anemia leukopenia Chronic hepatitis	ND	Lt. mandible, 5	18 days
2. Delaire, Billet (1959) ⁽⁵⁾	71, F	ND	ND	Rt. mandible, 1	Tooth 29 root Ext during acute HZI
	79, F	ND	ND	Rt. mandible, 6	12 days
3. Delaire et al (1964) ⁽⁵⁾	elderly, F	ND	ND	Rt. mandible, 7	ND
4. Hall et al (1974) ^(5,2)	62, F	Reticulum cell sarcoma	Cytosan, Prednisone 6,000 cGy.	Rt. maxilla, 7	28 days
5. Chenitz (1976) ⁽⁵⁾	15, M	Hodgkin's dis. stage iv-B	Velban, Cytosan	Lt. maxilla, 4	21 days
6. Vickery & Mida (1979) ⁽⁵⁾	41, F	"-----" "-----" IV-B	Combined chemo Rx (MOPD) later Bleomycin	Lt. mandible, 7	30 days
7. Cooper (1979) ⁽⁵⁾	76, M	ND	ND	Lt. maxilla, 2	30 days
	85, F	ND	ND	Rt. mandible, 5	Five lower ant. teeth were extracted 10 wks. prior to HZI.
8. Delbrouck-Poot Reginster (1979) ⁽⁵⁾	44, F	Hodgkin's disease	ND	Rt. maxilla, 5	26 days
9. Wright et al (1983) ⁽⁵⁾	56, F	Diffuse histiocytic lymphoma stage iv-B	Chemotherapy 2400 cGy.	Lt. maxilla, 7	19 days
10. Ben-Zion (1985) ⁽⁷⁾	12, F	ND	ND	Rt. maxilla, 5	11 days
11. Mantz (1986) ⁽⁸⁾	60, F	Polymyalgia rhumatica	Pred. + Azathiopine Cyclophosphamide	Rt. Mandible, 2	ND
12. Mootofi (1987) ⁽⁹⁾	56, F	Chronic myeloid leukemia, MS	Myleran + Allopurinol Inderal, Digoxin	Rt. mandible, 3	31 days
13. Toshitaka (1990) ⁽¹¹⁾	72, M	HT, Asthma	Digoxin, Nifedepine	Rt. mandible, 2	7 days
14. Vipas (1993)	17, M	ND	ND	Lt. maxilla, 5	11 days

NOTE : ND = none described,

(*) = time of onset of Herpes zoster infection to
initial tooth loss

HT = hypertension

MS = mitral stenosis

F = female

M = male

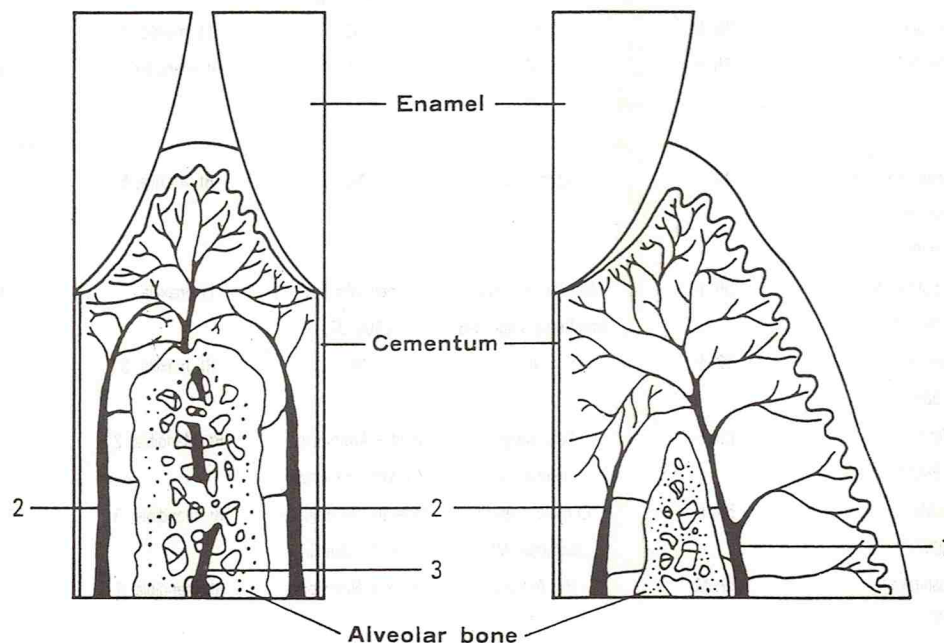
สมมุติฐานของการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ที่เชื่อมากที่สุดขณะนี้อธิบายโดย Wright และคณะ ในปี 1983⁽⁵⁾ ว่าน่าจะเกิดจากเชื้อริมนแพร่กระจายไปตามเส้นประสาท มีผลให้มีการอักเสบของเส้นเลือดที่อยู่ใกล้เคียง จึงเกิดเส้นเลือดอักเสบขึ้น ทำให้อวัยวะที่เลี้ยงโดยเส้นเลือดนั้นๆ ขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งในกรณีนี้ก็ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก และเยื่อปริทันต์ลดลงมาก ผลก็คือมีการตายของพัลพ์ (Dental pulp) และ กระดูกรอบรากฟัน

ในปี 1990 Oshitaka และคณะ⁽¹¹⁾ ได้สนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าวโดยอธิบายว่าแขนงปลายสุดของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ไม่ได้เลี้ยงเฉพาะผิวหนังและเยื่อบุเท่านั้น แต่เลี้ยงเหงือก, เพอริโอดอนทัลลิกาเมนต์ (Periodontal ligament) และพัลพ์ด้วย นอกเหนือจากนั้นแขนงที่มาเลี้ยงฟันของประสาทอัลวิโอลาร์ (Alveolar nerve) ยังกระจายกระจายประสานกันเป็นลูลูอัลวิโอลาร์ (Loose alveolar

หรือเดินทัลเพล็กซ์ (Dental plexus) ในกระดูกรอบรากฟันด้วย ดังนั้นในกระดูกรอบรากฟันทั้งหมดจึงเป็นการกระจายของปลายประสาทแม็กซิลลา (Maxilla nerve) และแมนดิบูลาร์ (Mandibular nerve) นอกจากนั้นยังอธิบายเส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกรอบรากฟันว่ามาจาก 3 ส่วน (จากรูปข้างล่าง) คือ

1. Supraperiosteal arteriole along facial & Lingual surface of alveolar bone
2. Vessels of the periodontal ligament
3. Arterioles ที่ penetrate ผ่าน Crest of interdental septum

จากลักษณะทางกายวิภาคดังกล่าว จะเห็นว่าการเกิดการอักเสบของเส้นเลือดเหล่านี้ ทุกเส้นในกระดูกรอบรากฟัน ทำให้เกิดกระดูกตายได้ ทั้ง ๆ ที่มีเส้นเลือดเลี้ยงมากมาย อย่างเช่น กระดูกแม็กซิลลาก็ตาม



รูปที่ 3 แสดงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกรอบรากฟัน

Fig. 3 Diagram showing the three sources of blood supply to the alveolar bone and gingiva. — Each branches passes through the bone as the alveolar penetrating vessel.

ปัจจัยอื่นซึ่งอาจมีส่วนร่วมด้วยเช่น ภูมิคุ้มกันของร่างกาย และความรุนแรงของโรค Hall และคณะ, รวมทั้ง Chenitz⁽²⁾ เชื่อว่าภาวะที่ทำให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ และทั่วๆ ไปลดลง ในกลุ่มที่ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดง่ายอยู่แล้วเช่น อายุมาก, เคยฉายแสงมาก่อน หรือมีภาวะการอักเสบชนิดเรื้อรังอยู่แล้ว จะเกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อยขึ้น ส่วนอาการของโรคในกรณีที่ไม่รุนแรง อาจเกิดแค่การละลายของรากฟันจากภายใน, การอักเสบของพัลพ์, หรือการตายของพัลพ์ เท่านั้น แต่ในกลุ่มที่อาการรุนแรง โอกาสจะเกิดการตายของกระดูกบ่อยกว่าในผู้ที่แข็งแรงดี จะเกิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดอาศัยเซลล์ลดลง (Specific cell mediated hyporesponsiveness to the virus)^(2, 10)

หลักการรักษาโรคเริม รักษาตามอาการ และป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียที่แผลผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด⁽¹⁰⁾ กรณีที่มีแผลในปากควรจะติดตามว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดตามมาหรือไม่ กรณีที่มีอาการปวดฟันมากจากพัลพ์อักเสบ ควรเอาพัลพ์ออก William⁽¹⁰⁾ แนะนำว่าควรทำการรักษารากฟันจะดีกว่า ถอนฟันออก เพราะรักษาอาการปวดได้เช่นกัน โดยรายงานผู้ป่วยอายุ 23 ปี มีอาการปวดฟันมาก นำมาก่อนเกิดโรคเริมในปาก ผู้ป่วยมีการปวดฟันจากพัลพ์อักเสบ และฟันตายหลายซี่ ได้รักษารากฟันทุกซี่ ซึ่งสามารถเก็บฟันไว้ได้ทุกซี่ และไม่มีอาการปวดฟันอีกเลย

บทสรุป

ถึงแม้ว่าโรคเริมส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงก็ตาม แต่ถ้าเกิดโรคเริมบริเวณใบหน้าและช่องปาก มักมีภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้เสมอๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมาก หรือมีภาวะโรคอื่นนำมาก่อนซึ่งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่อายุน้อยและแข็งแรงดีก็พบได้เช่นกัน ดังนั้น

เมื่อมีโรคเริมบริเวณใบหน้า ก็ควรตรวจให้ละเอียดว่ามีภาวะแทรกซ้อนในช่องปากด้วยหรือไม่ เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและทันต่อเวลาที่ ไม่ให้มีการเกิดทุพพลภาพอื่นๆตามมาอีก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ

- ทญ.กัลยาณี พูนภักดี (กลุ่มงานทันตกรรม รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช) ทพ.สมพร ตันติธรรม (กลุ่มงานทันตกรรม รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช), นพ.ประวิทย์ ตัญญาสิทธิสุนทร (หัวหน้าฝ่ายวิชาการ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช), ทพ.สงวน ก่อธรรมนิเวศน์ (กองโรงพยาบาลภูมิภาค), นางนันทยา วิบูลย์ลักษณะกุล (หัวหน้าห้องสมุด รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช)

เอกสารอ้างอิง

1. Nally, F.F., and Ross, I.H. : Herpes Zoster of the oral and facial structures ; **Oral Surg.** 32 : 221-234, 1971
2. Hall DH., Jacobs IS., O'Malley JP. : Necrosis of maxilla in patient with Herpes zoster. **Oral Surg.** 37 : 657-662, 1974.
3. Ellen Eisenberg, : Intraoral isolated herpes zoster. **Oral Surg.** 45 (2) : 214-218, 1978
4. Schwurtz O ; Kvorning S.A. : Tooth exfoliation osteonecrosis of the jaw and neuralgia following Herpes zoster of the trigeminal nerve. **Int.J.Oral Surg.** 11 : 364-371, 1982
5. Wright WE., Davis ML., Geffen DB. SL et al : Alveolar bone necrosis and tooth loss : a rare complication associated with Herpes zoster infection of the

- fifth cranial nerve. **Oral Surg.** 56 : 39-46, 1983
6. Smith S., Ross JW., Scully G. : An unusual oral complication of Herpes zoster infection. **Oral Surg.** 57 (4) : 388-389, 1984
 7. Garty BZ., Dinari G., Sarnat H., Cohen S., Nitzan M. : Tooth exfoliation and osteonecrosis of maxilla after trigeminal Herpes zoster. **J. Pediatric.** 106 (1) : 71-73, 1985
 8. Mantz HJ., Canter HG., Melton J. : Trigeminal Herpes zoster causing mandibular osteonecrosis and spontaneous tooth exfoliation. **South-Med-J.** 78 (8) : 1026-1028, 1986
 9. Mostofi R., Marchmont-Robinson H., Freije S. : Spontaneous tooth exfoliation and osteonecrosis following a Herpes zoster of fifth cranial nerve. **J-Oral-Maxilofac-Surg.** 45 (3) : 264-266, 1987
 10. Goon WW., Jacobson PL. : Prodromal odontalgia and multiple devitalized teeth caused by a Herpes zoster infection of the trigeminal nerve ; report of causes. **J-Am. Dent. Assoc.** 116 (4) : 500-504, 1988
 11. Muto T., Tsuchiyalt, Sato K., Kanazawa M. : Tooth exfoliation and necrosis of mandible-a rare complication following trigeminal Herpes zoster : report of a case. **J-Oral-Maxilofac-Surg.** 48 (9), 1000-1003, 1990
 12. Petersdorf., Adams., Braunwald, Isselbacher, Mantin, Winson. **Harrison "s Principle of Internal Medicine.** 10 edition, Asian student edition June 1983, 1122-1124

การจัดบริการใส่ฟันปลอมเพื่อเป็นสวัสดิการ และเพื่อสนองความต้องการของข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร และครอบครัว

นายสถาพร เตียวพิพิธพร ทบ.นบ.สม.

กลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติมจากบริการทันตสาธารณสุขที่มีอยู่
ทั้งนี้เพื่อสนองตอบความต้องการของข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว โดยเสียค่าใช้จ่าย
ในการใส่ฟันปลอมถูกกว่าค่าใส่ฟันปลอมโดยทั่วไป อีกทั้งกรุงเทพมหานครไม่ต้องจัดสรรทรัพยากรบุคคล
และงบประมาณเพิ่มเติมจากที่มีอยู่

การศึกษาในเรื่องนี้ เริ่มด้วยจัดโครงการทดลองบริการใส่ฟันปลอมให้กับข้าราชการลูกจ้าง
กรุงเทพมหานครและครอบครัว เป็นระยะเวลา 12 เดือน แบ่งเป็นขั้นเตรียมการ 1 เดือน และขั้นดำเนินการ
11 เดือน จากนั้นรวบรวมผลการดำเนินการ ทำการศึกษาจากแบบสอบถามจากคนไข้ที่ได้รับการใส่
ฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้วไม่น้อยกว่า 7 วัน จำนวน 48 คน จากคนไข้ที่ได้รับการใส่ฟันปลอมไปทั้งหมด
จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของผู้ได้รับการใส่ฟันปลอมทั้งหมด แล้วจึงนำมาคำนวณหา
ทางสถิติ โดยหาค่าร้อยละ ผลปรากฏว่าคนไข้ที่ได้รับการใส่ฟันปลอมไปแล้ว มีความต้องการต่อบริการใส่ฟันปลอม
และมีความพอใจต่อบริการที่จัดให้ทั้งทางด้านความพอใจต่อผู้ให้บริการ การใช้งานของฟันปลอม ราคา
ค่าบริการ และทุกคนต้องการให้มีบริการต่อไป

นอกจากนี้ยังได้ออกแบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการใส่ฟันปลอม สถิติรายงานการปฏิบัติงานกลุ่มงาน
ทันตกรรมบริการ และบัญชีรายรับ รายจ่ายค่าทำฟันปลอม ทำให้ทราบศักยภาพในการให้บริการของ
หน่วยงานที่สามารถให้บริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติม จากบริการทันตสาธารณสุขปกติ โดยหน่วยงานไม่
ต้องจัดบุคลากรหรืองบประมาณเพิ่มเติมแต่อย่างใด

บทนำ

กรุงเทพมหานคร มีจำนวนข้าราชการและลูกจ้างประมาณห้าหมื่นคนเศษ หากจะรวมทั้งครอบครัวของข้าราชการและลูกจ้างด้วยแล้ว จะมีจำนวนถึงแสนคนเศษ โดยมีหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานครที่ให้การดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย ได้แก่ สำนักงานการแพทย์ ซึ่งมีโรงพยาบาลให้บริการจำนวน 5 แห่ง และสำนักอนามัย ซึ่งมีศูนย์บริการสาธารณสุข 62 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 80 แห่ง สถานบริการเหล่านั้นนอกจากจะให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปแล้วยังจัดบริการให้เฉพาะข้าราชการลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว เป็นสวัสดิการอีกด้วย

กลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย มีภาระหน้าที่จัดบริการทันตสาธารณสุขเพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว และจากบริการปกติที่จัดให้นี้ ยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ตามหลักการทันตสาธารณสุข จึงได้จัดบริการด้านทันตกรรมฟื้นฟูสภาพหรือบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติม เพื่อให้เป็นบริการครบทุกด้าน การบริการใส่ฟันปลอมนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปแล้ว ยังเป็นความต้องการของผู้รับบริการอีกด้วย ในส่วนของกรุงเทพมหานครไม่ต้องจัดสรรงบประมาณและบุคลากร เพื่อให้บริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติมจากปกติซึ่งเป็นประโยชน์ในด้านการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น

วิธีการวิจัย

1. จัดทำโครงการ “การจัดบริการใส่ฟันปลอมให้กับข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว” ที่สถานบริการ กลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมการ ระยะเวลา 1 เดือน (ตุลาคม 2533)

ก. ขออนุมัติโครงการ ขออนุมัติเก็บค่าบริการใส่ฟันปลอม ตลอดจนวิธีการเก็บเงินและการนำส่งเงิน

ข. จัดเตรียมวัสดุทันตกรรมที่ต้องใช้เพื่อบริการใส่ฟันปลอม สถานที่รับจ้างทำฟันปลอม ตลอดจนวิธีการเบิกจ่ายเงินเพื่อการจัดซื้อและจัดจ้าง

ค. จัดทำประชาสัมพันธ์ ทางสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์ และประกาศ

1.2 ขั้นดำเนินการ ระยะเวลา 11 เดือน (พฤศจิกายน 2533 - กันยายน 2534)

ก. จัดทำบัตร ลงทะเบียน และการนัดหมาย

ข. จัดบริการใส่ฟันปลอมชนิดต่าง ๆ

ค. รวบรวมรายงานประจำเดือน ประจำปี

2. สร้างแบบสอบถามประกอบด้วย คำถามในด้านต่าง ๆ เรียงลำดับเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข. ข้อมูลในการรับบริการใส่ฟันปลอม

ค. ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

3. ได้ให้ผู้รับบริการใส่ฟันปลอมไปแล้ว จำนวน 128 คน โดยนัดหมายให้มาตอบแบบสอบถามหลังการใส่ฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้ว ไม่น้อยกว่า 7 วัน ปรากฏว่ามีผู้มาตอบแบบสอบถามจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของผู้ได้รับการใส่ฟันปลอมทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

4. สร้างแบบคำสัมภาษณ์ผู้ให้บริการใส่ฟันปลอม ซึ่งประกอบด้วยทันตแพทย์ 3 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน คนงาน 2 คน รวมทั้งหมด 7 คน เพื่อให้ได้ทราบข้อมูลการบริการใส่ฟันปลอมมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานตามปกติหรือไม่ ทำให้ทราบศักยภาพในการให้บริการใส่ฟันปลอม

5. จัดเก็บและรวบรวมราคาทำฟันปลอม จาก

สถานบริการต่าง ๆ เปรียบเทียบค่าบริการจากสถานบริการต่าง ๆ เพื่อทราบค่าบริการของสถานบริการทั้งภาครัฐบาล เอกชน และกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย ซึ่งสถานบริการทั้งหมดที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัย ได้เสนอเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1. การบริการใส่ฟันปลอม เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร และครอบครัว

1.1 ความสะดวกสบายในการใช้บริการ เป็นบริการซึ่งจัดให้ในสถานที่ทำงานของผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางและเสียเวลาราชการมากนัก

1.2 เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการและค่าใช้จ่ายเป็นค่าบริการใส่ฟันปลอม พบว่าค่าบริการใส่ฟันปลอมของสถานบริการภาคเอกชนสูงกว่าค่าบริการสถานบริการกองทันตสาธารณสุข 3.7 ถึง 5.7 เท่า และค่าบริการสถานบริการภาครัฐบาลสูงกว่าค่าบริการสถานบริการกองทันตสาธารณสุข 1.5 เท่า ถึง 2.2 เท่า (ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตอนที่ 2. การบริการใส่ฟันปลอมสนองความต้องการของข้าราชการ ลูกจ้างกรุงเทพมหานครและครอบครัว

จากแบบสอบถามผู้รับบริการใส่ฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้วไม่น้อยกว่า 7 วันพบว่าเป็นความต้องการของผู้รับบริการเองสูงถึงร้อยละ 81 (ตารางที่ 3) มีความพอใจต่อฟันปลอมที่ได้รับบริการไปแล้ว ทั้งทางด้านการใช้งานและราคาค่าบริการ (ตารางที่ 4) และผู้รับบริการเสนอให้จัดบริการใส่ฟันปลอมต่อไป และจะแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 3. ศักยภาพในการให้บริการใส่ฟันปลอมของกลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข

สำนักอนามัย

จากแบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์และคนงาน โดยเฉพาะทันตแพทย์ให้แล้วแต่ความพอใจที่จะให้บริการหรือไม่ และแล้วแต่ความต้องการบริการใส่ฟันปลอมชนิดใด พบว่าการบริการใส่ฟันปลอมนี้มีผลกระทบต่องานประจำบ้าง และเห็นด้วยกับการจัดให้มีบริการนี้ (ตารางที่ 6)

ตอนที่ 4. ค่าใช้จ่ายหรือค่าการลงทุนในการจัดบริการใส่ฟันปลอมกลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย

การบริการใส่ฟันปลอมนี้เป็นบริการเพิ่มเติมจากบริการทันตสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมา จึงเป็นค่าวัสดุ และค่าจ้างทำฟันปลอม พบว่างบเกินดุล และรายรับสูงกว่ารายจ่ายเกือบ 2 เท่าตัว (ตารางที่ 7)

บทวิจารณ์

การจัดบริการด้านทันตกรรมฟื้นฟูสภาพหรือบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติมจากบริการที่มีอยู่ คือ ด้านทันตสุขศึกษา ด้านทันตกรรมป้องกันและด้านทันตกรรมบำบัดรักษานั้น เป็นบริการเพื่อให้ครอบคลุมทุกด้านตามหลักการทันตสาธารณสุข มิใช่เป็นการพัฒนางานด้านทันตกรรมบำบัดรักษา ซึ่งไม่ใช่ภาระหน้าที่หลักของกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย อีกทั้งบริการที่เพิ่มขึ้นนี้ยังเกี่ยวข้องกับการเงิน จึงต้องศึกษาและปฏิบัติให้ถูกต้องตามระเบียบราชการ

สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการโดยเฉพาะทันตแพทย์ได้ให้แนวทางในด้านให้บริการ ซึ่งแล้วแต่ความสมัครใจแต่ละท่านจะให้บริการ เป็นการบริการที่เพิ่มเติมจากปกติ ทั้งนี้โดยใช้เวลาที่พอจะมีบ้างให้เกิดประโยชน์ ทำให้เกิดทักษะต่องานบริการใส่ฟันปลอม และที่สุดคือ ผู้มารับบริการได้มีสุขภาพที่ดีจากแนวทางนี้จะเห็นว่า ตารางการให้บริการใส่ฟันปลอมในแต่ละช่วงเวลามีมาก มีน้อย หรือไม่มีเลยและแม้ว่างาน

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบค่าบริการใส่ฟันปลอมระหว่างสถานบริการของรัฐและเอกชน
() จำนวนสถานบริการ

หน่วย : บาท

สถานที่บริการ	ฟันปลอมชนิดถอดได้				ฟันปลอมชนิดติดแน่น	
	Full denture	Partial denture	Removable bridge	T.P.	Porcelain crown	Pin
	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(Unit ละ)	(Unit ละ)
สถานบริการภาครัฐ	1800-5000 (6)	1000-2000 (6)	600-1200 (6)	250-500 (6)	1200-2500 (6)	300-700 (6)
ค่าเฉลี่ย	3,400	1,500	900	375	1,850	500
สถานบริการเอกชน	5000-15000 (10)	800-9000 (11)	1200-2500 (7)	500-2000 (11)	2500-8000 (12)	200-1500 (9)
ค่าเฉลี่ย	10,000	4,900	1,850	1,250	5,250	850
กองทันตสาธารณสุข	1500-2000 (1)	1000-1200 (1)	400-600 (1)	200-300 (1)	1000-1200 (1)	150-300 (1)
ค่าเฉลี่ย	1,750	1,100	500	250	1,100	225

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าบริการใส่ฟันปลอม ระหว่างสถานบริการของรัฐและเอกชน (เป็นจำนวนเท่า)

สถานที่บริการ	ฟันปลอมชนิดถอดได้				ฟันปลอมชนิดติดแน่น	
	Full denture	Partial denture	Removable bridge	T.P.	Porcelain crown	Pin
	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(ซี่แรก)	(Unit ละ)	(Unit ละ)
กองทันตสาธารณสุข สำนักงานมัย	1	1	1	1	1	1
สถานบริการภาครัฐ	2.0	1.5	1.8	1.5	1.7	2.2
สถานบริการเอกชน	5.7	4.5	3.7	5.0	4.8	3.8

ตารางที่ 3 ข้อมูลจากผู้มารับบริการ (ก่อนรับบริการ)

เพศ	อายุ (ปี)			ทราบข่าวสาร			เคยได้รับบริการ		เหตุที่มารับบริการ	
หญิง ชาย	20-39	40-60	มากกว่า 60	เจ้าหน้าที่	ประกาศ	อื่น ๆ	เคย	ไม่เคย	ตนเองต้องการ	ผู้อื่นแนะนำ
56 44	46	42	12	65	21	14	52	48	81	19

ตารางที่ 4 ข้อมูลจากผู้มารับบริการ (ภายหลังรับบริการ)

ชนิดฟันปลอม	รับการ		ผลการใช้งาน		ต้องใช้เวลามาทำ		ราคาค่าบริการ	
	การใส่ฟันปลอม	ตรวจ หลังใส่						
ถอดได้	ติดแน่น	ใส่ประจำ	ใส่บ้าง	มา	ไม่มา	ตามคาดหวัง	ดีกว่า	ต่ำกว่า
							2 ครั้ง	3-4 ครั้ง
							มากกว่า 4 ครั้ง	
88	12	79	21	65	35	60	27	13
							48	36
							16	63
							35	2

ตารางที่ 5 ข้อมูล ข้อเสนอแนะจากผู้มารับบริการ

ควรจะมีบริการต่อไปหรือไม่		คิดว่าจะแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ	
ควรจะมี	ไม่ควรจะมี	แนะนำ	ไม่แนะนำ
100	0	94	6

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นผู้ให้บริการ ที่มีต่อการบริการใส่ฟันปลอมของกลุ่มงานทันตกรรมบริการ
กองทันตสาธารณสุข สำนักงานมัย

บุคลากร	จำนวน	ผลกระทบต่องานประจำ			ความเห็นที่จะให้มีบริการ	
		ไม่มี	มี	มีบ้าง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ทันตแพทย์	3	1	1	1	3	-
ผู้ช่วยทันตแพทย์	2	-	1	1	2	-
คนงาน	2	-	-	2	2	-
รวม	7	1	2	4	7	-

ตารางที่ 7 รายรับ-รายจ่าย ของการบริการใส่ฟันปลอมของกลุ่มงานทันตกรรมบริการ กองทันตสาธารณสุข
สำนักอนามัย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2533 ถึง กันยายน 2534

เดือน	ชนิดฟันปลอม		รายรับ	รายจ่าย		งบดุล
	ติดแน่น	ถอดได้		ค่าวัสดุ	ค่าทำฟันปลอม	
พฤศจิกายน	2	10	4,520	26,680	1,900	- 24,060
ธันวาคม	3	8	4,010	-	1,945	- 21,995
มกราคม	2	18	7,570	-	1,511	- 15,936
กุมภาพันธ์	4	11	5,110	-	1,445	- 12,271
มีนาคม	4	23	17,640	-	8,243	- 2,874
เมษายน	4	7	5,590	-	2,048	+ 668
พฤษภาคม	1	25	25,480	-	12,117	+ 14,031
มิถุนายน	4	6	2,560	-	1,626	+ 14,965
กรกฎาคม	2	3	800	-	-	+ 15,765
สิงหาคม	-	-	-	-	-	+ 15,765
กันยายน	2	10	5,180	-	2,910	+ 18,035
รวม	28	121	78,460	26,680	33,745	+ 18,035

บริการใส่ฟันปลอมจะกระทบต่องานประจำบ้าง แต่ทุกคนก็เห็นด้วยที่จะให้มีบริการใส่ฟันปลอม ด้านผู้รับบริการจากการตอบแบบสอบถามซึ่งมีเพียงร้อยละ 37.5 ของผู้มารับบริการใส่ฟันปลอมทั้งหมด อาจจะมีคามเบี่ยงเบนไปบ้าง แต่ทั้งนี้เพราะต้องการให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเฉพาะสภาพภายหลังการใส่ฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้ว แต่ก็พอจะชี้ให้เห็นถึงความต้องการให้มีบริการใส่ฟันปลอม และมีความพอใจต่อฟันปลอมนั้นทั้งทางด้านการใช้งาน และราคาค่าบริการ

ข้อมูลเรื่องราคาค่าบริการใส่ฟันปลอมจากสถานบริการต่าง ๆ พบว่ามีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะกลุ่มสถานบริการภาคเอกชน ซึ่งมักจะไม่ยอมเปิดเผยนัก ฉะนั้นราคาที่ได้นี้ อาจไม่ใช่ราคาค่าบริการที่เป็นตัวแทนที่แท้จริง ส่วนข้อมูลเรื่องราคาค่าบริการสถานบริการภาครัฐ ส่วนใหญ่ก็ไม่ให้บริการ หรือ

รับบริการเฉพาะเจ้าหน้าที่ หรือรับบริการที่มีเงื่อนไข หรือรับบริการอย่างมีข้อจำกัดทำให้ได้จำนวนสถานบริการไม่มากนัก หรืออาจเป็นเพียงการตั้งราคาไว้ แต่ไม่มีบริการให้ แต่จากตารางพอจะชี้ได้ว่า ราคาค่าบริการใส่ฟันปลอม อยู่ในหลักเกณฑ์ของอุปสงค์อุปทาน ทำให้สถานบริการภาคเอกชนสามารถคิดค่าบริการได้สูงอย่างมาก ในทางกลับกันราคาค่าบริการภาครัฐ หรือกองทุนสาธารณสุข สำนักอนามัย แม้จะคิดราคาถูกเพียงใด ก็ยังคุ้มกับรายจ่าย จึงสามารถที่จะจัดบริการให้ได้ โดยรัฐไม่ต้องจัดสรรงบประมาณด้านบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติมแต่อย่างใด

ชนิดของฟันปลอมที่ให้บริการนี้ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่ง่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริการนี้ให้เป็นความสมัครใจของทันตแพทย์ และงานบางชนิดต้องใช้เวลามาก และอาจต้องใช้ทันตแพทย์เฉพาะ ทำให้ผลงานด้านบริการใส่ฟันปลอม อาจไม่ตรงต่อ

ความต้องการของผู้รับบริการ อีกทั้งการตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่ได้รับการใส่ฟันปลอมไปเรียบร้อยแล้วนั้น จึงอาจมีเฉพาะผู้รับบริการที่เกิดความพอใจหรือการตอบแบบสอบถามตอบไปด้วยความเกรงใจผู้ให้บริการก็ได้ ซึ่งก็เช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งทุกคนเป็นผู้ได้บังคับบัญชาผู้วิจัย อาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริงได้

สรุป

บริการใส่ฟันปลอมที่จัดเพิ่มเติมจากบริการทันต-สาธารณสุขที่จัดให้ตามปกติ นั้น เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ โดยส่งผลถึงสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป เป็นความต้องการของผู้รับบริการ และยังช่วยทางด้านเศรษฐกิจอีกด้วย ในส่วนของกรุงเทพมหานคร ไม่ต้องจัดสรรงบประมาณและบุคลากรเพิ่มเติมยังจะเกิดประโยชน์ในแง่ของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และจะเป็นการพัฒนาบุคลากรให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น ประโยชน์อีกประการหนึ่งของงานวิจัยนี้ อาจใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มเติมในบริการทันตสาธารณสุขที่สำนักงานจัดให้กับประชาชนทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ชูชาติ ธนะภูมิ และทันตแพทย์บัณฑิต กิจชนะพานิช ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ทันตแพทย์หญิงทัศนีย์ ภาณุทัต ผู้อำนวยการกองทันต-สาธารณสุข สำนักงานอนามัย ที่อนุญาตให้ทำวิจัยและทำโครงการบริการใส่ฟันปลอม

เอกสารอ้างอิง

1. George A. Zarb, BO. Bergman, Joseph A. Clayton, Hugh F. Mackay : "Prosthodontic treatment for partially edentulous patient." The C.V. Mosby company saint louis 1978. p. 3.
2. Fenn, Liddelon and Gimsoms : "Clinical dental prosthetics" A. Roy Macgregor third edition Butter worth and Co. (Publishers) LTD. 1984 p.l.
3. Carl O. Boucher ; "Swenson's Complete Dentures" Fifth Edition 1964 P. 11 - 12.
4. Janzen W. "Tempolomandibular joint diagnosis and therapy in complete denture wearers." case demonstration of prosthetic treatment. ZWR ; 1991 Feb ; 100 (2) ; p 78 - 82, 84 - 5,
5. Zhu ST. "The effect of teeth arrangement in maxillary complete denture on the stress distribution of bone tissue photoelastic stress analysis." Chung - Hua - Kou - chiang - Hsueh - Tsa - Chih ; 1991 Mar ; 26 (2); p. 106 - 8, 128.
6. Faulkner KD ; Mercado MD. "Aetiological factors of cranomandibular disorders in completely edentulous denture - wearing patients." J - Oral - Rehabil ; 1991 May ; 18 (3) ; p. 243 - 51
7. Tallgren A ; Tryde G. "Chewing and swallowing activity of masticatory muscles in patients with a complete upper and a partial lower denture." J - Oral - Rehabil ; 1991 Jul ; 18 (4)p. 285 - 99
8. Kalk W ; Debaat C ; Kaandorp A. "Comparison of patients' views and dentists' evaluations 5 years after complete denture treatment." Community - Oral - Epidemal ; 1991 aug. 19 (4); p. 213 - 6.
9. Watson CJ. "Surgical management of the atrophic edentulous ridge --A Prosthetic view." Dent - tech ; 1991 Oct ; 44 (10)

- ; p. 11, 13, 14 - 15 Passim.
10. Walmsley AD ; Pinsent RH ; Laird WR. "complete denture : 1. Treatment planning and preliminary care." Dent - Update ; 1991 Jul - Aug ; 18 (6) p. 255, 257 - 60.
 11. Majewski S ; Pawlicki R. "studies on the response of epithelial cells of the hard palate to prolonged pressure exerted by prosthesis." Protet - Stomatol ; 1990 Nov - Dec ; 10 (6) p. 251 - 9.
 12. Marsh PD ; Percival RS ; Challacombe SJ. "The influence of denturewearing and age on the oral microflora." J - Dent - Res ; 1992 Jul ; 71 (7) ; p. 1374 - 81.
 13. Eliasson L ; Dahlen G ; Heyden G ; Moller A. "the predominant microflora of the partial mucosa in an elderly island population." Acta - Odontol - Scand ; 1992 Jun ; 50 (3) ; p. 163 - 9.
 14. Phelan Ja ; Levin SM. "A prevalence study of denture stomatitis in subjects with diabetes melitus of elevated plasma glucose level." Oral - Surg - Oral - Med - Oral - pathol ; 1986 Sep ; 62 (3) p. 303 - 5.
 15. Siar CH ; Ng KH ; Ngui CH. "Denture hyperplasia and oncocytic metaplasia." Ann - Dent ; 1992 summer ; 51 (1) ; p. 27 - 8.
 16. Cowan RD ; Addy NL ; Ritchie GM ; Myers TL. "Intentional Replantation of a removable partial denture abutment tooth : A case report." Quintessence - Int ; 1992 Jan ; 23 (1) p. 33 - 7.
 17. Peltola J ; Happonen RP ; Lehtinen R ; Oksaia E. "Clinical aspects of oral implantology." Proc - Finn - dent - Soc ; 1991 ; 87 (2) ; p. 271 - 86.
 18. Caiazza S ; Taruscio D ; Ciaralli F ; Crateri P ; Chistolini P ; Bedini R ; Colangelo P ; Pintucci S. "Evaluation of an experimental perodontal ligament for dental implants." Biomaterials ; 1991 Jul ; 12 (5) ; p. 474 - 8.
 19. Kazemi H. "a crown and sleeve removable denture with periodontally involved teeth as abutments ; An alternative to a conventional complete denture." Compendium ; 1991 Apr ; 12 (4) ; p. 212, 214, 218 passim.
 20. Glass Rt ; Belodraydic KA. "The dilemma of denture contamination." Todays - FDA ; 1991 Feb ; 3 (2) ; p. 4c - 6c.

สภาวะโรคฟันผุจากผลการสำรวจทันตสุขภาพ ระดับจังหวัด (พ.ศ. 2527-2535)

ศรีสุดา ลีละสิริ*
จันทนา อึ้งชูศักดิ์*
ขนิษฐ รัตนรังสิมา*

*กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษาสภาวะโรคฟันผุจากผลการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงสภาวะการเกิดโรคฟันผุของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผน และสนับสนุนการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ การดำเนินการ ได้จัดทำแบบสำรวจสภาวะโรคฟันผุส่งให้จังหวัดและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต เพื่อรวบรวมข้อมูล โดยใช้ข้อมูลครั้งล่าสุดของจังหวัดมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องสภาวะโรคฟันผุของฟันน้ำนม ฟันถาวร และการสูญเสียฟัน ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดที่ดำเนินการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2535 มีทั้งสิ้น 54 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 74.0 ของจังหวัดทั่วประเทศ การเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจังหวัดที่ทำการสำรวจ (30 จาก 54 จังหวัด) มีเด็กฟันผุมากกว่าร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟันถาวร (DMFT) มีค่าตั้งแต่ 0.3-4.9 ซี่ต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้เด็กอายุ 12 ปี ควรมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟันถาวรไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน พบว่าจังหวัดที่มีโรคสูงกว่าเป้าหมายมี 21 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 38.9 ของจังหวัดที่สำรวจ เมื่อจัดกลุ่มของจังหวัดตามระดับความรุนแรงของการเกิดโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ยังมีการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำและต่ำมาก อย่างไรก็ตามมีพื้นที่ 6 จังหวัดที่อยู่ในระดับปานกลางและสูง เป็นข้อบ่งชี้ว่าการเพิ่มฟลูออไรด์ในน้ำประปา อาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ควรพิจารณา สำหรับภาวะการสูญเสียฟัน ข้อมูลที่รวบรวมได้มี 44 จังหวัด พบจังหวัดที่มีผู้มีฟันใช้งานต่ำกว่าเป้าหมาย 25 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 56.8 สำหรับสภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 6 ปี พบว่าจังหวัดที่เด็กมีฟันน้ำนมผุมากกว่าร้อยละ 70 มี 33 จังหวัดจาก 41 จังหวัดที่มีข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 80.5 พบฟันผุสูงในทุกภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้มองเห็นปัญหาทันตสาธารณสุขแยกราชจังหวัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งหน่วยงานส่วนกลางสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด ทั้งในด้านทรัพยากรและด้านวิชาการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ประชาชนไทยมีสุขภาพช่องปากที่ดี ตามเป้าหมายทันตสุขภาพที่ตั้งไว้

บทนำ

ข้อมูลระบาดวิทยาทางทันตสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมอย่างจริงจังในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 โดยในปี พ.ศ. 2520 ได้จัดให้มีการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ขึ้นและต่อมาในปี พ.ศ. 2527 และ 2532 ได้มีการสำรวจอีกเป็นครั้งที่ 2 และ 3 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาพัฒนาการจัดบริการทันตสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตสาธารณสุข

ในระดับจังหวัดการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา โดยมีฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตและกองทันตสาธารณสุข เป็นผู้ริเริ่มและประสานงานที่สำคัญ จังหวัดที่ดำเนินการในช่วงแรกใช้แนวทางการสำรวจจากกองทันตสาธารณสุข ซึ่งได้ยึดถือหนังสือ Oral Health Survey ปี 1977 ขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทาง ต่อมาในปี พ.ศ. 2532 กรมการแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดพิมพ์คู่มือการสำรวจข้อมูลระบาดวิทยาทางทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยอาศัยหลักเกณฑ์ตามหนังสือ Oral Health Survey ปี 1977 และ 1986 ขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดใช้เป็นแนวทางในการสำรวจข้อมูลระบาดวิทยาของจังหวัดได้อย่างถูกต้อง

จากคู่มือการสำรวจข้อมูลระบาดวิทยาทางทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้กำหนดรายละเอียดของการสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้⁽¹⁾

1. จำนวนตัวอย่างประมาณ 1,500 คน ในแต่ละจังหวัด โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มอายุคือ

กลุ่มอายุ 6 ปี จำนวน 240 คน

กลุ่มอายุ 12 ปี จำนวน 480 คน

กลุ่มอายุ 18 ปี จำนวน 240 คน

กลุ่มอายุ 35-44 ปี จำนวน 300 คน

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 240 คน

2. ดัชนีที่ใช้ในการตรวจโรคฟันผุ คือ ดัชนีฟันผุก่อนอุดของฟันน้ำนม (dmft) ดัชนีฟันผุก่อนอุดของฟันถาวร (DMFT) และความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ

3. เครื่องมือที่ใช้ตรวจโรคฟันผุได้แก่ mouth mirror และ Explorer (Beach)

4. ผู้ที่ทำการสำรวจเป็นทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล ในแต่ละจังหวัด ที่ได้ผ่านการปรับมาตรฐานโดยกองทันตสาธารณสุขหรือฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตให้มีการตรวจได้ตรงกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เมื่อจังหวัดได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลทันตสุขภาพของประชาชนเรียบร้อยแล้ว จะได้รับการสนับสนุนในเรื่องการวิเคราะห์จากกองทันตสาธารณสุขหรือฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ซึ่งได้มีการปรับรหัสให้การวิเคราะห์มีความหมายตรงกัน

การศึกษาสภาวะโรคฟันผุจากผลการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัดนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงสภาวะการเกิดโรคฟันผุของประชาชนในจังหวัดต่าง ๆ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนและสนับสนุนการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. จัดทำแบบสำรวจสภาวะโรคฟันผุ ส่งให้จังหวัดและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับมาวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลครั้งหลังสุดของจังหวัดมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องสภาวะโรคฟันผุของฟันน้ำนม สภาวะโรคฟันผุของฟันถาวร และการสูญเสียฟัน

ผลการศึกษา

1. จังหวัดที่ดำเนินการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ.

2527-พ.ศ. 2535 มีทั้งสิ้น 54 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 74.0 ของจังหวัดทั่วประเทศ

2. ผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่มีฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่ อัตราการเกิดโรคฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของเด็กในกลุ่มอายุนี้ สามารถใช้ทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในวัยผู้ใหญ่ และยังใช้เป็นตัวแทนเปรียบเทียบความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในชุมชนใดชุมชนหนึ่งได้ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจังหวัดที่ทำการสำรวจ (30 จาก 54 จังหวัด) มีเด็กฟันผุมากกว่าร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวร (DMFT) มีค่าตั้งแต่ 0.3-4.9 ซี่ต่อคน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้เด็กอายุ 12 ปี ควรมีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวรไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน⁽²⁾ พบว่าจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวรมากกว่า 1.5 ซี่ต่อคนมี 21 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 38.9 ของจังหวัดที่สำรวจ ในจำนวนนี้มี 3 จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวรมากกว่า 3 ซี่ต่อคน ได้แก่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดยะลา จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวรมากกว่า 1.5 ซี่ต่อคน ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือตามลำดับ สำหรับจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกจังหวัด มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรของฟันถาวรร้อยละน้อยกว่า 1.5 ซี่ต่อคน (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 จำนวนจังหวัดที่มีผู้มีฟันใช้งานต่ำกว่าเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย	จังหวัดที่สำรวจ		
		สูงกว่าเป้าหมาย	ต่ำกว่าเป้าหมาย	รวม
ปี				
18	มีฟันครบ 28 ซี่ ร้อยละ 75	19	25	44
23-44	มีฟัน ≥ 20 ซี่ ร้อยละ 95	20	24	44
60+	มีฟัน ≥ 20 ซี่ ร้อยละ 50	19	25	44

3. เมื่อจัดกลุ่มของจังหวัดตามระดับความรุนแรงของการเกิดโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ซึ่งจัดระดับความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปีไว้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการกำหนดกลวิธีการป้องกันโดยการใช้ฟลูออไรด์ พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ยังมีอัตราการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำและต่ำมาก อย่างไรก็ตามยังมีพื้นที่อีก 6 จังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลางและสูง เป็นข้อบ่งชี้ว่าการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาอาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ต้องพิจารณา

ตารางที่ 1 การเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ 12 ปีของจังหวัดต่าง ๆ จัดระดับตามเกณฑ์ในการกำหนดกลวิธีการป้องกันโดยการใช้ฟลูออไรด์ขององค์การอนามัยโลก

ระดับ	จำนวนจังหวัดที่สำรวจ	ร้อยละ
ต่ำมาก	22	40.7
(ฟันผุถาวร 0-1.1 ซี่/คน)		
ต่ำ	26	48.1
(ฟันผุถาวร 1.2-2.6 ซี่/คน)		
ปานกลาง	5	9.2
(ฟันผุถาวร 2.7-4.4 ซี่/คน)		
สูง	1	1.9
(ฟันผุถาวร 4.5-6.5 ซี่/คน)		
สูงมาก	0	0
(ฟันผุถาวร 6.6 หรือมากกว่า)		

3. จำนวนซี่ฟันถาวรที่ใช้งานได้ เปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่าประชากรในกลุ่มอายุ 18 ปี ร้อยละ 75 ควรจะมีฟันใช้งานได้ครบ 28 ซี่ กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 95 ควรจะมีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 ควรจะมีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่⁽³⁾ ข้อมูลที่รวบรวมได้มี 44 จังหวัด ที่มีข้อมูลครบทั้ง 3 กลุ่มอายุ พบจังหวัดที่มีผู้มีฟันใช้งานต่ำกว่าเป้าหมาย 25 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดโรคฟันผุสูงในเด็กอายุ 12 ปี (ตารางที่ 2)

4. สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบและมีฟันผุสูงสุด จึงใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของชุมชน จังหวัดที่มีฟันน้ำนมผุมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากร มี 33 จังหวัดจาก 41 จังหวัดที่มีข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 80.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟันน้ำนม (dmft) อยู่ระหว่าง 1.5-10.9 ซี่ต่อคน พบฟันผุสูงในทุกภาคยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด ดำเนินการโดยทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในจังหวัดเอง ผู้ตรวจในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน ช่วงเวลาที่สำรวจก็ต่างกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2535 ทำให้ผลที่ได้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรง แต่พอให้มองเห็นภาพโดยรวมของประเทศ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2532 พบว่าสภาวะโรคฟันผุในระดับภาคให้ผลใกล้เคียงกัน คือ ภาคที่มีปัญหาโรคฟันผุสูง ได้แก่ ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคที่มีปัญหาร่องลงมาได้แก่ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. จากเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดว่าเด็กอายุ 12 ปี ควรมีความเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟัน

ถาวร ไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน พบว่าร้อยละ 38.9 ยังเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขโดยเฉพาะ 3 จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดสูงกว่า 3 ซี่ต่อคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ สำหรับจังหวัดที่มีฟันผุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ก็ยังต้องมีมาตรการในการควบคุมโรคไม่ให้สูงขึ้นด้วย

ในแผนงานทันตสาธารณสุขที่ผ่านมาได้พยายามเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7⁽⁴⁾ ได้กำหนดกลวิธีในการป้องกันโรคฟันผุโดยการให้ยาเม็ดฟลูออไรด์ การปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชน รวมถึงการใช้สารเคลือบร่องฟัน (Sealant) ช่วยปิดหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุนด้านบดเคี้ยว และตำแหน่งที่เป็นร่องลึก กลวิธีทั้ง 3 นี้เพิ่มเติมจากการอมน้ำยาฟลูออไรด์ ซึ่งดำเนินการในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ถึง 6 อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้วิธีการใดควรมีการพิจารณาให้เหมาะสมทั้งในด้านระบาดวิทยาและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ซึ่งแต่ละจังหวัดจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเอง โดยอาศัยข้อมูลของการสำรวจทันตสุขภาพและข้อมูลประกอบด้านอื่น ๆ ของจังหวัดที่มีอยู่

3. เมื่อพิจารณาจำนวนผู้มีฟันถาวรใช้งานได้ เปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 56.8 ยังมีปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข การมีฟันใช้งานน้อยเป็นผลมาจากโรคฟันผุ เพราะโรคฟันผุเป็นโรคที่ไม่สามารถหายเป็นปกติ หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีการดำเนินของโรคไปจนถึงระยะสุดท้ายทำให้เกิดการสูญเสียฟัน จากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พบว่าฟันที่จะต้องถูกถอนในประชากรกลุ่มอายุ 18 ปี 35-44 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคฟันผุ ดังนั้นการเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเก็บรักษาฟันไว้ได้ การให้การรักษาทันทีทันที่โดยการอุดฟัน หรือการรักษารากฟัน

ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไป ในปัจจุบันมีระบบการเฝ้าระวังโรคทางทันตสาธารณสุขในเด็กประถมศึกษา ซึ่งให้การดูแลก่อนข้างครอบคลุมอยู่แล้ว แต่ในกลุ่มอายุที่มากขึ้น เช่น เด็กในโรงเรียนมัธยมศึกษา หรือในประชาชนกลุ่มอื่น ได้แก่กลุ่มผู้ใช้แรงงาน หรือผู้ด้อยโอกาส ควรจะมีการจัดบริการในการรักษาอย่างเป็นระบบ และมีคุณภาพ เพื่อช่วยลดการสูญเสียฟันของประชาชนให้น้อยลงด้วย

4. สำหรับในเด็กอายุ 6 ปี พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูงมากเกือบทุกจังหวัด จังหวัดที่มีผู้มีฟันน้ำนมผุมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรมีถึงร้อยละ 80.5 เป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้กลุ่มอายุนี้นี้มีผู้ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันถาวร ร้อยละ 30⁽³⁾ จากอัตราการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมที่สูงเช่นนี้ ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมจึงยังเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันว่า ฟันผุในฟันน้ำนมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในฟันถาวร แต่ฟันผุในฟันน้ำนมมีการลุกลามของโรคอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้เด็กไม่ยอมรับประทานอาหาร และยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคไปสู่อวัยวะอื่นได้ เด็กที่มีฟันผุดังตั้งแต่อายุน้อย ๆ อาจมีผลถึงการเจริญเติบโตของร่างกาย จึงควรให้ความสำคัญกับโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งจะต้องดำเนินงานควบคู่ไปกับงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลังคลอด และคลินิกเด็กดี เพื่อส่งเสริมให้เด็กที่เกิดมามีสุขภาพฟันที่สมบูรณ์แข็งแรง มีความทนทานต่อการเกิดโรคฟันผุ

บทสรุป

เมื่อเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุจากการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด กับเป้าหมายทันตสุขภาพ

แห่งชาติ ทำให้มองเห็นปัญหาที่จะต้องรีบแก้ไขให้ดีขึ้น สำหรับในส่วนกลางสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ในการให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด ทั้งในด้านทรัพยากรและด้านวิชาการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ประชาชนไทยมีสุขภาพช่องปากที่ดี ตามเป้าหมายทันตสุขภาพที่ตั้งไว้

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตต่าง ๆ ที่ได้ทำการสำรวจทันตสุขภาพ และให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิง ศิริเพ็ญ อรุณพันธ์ ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คู่มือการสำรวจข้อมูลระดับวิทยาทางทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด 2532
2. World Health Organization, Planning Oral Health Services, WHO Offset Publication No. 53 Geneva 1980
3. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย และแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 หจก.บูรพาดีการพิมพ์ 2529
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เอกสารประกอบการประชุมการถ่ายทอดแผนพัฒนาทันตสาธารณสุข 2535-2539
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532 โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก 2534
6. World Health Organization. Oral health survey basic methods Third edition. WHO, Geneva 1986.

การเปรียบเทียบความรู้ด้านทันตสุขภาพของ ผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า 2 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษา ด้วยวิธีเสียงตามสายและแบบเรียนด้วยตนเอง

ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์*

*ฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน ก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษา ด้วยวิธีเสียงตามสายกับวิธีแจกเอกสารให้ศึกษาด้วยตนเอง ในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป 2 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการใช้สื่อ 2 ชนิดที่มีเนื้อหาเหมือนกัน และกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 โรงงานได้รับการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย พบว่าคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งที่อ่านแบบเรียนด้วยตนเอง และฟังเสียงตามสายเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนให้ทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มที่อ่านแบบเรียนด้วยตนเอง มีคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้ฟังการให้ทันตสุขศึกษา ด้วยวิธีเสียงตามสายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยยังประสบปัญหาด้วยโรคในช่องปากอย่างมาก แต่การกระจายตัวของทันตบุคลากรยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา ดังนั้นการจะเร่งแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนในขณะนี้ให้ได้ผลดีโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทันตบุคลากรจำนวนมาก จึงต้องใช้การให้ทันตสุขศึกษา ทั้งนี้เพราะสุขศึกษาถือเป็นมาตรการสำคัญ ที่จะช่วยให้เป้าหมายงานสาธารณสุขมูลฐานได้บรรลุวัตถุประสงค์ก่อนปี พ.ศ. 2543⁽¹⁾ โดยที่งานสุขศึกษาไม่แยกจากงานด้านรักษาและสาธารณสุขแต่จะเปรียบเสมือนคานาหลักที่จะช่วยเสริมงานแต่ละสาขา ให้มีความเข้มแข็งคงทน

ถาวร และประสบความสำเร็จ เพราะสุขศึกษาสามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขโดยลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ลง เพราะประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องเนื่องจากมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ทำให้ประหยัดเงิน และงบประมาณของรัฐในด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งแนวทางการพัฒนาชนบทด้านสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้กำหนดไว้ในข้อแรกว่า จะเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น โดยยุทธวิธีด้านการสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ตลอดจนการ

สาธารณสุขมูลฐาน⁽²⁾

สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งกำลังจะเปลี่ยนจากประเทศเกษตรกรรมไปเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ มีผลให้ชาวชนบทเข้าทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา⁽³⁾ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะด้านทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาของคนเกือบทั่วประเทศ ซึ่งหากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปากแล้ว ก็จะทำให้ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ต้องเสียเงิน และเสียเวลาในการทำงานไปรับการรักษาพยาบาล จึงสมควรที่จะมีการทันตสุขภาพแก่ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ เพื่อให้สามารถป้องกันตนเองจากโรคในช่องปาก ซึ่งวิธีการที่จะให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ซึ่งอยู่รวมกันเป็นกลุ่มในโรงงานอุตสาหกรรม ง่ายต่อการเข้าถึง คล้ายคลึงกับการให้ทันตสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งมีนักเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการรณรงค์เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพ การให้ทันตสุขภาพมีสื่อหลายชนิดซึ่งแต่ละชนิดมีข้อดี ข้อเสียที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเลือกใช้สื่อได้ถูกต้องเหมาะสม และได้ผลดี จึงได้ทำการศึกษาวงวิธีการให้ทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความรู้ เวลา และสถานที่ของผู้ใช้แรงงาน คือวิธีเสียงตามสายและหรือแบบเรียนด้วยตนเอง เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการให้ทันตสุขภาพต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบ Quasi-experiment หรือการวิจัยกึ่งการทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้แรงงานสตรี ก่อนและหลังการให้ทันตสุขภาพโดยวิธีเสียงตามสาย (เสียงตามสายเป็นเทปคาสเซต ซึ่งมีเนื้อหาเหมือนกับแบบเรียนด้วยตนเองมีความยาวประมาณ 15 นาทีที่ผลิตโดยฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้เผยแพร่ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทางหอกระจาย

ข่าวสารในหมู่บ้าน ใช้สำหรับนำไปเปิดทางเสียงตามสายของโรงงาน) และแบบเรียนด้วยตนเอง (แบบเรียนด้วยตนเองใช้เอกสารเผยแพร่ความรู้ทันตสุขภาพ ที่ผลิตโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป บริษัทเอ็น ที การ์เมนต์ และบริษัทนอร์ทเท็กซ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรทั้ง 2 โรงงาน ๆ ละ 100 คนด้วยวิธี Simple Random Sampling แล้วจับฉลากเลือกวิธีให้ทันตสุขภาพโดยวิธีเสียงตามสายในโรงงานหนึ่ง อีกโรงงานหนึ่งได้รับแจกเอกสารให้ศึกษาด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม
2. แบบทดสอบความรู้

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

1. นำแบบทดสอบที่ปรับปรุงให้มีความเที่ยงตรงเนื้อหาแล้ว ไปทดสอบกับผู้ใช้งานในโรงงานต้นตียนันท์ และบริษัทชาร์ลมิเชลซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการการศึกษา

2. วิเคราะห์ดัชนีความยากง่ายของข้อสอบแต่ละข้อและเลือกใช้เฉพาะข้อที่มีค่า p อยู่ระหว่าง 0.2 ถึง 0.8 และวิเคราะห์การมีอำนาจจำแนกของข้อสอบแต่ละข้อ และเลือกใช้เฉพาะข้อที่มีค่า r เท่ากับ หรือมากกว่า 0.2 ขึ้นไป เสร็จแล้วคำนวณค่า Internal Consistency โดยใช้สูตร KR 20 ได้ค่า $R = 0.8$ เลือกแบบทดสอบได้ 22 ข้อ

3. นำแบบทดสอบไปทดสอบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพก่อนได้รับทันตสุขภาพ (Pre-test)

4. ดำเนินการให้สุขภาพตามวิธีการที่เตรียมไว้โดย

โรงงานที่ 1 คือ โรงงานของบริษัทเอ็น ที การ์เมนต์ ให้ทันตสุขศึกษาโดยผ่านเสียงตามสาย ช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง 2 วันติดต่อกัน

โรงงานที่ 2 คือ โรงงานของบริษัทนอร์ทเท็กซ์ แจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเองทั้ง 4 ชุด พร้อมกัน

5. ในวันที่ 5 ของการศึกษานำแบบทดสอบเดิม ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ทำ (Post-test) โดยไม่อนุญาตให้นำแบบเรียนด้วยตนเองมาใช้ในการทดสอบ

ข้อเสนอแนะและวิจารณ์

การศึกษาค้นคว้าพบว่า หลังจากให้ทันตสุขศึกษา แล้วกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วปรากฏว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีเสียงตามสาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ได้ผลตรงกันข้ามกับการศึกษาประสิทธิภาพของการให้การศึกษาด้านสาธารณสุขมูลฐาน แก่ครอบครัว โดยใช้กระจายข่าวสารอย่างมีระบบและแบบเรียนด้วยตนเองในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ของ ธงชัย เล็กกัมพร⁽⁴⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ถึงร้อยละ 82.8 และ 74.0 ในกลุ่มแบบเรียนและกลุ่มเสียงตามสายตามลำดับที่มีอายุไม่เกิน 29 ปี แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาด้านสาธารณสุขมูลฐานมีเพียงร้อยละ 28.4 และ 8.6 เท่านั้นที่อายุไม่เกิน 29 ปี นอกจากนี้ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ก็สูงกว่า การศึกษาด้านสาธารณสุขมูลฐาน คือร้อยละ 72.4 และ 85.4 จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป. 4) แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาด้านสาธารณสุขมูลฐานนั้นมีเพียงร้อยละ 40.5 และ 21.4 เท่านั้นที่จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษาตอนต้น ซึ่งทำให้ความสามารถในการอ่านหนังสือ ตลอดจนความถนัด ความชอบ หรือความสนใจในการรับข่าวสารของกลุ่ม

ตัวอย่างของทั้ง 2 การศึกษาแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของ สมควร จำเริญ⁽⁵⁾ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในชนบทจะนิยมรับฟังการกระจายเสียงของหอกระจายข่าวสารมากกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า และผู้มีการศึกษาน้อยจะนิยมรับฟังการกระจายเสียงของหอกระจายข่าวสารมากกว่าผู้มีการศึกษาสูง

นอกจากคุณภาพของแบบเรียนด้วยตนเอง และความสามารถในการอ่านหนังสือของกลุ่มเป้าหมายแล้วปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ก็มีผลเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับทันตสุขศึกษาจากเสียงตามสายถึงร้อยละ 29.9 ที่เห็นว่าความชัดเจนของสื่อยังไม่ดีพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเปิดเสียงตามสายขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำงานอาจทำให้ได้ยินไม่ชัดเจน โดยกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 75.9 เย็บผ้า ซึ่งมีเสียงดังในขณะที่ฟังเสียงตามสาย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างต้องทำงานแข่งกับเวลา เพราะร้อยละ 73.6 ได้รับความจำเป็นรายขึ้น อาจทำให้สมาธิในการฟังเสียไปก็เป็นได้

การเปิดเสียงตามสายในขณะที่ทำงาน อาจทำให้การรับรู้ในข่าวสารที่ให้น้อย ควรจะเปิดในช่วงพักรับประทานอาหารกลางวัน ถ้าหากผู้ใช้แรงงานรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันในบริเวณโรงงาน หรืออาจต้องเปิดให้ฟังซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง เพราะแบบเรียนด้วยตนเองอาจจะอ่านนอกเวลาทำงาน ซึ่งเมื่อมีข้อสงสัย หรือจำไม่ได้สามารถอ่านซ้ำได้อีก

การดำเนินการศึกษาวิจัยในโรงงานเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ผู้ใช้แรงงานบางโรงงานต้องทำงานแข่งกับเวลาเพราะได้ค่าตอบแทนเป็นรายขึ้น หรือบางโรงงานให้ค่าตอบแทนเป็นรายเดือน เจ้าของหรือผู้จัดการอาจไม่ต้องการให้ผู้ให้แรงงานมาเสียเวลาไปกับเรื่องเหล่านี้ แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าของและผู้จัดการ ในการให้เวลาแก่คณะผู้ดำเนินการ แต่คณะผู้ดำเนินการก็พยายามใช้เวลาช่วงหลังพักรับประทานอาหารกลางวันในการทำแบบทดสอบ

เพื่อไม่ให้ผู้ใช้แรงงานที่รับค่าตอบแทนเป็นรายชิ้นต้องเสียเวลาการทำงานมากนัก

แม้ว่าการแจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเอง จะทำให้ความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่า การใช้เสียงตามสาย แต่ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนไม่มากนัก การผลิตสื่อเสียงตามสาย จะลงทุนน้อยกว่าการผลิตสื่อแบบเรียนด้วยตนเอง เว้นเสียแต่ว่าการผลิตแบบเรียนด้วยตนเอง จะผลิตโดยการโรเนียวเท่านั้นที่จะทำให้ต้นทุนการผลิตต่ำ แต่การตั้งจุดสายตาหรือความสนใจของกลุ่มเป้าหมายก็จะลดลงไปด้วย อย่างไรก็ตามการให้ศึกษาแก่ผู้ใช้แรงงาน ในสถานที่ทำงานเป็นวิธีการที่ดีที่สุด สะดวกที่สุดในการให้ทันตศึกษาแก่ผู้อยู่ในวัยทำงาน เช่นเดียวกับการให้ศึกษาแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน เพื่อที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ใช้แรงงานสามารถควบคุมป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้⁽⁶⁾ โดยที่ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ จะเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขต่อไป เนื่องจากมีปริมาณเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของรุจา ภูโพบูลย์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าสตรีในหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่ มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าสตรีในหมู่บ้านเกษตรกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน และสภาพแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรม

บทสรุป

การศึกษครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ภายหลังการให้ทันตศึกษาแก่ผู้ใช้แรงงานด้วยวิธีเสียงตามสาย เปรียบเทียบกับการแจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสุ่มเลือกจากผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป 2 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ คือที่บริษัทเอ็น ที การ์เมนต์ ให้ทันตศึกษาโดยวิธีเสียงตามสายส่วนที่บริษัทนอร์ทเท็กซ์ ผู้ใช้แรงงานได้รับการแจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า

1. ก่อนที่จะมีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)
2. ภายหลังการให้ทันตศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแจกเอกสารให้ศึกษาด้วยตนเอง มีความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ทันตศึกษาโดยวิธีเสียงตามสาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
3. ภายหลังการให้ทันตศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนให้ทันตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การเผยแพร่ข่าวสารหรือความรู้ต่าง ๆ สื่อมวลชนที่เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุดคือ โทรทัศน์ เช่นเดียวกับผลของการศึกษาในหมู่บ้านที่มีหอกระจายข่าวสารของ สมควร คำฟุ้ง⁽⁵⁾ ที่พบว่าประชาชนนิยมรับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์มากกว่าสื่อชนิดอื่น ๆ รองลงมาคือ หนังสือพิมพ์

การศึกษานี้มีเวลาจำกัด ทำให้ไม่สามารถศึกษาถึงพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวภายหลังการที่ได้รับทันตศึกษาแล้ว ทั้งยังไม่ได้สร้างสื่อที่ใช้ในการศึกษาขึ้นมาใหม่ แต่ใช้สื่อที่ได้มีการผลิตขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้อยู่แล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องที่ต้องการทดสอบค่อนข้างดีอยู่แล้ว ซึ่งอาจเป็นเพราะประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากทั้งบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สื่อมวลชนต่าง ๆ หรือจากการโฆษณาขายยาสีฟัน จากการรณรงค์หรือการจัดนิทรรศการในเทศกาลต่าง ๆ เช่น วันมหิดล หรืองานฤดูหนาวประจำปี

ผลการวิจัย

เมื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS จากตารางที่ 1 พบว่า

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

Table 1 numbers and percentage of study samples in general informations

	Group 1			Group 2	
	N	%	N	%	
1. Age					
< 20 years	11	11.5	31	35.6	
20 – 24	39	40.6	21	24.1	
25 – 29	21	21.9	20	23.0	
> 30 years	25	26.0	15	17.2	
total	96	100.0	87	100.0	
mean ± sd	25.7 ± 5.7		23.8 ± 6.3		
2. Education					
early primary	14	14.6	24	27.6	
late primary	32	33.3	42	48.3	
early secondary	29	30.2	16	18.4	
late secondary	9	9.4	2	2.3	
higher	7	7.3	3	3.4	
total	91	100.0	87	100.0	
no data	5				
3. Religion					
Buddism	93	96.9	87	100.0	
Christian	3	3.1	0	0.0	
total	96	100.0	87	100.0	
4. Marital status					
single	39	40.6	54	62.1	
marriage	46	47.9	29	33.3	
widow	5	5.52	1	1.1	
Separate	6	6.2	3	3.4	
total	96	100.0	87	100.0	
5. Work section					
cloth cutting	9	9.4	0	0	
sewing	50	52.1	66	75.9	
lace	1	1.0	2	2.3	
design	3	3.1	2	2.3	
Laundry	15	15.6	2	2.3	
packing	4	4.2	15	17.2	
quality test	11	11.5	1	1.1	
total	93	100.0	87	100.0	
no data	3				

< 1 year

ตาราง 1 (ต่อ)

Table 1 (continue)

	Group 1		Group 2	
	N	%	N	%
6. Work age				
< 1 year	36	37.5	29	33.3
1 years	29	30.2	22	25.3
2 years	12	12.5	31	35.6
> = 3 years	18	18.7	5	5.7
total	95	100.0	87	100.0
no data	2			
7. Type of income				
salary	63	65.6	21	24.1
piece rate	29	30.2	64	73.6
day rate	4	4.1	2	2.3
total	96	100.0	87	100.0
8. Income				
< = 1500	2	2.2	53	62.4
1501 – 3000	84	90.3	30	35.2
> = 3001	7	7.5	2	2.4
total	93	100.0	85	100.0
mean $\pm$ sd	2509.7 $\pm$ 1434.2		1802.6 $\pm$ 1347.8	
9. Medias				
radio	65	2.26	62	1.86
newspaper	78	1.84	52	2.38
television	82	1.51	75	1.37
public address system	1	1.00	4	2.00
Other papers	11	2.72	9	2.56
10. Person who tell about health				
parent	28	1.96	19	1.89
cousin	6	2.17	9	2.44
health personnel	66	1.50	79	1.24
doctor – nurse	48	1.79	33	2.03
friend	22	1.73	17	2.65
health volunteer	14	2.29	7	2.14
teachers	21	1.62	12	2.08
others	2	1.00	0	0

ตาราง 1 (ต่อ)

Table 1 (continue)

	Group 1		Group 2	
	N	%	N	%
11. Dental problem solving place				
Faculty of Dentistry	52	1.42	41	1.22
government hospital	30	1.80	34	1.53
private clinic	37	1.30	17	1.59
others	6	3.00	2	2.50

อายุ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในวัยแรงงาน มีอายุใกล้เคียงกันคือในกลุ่มแบบเรียน มีอายุเฉลี่ย 25.7 และในกลุ่มเสียงตามสาย 23.9 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.7 และ 6.3 ปีตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงร้อยละ 83.3 และ 94.3 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.6 และ 27.6 ในกลุ่มแบบเรียนและกลุ่มเสียงตามสายตามลำดับที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น

ศาสนา กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 3 คนหรือร้อยละ 3.1 ในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเองเท่านั้นที่นับถือศาสนาคริสต์

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่ยังเป็นโสดในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเองมีจำนวนร้อยละ 40.6 และกลุ่มเสียงตามสายมีร้อยละ 62.1 แต่ที่แต่งงานและอยู่ด้วยกันมีจำนวนร้อยละ 47.9 และ 33.3 ตามลำดับ

แผนกที่ทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในแผนกเย็บผ้าถึงร้อยละ 52.1 และ 75.9 ในกลุ่มแบบเรียนและกลุ่มเสียงตามสายตามลำดับ รองลงมาคือ แผนกซักกรีด แผนกตรวจสอบคุณภาพในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง และแผนกบรรจุในกลุ่มเสียงตามสาย

อายุการทำงาน เนื่องจากทั้ง 2 โรงงานเปิดดำเนินการมาไม่นานนัก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

จึงมีอายุการทำงานไม่เกิน 2 ปีถึงร้อยละ 82.3 และ 94.3 ตามลำดับ

ชนิดของเงินเดือน มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเองส่วนใหญ่คือร้อยละ 65.6 รับค่าจ้างเป็นรายเดือน แต่กลุ่มเสียงตามสายมีเพียงร้อยละ 24.1 เท่านั้นที่รับเงินเดือน แต่ส่วนใหญ่รับเงินค่าจ้างเป็นรายชิ้นหรือตามปริมาณงานที่ทำได้ถึงร้อยละ 73.6 ในขณะที่กลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 30.2 เท่านั้นที่รับเงินค่าจ้างรายชิ้น

เงินเดือน หรือรายได้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 3000 บาทถึง ร้อยละ 95.5 ในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง และร้อยละ 97.6 ในกลุ่มเสียงตามสาย แต่กลุ่มแบบเรียนด้วยตนเองมีเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้นที่มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 1500 บาท ในขณะที่กลุ่มเสียงตามสายมีจำนวนถึงร้อยละ 62.4 ที่มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 1500 บาท

สื่อที่ให้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มากที่สุดคือ โทรทัศน์ ในกลุ่มเสียงตามสายคิดเป็นร้อยละ 55.2 และ ร้อยละ 59.8 ในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง รองลงมาคือ หนังสือพิมพ์และวิทยุ

บุคคลที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขร้อยละ 64.6 ในกลุ่มเสียงตามสาย และร้อยละ 81.6 ในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง รองลงมาคือ พ่อแม่ และครูอาจารย์

สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างไปรับการรักษาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟัน คือที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 38.5 ในกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเอง และร้อยละ 40.5 ในกลุ่มเสียงตามสาย รองลงมาคือ โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สามารถเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

จากตาราง 2 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนที่จะมีการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยกลุ่มแบบเรียนด้วยตนเองทำคะแนนได้ เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.05 ± 2.56 และกลุ่มเสียงตามสายทำได้เท่ากับ 15.44 ± 2.96 ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ t-test พบว่าความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

จากตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาด้วยวิธีการแจกแบบเรียนให้ศึกษาด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถทำแบบทดสอบได้คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.81 ± 2.22 ในขณะที่กลุ่มที่ให้ทันตสุขภาพศึกษาด้วยวิธีเสียงตามสายมีคะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.84 ± 2.42

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้ทันตสุขภาพศึกษา

Table 2 Comparison of dental health knowledge of the samples before dental health education.

Study groups	N	Total	Means	sd	df	t
Group 1	96	22	15.0521	2.560	181	-0.94 NS
Group 2	87	22	15.4368	2.956		

NS (not significant) $p > 0.05$

Group 1 = public address system group

Group 2 = self instruction materials group

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษา

Table 3 Comparison of dental health knowledge of the samples after dental health education.

Study groups	N	Total	Means	sd	df	t
Group 1	96	22	17.8125	2.188	181	2.85**
Group 2	87	22	16.8391	2.425		

** $p < 0.01$

Group 1 = public address system group

Group 2 = self instruction materials group

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาในกลุ่มแบบเรียน

Table 4 Comparison of dental health knowledge of self instruction materials group before and after dental health education.

Study time	N	Total	Means	sd	df	t
pre-test	96	22	15.0521	2.560	95	- 12.06***
post-test	96	22	17.8125	2.188		

***p<0.001

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาในกลุ่มเสียงตามสาย

Table 5 Comparison of dental health knowledge of public address system group before and after dental health education.

Study time	N	Total	Means	sd	df	t
pre-test	87	22	15.4368	2.956	86	- 9.17***
post-test.	87	22	16.8391	2.425		

***p<0.001

ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ t-test พบว่า คะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) นั่นคือภายหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาด้วยการแจกแบบเรียนด้วยตนเองผู้ใช้แรงงานมีความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ให้ทันตสุขภาพศึกษาโดยใช้เสียงตามสาย

จากตาราง 4 และ 5 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาในแต่ละกลุ่มโดยใช้ Paired t-test พบว่าความรู้ด้านทันตสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าของ ผู้จัดการ ผู้ใช้แรงงาน ในบริษัทนอร์ทเท็กซ์ และบริษัทเอ็น ที การ์เมนต์ ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรีย์ จันทระโมลี. สุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์ เน้นสุขศึกษาในโรงพยาบาล. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พฤษภาคม 2528, หน้า 1-7
2. กระทรวงสาธารณสุข, "แนวทางการพัฒนาชนบทด้านสาธารณสุข" ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 เอกสารโรเนียว, 2533.

3. กระทรวงสาธารณสุข, "การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1.วันที่ 12 - 15 กันยายน 2531" กรุงเทพฯ, 2531.
4. ธงชัย เล็กกัมพร. "ประสิทธิผลของการให้การศึกษาด้านสาธารณสุขมูลฐานแก่ครอบครัวโดยใช้หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้านอย่างมีระบบและแบบเรียนด้วยตนเอง" วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
5. สมควร คำพื้ง และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการดำเนินงานหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน

ในประเทศไทย พ.ศ. 2531, รายงานการวิจัยสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

6. Hager B and Krasse B. "Dental Health Education by Barefoot Doctors." Community Dental Oral Epidemiology 1983 : 11,p.333 - 336.
7. รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ รายงานการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพสตรี ระหว่างหมู่บ้านเกษตรกรรมและหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่ จังหวัดขอนแก่น ตุลาคม 2529.

Table 5. Comparison of dental health status between agricultural and industrial villages in Khon Kaen province, Thailand, 1986.

Study time	N	Total	Mean	SD	1b	1
Industrial	87	35	12.76	3.38	88	8.17
Agricultural	87	38	10.53	3.42	88	8.17

ผลการประเมินผลวิจัย

การประเมินผลวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ และมีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ

การเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินงาน

ในการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินงานโครงการ ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพฟันของประชากรในหมู่บ้านเกษตรกรรมและหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ และมีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ

การเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินงานโครงการ ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพฟันของประชากรในหมู่บ้านเกษตรกรรมและหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ และมีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ

การเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินงานโครงการ ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพฟันของประชากรในหมู่บ้านเกษตรกรรมและหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ และมีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ

ผลกระทบของการโฆษณาชวนทางโทรทัศน์ ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตเทศบาลของ จังหวัดปทุมธานี-สมุทรปราการ-นนทบุรี

มาลี วันทนาศิริ*

ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล**

แพรว จิตตินันท์***

* ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

** ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

*** ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบางใหญ่

บทคัดย่อ

การศึกษาผลกระทบของการโฆษณาชวนทางโทรทัศน์ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตเทศบาลจังหวัดปทุมธานี สมุทรปราการ นนทบุรี ซึ่งเป็นเขตปริมณฑลของกรุงเทพ จำนวนเด็ก 900 คน ผลการศึกษาพบว่า ในชนมกลุ่มที่มีการโฆษณาทางโทรทัศน์ 39 ชนิด เด็กจะรู้จักขนมจากโทรทัศน์เฉลี่ย 36.52 ชนิด และเคยบริโภคเฉลี่ย 30.94 ชนิด เด็กได้รับจำนวนครั้งเฉลี่ยของการโฆษณาขนม 9.3 ครั้งต่อสัปดาห์ เด็กร้อยละ 59.1 มีความรู้สึกอยากบริโภคขนมเมื่อเห็นโฆษณาขนม ร้อยละ 40.2 ที่ดูโทรทัศน์ไปกินขนมไปด้วย ในวันธรรมดาที่เด็กไปโรงเรียนจะมีการบริโภคขนมเฉลี่ย 1.52 ครั้งต่อวัน ส่วนในวันหยุดจะบริโภคขนมเพิ่มเป็น 2.31 ครั้ง/วัน เด็กร้อยละ 36.3 จะบริโภคขนมทุกวัน และร้อยละ 55.8 บริโภคอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง สาเหตุในการบริโภคขนมเกิดจากติดใจในรสชาติ ร้อยละ 66.6 หิวหรือกระหาย ร้อยละ 35.7 และเห็นโฆษณาทางโทรทัศน์ร้อยละ 31.3 สำหรับสถานภาพเศรษฐกิจนั้นเด็กได้รับเงินไปโรงเรียนเฉลี่ย 15.44 บาทต่อวัน ใช้เงินไปซื้อขนมเฉลี่ย 6.58 บาทต่อวัน การหาความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า จำนวนชนิดขนมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ในการดูโฆษณาชวนทางโทรทัศน์ ส่วนจำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง จำนวนเงินที่ใช้ซื้อขนม จำนวนชนิดขนมที่เด็กเคยบริโภคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ในการบริโภคขนม แต่ความถี่ในการดูโฆษณาชวนทางโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับความถี่ในการบริโภคขนม

1. บทนำ

ในปัจจุบันความก้าวหน้าและรวดเร็วทางการรับรู้ข่าวสารของประชาชนจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของประชาชน สื่อที่นับว่ามีบทบาทมากที่สุดคือ โทรทัศน์ เพราะในปัจจุบันแทบทุกครัวเรือนจะมีการเปิดเครื่องรับโทรทัศน์ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁾ สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีผลต่อทันตสุขภาพนั้น สื่อโทรทัศน์จะมีข้อมูลทั้งทางบวกและทางลบ ข้อมูลทางบวก ได้แก่ การชักชวนให้ประชาชน โดยเฉพาะเด็ก ๆ ดูแลทันตสุขภาพของตนเอง ส่วนข้อมูลทางลบ ได้แก่ การโฆษณาสินค้าประเภทลูกอม ขนมหวาน และอาหารพวกแป้งและน้ำตาล ซึ่งทำให้ผู้บริโภคเกิดโรคฟันผุ ข้อมูลทางลบเหล่านี้ เป็นปัญหาสำคัญที่หลายฝ่ายเสนอให้มีการหามาตรการแก้ไข แต่ยังไม่มีการศึกษาทางวิชาการเพียงพอที่จะดำเนินการได้ และจากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานครฯ ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดนนทบุรี พบว่าอัตราการเป็นโรคฟันผุของประชากรกลุ่มอายุ 12 ปี ของทั้ง 3 จังหวัด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

จังหวัดปทุมธานี ปี 2534 ร้อยละ 63.1

จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2533 ร้อยละ 77.4

จังหวัดนนทบุรี ปี 2535 ร้อยละ 59.3

ทั่วประเทศ ปี 2532 ร้อยละ 49.2

ชมรมทันตสาธารณสุข เห็นความสำคัญของสื่อทางโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมของเด็ก จึงได้จัดทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลกระทบของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็กอายุ 10-12 ปี ในโรงเรียนเขตเทศบาลของจังหวัดปทุมธานี สมุทรปราการ นนทบุรี โดยมีสมมติฐานว่าการที่เด็กเห็นโฆษณานขนมทางโทรทัศน์บ่อย ๆ จะทำให้เด็กบริโภคขนมมากขึ้น และบ่อยครั้งขึ้นตามไปด้วย

ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลหนึ่งที่ทำให้เกิดการตระหนักถึงบทบาทของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน และนำไปสู่การหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objective) เพื่อศึกษา

1. ผลกระทบของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ที่มีผลต่อการบริโภคขนมของเด็ก
2. เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมในการบริโภคขนมของเด็ก
3. เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

คำจำกัดความ (Definition)

ขนม หมายถึง ลูกอมทั้งแบบอมและแบบเคี้ยว, ขนมกรอบขบเคี้ยว, เยลลี่, ถั่วประเภทต่าง ๆ ที่มีการเคลือบน้ำตาล, ขนมปังและเวเฟอร์ โดยไม่รวมถึงน้ำหวาน อาหารที่เป็นโปรตีนโดยตรงและผลไม้ ขนมที่เลือกใช้ในการวิจัยนี้มีทั้งสิ้น 39 ชนิด ได้จากการสังเกตชนิดของขนมตามคำจำกัดความข้างต้นที่มีโฆษณาในโทรทัศน์ ระหว่างวันที่ 22-29 พฤศจิกายน 2535

ครั้ง หมายถึง จำนวนครั้งของการบริโภคขนมระหว่างมื้ออาหาร โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ (ไม่นับขนมที่กินทันทีหลังอาหาร)

ระหว่างมื้ออาหาร หมายถึง ต้องบริโภคหลังจากมื้ออาหาร 1 ชั่วโมง หรือเว้นช่วงแต่ละครั้งห่างกัน 1 ชั่วโมง

การแปรงฟันถูกวิธี ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาความถูกต้องของการแปรงสีฟันโดยให้เด็กแสดงวิธีแปรงฟันใช้ข้อมือซ้ายตามท่าที่แปรงปกติ ถือว่าการแปรงฟันโดยวิธี Modified Bass Technique กับ Rollnique เป็นการแปรงฟันถูกวิธี

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากจังหวัดปทุมธานีไม่มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนในเขตเทศบาล จึงกำหนดประชากรตัวอย่างจากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดปทุมธานีแทน

2. วิธีสุ่มตัวอย่างและวิธีการ

2.1 กลุ่มตัวอย่าง-ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนประถมศึกษาอายุ 10-12 ปี ของโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดปทุมธานี สมุทรปราการ และนนทบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดปริมณฑลกรุงเทพฯ ได้ทำการแบ่งโรงเรียนตามสังกัด (Stratified Sampling) คือสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนและเทศบาล แต่ละสังกัดจะสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มา 1 โรงเรียน ใช้นักเรียนโรงเรียนละ 100 คน ดังนั้น ในแต่ละจังหวัดจะมีเด็กถูกสุ่มมาศึกษาจังหวัดละ 300 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 900 คน ดังในตารางภาคผนวก

2.2 เครื่องมือที่ใช้

- แบบสัมภาษณ์เป็นแบบ Directed Response และ Multiple choice

2.3 วิธีการเก็บข้อมูล

- การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยแจกตารางรายการโทรทัศน์ให้เด็กกลุ่มตัวอย่างตอบ โดยเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจ และสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนม พฤติกรรมการดูโทรทัศน์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ (Microcomputer) โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC+ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนม พฤติกรรมการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์และพฤติกรรมการรักษา สุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนม โดยหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation)

2.5 ระยะเวลาดำเนินการ ระยะเวลาในการวิจัย 5 เดือน (กันยายน 2535-มกราคม 2536)

3. ผลการศึกษา

จากการสุ่มประชากรเด็กกลุ่มตัวอย่างจำนวน 900 คน พบว่า มีเด็กชาย 438 คน หญิง 466 คน คิดเป็นร้อยละ 48.67 และ 51.77 ตามลำดับ ในจำนวนเด็กเหล่านี้อยู่อาศัยกับบิดา-มารดา, ปู่ ย่า ตา ยาย และอื่น ๆ เป็นจำนวน 818, 52 และ 30 คน ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 90.89, 5.78 และ 3.33

เมื่อแยกทำการศึกษาพฤติกรรมที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่ออุบัติการณ์เกิดโรคฟันผุของเด็กเหล่านี้ พบว่าได้ผลดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็ก

จากการสังเกตชนิดของขนมตามคำจำกัดความข้างต้น พบว่า มีการโฆษณาขนมในโทรทัศน์ช่วง 22-29 พฤศจิกายน 2535 จำนวนทั้งสิ้น 39 ชนิด ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือประเภทลูกอม มีทั้งสิ้น 16 ชนิด ทำจากน้ำตาลอัดรูปเป็นเม็ด ประเภทขนมกรอบขบเคี้ยวมีทั้งสิ้น 18 ชนิด และประเภทเยลลี่มีทั้งสิ้น 5 ชนิด

แหล่งที่มาของขนมเหล่านี้ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ซื้อขนมจากร้านค้าใกล้บ้าน รองลงมาเป็นร้านค้าภายในโรงเรียนซึ่งใกล้เคียงกับร้านค้าหน้าโรงเรียน และซูเปอร์มาร์เก็ตเป็นแหล่งที่ได้รับความนิยมน้อยที่สุด (ตารางที่ 1)

จำนวนของนักเรียนที่บริโภคขนมระหว่างมื้อ ในช่วงเวลาต่าง ๆ เปรียบเทียบวันธรรมดาและวันหยุด พบว่าในวันธรรมดาช่วงเวลาที่นักเรียนบริโภคขนมระหว่างมื้อมากที่สุดในช่วงบ่าย (ก่อนอาหารเย็น) ซึ่งมีการบริโภคขนมถึงร้อยละ 47.2 รองลงมาคือช่วง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็ก
ที่เลือกซื้อขนมจากแหล่งต่าง ๆ

สถานที่หาซื้อประจำ	จำนวน	ร้อยละ
ร้านค้าใกล้บ้าน	709	78.8
ร้านค้าภายในโรงเรียน	251	27.9
ร้านค้าหน้าโรงเรียน	227	25.2
ตลาด	138	15.3
ซูเปอร์มาร์เก็ต	131	14.6

เช้า-บ่าย ร้อยละ 13.3 ส่วนการบริโภคขนมในวันหยุด มีการบริโภคเฉพาะช่วงบ่ายอย่างเดียวร้อยละ 29.1 และช่วงเช้า-บ่าย ร้อยละ 28.3 พบว่าในวันหยุดเด็ก ส่วนหนึ่งเพิ่มความถี่ในการบริโภคเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเช้าและบ่าย ส่วนในช่วงอื่น ๆ หมายถึงเด็กที่ไม่บริโภคขนมเลย และเด็กที่บริโภคขนมเป็นบางวัน แต่ในวันที่ลืมหิวอย่างเด็กไม่ได้บริโภคขนมพอดี (ตารางที่ 2)

สำหรับสาเหตุที่นักเรียนซื้อขนมบริโภค (คำถาม

ข้อนี้สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ) พบว่า สาเหตุหลักที่ซื้อ คือติดใจในรสชาติ ซึ่งเด็กจะตอบว่า อร่อย ร้อยละ 66.6 และรองลงมาคือ หิว ร้อยละ 35.7 และเห็นโฆษณา ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของสาเหตุ
ที่นักเรียนซื้อขนมบริโภค

สาเหตุที่ซื้อขนม	จำนวนคน	ร้อยละ
อร่อย	599	66.6
หิว/กระหาย	321	35.7
เห็นโฆษณา	282	31.3
พ่อ-แม่ซื้อให้	228	25.3
รูปทรงน่ากิน	222	24.7
เห็นว่ามีประโยชน์	204	22.7
ซื้อสะดวก	185	20.6
อยากได้ของแถม	99	11.0
เห็นเพื่อนกิน	96	10.7
อื่น ๆ	62	6.9

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนที่บริโภคขนมระหว่างมื้อในช่วงเวลาต่าง ๆ เปรียบเทียบวัน
ธรรมดาและวันหยุด

ช่วงเวลาที่ยินยอม	วันธรรมดา		วันหยุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เช้า	60	6.7	75	8.3
บ่าย	425	47.2	262	29.1
กลางคืน	89	9.9	22	2.4
เช้า-บ่าย	120	13.3	255	28.3
เช้า-กลางคืน	34	3.8	21	2.3
บ่าย-กลางคืน	88	9.8	97	10.8
บ่าย-กลางคืน	32	3.6	101	11.2
อื่น ๆ	52	5.8	67	7.4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนเงินที่นักเรียนได้รับ และจำนวนเงินที่ใช้ซื้อขนม แยกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวนเงินเฉลี่ยต่อวัน (บาท) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	เงินที่ได้รับ	เงินที่ใช้ซื้อขนม
นนทบุรี	19.3 $\pm$ 9.30	7.62 $\pm$ 5.36
สมุทรปราการ	14.71 $\pm$ 5.44	6.77 $\pm$ 4.26
ปทุมธานี	12.33 $\pm$ 6.41	5.38 $\pm$ 3.83
รวมเฉลี่ย 3 จังหวัด	15.44 $\pm$ 7.91	6.58 $\pm$ 4.61

จากการศึกษาภาวะการเลี้ยงดู (ผู้ปกครอง) ของเด็กกับค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่บริโภคขนม พบว่า เด็กที่อาศัยกับปู่ย่า ตายาย บริโภคขนมมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยในการบริโภคเป็น 4.17 ± 2.38 และ 3.80 ± 2.18 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดูโทรทัศน์

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งการศึกษาพฤติกรรมการดูโทรทัศน์ เป็น 2 วิธี คือ จากการเฝ้าสังเกตและจากแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

2.1 จากการเฝ้าสังเกต โดยให้คนเฝ้าสังเกตการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ทั้ง 4 ช่องในช่วงวันที่

ตารางที่ 5 รายการทางโทรทัศน์ที่มีโฆษณาขนมสูงสุด 10 อันดับแรก

ช่อง	รายการ	วัน	เวลา	จำนวนครั้งที่โฆษณาขนม
9	การ์ตูนเจ้าป่าเมาคลี	เสาร์-อาทิตย์	09.00-09.30 น.	17
9	การ์ตูนดรากรอนบอล	จันทร์	18.00-19.00 น.	12
9	การ์ตูนขุนพลน้อยเฮปอย	อังคาร	18.00-19.30 น.	11
9	การ์ตูนลวาน้อยพลังจิตมามี	เสาร์-อาทิตย์	10.00-10.30 น.	10
3	การ์ตูนอันปังแมน	เสาร์	18.45-19.15 น.	10
5	การ์ตูนใจเจ้าสังเวียน	เสาร์	09.00-09.27 น.	9
9	การ์ตูนนินจาบอย	พฤหัสบดี	16.00-16.30 น.	9
9	การ์ตูนบ๊ิดตัน	อาทิตย์	09.30-10.00 น.	8
9	รายการโลกของเด็ก	พุธ	18.00-18.30 น.	8
5	รายการโหด มั่น ฮา	เสาร์	15.30-16.30 น.	8

22-29 พฤศจิกายน 2535 โดยเก็บข้อมูลช่วง 16.00-22.00 น. ของวันธรรมดา ส่วนในวันเสาร์-อาทิตย์ เก็บตั้งแต่เปิดสถานีนีจน 22.00 น.

เมื่อสรุปแยกตามสถานีโทรทัศน์และตามวันพบว่าช่อง 9 และช่อง 7 มีการโฆษณาชมสูงมาก และในวันเสาร์-อาทิตย์ จะมีการโฆษณาชมมากกว่าวันธรรมดา

จากการศึกษาสามารถแยกรายการที่มีโฆษณาชมความถี่สูงจากมากไปหาน้อย 10 อันดับแรก โดยแยกช่อง, วัน, เวลา และจำนวนครั้งที่โฆษณาชมได้ดังตารางที่ 5

2.2 จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามศึกษากิจกรรมของเด็กระหว่างดูโทรทัศน์ (คำถามข้อนี้สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ) พบว่าเด็กนั่งดูเฉย ๆ สูงสุด (ร้อยละ 49.9) รองลงมาคือทำการบ้านและอ่านหนังสือระหว่างดู (ร้อยละ 40.6) มีการบริโภคขนมระหว่างดู ร้อยละ 40.2 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมระหว่างดูโทรทัศน์

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
นั่งเล่นเฉย ๆ	404	44.9
ทำการบ้าน, อ่านหนังสือ	365	40.6
กินขนม	362	40.2
อื่น ๆ	74	8.2
เล่นของเล่นไปด้วย	68	7.6
ดื่มน้ำหวาน	32	3.6

จำนวนเด็กที่ดูตลอดรายการกับเปลี่ยนช่องเมื่อมีโฆษณา มีค่าใกล้เคียงกันคือ ดูตลอดรายการร้อยละ 49.7 เปลี่ยนช่องเมื่อมีโฆษณาร้อยละ 50

ความรู้สึกตอบรับเมื่อเห็นโฆษณาชม (คำถามข้อนี้ สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ) เด็กตอบว่าอยากกินขนมถึงสูงถึง ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือเฉย ๆ ร้อยละ 36.3 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกเมื่อเห็นโฆษณาชม

ความรู้สึกเมื่อเห็นโฆษณาชม	จำนวน	ร้อยละ
อยากกินขนม	532	59.1
เฉย ๆ	327	36.3
สนุก	74	8.2
เอาไปคุยกับเพื่อน	41	4.6
อื่น ๆ	25	2.8

จากตารางรายการโทรทัศน์ที่เด็กเลือกดูเป็นประจำ นำมาคำนวณหาความถี่ของการดูโฆษณาชมจากแบบสังเกตจำนวนครั้งของการโฆษณาชมในรายการนั้น ๆ พบว่าเด็กจะดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์เฉลี่ย 94 ครั้งต่อสัปดาห์ มีเด็กที่ดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์สูงสุดถึง 201 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนเด็กที่ดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์น้อยที่สุดเพียง 6 ครั้งต่อสัปดาห์

จากชมที่ศึกษา 39 ชนิด มีจำนวนชนิดชมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์เฉลี่ย 36.52 ชนิด และจำนวนชนิดชมที่เด็กเคยบริโภคเฉลี่ย 30.94 ชนิด ส่วนจำนวนชนิดชมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์และเคยบริโภคด้วยจะมีอยู่ 30.62 ชนิด มีชมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์แต่ไม่เคยบริโภค 5.90 ชนิด

จากการศึกษาโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความถี่ในการดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์พบว่าจำนวนชมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ในการดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์ โดยที่ความสัมพันธ์นั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ อันได้แก่จำนวนชมที่เด็กเคยบริโภค, เงินที่ได้รับ, เงินที่ซื้อชม นั้นมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับความถี่ในการดูโฆษณาชมทางโทรทัศน์ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความถี่ในการดูโฆษณาโทรทัศน์

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย
จำนวนชนิดขนมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์	0.1133**
จำนวนชนิดขนมที่เด็กเคยบริโภค	0.0875
เงินที่ได้รับ	0.0289
เงินที่ซื้อขนม	0.0056

**ที่ = 0.001

ความสัมพันธ์ระหว่างเงินที่ได้รับกับความถี่ในการบริโภคขนมและความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ พบว่า จำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละวันจะแปรผันโดยตรงกับความถี่ในการบริโภคขนม คือเด็กที่ได้รับเงินมากจะมีค่าเฉลี่ยความถี่ในการบริโภคมากด้วย แต่จำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละวันจะแปรผกผันกับความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ คือเด็กที่ได้รับเงินมากจะมีความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์น้อย (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยของความถี่ในการบริโภคขนมและความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ของเด็กที่ได้รับเงินจำนวนน้อย ปานกลาง มาก ในแต่ละวัน

เงินที่ได้รับในแต่ละวัน	ความถี่ในการบริโภคขนม	ความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์
น้อย (0-8 บาท)	3.1471 + 1.74	100.68 + 43.10
ปานกลาง (9-23 บาท)	3.8495 + 2.12	92.64 + 40.66
มาก (24-70 บาท)	4.3178 + 2.62	82.57 + 45.45

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการศึกษาพบว่าเด็กร้อยละ 87.4 แปรงฟันทุกวัน ส่วนเด็กที่เหลืออีกร้อยละ 12.32 แปรงฟันบางวัน และมีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้นที่ไม่แปรงฟัน การแปรงฟันส่วนใหญ่ของเด็กจะแปรงไม่ถูกวิธี (ร้อยละ 61.2) มีเพียงร้อยละ 38.6 เท่านั้นที่แปรงฟันถูกวิธี สำหรับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน พบว่ามีเด็กแปรงฟันในวันธรรมดาและวันหยุด ร้อยละ 21.66 และ 14.22 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งในการแปรงฟันในวันธรรมดาและวันหยุด พบว่าเด็กส่วนมากแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ทั้งในวันธรรมดาและวันหยุด โดยจะแปรงฟันในช่วงเช้าและก่อนนอน ส่วนเด็กที่แปรงฟันวันละ 1 ครั้งมักจะแปรงตอนเช้ามากกว่าก่อนนอน

สำหรับหัวข้ออื่น ๆ ในตารางหมายถึงเด็กที่ไม่ได้แปรงฟัน และเด็กที่แปรงฟันในช่วงเวลาต่าง ๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ (ตารางที่ 10 และ 11)

การทำความสะอาดช่องปากภายหลังกินขนม พบว่าเด็กส่วนมาก (ร้อยละ 42.7) บ้วนน้ำเป็นบางครั้ง ในขณะที่มีการแปรงฟันทุกครั้งอยู่เพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้น (ตารางที่ 12) อย่างไรก็ตามพบว่า เด็กส่วนมากร้อยละ 64.7 ไม่รู้จักไหมขัดฟัน มีร้อยละ 23 ที่รู้จักแต่ไม่เคยใช้ ร้อยละ 11 รู้จักและใช้บ้าง และมีเพียงร้อยละ 0.3 ที่รู้จักไหมขัดฟันและใช้เป็นประจำ

ตารางที่ 10 จำนวนครั้งในการแปรงฟัน แยกวันธรรมดา และวันหยุด

จำนวนครั้ง	วันธรรมดา		วันหยุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แปรงฟัน 2 ครั้ง	669	74.3	665	73.9
แปรงฟัน 3 ครั้ง	132	14.7	120	13.3
แปรงฟัน 1 ครั้ง	94	10.3	99	11.0
แปรงฟันมากกว่า 3 ครั้ง	3	0.3	9	1.0
ไม่ได้แปรงฟัน	2	0.2	7	0.8

ตารางที่ 11 ช่วงเวลาที่แปรงฟัน แยกวันธรรมดา และวันหยุด

ช่วงเวลาแปรงฟัน	วันธรรมดา		วันหยุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เช้า-ก่อนนอน	512	56.8	545	60.5
อื่นๆ	203	22.5	174	19.3
เข้าอย่างเดียว	76	8.4	91	10.1
เข้า-กลางวัน-ก่อนนอน	104	11.5	88	9.7
ก่อนนอนอย่างเดียว	5	0.6	2	0.2

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรม
การทำความสะอาดช่องปากภายหลังกินนม

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
บ้วนน้ำเป็นบางครั้ง	384	42.7
ไม่ได้ทำ	211	23.4
แปรงฟันเป็นบางครั้ง	135	15.0
บ้วนน้ำทุกครั้ง	111	12.8
แปรงฟันทุกครั้ง	29	3.2
อื่นๆ	27	3.0

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้แนวความคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของโทรทัศน์ที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก จากการศึกษาของ ประภาพรณ อุ่นอบ⁽⁸⁾ (2533) และจากการศึกษาของ พิษณุ อุตตะมะเวทิน และคณะ (2535)⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่าเด็กร้อยละ 96.63% เคยเห็นโฆษณาขนมจากโทรทัศน์ คณะผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่าการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อการบริโภคขนมของเด็ก เพื่อหาข้อสนับสนุนทางวิชาการเป็นแนวทางป้องกันและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป คณะผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดในเขตปริมณฑล

เพราะเป็นเขตที่สื่อเข้าถึงและประชาชนมีกำลังซื้อขนมที่เห็นในโฆษณาได้ การคัดเลือกช่วงอายุ 10-12 ปี คัดเลือกโดยการทดลองสัมภาษณ์เด็กในกลุ่มอายุแตกต่างกัน พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 10-12 ปีจะสามารถตอบคำถามได้ชัดเจนและจากการศึกษาของ ระวีวรรณ ปัญญางาม และยุทธนา ปัญญางาม (2533)⁽¹²⁾ พบว่า เด็กในกลุ่มอายุนี้นิยมตราฟีนุสูงและกินขนมที่กว่าอายุอื่น ๆ

ค่าความถี่ในการกินขนมที่ได้จากการศึกษาขึ้นจะมีค่าน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ เพราะข้อจำกัดคือขนมที่ใช้เป็นขนมที่โฆษณาทางโทรทัศน์เพียง 39 ชนิด และการนับจำนวนครั้งที่กินขนมนับเฉพาะครั้งที่กินขนมระหว่างมื้อ ขนมนอกกลุ่มตัวอย่างและการกินขนมหลังมื้ออาหารทันที จะไม่นับเป็นความถี่ในการแปรผล

จากการศึกษาเรื่องแหล่งซื้อขนมพบว่า เด็กส่วนมากซื้อขนมจากร้านค้าใกล้บ้าน โดยเด็กมักซื้อก่อนไปโรงเรียนและนำขนมไปบริโภคที่โรงเรียนมีเด็กส่วนหนึ่งซื้อขนมหลังจากกลับบ้านแล้ว อาจเป็นได้ว่าการคมนาคมมีความสัมพันธ์กับการซื้อขนม เพราะเด็กในเขตปริมณฑลต้องใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปโรงเรียนค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาซื้อขนมบริเวณหน้าโรงเรียน และในโรงเรียนน้อย เพราะไปไม่ทันเรียนหรือต้องรีบกลับบ้าน ทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ ศิริลักษณ์ สินธวาลัย (2520)⁽¹¹⁾

จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคขนมของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าเด็กทั้งสามจังหวัดบริโภคขนมในช่วงเช้า-บ่าย ของวันหยุดมากกว่าวันธรรมดา อาจเพราะเด็กมีเวลาว่างมากและไม่มิจกกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสมขณะหยุดอยู่บ้าน สำหรับในวัยธรรมดาเด็กมักบริโภคขนมช่วงบ่ายซึ่งเป็นช่วงหลังเลิกเรียนก่อนอาหารเย็นมากที่สุด อาจเป็นได้ว่าช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาเด็กเดินทางกลับบ้าน เด็กมีโอกาสซื้อขนมระหว่างทาง และบริโภคขนมก่อนขณะรอรับประทานอาหารเช้า สำหรับในแง่ของคุณค่าทาง

โภชนาการ ขนมเกือบทั้งหมดเป็นอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลซึ่งเมื่อบริโภคก่อนอาหารเย็น จะทำให้รับประทานอาหารเช้าได้น้อย อาจทำให้ได้รับสารอาหารอย่างอื่นไม่ครบถ้วน

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่เลือกซื้อขนมมากที่สุดคือ ความอร่อย รองลงมาคือหิว และเห็นโฆษณา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study อาจสรุปได้ว่าเด็กเคยมีประสบการณ์กับรสชาติของขนมมาก่อน เมื่อติดใจในรสชาติจึงเกิดความต้องการบริโภคในครั้งต่อไป การวิจัยไม่สามารถแสดงได้ว่าการซื้อและบริโภคขนมเหล่านี้มีสาเหตุจากการโฆษณาหรือไม่ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความหิวและการเห็นโฆษณาทางโทรทัศน์เป็นสาเหตุของการบริโภคขนมใกล้เคียงกัน

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูโทรทัศน์ และการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์พบว่า การโฆษณาขนมมีมากอย่างน่าตกใจคือ รายการเจ้าป่าเจ้าเสือ ความยาวเพียง 30 นาที มีโฆษณาถึง 17 ครั้ง และเด็กจะได้รับโฆษณาขนมทางโทรทัศน์เฉลี่ย 94 ครั้งต่อสัปดาห์ และเด็กร้อยละ 40.7 จะดูโทรทัศน์โดยไม่เปลี่ยนช่องเมื่อมีโฆษณาซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะได้รับโฆษณาอย่างเต็มที่ มีเด็กร้อยละ 59.1 ที่อยากกินขนมเมื่อเห็นโฆษณาโทรทัศน์ และนอกจากนี้ยังมีเด็กร้อยละ 40.2 ที่ดูโทรทัศน์ไปกินขนมไป การดูโทรทัศน์ในช่วงวันหยุดจะมากกว่าวันธรรมดา และเด็กจะกินขนมในวันหยุดมากกว่าวันธรรมดาด้วย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ได้ผลว่า จำนวนขนมที่เด็กรู้จักทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับค่าความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ อาจเนื่องมาจากผลที่พบว่าจำนวนเงินที่ได้รับแปรผกผันกับค่าความถี่ในการดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ ซึ่งเด็กที่ได้เงินมากมีฐานะดีกว่า เด็กอาจทำกิจกรรมอื่น ๆ มากกว่าการดูโทรทัศน์ เช่น การเล่น V.D.O. games หรือใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียนพิเศษจนมีเวลาดูโทรทัศน์น้อยลง ผลการที่เด็กมีเงินจะมีความถี่ของ

การบริโภคขนมสูงกว่าเด็กที่ได้รับค่าขนมน้อยกว่าด้วย ดังนั้น จึงพบว่าเด็กที่ได้รับค่าขนมมากจะบริโภคขนมมากกว่า แต่มีโอกาสดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์น้อย ขณะที่เด็กที่ค่าขนมน้อยกว่าจะมีโอกาสซื้อขนมน้อยกว่า แต่มีโอกาสดูโฆษณาขนมทางโทรทัศน์มากกว่า ดังนั้น แม้การโฆษณาจะมีผลต่อจำนวนครั้งของการบริโภคขนมของเด็กโดยทั่วไป แต่ปัจจัยด้านสภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือนก็มีอิทธิพลอย่างมากด้วย โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการเลือกชนิดของขนมครั้งแรกเพื่อบริโภคน่าจะได้รับการศึกษาต่อไป

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.4) แปรงฟันทุกวันแต่มีถึงร้อยละ 61.2 ที่แปรงไม่ถูกวิธี การแปรงฟันมักแปรงวันละ 2 ครั้ง คือช่วงเช้าและก่อนนอน มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ตามโครงการทันตสุขภาพในโรงเรียนเพียงร้อยละ 21.66 ในวันธรรมดา และร้อยละ 14.22 ในวันหยุดโดยการแปรงฟันไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างวันธรรมดา และวันหยุด การทำความสะอาดช่องปากหลังกินขนมเด็กมักบ้วนน้ำเป็นบางครั้ง เด็กส่วนมากไม่รู้จักไหมขัดฟัน

จากการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตปริมณฑลอยู่ในสภาวะที่เสี่ยงต่อโรคฟันมาก โดยเด็กจะได้รับสื่อที่จูงใจให้บริโภคขนมสูง และเด็กจะบริโภคขนมมาก โดยเฉพาะในช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ การรักษาสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นไปตามปกติ (ไม่มีการแปรงฟันรอบพิเศษเพิ่มขณะที่มีการบริโภคขนมเพิ่ม) กิจกรรมในช่วงว่างของเด็กมักอยู่หน้าจอโทรทัศน์

ข้อเสนอแนะ

- ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเลือกชนิดของขนมครั้งแรกเพื่อบริโภคน่าจะได้รับการศึกษาต่อไป
- การทำวิจัยครั้งต่อไปควรใช้ขนมมากชนิดกว่านี้
- แจกกระดาษส่วนหน้าให้เด็กบันทึกการกินขนม (แล้วนำมาสัมภาษณ์ซ้ำ) จะได้ข้อมูลดีขึ้น (เด็ก

ตอบจำนวนเงินที่ได้ + ซื้อขนม ไม่สัมพันธ์กันเท่าที่ควร)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการประสานงาน องค์การเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา ภวภานันท์ "การเปิดรับสื่อมวลชนกับความสำนึกทางด้านอาหารและโภชนาการของแม่" โภชนาสาร ตุลาคม-ธันวาคม 2525, 16, 4 : 244-252
2. สุมาลี อรุณรัตน์ดิลก รายงานการวิจัย เรื่อง ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน กลุ่มอายุ 5-6 ปี และ 12 ปี จังหวัดนนทบุรี ปี 2535 นนทบุรี, 2535
3. พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล และ มาลี วันทนาศิริ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน จังหวัดปทุมธานี ปี 2534 ปทุมธานี, 2534
4. ชลธิชา พุทธวงษ์นันท์ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่องสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2533 สมุทรปราการ, 2533
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532 กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534
6. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2529
7. มุทธิการ ตระกูลวงษ์ "การดำเนินงานสุขภาพทางสื่อมวลชน" วารสารสุขภาพ เมษายน-มิถุนายน 2532, 12, 46 1-7

8. ประภาพรพรณ อุ่ณอบ "ผลของการโฆษณาทางโทรทัศน์เรื่อง "ดาวิเศษ" ที่มีต่อพฤติกรรมทางการขะยะของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น" การประมวลวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุภาพในประเทศไทย ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 กองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข, 2533
9. ดุชนี สุทธปริยาศรี "วิธีการวิจัยพฤติกรรมทางโภชนาการและนิสัยการบริโภค", โภชนาสากรมกรคม-มีนาคม 2526, 17,1 : 47-52
10. พิษณุ อุตตมะเวทิน และคณะ รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ขอนแก่น, 2535
11. Sinthavalai Sirilak "Attitudes and Behaviour of urban & chool- agethais towards snack Foods"; Yournel of Nutrition Association of Thailand October - December 1987, 21,4 : 310-329
12. ระวีวรรณ และ ยุทธนา ปัญญางาม "อิทธิพลของบริโภคนิสัยต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กวัยเรียน" วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ 2535, 15(2) : 79-87

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปี ในเขตอำเภอเมือง

สุนิสา วัฒนเกษตร*

*กองสาธารณสุขภูมิภาค

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สุณี ผลดีเยี่ยม**

**กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0- 3 ปี ศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี และฉะเชิงเทรา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แม่หรือผู้ดูแลเด็กพร้อมทั้งตรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กไปด้วย ได้ตัวอย่างมาวิเคราะห์ทั้งหมด 626 คู่ ผู้ดูแลเด็กเป็นแม่ร้อยละ 71.7 อายุเฉลี่ย 33 ปี จบประถมศึกษาร้อยละ 71.1 มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ 9.9 คะแนนจาก 12.0 คะแนน ข้อที่ตอบถูกน้อย คือ แปรงสีฟันที่ดีคือแปรงสีฟันที่มีราคาแพง เด็ก ๆ ไม่ต้องแปรงฟันก็ได้เพราะยังเป็นฟันน้ำนมอยู่ และฟันน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟันแท้ ข้อความรู้ที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน ควรเลิกให้นมมือนมดื่ก ทำความสะอาดปากและฟันให้เด็กเป็นประจำ ร้อยละ 24.0 เด็กกินนมแม่เฉลี่ย 4.4 เดือน กินนมขวดเมื่ออายุเฉลี่ย 3.1 เดือน หย่านมขวดเมื่ออายุเฉลี่ย 20.0 เดือน นมขวดที่ได้รับเป็นนมผสม ร้อยละ 60.4 อาหารอื่นที่เด็กกินนอกมือนมเป็นประจำ คือ น้ำอัดลมร้อยละ 8.9 ทอฟฟี่ร้อยละ 7.3 ขนมขบเคี้ยวร้อยละ 14.2 ผลไม้ร้อยละ 37.7 มีการเติมไอโวลตินในนมร้อยละ 3.0 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การกินทอฟฟี่ของเด็ก การเติมไอโวลติน, ไมโลในนม ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก การทำความสะอาดปากเด็ก และทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก โดยมีค่า R^2 ตามลำดับ คือ .042 .056 .068 .076 และ .084 เด็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 26.5 ค่า dmfs 3.41 ด้าน/คน dmft 0.37 ซี่/คน ด้านที่สูงที่สุดคือ mesial ของฟันหน้าบนซี่ที่ 1 และ facial ของฟันหน้าบนซี่ที่ 2

1. คำนำ

1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

ปัญหาโรคในช่องปากที่พบในเด็กส่วนใหญ่ โรคฟันผุ ซึ่งพบว่าผู้ทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยเฉพาะฟันน้ำนม ปัจจุบันพบว่า มีอัตราการผุสูงมาก จากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532 (กองทันตสาธารณสุข, 2534) พบว่าเด็กอายุ 3 ปี

ซึ่งเป็นอายุที่ฟันน้ำนมเพิ่งขึ้นครบ 20 ซี่ ได้ประมาณ 6 เดือน มีโรคฟันผุร้อยละ 66.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.0 ซี่/คน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพ ในปี 2543 (ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย, 2529) ตั้งไว้ว่า เด็กอายุ 5-6 ปี และเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527 (กองทันตสาธารณสุข, 2527) กับครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532

พบว่า เด็กอายุ 6 ปีมีฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.6 เป็นร้อยละ 83.1 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กเล็กกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ในแผนพัฒนาทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น จากแผนฉบับที่ 6 อีก 1 กลุ่มคือ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากตระหนักว่าเด็กในกลุ่มนี้ มีปัญหาโรคฟันผุเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับที่รุนแรงการดำเนินงานที่ผ่านมา โครงการทันตสาธารณสุข ยังไม่เคยขยายลงในเด็กกลุ่มนี้ นอกจากโครงการปีทองของเด็กไทยเมื่อ พ.ศ. 2533-34 ซึ่งเริ่มจะมีกิจกรรมทันตสาธารณสุขในกลุ่มหญิงมีครรภ์ แต่ยังไม่มีการประเมินผลออกมาอย่างชัดเจน

การที่จะมีโครงการทันตสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เราจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดสภาวะนั้น รวมทั้งสภาพแวดล้อม การดูแลของพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพื่อการวางแผนแก้ปัญหาต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของเด็กอายุ 0-3 ปี ในเขตอำเภอเมือง
- 2) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนั้น
- 3) เพื่อศึกษาถึงสภาวะทันตสุขภาพของเด็กนั้น

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้จำกัดขอบเขตเฉพาะในเด็กอายุ 0-3 ปี ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี และฉะเชิงเทรา โดยมีแม่หรือผู้ดูแลเด็กอยู่ด้วยในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปี ในเขตอำเภอเมือง
- 2) นำข้อมูลนั้นมาวางแผน เพื่อจัดบริการ

ทันตสาธารณสุขแก่กลุ่มแม่และเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอเมือง

3) ได้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่สนใจจะศึกษาในเรื่องนี้ไปศึกษาค้นคว้าต่อไป

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ปกครอง

- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ
- ทักษะการดูแลสุขภาพของเด็ก
- ทักษะเกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์
- พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง
- การแปรงฟัน
- การกินอาหารนอกมื้อ
- การไปพบทันตแพทย์
- การได้รับฟลูออไรด์เสริม

พฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

- การให้เด็กหลับคาขวดนม
- ระยะเวลาการให้นมเด็ก
- การได้รับฟลูออไรด์
- การพาเด็กไปพบทันตแพทย์

สภาวะทันตสุขภาพของเด็ก
(dmft)

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 ประชากรที่ศึกษา

1) เด็กอายุ 1-36 เดือน ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี และฉะเชิงเทรา

2) แม่หรือผู้ดูแลเด็กในข้อ 1

2.2 เครื่องมือที่ใช้

1) เครื่องมือตรวจฟัน ประกอบด้วยกระจกส่องปาก และที่ตรวจหาฟันผุ

2) แบบสำรวจสภาวะฟันผู้ทั้งเด็ก (dmfs) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

3) แบบสอบถามแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ

- ข้อมูลทั่วไป
- ประวัติเด็ก
- การได้รับอาหารของเด็ก
- พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก
- พฤติกรรมทันตสุขภาพของแม่หรือผู้ดูแลเด็ก
- ความรู้และทัศนคติ

2.3 วิธีการรวบรวมข้อมูล

1) สัมภาษณ์แม่หรือผู้ดูแลเด็กที่บ้าน โดยผู้สัมภาษณ์ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน

2) ตรวจฟันเด็ก โดยผู้ตรวจมีการปรับให้เข้าใจตรงกันในเรื่องรหัสต่าง ๆ

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้ ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน chi - square, t - test groups oneway analysis และ multiple regression.

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับแม่และผู้ดูแลเด็ก

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กเป็นเพศชาย ร้อยละ 5.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.1 มีอายุโดยเฉลี่ย 33 ปี ร้อยละ 96.5 นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ (ประถมศึกษา) ร้อยละ 71.1 ระดับปานกลาง (มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา) ร้อยละ 21.0 ระดับสูง (ปริญญาหรือสูงกว่า) ร้อยละ 7.9 ดูจากตารางที่ 3 อาชีพ ร้อยละ 40.9 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 28.6 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 11.7 ทำนาทำไร่ สถานภาพสมรส ร้อยละ 89.6 แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ความสัมพันธ์กับเด็ก ร้อยละ 71.7 เป็นแม่เด็กนอกนั้นเป็นญาติ

ซึ่งเป็นยาย ร้อยละ 37.8 เป็นย่า ร้อยละ 21.5 มีบุตรโดยเฉลี่ย 1.7 คน เคยเลี้ยงเด็กมาโดยเฉลี่ย 2.5 คนเลี้ยงเด็กคนนั้นมาโดยเฉลี่ย 16 เดือน

พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

ร้อยละ 97.6 มีแปรงสีฟันของตนเอง ร้อยละ 96.0 แปรงฟันเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 55.4 เคยไปพบหมอฟัน ส่วนใหญ่ไปถอนฟัน ร้อยละ 56.9 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับปากและฟันในขณะนี้ ส่วนที่มีปัญหา ร้อยละ 65.7 ไปหาหมอฟันที่คลินิก ร้อยละ 20.3 ไปหาหมอที่โรงพยาบาล ร้อยละ 7.0 ซื้อมากินเอง เคยได้รับฟลูออไรด์ ร้อยละ 7.8 ขณะเป็นนักเรียน อาหารอื่นที่ได้รับประจำนอกมื้ออาหาร คือ น้ำอัดลม ร้อยละ 1.9 ขนมขบเคี้ยว เช่น ไปเต้, ปาร์ตี้ ร้อยละ 6.2 ส่วนผลไม้ ร้อยละ 42.6

ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก

ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ คือ 10.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14.0 ค่าเฉลี่ยเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพคือ 9.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12.0 ถ้าดูแยกรายข้อ ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดเรื่องความรู้เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน ควรเลิกให้นมมอดึก ตอบถูกเพียงร้อยละ 39.9 อีก 3 ข้อที่มีร้อยละของผู้ที่ตอบถูกต่ำกว่า 70.0 คือ แปรงสีฟันที่ดี คือ แปรงสีฟันที่มีราคาแพง เด็ก ๆ ไม่ต้องแปรงฟันก็ได้ เพราะยังเป็นฟันน้ำนมอยู่ และฟันน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟันแท้ ตอบถูกร้อยละ 60.9, 64.1 และ 63.6 ตามลำดับ

3.2 ผลการตรวจสภาวะโรคในช่องปากเด็ก

พบว่าโรคฟันผุ ร้อยละ 26.5 ค่า dmfs 3.41 ด้าน/คน ค่า dmft 0.37 ซี่/คน ดูตารางที่ 5 การผุของด้านต่าง ๆ ด้านที่มีการผุสูงสุด คือ ด้าน mesial ของฟันบนซี่ที่ 1 ร้อยละ 20.0 รองลงมา คือ ด้าน facial ของฟันบนซี่ที่ 2 ร้อยละ 12.0 เด็กอายุต่ำสุดที่พบฟันผุ คือ 11 เดือน เป็นฟันผุในระยะเริ่มแรก ผุที่ฟันหน้าบนซี่ที่ 1 และ 2 ด้าน mesial และ facial

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด แบ่งตามอายุของเด็ก

อายุ (เดือน)	จำนวน (คน)	dmft (ซี่/คน)	s.d	dmfs (ด้าน/คน)	s.d
1-12	229	0.00	0.00	0.03	0.53
13-14	195	0.20	1.11	2.19	6.79
25-36	202	0.94	2.64	8.40	13.28
รวม	626	0.37	1.67	3.41	9.16

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

จากกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้กำหนดปัจจัยที่ศึกษาว่าจะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุทั้งหมด 25 ปัจจัย นำมาคิดค่า chi-square พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค 9 ปัจจัย คือ การเติมโอวัลติน, ไมโลในนม การทำความสะอาดปากเด็ก การให้ฟลูออไรด์เสริมแก่เด็ก การกินทอฟฟี่ น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยวของเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ทักษะการ

ผู้ดูแลเด็ก และการกินผลไม้ของผู้ดูแลเด็ก ดูตารางที่ 6 แต่เมื่อนำไปทดสอบ multiple regression analysis พบว่าปัจจัยทั้ง 9 เป็นอิสระต่อกันมีเพียง 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยเรียงลำดับมากไปหาน้อย ดังนี้ การกินทอฟฟี่ การเติมโอวัลติน ไมโลในนม ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก การทำความสะอาดปากเด็ก และทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก โดยมีค่า R^2 ตามลำดับดังนี้ .042 .056 .068 .076 และ .084

ตารางที่ 2

ปัจจัย	chi-square	D.F	P
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก	6.70406	2	.0350
ทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก	6.76774	1	.0093
การกินผลไม้ของผู้ดูแลเด็ก	9.63751	1	.0019
การกินน้ำอัดลมของเด็ก	23.17929	1	.0000
การกินทอฟฟี่ของเด็ก	45.36818	1	.0000
การกินขนมขบเคี้ยวของเด็ก	33.73379	1	.0000
การเติมโอวัลติน, ไมโลในนม	11.90482	1	.0005
การทำความสะอาดปากเด็ก	6.03249	1	.0140
การให้ฟลูออไรด์เสริมแก่เด็ก	3.42905	1	.0193

อภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของแม่หรือผู้ดูแลเด็กจากการศึกษารุ่นนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษานำร่องที่จังหวัดชลบุรี (กองทันตสาธารณสุข, 2534) พบว่า มีส่วนใกล้เคียงกัน คือ ผู้ดูแลเด็กเป็นแม่ร้อยละ 71.7 ของชลบุรี ร้อยละ 67.0 ที่ต่างกัน คือ การทำความสะอาดปากและฟันของลูก ร้อยละ 24.0 น้อยกว่าของชลบุรี ร้อยละ 36.0 การให้ลูกหลับขณะที่มีขวดนมคาปากอยู่ ร้อยละ 16.0 น้อยกว่าของชลบุรีคือ มีที่ไม่ให้ลูกหลับขณะที่มีขวดนมคาปากอยู่ ร้อยละ 63.0 และนมขวดที่ให้ลูกกินเป็นนมผสม ร้อยละ 60.4 มากกว่าของชลบุรี ร้อยละ 54.0

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุที่พบ คือ การกินทอฟฟี่ การเติมโอวัลติน, ไมโลในนม ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก การทำความสะอาดปากเด็ก และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กมี 3 ปัจจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ คือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก (Rayner, 1986) ทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก (Sarnat et al., 1984) และการทำความสะอาดปากเด็ก (Bullen et al., 1988)

สภาวะทันตสุขภาพของเด็ก เด็กเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 26.5 น้อยกว่าที่พบที่จังหวัดลำพูน (อุทัยวรรณ และคณะ, 2535) ร้อยละ 33.1 ในเด็กชาวเขาอายุ 1-4 ปี และน้อยกว่าที่พบในเด็กอายุ 5 ปี ที่เนเธอร์แลนด์ที่พบร้อยละ 50.0 (Eungpoonsawat, 1991) เหตุผลน่าจะเป็นว่าเด็กกลุ่มนี้มาอายุโดยเฉลี่ยน้อยกว่า และธรรมชาติของโรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ค่า dmft 0.37 ซี/คน ซึ่งน้อยกว่าเด็ก 5 ปีของเนเธอร์แลนด์ มีค่า dmft 1.6 ซี/คน เหตุผลเช่นเดียวกัน และอาจจะเกิดจากการบริโภคน้ำตาลของเราน้อยกว่าแต่เด็กอายุน้อยสุดที่พบฟันผุ คือ 11 เดือน สอดคล้องกับที่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน ที่ศึกษาในต่างประเทศ (Brown et al., 1985) และฟันซี่ที่ผุเริ่มแรกคือ ฟันหน้าบน เหมือนกับการศึกษาในต่างประเทศ (Dilley et al., 1980)

น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย 3043.3 กรัม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงทำให้การเป็นโรคฟันผุไม่สูง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Infante and Giles, 1974) ที่พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ทำให้ฟันผุง่ายและรุนแรงกว่าฟันปกติ

5. ข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ 0-3 ปี คือ การกินทอฟฟี่ การเติมโอวัลติน, ไมโลในนม ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก การทำความสะอาดปากเด็ก และทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก

ในเรื่องระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก คงจะไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ทัศนคติและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับทันตสุขภาพ สามารถที่จะดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับการรณรงค์ส่งเสริมให้มีการทำความสะอาดปากเด็ก การไม่ให้เด็กกินทอฟฟี่ และการไม่เติมโอวัลติน, ไมโลในนม

ข้อเสนอแนะ

1. น่าจะมีการศึกษาต่ออีก ในปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่พบว่ามีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กกลุ่มนี้ เช่น การให้ลูกหลับคาขวดนม เป็นต้น โดยการศึกษาแบบวิเคราะห์ในแต่ละปัจจัยนั้น

2. จัดทำโครงการรณรงค์ ให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก ที่มีอายุระหว่าง 0-3 ปี ในเรื่องพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก และรณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็ก คืออย่างน้อย ให้มีการทำความสะอาดปากเด็ก ไม่ให้เด็กกินทอฟฟี่ และไม่เติมโอวัลติน, ไมโลในนม

บรรณานุกรม

- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ผลการสำรวจทันตสุขภาพ ครั้งที่ 2 เอกสาร
อัดสำเนา 2527
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ ครั้งที่ 3

- ประเทศไทย 2532 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2534
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง บทบาทของแม่ในการดูแลฟันลูกวัย 0-3 ปี 1 ตุลาคม 2534 ร.ร. รัตนโกสินทร์
- ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย และแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 กรุงเทพฯ : บุรพาธิลปริการพิมพ์ 2529
- อุทัยวรรณ กาญจนกมล เอลิมพงษ์ ชิดไธสง คมขำ พัฒนภรณ์ วันทนา เลิศพูนวิไลกุล สุวรรณี ดวงรัตน์ พันธ์ ทองวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์ การศึกษาความชุกของการเกิดสภาวะผิดปกติของเคลือบฟันและการเกิดโรคฟันผุ ในฟันน้ำนมของเด็กชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงอายุ 1-4 ปี ตำบลพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 3 กองทันตสาธารณสุข หน้า 4, 2535.
- Brown J.P., Junner C., Liew V. A study of Streptococcus mutans level in both infants with bottle caries and their mothers. Aust Dent J. 30 : 96-98, 1985
- Bullen C., Rubentein L., Saravia M.E., MOurino A.P., Improving children's oral hygiene through parental involvement, ASDC J Dent Child 55 : 125-128, 1988.
- Dilley G.L., Dilley D.H., Mechen J.B. Prolonged nursing habit : A Profile of patients and their families. J. Dent Child 47 : 102-108, 1980.
- Eungpoonsawat W. Oral health behavior of parent and their 5-year-old children : A socio-epidemiology study. Thesis for Mastor of dental sciences. Faculty of Medicine, School of Dentistry, Oral Pathology and Maxilofacial Surgery 1991.
- Infante P.E., Gillespie G.M. An epidemiology study of linear enamel hypoplasia of deciduous antherior teeth in Guatamalan children Arch Oral Biol 19 : 1055-1061, 1974.
- Rayner J.F., Socioeconomic status and factors influnecing the dental health practices of mothers, Am J pub Health 60 : 1250-1258, 1970.
- Sarnat H., Kagan A., Raviv A., The relation between mother's attitude toward dentistry and the oral status of their children, Pediatric Dent 6 : 128-131, 1984.

“การวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำชาบางชนิดในประเทศไทย”

กรวิกา รัตนธรรม*

*กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

ได้ทำการวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำชาจากใบชา 33 ชนิด ชาซอง 7 ชนิด และชาผงสำเร็จรูป 3 ชนิด โดยใช้วิธี Ion selective electrode และเลือกเวลาของการแพร่ละลาย 5 นาที เพื่อให้นำมาเป็นทางเลือกอีกทางในการให้ฟลูออไรด์เสริมในเด็กนักเรียนวัยประถมศึกษา (อายุ 6-13 ปี) และในผู้ใหญ่ที่ฟันยังขึ้นไม่ครบ ผลปรากฏว่า ใบชาทั้ง 33 ชนิด, ชาซอง 7 ชนิด และชาผงสำเร็จรูป 3 ชนิด มีปริมาณฟลูออไรด์โดยเฉลี่ย 0.20-1.22, 0.68-1.80, 0.76-1.44 ส่วนในล้านส่วนตามลำดับ และมีปริมาณฟลูออไรด์สูงสุดซึ่งสามารถละลายได้ในน้ำโดยเฉลี่ย 0.58-2.12 ส่วนในล้านส่วนในใบชา 1.22-2.32 ส่วนในล้านส่วนในชาซอง สำหรับชาผงสำเร็จรูปละลายได้หมด

บทนำ

ชาเป็นเครื่องดื่มที่นิยมดื่มกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ โดยจีนเป็นชาติแรกที่รู้จักชาเมื่อ 4-5 พันปีมาแล้ว จากนั้นก็ได้แพร่เข้าไปในประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรป (4,7) ปัจจุบันชาก็ยังเป็นเครื่องดื่มที่หลายคนทั่วโลกนิยมดื่มกัน ส่วนประกอบที่สำคัญในใบชา ได้แก่ Tannin, Caffeine, Inorganic matter, Protein, vitamin และเส้นใย (8,9) ในปี 1955 มีการประชุมทางเภสัชวิทยาและสรีรวิทยาที่นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความของน้ำชาว่า เป็นสารละลายของ caffeine และ tannin⁽²⁾ อย่างไรก็ดีในปี 1949 Harrison ได้รายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการหาปริมาณของฟลูออไรด์ในน้ำชา และการนำมาใช้ประโยชน์ หลังจากนั้นก็ได้มีนักวิทยาศาสตร์หลายคนทำการวิจัยทำนองเดียวกัน (1,10) ฟลูออไรด์จึงเป็นสารอีกตัวที่น่าสนใจในน้ำชา เพราะ

สามารถนำมาใช้ปริมาณมากพอ และมีหลักเกณฑ์ในการใช้ที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำชาจากใบชาชนิดต่าง ๆ รวม 43 ชนิด
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของฟลูออไรด์ในน้ำชาจากชาบางชนิด ที่มีขายในประเทศไทย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์

วัสดุ/อุปกรณ์

1. เครื่องมือ - Expandable ion analyzer E.A. 920
- Fluoride electrode model 94 - 09
- ทั้งสองเป็นผลิตภัณฑ์ของ Orion Research

2. สารเคมี - Tisab II* (โซเดียมคลอไรด์, กรดอะซิติก, ไตรโซเดียมซิเตรท-ไดไฮเดรต)
 - โบชา จำนวน 33 ชนิด
 - ชาของ จำนวน 7 ชนิด
 - ชาสำเร็จรูป จำนวน 3 ชนิด
 - น้ำประปาต้ม

วิธีดำเนินการ

1. วิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำชาจากโบชาแต่ละชนิด โดยใช้วิธี

1.1 ชั่งโบชา 2 กรัมละลายน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร (กรณีชาของ ใช้ชาของ 1 ของต่อน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร และชาผงสำเร็จรูปใช้จำนวนช้อนชาต่อน้ำเดือด 200 มิลลิลิตร) แล้วกรองที่เวลาต่าง ๆ (ซึ่งเวลาต่าง ๆ นี้เรียกว่า เวลาของการแพร่ละลาย ตั้งแต่ 1, 5, 10, 30...60 นาที...60 ชั่วโมง

1.2 นำน้ำชาที่ได้ ณ เวลาแพร่ละลายใด ๆ ไปวัดปริมาณฟลูออไรด์ โดยใช้ Ion selective electrode ใช้อัตราส่วนของสารละลายต่อ Tisab II* 1 : 1 (ทำการวัด 5 ครั้ง)

1.3 ทำตาม 1.1 และ 1.2 จนกระทั่งได้ปริมาณฟลูออไรด์สูงสุด ซึ่งสามารถละลายน้ำได้

1.4 ทำตาม ข้อ 1.1, 1.2, 1.3 กับโบชา 33 ชนิด และชาของ 7 ชนิด ชนิดละ 2 รอบ

1.5 ชาสำเร็จรูป วัดปริมาณฟลูออไรด์จากสารละลายซึ่งเตรียมจากการตวงชา 1, 2, 3, 4 ช้อนชาละลายในน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์จากน้ำชาของโบชาชนิดต่าง ๆ ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย จำนวน 33 ชนิด โดยใช้ Ion selective Electrode โดยการทดลองชั่งโบชา 2 กรัม ในน้ำร้อน 200 มิลลิกรัม จับเวลาการแพร่ละลาย ตั้งแต่ 5 นาที, 10 นาที,

30 นาที, 1 ชั่วโมง, 2 ชั่วโมง, 4 ชั่วโมง, 5 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง, 7 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง, 20 ชั่วโมง, 40 ชั่วโมง และ 60 ชั่วโมง โบชาทุกชนิดจะทำการทดลอง 2 ครั้ง เพื่อหาค่าความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่แพร่ละลายออกมาแล้ว นำมาหาค่าเพื่อปริมาณฟลูออไรด์จากโบชาที่ปล่อยออกมาขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ทิ้งไว้ให้มีการแพร่ได้นานจนถึงจุดสูงสุดแล้วจะค่อย ๆ ลดลงและจุดสูงสุดของแต่ละชนิดก็แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไปจนถึง 40 ชั่วโมง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. การวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์จากชาชนิดของ ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย จำนวน 7 ยี่ห้อ มี 2 ยี่ห้อ เป็นชนิดชาฝรั่งและ 5 ยี่ห้อเป็นชนิดชาจีน แต่ละซองหนัก 2 กรัม เมื่อชงในน้ำร้อน 200 cc. แล้วใช้ Ion selective electrode วัดปริมาณฟลูออไรด์ ตามระยะเวลาการแพร่กระจายตั้งแต่ 1 นาที, 5 นาที, 10 นาที, 30 นาที, 1 ชั่วโมง, 2 ชั่วโมง, 5 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง, 7 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง, 20 ชั่วโมง, 40 ชั่วโมง เพื่อหาปริมาณฟลูออไรด์ที่แพร่กระจายสูงสุด เช่นใน 1 พบว่าชาจีน 2 ยี่ห้อแพร่กระจายฟลูออไรด์สูงเกิน 2 ppm. ดังรายละเอียด

3. การวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์จากชาผงสำเร็จรูปชนิดต่าง ๆ ตามความเข้มข้นของผงชาตั้งแต่ 1 ช้อนชาถึง 4 ช้อนชา ในน้ำร้อน 200 ซีซี พบว่าปริมาณชาผงสำเร็จรูป 1 ช้อนชาให้ปริมาณฟลูออไรด์สูง 0.77 ppm. ขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

4. การวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบปริมาณฟลูออไรด์เพื่อดูเวลาการแพร่กระจายที่เหมาะสมเพื่อใช้ในทางทันตกรรมป้องกันต่อไป เวลาการแพร่ละลายของโบชาที่ 5 นาที จะเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะใช้เพราะมีปริมาณฟลูออไรด์สูงประมาณ 5% ของปริมาณฟลูออไรด์ที่จะแพร่ละลายได้สูงสุด ซึ่งกันเวลาแตกต่างกันดังการเปรียบเทียบในตารางที่ 4

ลำดับ ใบชาจีน		ค่าเฉลี่ยปริมาณฟลูออไรด์ในเวลากการแพร่ละลายต่าง ๆ กัน ppm.													
		1 นาที	5 นาที	10 นาที	30 นาที	1 ชม.	2 ชม.	4 ชม.	5 ชม.	6 ชม.	7 ชม.	8 ชม.	20 ชม.	40 ชม.	60 ชม.
20.	ใบชาเบอร์ 3 ตราสามม้า	0.24	0.36	0.52	0.80	1.04	0.99	0.94	0.94	1.07	1.10	0.89	1.13	0.84	
21.	ใบชาเบอร์ 4 ตราสามม้า	0.33	0.58	0.80	0.96	1.06	1.06	1.00	0.90	0.94	1.07		1.02		
22.	ใบชาเมล็ดสด	0.34	0.62	0.73	0.86	0.89	0.92	1.04	1.01	1.06	1.04	1.00	1.10	1.16	1.13
23.	ใบชายอดมะลิ	0.31	0.52	0.55	0.60	0.64	0.66	0.74	0.80	0.78	0.81	0.80			
24.	ชาหอมเบอร์ 1	0.44	0.75	1.01	1.08	1.34	1.38	1.44	1.44	1.44	1.44	1.38			
25.	ใบชาสามชั่ว เบอร์ 2	0.23	0.68	0.84	1.00	1.02	0.93	1.04	1.13	1.18	1.12	1.24	1.38	1.20	
26.	ชุนคอปพิเศษ	0.35	0.66	0.94	1.16	1.24	1.26	1.34	1.32	1.39	1.34	1.23			
27.	ใบชาสามชั่ว ตราไต้เชียน	0.56	1.22	1.46	1.69	2.07	2.12	2.12	1.80	2.12	2.00	2.08			
28.	ใบชากลิ่น- ดอกมะลิ	0.32	0.53	0.62	0.72	0.66	0.64	0.70	0.74	0.70	0.74	0.84	1.08	0.86	
29.	ใบชากลิ่น- ดอกมะลิ	0.58	0.74	0.94	0.98	0.90	0.98	1.12	1.14	1.16	1.18	1.25	1.62	1.26	
30.	ใบชาตรา- นางนวล	0.17	0.36	0.40	0.51	0.50	0.54	0.55	0.59	0.62	0.52	0.55			
31.	ใบชาไฮโอว	0.18	0.20	0.29	0.34	0.33	0.40	0.40	0.44	0.43	0.45	0.50	0.58	0.44	
32.	ใบชาตราน้ำเต้า	0.36	0.82	0.92	1.02	1.22	1.12	1.28	1.14	1.21	1.08	1.16			
33.	ชาใบคอตรา- ระมิงค์	0.66	1.13	1.26	1.44	1.48	1.60	1.64	1.74	1.66	1.52	1.74	1.64	1.86	1.82

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณฟลูออไรด์จากใบชาจีนชนิดของตามระยะเวลาการแพร่กระจายต่าง ๆ กัน ppm.

ลำดับ ที่	ใบชาจีน ชนิดของ	ค่าเฉลี่ยปริมาณฟลูออไรด์ในระยะเวลาการแพร่หลายต่าง ๆ กัน ppm.														หมายเหตุ
		1 นาที	5 นาที	10 นาที	30 นาที	1 ชม.	2 ชม.	4 ชม.	5 ชม.	6 ชม.	7 ชม.	8 ชม.	20 ชม.	40 ชม.		
34.	ชาผงชนิดของ ตราระมิงค์	0.70	0.84	0.92	1.18	1.27	1.33	1.14	1.22	1.42	1.16	1.01				
35.	ชาจีนชนิดของ ตราก๊วยล่งเฮง	0.29	0.88	1.07	1.50	1.45	1.56	1.60	1.54	1.57	1.42	1.38				
36.	ชาผงลิปตันชนิด ของ	0.81	1.08	1.15	1.13	1.14	1.18	1.22	1.21	1.22	1.22	1.04				
37.	ชาจีนชนิดของ ตราริกซอร์	1.16	1.80	2.02	2.18	2.22	2.32	2.32	2.31	2.26	2.30	2.12				
38.	ชาจีนกลิ่นมะลิ ชนิดของตราริกซอร์	0.56	0.86	0.94	1.06	1.05	1.15	1.19	1.22	1.25	1.18	1.04				
39.	ชาจีนชนิดของ กลิ่นมะลิตราเล่งหงษ์	0.66	1.12	1.12	1.45	1.44	1.58	1.70	1.65	1.74	1.71	1.82	2.28	1.94		
40.	ชาจีนชนิดของ กลิ่นเก็กฮวยตราเล่งหงษ์	0.29	0.68													

ตารางที่ 3 ปริมาณฟลูออไรด์จากชาผงสำเร็จรูป ความเข้มข้นของปริมาณชาผง ppm.

ลำดับที่	ชาผงสำเร็จรูป	ค่าเฉลี่ยปริมาณฟลูออไรด์ ppm.				น้ำหนัก (กรัม)
		1 ช้อนชา	2 ช้อนชา	3 ช้อนชา	4 ช้อนชา	
41.	ลิปตัน	1.07	1.74	2.28	2.26	0.30
42.	เนสที	1.44	2.60	3.66	4.23	0.30
43.	เลม่อน-เนสที	0.76	1.56	2.08	2.47	0.59

ตารางที่ 4 แสดงความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่เวลาแพร่ละลาย 5 นาที และความเข้มข้นสูงสุดของฟลูออไรด์ ณ เวลาแพร่ละลายใด ๆ ของชาแต่ละชนิด

ลำดับที่	ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ ที่เวลาแพร่ละลาย 5 นาที ppm.	ความเข้มข้นสูงสุดของ ฟลูออไรด์ ณ เวลา แพร่ละลายใด ๆ ของชา แต่ละชนิด ppm.	ลำดับที่	ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ ที่เวลาแพร่ละลาย 5 นาที ppm.	ความเข้มข้นสูงสุดของ ฟลูออไรด์ ณ เวลา แพร่ละลายใด ๆ ของชา แต่ละชนิด ppm.
1. ชาจีนดำ	0.62	1.43 (40 ชม.)	21. ชาจีนดำ	0.58	1.07 (7 ชม.)
2. ชาจีนดำ	0.88	1.64 (7 ชม.)	22. ชาจีนดำ	0.62	1.16 (40 ชม.)
3. ชาจีนดำ	0.91	1.56 (6 ชม.)	23. ชาจีนดำ	0.52	0.81 (70 ชม.)
4. ชาจีนดำ	0.71	1.96 (20 ชม.)	24. ชาจีนดำ	0.75	1.44 (4 ชม.)
5. ชาจีนดำ	0.77	1.25 (5 ชม.)	25. ชาจีนดำ	0.68	1.33 (20 ชม.)
6. ชาจีนดำ	0.94	1.58 (40 ชม.)	26. ชาจีนดำ	0.66	1.39 (6 ชม.)
7. ชาจีนดำ	0.58	0.95 (40 ชม.)	27. ชาจีนดำ	1.22	2.12 (6 ชม.)
8. ชาจีนดำ	0.88	1.74 (20 ชม.)	28. ชาจีนดำ	0.53	1.08 (20 ชม.)
9. ชาจีนดำ	0.70	1.20 (20 ชม.)	29. ชาจีนดำ	0.74	1.62 (6 ชม.)
10. ชาจีนดำ	0.67	1.28 (8 ชม.)	30. ชาจีนดำ	0.36	0.62 (5 ชม.)
11. ชาจีนดำ	0.80	1.40 (8 ชม.)	31. ชาจีนดำ	0.20	0.58 (20 ชม.)
12. ชาจีนดำ	0.72	1.24 (7 ชม.)	32. ชาจีนดำ	0.82	1.28 (4 ชม.)
13. ชาจีนดำ	0.96	1.57 (7 ชม.)	33. ชาจีนดำ	1.13	1.86 (40 ชม.)
14. ชาจีนดำ	0.82	1.62 (ชม.)	34. ชาจีนดำ	0.84	1.42 (6 ชม.)
15. ชาจีนดำ	0.84	1.66 (6 ชม.)	35. ชาจีนดำ	0.88	1.60 (4 ชม.)
16. ชาจีนดำ	0.55	0.92 (7 ชม.)	36. ชาจีนดำ	1.08	1.22 (4 ชม.)
17. ชาจีนดำ	0.57	1.28 (4 ชม.)	37. ชาจีนดำ	1.80	1.32 (7 ชม.)
18. ชาจีนดำ	0.56	1.29 (2 ชม.)	38. ชาจีนดำ	0.86	1.25 (7 ชม.)
19. ชาจีนดำ	0.72	1.34 (6 ชม.)	39. ชาจีนดำ	1.12	2.28 (20 ชม.)
20. ชาจีนดำ	0.36	1.13 (8 ชม.)	40. ชาจีนดำ	0.68	1.70 (20 ชม.)

วิจารณ์และสรุปผลการทดลอง

จากผลการทดลองปรากฏว่าใบชา 33 ชนิด มีปริมาณฟลูออไรด์สูงสุด ซึ่งสามารถละลายได้ในน้ำ 0.58–2.12 ส่วนในล้านส่วน (ppm.) (ชา 1 กรัม/น้ำ 100 มิลลิลิตร) และชาของ 7 ชนิดมีปริมาณฟลูออไรด์สูงสุด ซึ่งสามารถละลายน้ำได้ 1.22–2.32 ส่วนในล้านส่วน (ppm.) (ชา 2 กรัม/น้ำ 200 มิลลิลิตร) ส่วนชาผงสำเร็จรูปสามารถละลายน้ำได้หมด แต่เมื่อใช้ปริมาณมากจะมีรสขม การวัดปริมาณฟลูออไรด์ในชาบางชนิดมีการแกว่งของข้อมูล อาจเนื่องมาจากการผสมใบชา การสูมตัวอย่างจึงไม่เป็นเนื้อเดียวกัน และความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากการวัด โดยวิธี Ion selective electrode (Potentiometric method)

ปัญหาของการบริโภคน้ำชา หรือนำมาเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการให้ฟลูออไรด์ในเด็กวัยประถมศึกษา และวัยรุ่นที่ฟันยังขึ้นไม่ครบ Caffeine และ Tannin ได้มีการศึกษาฤทธิ์ของ Caffeine และ Tannin ในชาพบว่าปริมาณ Caffeine ในน้ำชาที่น้อยมากประมาณ 2.4% (5, 8, 13) และยังพบว่า Tannin ในชาสามารถตกตะกอน Caffeine ได้ (Tannin เป็นชื่อรวมของสารประกอบหลายชนิด ซึ่งได้จากพืช มักมีสีน้ำตาลและมีรสฝาด) จึงไม่มีผลทางประสาทเท่ากาแฟ (2.9, 11) สำหรับ Tannin นั้นหากบริโภคเยอะอาจทำให้ท้องผูก วิธีแก้ปัญหาก็โดยลดการละลายของ Tannin นั่นคือเลือกเวลาในการแพร่ละลายน้อย (Less infusion time) แต่ให้ปริมาณฟลูออไรด์มากพอที่จะนำไปใช้ได้ เวลาของการแพร่ละลาย 5 นาที เป็นเวลาที่เหมาะสมในการชงชา ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านแนะนำ (1, 7, 8) จากผลการทดลองพบว่า ณ เวลาแพร่ละลายนี้ใบชาทั้ง 40 ชนิด (ใบชา 33 ชนิด, ชาของ 7 ชนิด) จะมีปริมาณฟลูออไรด์ประมาณ 50% ของฟลูออไรด์ทั้งหมดซึ่งสามารถละลายได้ในน้ำ โดยมีปริมาณฟลูออไรด์โดยเฉลี่ยในใบชาและชาของ อยู่ในช่วง 0.20–1.22 ส่วนในล้านส่วน (0.020–0.122 มิลลิกรัม/ชา 1 กรัม/น้ำร้อน

100 มิลลิลิตร) และในช่วง 0.68–1.80 ส่วนในล้านส่วน (0.036–0.36 มิลลิกรัม/ชา 2 กรัม/น้ำร้อน 200 มิลลิลิตร) ตามลำดับ สำหรับชาสำเร็จรูปทั้ง 3 ชนิด เลือกใช้ชา 1 ช้อนชาละลายน้ำ 200 มิลลิลิตร หรือใช้ชาครึ่งช้อนชาละลายในน้ำ 100 มิลลิลิตร จะให้ฟลูออไรด์ 0.76, 1.07, 1.44 ส่วนในล้านส่วน (0.076, 0.107, 0.144 มิลลิกรัม) และไม่ให้ Tannin เยอะ

การนำมาใช้ในเด็กวัยประถมศึกษาอายุ 6–13 ปี อาจต้องแก้ไขเพิ่มนอกเหนือจากการเลือกเวลาของการแพร่ละลาย คือ ปรับเป็นเครื่องดื่มผสมมะนาว อาจใส่น้ำตาลและน้ำแข็ง ซึ่งจะทำให้ฟลูออไรด์ 0.03–0.183 มิลลิกรัมในใบชา 0.102–0.270 มิลลิกรัมในชาของ และ 0.114, 0.160, 0.216 มิลลิกรัมในชาผงสำเร็จรูปต่อหนึ่งถ้วยกาแฟ (จุประมาณ 150 มิลลิลิตร) และลดความถี่ของการบริโภคลง อาจจะอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เมื่อเบื่อยาเม็ดหรือยาน้ำฟลูออไรด์ และการให้ฟลูออไรด์ในรูปของน้ำชา นั้น อาจจะต้องทำในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคพอสมควร คือ 0.3–0.7 ส่วนในล้านส่วน เพราะในน้ำชายังมีปริมาณฟลูออไรด์ต่อถ้วยกาแฟไม่พอดีกับ dose ของยาเม็ดหรือยาน้ำ หากจะให้ dose 0.5 มิลลิกรัม จะต้องดื่มน้ำชาจากใบชา 3 ถ้วย ชาของ 2 ถ้วย และชาผงสำเร็จรูป 2.5 ถ้วย หากทำการสกัด Tannin และ Caffeine ออก (15) ก็จะสามารถนำน้ำชามาใช้ประโยชน์ในการเป็นแหล่งให้ฟลูออไรด์เสริมในเด็กวัยประถมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่จะหยุดดื่มนมเป็นประจำแล้ว และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งฟันขึ้นไม่ครบได้อย่างเต็มที่

โดยปกติการดื่มน้ำชาในผู้ใหญ่ก็ควรลด Tannin โดยการเลือกเวลาของการแพร่ละลาย 5 นาที หากใช้เวลาของการแพร่ละลายมากขึ้น อาจลด Tannin โดยการใส่นม เพราะแทนนั้นจะตกตะกอนกับโปรตีนในนม (เคซีน) (11, 12) กรณีให้ฟลูออไรด์เสริมในเด็ก ในรูปของการบริโภคน้ำชา แคลเซียมในนมอาจจะไปลดการดูดซึมฟลูออไรด์ (14) จึงไม่ควรใช้วิธีนี้ ประโยชน์ที่ผู้ใหญ่จะได้รับในการบริโภคน้ำชาที่มีมาก

มาย เช่น ลด cholesterol ในเลือด (2, 4, 6) ซึ่งเป็นผลมาจาก catechin (tannin), สมานแนลในปาก, ดับกลิ่นปาก ช่วยย่อยอาหารซึ่งมีผลมาจากฤทธิ์ของ caffeine (กรณีลด tannin ลงแล้ว) ช่วยลดพิษของบุหรี่ ทำให้สรวางเมา (4) เป็นแหล่งให้วิตามิน A, B, B1, C และ P (5, 9) ขณะนี้นักวิทยาศาสตร์ก็ยังคงทำการศึกษาวิจัยหาคุณประโยชน์ของใบชาต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. J.R. Smid, and B.J. Kruger., "The Fluoride content of some teas available in Australia" Australian Dental Journal, February, 1985. Vol 30. No. 1 pp. 25-28
2. Jamie Shelleck., "Tea" 1st ed, The Viking Press Inc, New York, 1972.
3. คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข "การสัมมนาทางวิชาการทันตสาธารณสุข เรื่องฟลูออไรด์และสารควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ในงานทันตสาธารณสุข" 19-20 มีนาคม 2527, 1.01-1.16
4. วิจิต วัฒนวิบูล "ชา กินเป็นยา" วารสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 7, ฉบับที่ 74, หน้า 49-50.
5. ธีรพันธ์ "เครื่องดื่มมหัศจรรย์" วารสารทักษะ ฉบับที่ 40, เดือนสิงหาคม 2525, หน้า 59-60
6. ปาริชาติ บุญทิศา. "ก้าวไปกับอาหารและโภชนาการ". โภชนาการสาร, ปีที่ 21, ฉบับที่ 4, ตุลาคม-ธันวาคม 2530, หน้า 257-258.
7. Encyclopedia Britannica Vol. 21, Encyclopedia Britanice, Inc. William Benton, Publisher, U.S.A., 1969.
8. C.R., Harler., "The Culture and Marketing of Tea" 3rd ed, Oxford University press, London, 1964.
9. T.Eden, "TEA" 1st ed, Longmans, London, 1958.
10. R.L.speirs., "Correlations between the concentrations fo fluoride and some other constituents in tea infusions and their possible dental caries-preventive effectW Archs oral Biol, 1983, Vol. 28, No. 6, pp. 471-475
11. M.Nierenstein., "Natural organic tannins" 1st ed, J & A Churchill Ltd, London, 1934
12. John W.Rowe., "Natural Products of Woody Plants II" Springer-Verlage, London, 1989.

A fluoride dose-response evaluation in an anticaries clinical trial marks RG, D'Agostino R, Moorhead JE, Conte AJ, Cancro L. J Dent Res 1992 ; 71 (6) : 1286-91.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลการลดโรคฟันผุของฟลูออไรด์ในรูป MFP (Sodium monofluorophosphate) ศึกษาใน น.ร. 4,424 คน ใช้เวลา 3 ปี ปริมาณฟลูออไรด์ที่ใช้มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 1,000 ppm จนถึง 2,500 ppm ดัชนีที่ใช้วัดโรคฟันผุ คือ DMFS, DMFT และ DFS - A ผลการศึกษาพบว่า มีการลดลงของโรคฟันผุอย่างสม่ำเสมอและเป็นเส้นตรงในดัชนีทั้ง 3 ตัว ที่ระดับฟลูออไรด์ 1,000 ppm จนถึง 2,500 ppm อัตราการลดลงโดยเฉลี่ยของค่า DMFS = 0.32, DMFT = 0.13 และ DFS - A = 0.17 ($P < 0.03$) ที่ระดับฟลูออไรด์ 1,000 ppm ในเด็กอายุ 11 ปี อัตราการลดลงโดยเฉลี่ยจะเป็น 4 เท่า ($P < 0.01$) ไม่พบผลกระทบทางตัวเลขอื่น ๆ ในทุกระดับของปริมาณฟลูออไรด์ที่ใช้

ทญ.สุณี ผลดีเยี่ยม

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

The effect of an experimental chewable antiplague preparation containing chlorhexidine on plaque and qinqival index scores Nuja TT, Murtomaa HT, Meurman JH, Pesonen TJ J Dent Res 1992 ; 71 (5) : 1156-8

การศึกษาทางคลินิกนี้เป็นแบบครอส - ซัดเวอร์ (Cross - over trial) เพื่อศึกษาผลของการเคี้ยวยาเม็ดคลอเฮกซิดิน - ฟลูออไรด์ - โซลิทอล และใช้น้ำยาคลอเฮกซิดินอมบ้วนปากวันละ 2 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยงดการทำความสะอาดช่องปากโดยวิธีอื่น และวัดผลโดยวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และดัชนีโรคเหงือก ผลการทดลองพบว่าทั้งสองผลิตภัณฑ์มีประสิทธิภาพในการลดแผ่นคราบจุลินทรีย์อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเคี้ยวยาเม็ดและใช้น้ำยาคลอเฮกซิดินอมบ้วนปาก ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์สามารถใช้ในรูปแบบของยาเม็ดแทนการใช้น้ำยาอมบ้วนปากได้ในกรณีที่ ไม่เหมาะสมจะใช้น้ำ

ทญ.ผกัรัตน์ นิตสิริ

กองทันตสาธารณสุข กองอนามัย

**Periodontal health in 200 HIV-positive patients Riley C, London JP, Burmeister JA, J.
Oral Pathol Med 1992 ; 21 (3) : 124-7**

การสำรวจสถานะปริทันตสุขภาพของผู้ป่วยที่มีเชื้อ เอชไอวีบวก จำนวน 200 คน เพื่อตรวจดูสถานะปริทันตสุขภาพของพวกเขา เพื่อเน้นความสนใจต่อรูปแบบของอาการ โรคปริทันต์ชนิดรุนแรงและรวดเร็วในผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีบวก ตามที่เคยมีรายงานไว้ว่า เกิดควบคู่ไปด้วยกันกับโรคเอดส์ จากกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามศึกษา จำนวน 85 คน มีเหงือกแข็งแรงดี 59 คน แสดงอาการอักเสบ 49 คน แสดงอาการปริทันต์อักเสบแบบในผู้ใหญ่ 5 คน แสดงอาการปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรงแบบในผู้ใหญ่ และ 2 คน แสดงอาการปริทันต์อักเสบที่มีแผลที่เป็นฝี

ปริทันต์อักเสบของผู้ป่วยที่ทำการสำรวจในครั้งนั้น ไม่ได้เกิดร่วมควบคู่ไปกับหรือมีลักษณะเฉพาะทางพยาธิสภาพที่จะจัดประเภทให้แตกต่างไปจากคนที่เป็นโรค ปริทันต์ที่ไม่ได้ติดเชื้อ เอช ไอ วี.

ทพ.ประกล พิบูลย์โรจน์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย