

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2557 VOL.19 NO.1 JANUARY-JUNE 2014

บทความ

- การขึ้นและการพุดของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็ก
ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์
- อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา
- ประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวม
ในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย ปี 2554
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ
ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
- สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมและปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ISSN 0858-6527

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2557 VOL.19 NO.1 JANUARY-JUNE 2014

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**วิทยาสารทันตสาธารณสุข
(ว.ทันต.สธ.)**

เจ้าของ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 0-2590-4213 โทรสาร 0-2590-4203

ที่ปรึกษา

นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์
ทันตแพทย์หญิงสุปราณี ดาโลดม

บรรณาธิการ

สุณี ผลดีเยี่ยม

รองบรรณาธิการ

นนทิณี ตั้งเจริญดี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศิริพงษ์ มะโนรส

กองบรรณาธิการ

จันทนา อึ้งชูศักดิ์
สุปราณี ดาโลดม
นนทลี วีระชัย
สุณี วงศ์คงคาเทพ
พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ
วิกุล วิศาลเสถ์
ศรีสุดา ลีละศิริ
ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลาภยง
กันยา บุญธรรม
สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา
วรางคณา เวชวิธี
วรวิทย์ ใจเมือง
กรกมล นิยมศิลป์
สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ
วีระศักดิ์ พุทธาศรี
สุกัญญา เขียววิวัฒน์
ทรงชัย สิตโสเมกุล
คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ
อรุณรักษ์ วรวิวัฒน์
อภิญา ทอคำชื่นวิวัฒน์

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

OWNER

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health

OFFICE

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Tel.662-5904213,Fax.662-5904203

ADVISORY BOARD

Dr.Porntep Siriwanarangsarn
Dr.Sutha Jianmaneechotchai
Dr.Somnuk Chanduaykit
Dr.Chantana Ungchusak
Dr.Supranee Dalodom

EDITOR

Sunee Pholdeeyiam

ASSOCIATE EDITOR

Nontinee Tangcharoendee

ASSISTANT EDITOR

Siripong Manoros

EDITORIAL BOARDS

Chantana Ungchusak
Supranee Dalodom
Nontalee Verachai
Sunee Wongkongkathep
Puangtong Pukrittayakamee
Wikul Visalseth
Srisuda Leelasithorn
Piyada Prasertsom
Phenkhae Lapying
Kanya Boontham
Surat Mongkolnchai-arunya
Warankana Vejvithee
Voravithaya Chaimuang
Kornkamol Niyomsilp
Suwanna Eua-atthakaroon
Weerasak Putthasri
Sukanya Tianviwat
Songchai Thitasomkul
EDITORIAL STAFF
Arunruck warawat
Apinya Thongkamcheanvivat

บรรณาธิการแถลง

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 19 มีการเปลี่ยนแปลง คณะบรรณาธิการบางส่วน คือในส่วนของ คณะที่ปรึกษา เพิ่มกองบรรณาธิการและ คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขฉบับนี้ประกอบด้วยบทวิทยากร 5 เรื่องคือ 1) การขึ้น และการผูกของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็กตำบลบ้านกลาง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา 3) ประเมินผลโครงการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวม ในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย ปี 2554 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอ ห้วยยอด จังหวัดตรัง และ 5) สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมและปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาบทความทางวิชาการจากทุกท่าน เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่จะส่งบทความขอให้จัดทำเอกสารตามแบบของวิทยาลัยทันตสาธารณสุข อย่าลืมว่า แต่ละตารางหรือภาพ จะต้องมีการภาษาอังกฤษกำกับด้วย จำนวนหน้าของแต่ละเรื่องไม่เกิน 15 หน้ากรณีเป็นบทวิทยากร ทั้งนี้รวมบทคัดย่อภาษาไทยตอนต้น 1 หน้าแยกต่างหาก ภาษาอังกฤษตอนท้าย 1 หน้าแยกต่างหาก และเอกสารอ้างอิง ชุดแบบอักษร (font) คือ TH SarabunPSK ขนาด 16 ไม่จำเป็นต้องมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง เป็น 1 ช่องปกติ จัดส่งเป็นเอกสาร 2 ชุดมาที่บรรณาธิการ และส่งเป็น file มาที่ th.j.dph@anamai.mail.go.th

ท่านสามารถอ่านวิทยาลัยทันตสาธารณสุขได้ที่ <http://dental.anamai.moph.go.th> แล้วไปที่ banner วิทยาลัยทันตสาธารณสุข ด้านซ้าย

ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม
บรรณาธิการ

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2557

บทความ

- การขึ้นและการผุของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็ก
ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
ทิวา ม่วงเหมือน 9
- อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา
สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ 21
- ประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวม
ในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย ปี 2554
อำมา ปัทมสัทยาสนธิ 37
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ
ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
วราฤทธิ์ สฤษฏ์วานิช, จริญญา หุ่นศรีสกุล 53
- สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมและปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน
สุพรรณิ สุคันวานิล, สุภาวดี พรหมมา 66

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารกานตสธารณสุข

วิทยาสารยินดีรับบทความวิชาการทางพันธุศาสตร์และวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลการวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา บทวิจารณ์บทสรุป คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ A4

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 7 หน้าพิมพ์ A4

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์ A4

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นเอกสาร 2 ชุดและ 1 file เอกสารพร้อมหนังสือนำส่งให้ส่งมาที่บรรณาธิการ หรือ กองบรรณาธิการ ส่วน file ส่งมาที่ th.j.dph.@anamai.mail.go.th

ควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

1. พิมพ์เรื่องอย่างชัดเจน ใช้ชุดแบบอักษร (font) สไตล์ Th SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ให้พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้าอยู่ทางขวาบน
2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่เกินกี่หน้าขึ้นกับประเภทของบทความ รวบรวมภาพและตาราง
3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในเรื่อง ในกรณีที่รูปภาพเป็นกราฟคำบรรยายแกนตั้ง (ordinate) และแกนนอน(abscissa) ของแต่ละกราฟ ต้องมีไว้ชัดเจน คำบรรยายรูปภาพหรือกราฟใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ตาราง (Tables) ทุกตารางต้องมีอ้างอิงในเรื่อง แต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (title) ใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนเชิงอรรถ (footnote) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนย่สำคัญทางสถิติ โดยใช้ภาษาอังกฤษ
5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย
6. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องเป็นดังนี้

7.1 **ชื่อเรื่อง** ไม่ควรเกิน 15 คำ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ โดยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรมีความหมายเหมือนกัน

7.2 **ชื่อผู้เขียน** ให้มีภาษาไทย ภาษาอังกฤษ วุฒิศึกษา และสถาบันที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มีหลายคน ให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย หรือค้นคว้า

7.3 **เนื้อเรื่อง** ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วนหรือภาษาอังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้น ให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้ว ก็ให้ใช้คำนั้นในการอธิบาย

เนื้อหาของเรื่องแบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้นๆ ที่กล่าวถึงวัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อๆ ให้ได้ใจความ ต้องไม่มีข้อสรุปจากการวิจารณ์ (Discussion) ต้องไม่มีข้อๆ ต้องมีคำสำคัญ (key words) ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษพิมพ์สี่เหลี่ยม ขนาด A4 มีทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทนำ (Introduction) บทนำบอกถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงสถานการณ์ของความรู้ในตอนเริ่มวิจัย มีการปริทัศน์ (review) เอกสารขึ้นใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของงานที่ศึกษากับความรู้เดิมเท่าที่ทราบกันอยู่ บอกวัตถุประสงค์และขอบเขต เขียนให้อ่านเข้าใจง่าย และไม่ยาวจนเกินไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods) กล่าวถึงวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการอย่างชัดเจน (การกระทำที่ทำให้ได้ข้อมูลมา) ที่จะสามารถทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามเองได้หากต้องการ

ผลการศึกษา (Results) ประกอบด้วยผลที่ได้ค้นพบ บรรยายด้วยข้อความ พร้อมตาราง แผนภูมิ ภาพหรือรูปต่างๆ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินสิ่งที่ได้ค้นพบโดยผู้เขียน จะเปรียบเทียบกับผลที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะ ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือ ต่อเนื่องไป

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของการศึกษา

7.4 **คำขอบคุณ (Acknowledgement)** เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

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

7.5.1 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้เขียน (ทั้งหมด) ถ้าเป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อตัวแล้วตามด้วยนามสกุล ชื่อเต็มของเรื่อง ชื่อย่อของวารสาร ปีที่ตีพิมพ์ หมายเลขเล่มของปีที่พิมพ์ (Volume) หมายเลขหน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายของเรื่อง (วารสารภาษาไทยให้ใช้ปีพุทธศักราช) ถ้าผู้เขียนมากกว่า 6 คน ใส่ชื่อ 6 คนตามด้วยและคณะ (et al.)

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

2. กวิตา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ การตรวจกรองฮีโมโกลบิน อี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีดวารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536 ; 51 : 39-43

7.5.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ระดับของวิทยานิพนธ์ ภาควิชาที่ทำวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัย ประเทศ และปีที่วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

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

7.5.3 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากหนังสือ

ก. ชื่อผู้แต่ง (ทั้งหมด) ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (edition) เล่มที่พิมพ์ (หากมี) สำนักพิมพ์ เมือง ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

1. Richard EB, Victor CV. Nelson Textbook of Pediatrics 12th ed., Philadelphia : W.B.Saunders, 1987, p 93-95.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ : รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริม การพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2543.

ข. หนังสือที่แยกผู้เขียนเฉพาะบท ชื่อผู้เขียนบทที่อ้างอิง ชื่อเรื่องของบทนั้น ชื่อ บรรณาธิการ (ทั้งหมด) ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (edition) เล่มที่พิมพ์ (หากมี) สำนักพิมพ์ เมือง ปีที่พิมพ์ และ หมายเลขหน้าที่อ้างอิง

7.5.4 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียนจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียน (หากมี) ชื่อเรื่องของรายงานฉบับนั้น ชื่อรายงาน ปีที่พิมพ์

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

7.5.5 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากเรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้เสนอรายงาน ชื่อเรื่องที่เสนอต่อที่ประชุม ชื่อหัวข้อของการประชุมนั้น วัน เดือน ปี ที่จัดประชุม สถานที่จัดการประชุม

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

7.5.6 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ (serial online) ปีที่พิมพ์ เล่มที่ (ถ้ามี) : จำนวนหน้า หรือจำนวนภาพ (วันเดือนปีที่ค้นข้อมูล) : URL address underlined

Pamela Hasslof, Maria Hedberg, Svante Twetman, Christina Stecksén-Blicks. Growth inhibition of oral mutans streptococci and candida by commercial probiotic lactobacilli - an in vitro study BMC Oral Health 2010, 10 : 18 (2 July 2010) Available from : <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/18/abstract.pdf>

การขึ้นและการฟูของฟันกรามแท้ซี่แรก ของเด็กตำบลบ้านกลาง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ทิวา ม่วงเหมื่อน* ทบ.สม. (บริหารโรงพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการขึ้นและการฟูของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็กในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลบ้านกลาง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลการขึ้นและการฟูของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล 2 ประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 ทั้งหมดในตำบลบ้านกลาง โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ผ่านการปรับมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ กระดาษสองปาก ที่เขียนรอยหมายเลข 5 เตียงสนาม โคมไฟสองปาก และแบบบันทึกสภาวะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการหลุมร่องฟัน ของกรมอนามัย เก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2556 ผลการศึกษาพบว่า การขึ้นของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล 2 ประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 6.0 75.1 และ 98.5 ตามลำดับ การขึ้นครบสี่ซี่ของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอนุบาล 2 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 2.6 46.8 และ 75.0 ตามลำดับ การฟูของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอนุบาล 2 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 1.9 15.2 และ 49.4 ตามลำดับ ฟันกรามแท้ซี่แรกด้านล่างขึ้นมากกว่าฟันกรามแท้ซี่แรกด้านบนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 การฟูของฟันกรามแท้ซี่แรกด้านล่างมากกว่าฟันกรามแท้ซี่แรกด้านบนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2

คำสำคัญ: การขึ้นของฟัน ฟันกรามแท้ซี่แรก โรคฟันผุ นักเรียนอนุบาล 2, ประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2

* โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

ฟันกรามแท้ซี่แรกเริ่มขึ้นเมื่ออายุเฉลี่ย 5.2-6.7 ปี¹⁻⁴ ซึ่งเป็นเด็กในช่วงชั้นอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ลักษณะของฟันกรามแท้ที่ขึ้นร้อยละ 84.6 มักมีลักษณะของหลุมร่องฟันที่ลึกและแคบ⁵ เป็นแหล่งสะสมของคราบจุลินทรีย์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ร้อยละ 90.9⁶ เด็กวัยนี้ยังแปรงฟันไม่ทั่วถึง อีกทั้งมีการบริโภคขนมที่เป็นน้ำตาลบ่อยครั้ง และการไม่ได้ไปพบทันตแพทย์เป็นประจำทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุในฟันกรามแท้⁷ การป้องกันฟันผุในด้านบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพคือการเคลือบหลุมร่องฟัน ฟันกรามแท้ที่เพิ่งขึ้นมีหลุมร่องฟันที่ลึกเหมาะสำหรับการเคลือบหลุมร่องฟัน ทำให้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันยึดติดได้ดี และมีผลในการป้องกันฟันผุอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁸⁻¹⁰ หลายประเทศใช้การเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อลดอัตราการเกิดฟันผุในด้านบดเคี้ยวโดยจัดโครงการในโรงเรียนหรือชุมชนซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้ผลที่ดีเยี่ยม¹¹ เด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรกทั้ง 4 ซี่มีสภาวะช่องปากดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน¹²⁻¹³

ปีการศึกษา 2555 เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ตำบลบ้านกลางได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 19.5 จากการตรวจสอบสภาวะช่องปากพบว่ากลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 38.2¹⁴ สูงกว่าผลการตรวจของอำเภอหล่มสัก ซึ่งพบว่าฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 33.8¹⁵ ส่วนผลการตรวจในระดับจังหวัดพบฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 19.5¹⁶ ฟันกรามแท้ซี่แรกผุในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อาจเกิดจากฟันขึ้นมาแล้วระยะเวลานานหนึ่งหรือขึ้นบางส่วนและไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ตำบลบ้านกลางมีฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 50.3¹⁴ สูงกว่าผลการตรวจของอำเภอหล่มสัก ซึ่งพบว่าฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 48.6¹⁵ ส่วนผลการตรวจในระดับจังหวัดพบว่าฟันกรามแท้ซี่แรกผุร้อยละ 49.2¹⁶ ฟันกรามแท้ซี่แรกผุในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อาจมาจากหลุมร่องลึกช่วงที่ฟันเพิ่งขึ้นสู่ช่องปากยังไม่ได้ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็กตำบลบ้านกลาง เพื่อให้สามารถจัดบริการโครงการเคลือบหลุมร่องฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมจำนวนเด็กและจำนวนที่ฟันตามสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การขึ้นและการผุของฟันกรามแท้ซี่แรกก่อน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา สุ่มการขึ้นและการผุของฟันกรามแท้ซี่แรกของนักเรียนชั้นอนุบาล 2 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 ทั้งหมดในเขตตำบลบ้านกลาง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลช่วงกรกฎาคม-สิงหาคม 2556 เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ นักเรียนที่มีสุขภาพแข็งแรงและมาเรียนในวันที่ออกสำรวจ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ เด็กที่ไม่สามารถอำปากได้ เด็กที่กลัวและไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ กระจกส่องปาก (mouth mirror) ที่เขี่ยหารอยผุหมายเลข 5 (explorer No. 5) เตียงสนาม และ โคมไฟส่องปาก แบบบันทึกสภาวะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) ของ

กรรมอนามัย เกณฑ์การขึ้นของฟันคือ ฟันกรามแท้
ซี่แรกที่มีด้านบดเคี้ยวขึ้นเต็มด้าน และใช้เกณฑ์
การตรวจฟันผุขององค์การอนามัยโลก WHO Oral
Health Survey Basic Method 4th edition 1997¹⁷
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และ
ค่าเฉลี่ย

วิธีการเก็บข้อมูล ประสานงานขออนุญาต
ผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อดำเนินการ ชี้แจงนักเรียน
และฝากเอกสารชี้แจงผู้ปกครองและใบยินยอมไป
กับนักเรียนและขอให้ส่งกลับโรงเรียนภายใน 7 วัน
ล่วงหน้าก่อนวันตรวจ ประชุมชี้แจงและปรับ
มาตรฐานการตรวจของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
12 คน¹⁸

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการ
วิจัยในคนของสำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด
เพชรบูรณ์ รหัสโครงการ EC5602-SSJPETCHABUN

ผลการศึกษา

นักเรียนทั้งหมด 887 คน เป็นเด็กอนุบาล 2
ร้อยละ 30.0 ประถมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 33.5 ประถม
ศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.5 เป็นนักเรียนโรงเรียนฤทัย
วิทยามากที่สุดร้อยละ 41.7, 43.1 และ 45.7 ตามลำดับ
รองลงมา คือ โรงเรียนเมตตาชนูปถัมภ์เป็นร้อยละ
37.2, 40.3 และ 36.1 ตามลำดับ โรงเรียนที่มี
นักเรียนชั้นอนุบาล 2 น้อยที่สุดคือโรงเรียนบ้านร่อง
กระถินคิดเป็นร้อยละ 3.0 โรงเรียนที่มีเด็กประถม
ศึกษาปีที่ 1 น้อยที่สุดคือโรงเรียนบ้านป่าบงคิดเป็น
ร้อยละ 2.7 โรงเรียนที่มีเด็กประถมศึกษาปีที่ 2
น้อยที่สุดคือโรงเรียนบ้านกลางคิดเป็นร้อยละ 5.2
(ตารางที่ 1) โรงเรียนเมตตาชนูปถัมภ์และโรงเรียน
ฤทัยวิทยเป็นโรงเรียนของมูลนิธิของศาสนาคริสต์
ส่วนโรงเรียนบ้านกลาง โรงเรียนบ้านน้ำพุ โรงเรียน
บ้านป่าบง และโรงเรียนบ้านร่องกระถินเป็น
โรงเรียนของรัฐบาล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามโรงเรียน

Table 1 Number and percentage of children by school

โรงเรียน	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
บ้านกลาง	16	6.0	14	4.7	17	5.2
บ้านน้ำพุ	14	5.3	18	6.0	13	4.0
บ้านป่าบง	18	6.8	7	2.4	11	3.4
บ้านร่องกระถิน	8	3.0	10	3.4	18	5.6
เมตตาชนูปถัมภ์	99	37.2	120	40.4	117	36.1
ฤทัยวิทย	111	41.7	128	43.1	148	45.7
รวม	266	100	297	100	324	100

เด็กอนุบาล 2 และ ประถมศึกษาปีที่ 1 เป็น 51.5 และ 54.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชายร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนจำแนกตามเพศ

Table 2 Number and percentage of children by sex

เพศ	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	137	51.5	161	54.2	161	49.7
หญิง	129	48.5	136	45.8	163	50.3
รวม	266	100	297	100	324	100

เด็กนักเรียนอนุบาล 2 ประถมศึกษาปีที่ 1 และ และ 76.5 ตามลำดับ เป็นเด็กตำบลบ้านกลางมากที่สุด 2 เป็นนักเรียนในอำเภอหล่มสักร้อยละ 78.2 80.1 ร้อยละ 50.5 50.2 และ 48.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนจำแนกตามที่อยู่

Table 3 Number and percentage of children by address

ที่อยู่	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อำเภอหล่มสัก	208	78.2	238	80.1	248	76.5
- ตำบลบ้านกลาง	105	50.5	120	50.4	119	48.0
- ตำบลปากช่อง	24	11.5	28	11.8	30	12.1
- ตำบลลานบ่า	19	9.1	15	6.3	17	6.9
- ตำบลนุ่งคล้า	20	9.6	27	11.4	20	8.1
- ตำบลช้างตะลูด	23	11.1	30	12.6	35	14.1
- ตำบลบ้านหวาย	2	1.0	0	0	1	0.4
- ตำบลปากดุก	0	0	2	0.8	5	2.0
- ตำบลบ้านโสก	1	0.5	0	0	1	0.4
- ตำบลนุ่งน้ำเต้า	9	4.3	6	2.5	11	4.4
- ตำบลบ้านไร่	5	2.4	10	4.2	9	3.6
อำเภออื่นๆ	58	21.8	59	19.9	76	23.5

อายุเฉลี่ยของเด็กอนุบาล 2 เท่ากับ 59.2 เดือน เด็กประถมศึกษาปีที่ 2 มีอายุเฉลี่ย 93.4 เดือน หรือประมาณ 4 ปี 11 เดือน เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ประมาณ 7 ปี 9 เดือน (ตารางที่ 4) มีอายุเฉลี่ย 80.0 เดือน หรือประมาณ 6 ปี 8 เดือน

ตารางที่ 4 อายุเฉลี่ยของเด็กนักเรียนจำแนกตามชั้นเรียน

Table 4 average age of children by level of education

ชั้นเรียน	อายุน้อยสุด(เดือน)	อายุมากที่สุด(เดือน)	อายุเฉลี่ย(เดือน)	SD
อนุบาล 2	39	78	59.2	6.2
ประถมศึกษาปีที่ 1	68	93	80.0	4.0
ประถมศึกษาปีที่ 2	85	120	93.4	4.4

การขึ้นของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอนุบาล 2 ร้อยละ 6.0 75.1 และ 98.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2 เป็น

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่แรกจำแนกตามชั้นเรียน

Table 5 Number and percentage of first molars eruption by level of education

การขึ้นของ ฟันกรามแท้ซี่แรก	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้น	16	6.0	223	75.1	319	98.5
ไม่มีฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้น	250	94.0	74	24.9	5	1.5
รวม	266	100	297	100	324	100

การขึ้นครบสี่ซี่ของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็ก อนุบาล 2 ประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2 เป็นร้อยละ 2.6 46.8 และ 75.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการขึ้นครบสี่ซี่ของฟันกรามแท้ซี่แรกจำแนกตามชั้นเรียน

Table 6 Number and percentage of four first molars eruption by level of education

การขึ้นครบสี่ซี่ของ ฟันกรามแท้ซี่แรก	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้นครบสี่ซี่	7	2.6	139	46.8	243	75.0
ฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้นไม่ครบสี่ซี่	259	97.4	158	53.2	81	25.0
รวม	266	100	297	100	324	100

การผุของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอนุบาล 2 ร้อยละ 1.9 15.2 และ 49.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 7) ประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2 เป็น

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละการผุของฟันกรามแท้ซี่แรกจำแนกตามชั้นเรียน

Table 7 Number and percentage of first molar caries by level of education

การผุของ ฟันกรามแท้ซี่แรก	อนุบาล 2		ประถมศึกษาปีที่ 1		ประถมศึกษาปีที่ 2	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เด็กที่มีฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้น	5	1.9	45	15.2	160	49.4
เด็กที่ไม่มีฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้น	261	98.1	252	84.8	164	50.6
รวม	266	100	297	100	324	100

จากตารางที่ 8 เด็กอนุบาล 2 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาบนขึ้นร้อยละ 3.4 และ ผุร้อยละ 0.8 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายบนขึ้นร้อยละ 3.8 และ ผุร้อยละ 0.4 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายล่างขึ้นร้อยละ 4.5 และ ผุร้อยละ 1.1 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาล่างขึ้นร้อยละ 3.4 และ ผุร้อยละ 0.4

เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาบนขึ้นร้อยละ 56.2 และ ผุร้อยละ 1.7 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายบนขึ้นร้อยละ 53.8 และ ผุ

ร้อยละ 3.0 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายล่างขึ้นร้อยละ 64.3 และ ผุร้อยละ 9.1 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาล่างขึ้นร้อยละ 65.3 และ ผุร้อยละ 12.1

เด็กประถมศึกษาปีที่ 2 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาบนขึ้นร้อยละ 89.2 และ ผุร้อยละ 12.7 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายบนขึ้นร้อยละ 88.9 และ ผุร้อยละ 13.0 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านซ้ายล่างขึ้นร้อยละ 87.9 และ ผุร้อยละ 31.6 มีฟันกรามแท้ซี่แรกด้านขวาล่างขึ้นร้อยละ 87.6 และ ผุร้อยละ 32.4

ตารางที่ 8 ร้อยละการขึ้นและการผุของฟันกรามแท้ซี่แรกแต่ละซี่จำแนกตามชั้นเรียน

Table 8 Percentage of dental caries affected first molars, by level of education

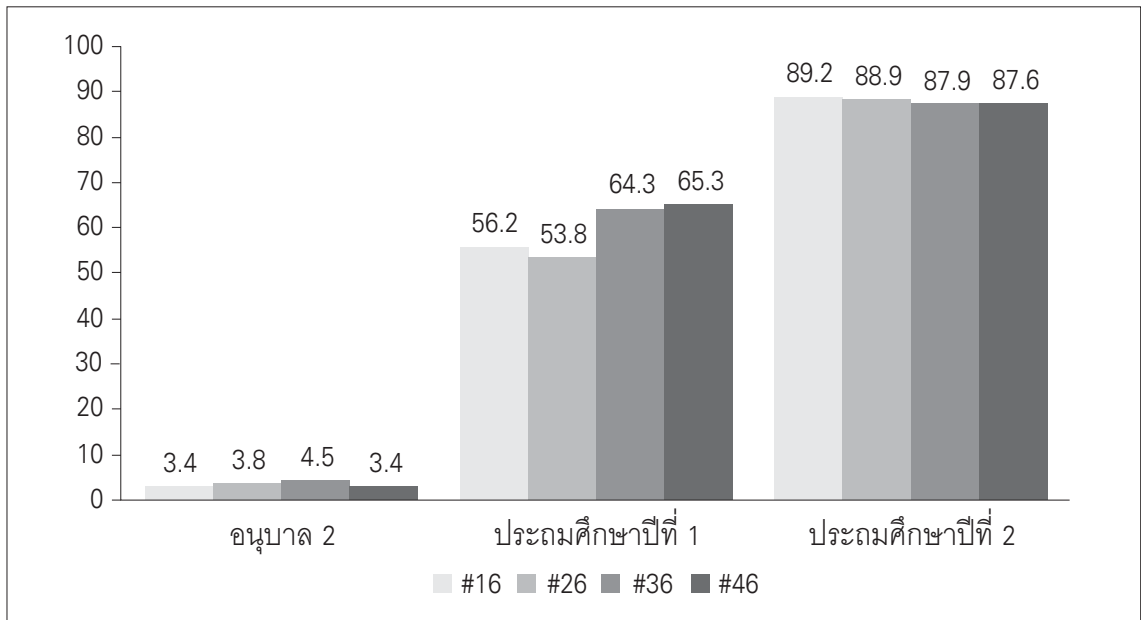
ร้อยละการขึ้นและ การผุของฟันกราม แท้ซี่แรกแต่ละซี่	ฟันกรามแท้ซี่แรก ด้านขวาบน(#16)		ฟันกรามแท้ซี่แรก ด้านซ้ายบน(#26)		ฟันกรามแท้ซี่แรก ด้านซ้ายล่าง(#36)		ฟันกรามแท้ซี่แรก ด้านขวาล่าง(#46)	
	ขึ้น	ผุ	ขึ้น	ผุ	ขึ้น	ผุ	ขึ้น	ผุ
อนุบาล 2	3.4	0.8	3.8	0.4	4.5	1.1	3.4	0.4
ประถมศึกษาปีที่ 1	56.2	1.7	53.8	3.0	64.3	9.1	65.3	12.1
ประถมศึกษาปีที่ 2	89.2	12.7	88.9	13.0	87.9	31.6	87.6	32.4

() number of tooth = two digits system

ฟันกรามแท้ซี่แรกด้านล่างขึ้นมากกว่าฟันซี่แรกด้านล่างมากกว่าฟันกรามแท้ซี่แรกด้านบนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษปีที่ 1 (ภาพที่ 1) และการยุของฟันกรามแท้

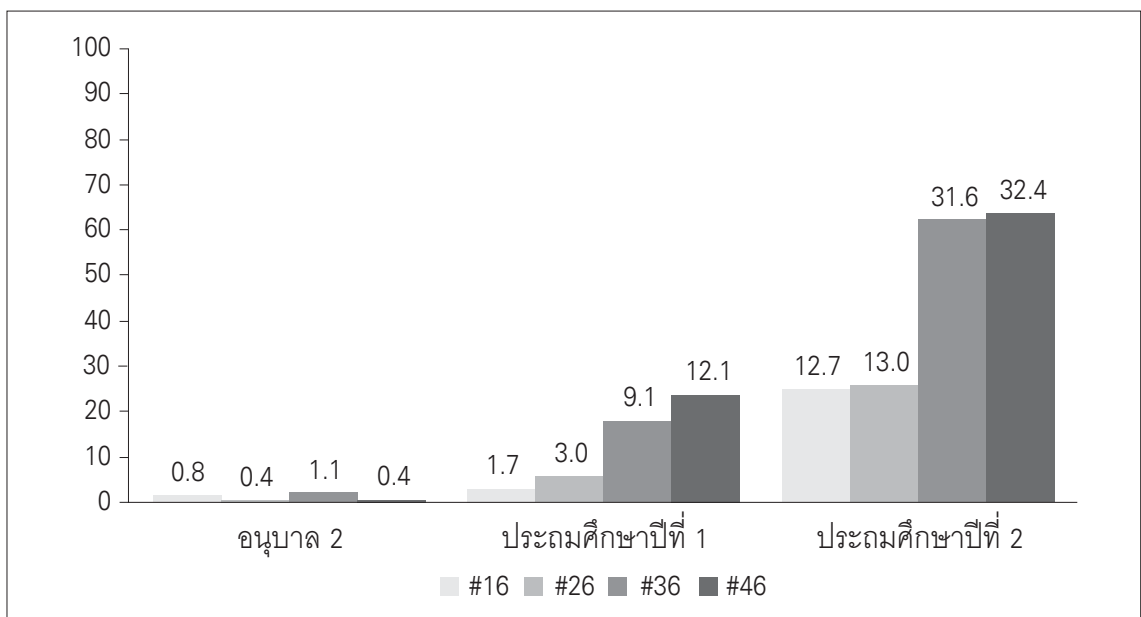
ภาพที่ 1 ร้อยละการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่แรกแต่ละซี่จำแนกตามชั้นเรียน

Figure 1 Percentage of erupted first molars located in the mouth, by level of education



ภาพที่ 2 ร้อยละการยุของฟันกรามแท้ซี่แรกแต่ละซี่จำแนกตามชั้นเรียน

Figure 2 Percentage of dental caries affected first molars, by level of education



บทวิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าเด็กอนุบาล 2 มีอายุเฉลี่ย 4 ปี 11 เดือน พบการขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกเป็นร้อยละ 6.0 เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 อายุเฉลี่ย 6 ปี 8 เดือน พบการขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกเป็นร้อยละ 75.1 และเด็กประถมศึกษาปีที่ 2 อายุเฉลี่ย 7 ปี 9 เดือน พบการขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกเป็นร้อยละ 98.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาของบริندا จรูไพรวัลย์¹⁹ พบว่า การขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกในช่วงอายุ 4 ปี เป็นร้อยละ 3.2 ช่วงอายุ 6 ปีเป็นร้อยละ 77.4 และช่วงอายุ 7 ปีเป็นร้อยละ 96.8

การขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 75.1 มากกว่าชั้นอนุบาล 2 ร้อยละ 69.1 และขึ้นครบสี่ซี่ร้อยละ 46.8 แสดงให้เห็นว่าฟันกรามแท้ครั้งแรกส่วนใหญ่ขึ้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 6 ปี 8 เดือนใกล้เคียงกับการศึกษาของ Khan¹ ที่พบว่า การขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 6 ปี 6-8 เดือน การตั้งเป้าหมายเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ของโครงการเคลือบหลุมร่องฟันจึงเหมาะสม

การขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกในเด็กประถมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 98.5 และขึ้นครบสี่ซี่ร้อยละ 75.0 หากมีทรัพยากรเพียงพอ และต้องการให้ครอบคลุมฟันกรามแท้ครั้งแรกให้มากที่สุด ควรให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 2 ด้วย เพราะเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรกทั้ง 4 ซี่จะมีสภาวะช่องปากดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน¹²⁻¹³ ส่วนการขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกในเด็กอนุบาล 2 ต่ำมาร้อยละ 6.0 ไม่สมควรที่จะดำเนินโครงการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอนุบาล 2

การผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกในเด็กอนุบาล 2 ประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 1.9 15.2 และ

49.4 ตามลำดับแตกต่างจากการศึกษาของ Phipps KR, Ricks TL และ Blahut P²⁰ พบว่าการผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกในเด็กอนุบาลประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 20.0 30.0 และ 38.0 ตามลำดับ

การผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกในชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 เป็นร้อยละ 49.4 การผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เป็นร้อยละ 15.2 พบว่าการผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกในชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มากกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงร้อยละ 34.2 เนื่องจากปีงบประมาณ 2555 มีการจัดบริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 เพียงร้อยละ 19.5 และมีอัตราการหลุดของสารเคลือบหลุมร่องฟันภายใน 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 53²¹ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการยึดอยู่ของสารเคลือบหลุมร่องฟันคือ ตำแหน่งของฟัน การมีผู้ช่วยทันตแพทย์ และการตรวจเช็คหลังการเคลือบหลุมร่องฟัน²² การเพิ่มการยึดอยู่ของสารเคลือบหลุมร่องฟันได้แก่ การกันน้ำลาย การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันชนิดเรซิน การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันที่ขึ้นเต็มซี่ รวมทั้ง เทคนิคที่ดีและการปฏิบัติตามมาตรฐานของผู้ปฏิบัติการเคลือบหลุมร่องฟัน²³ จึงต้องมีการจัดการให้บริการครอบคลุม โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่ออกให้บริการในช่วงที่ทำโครงการเคลือบหลุมร่องฟัน ให้มีผู้ช่วยทันตแพทย์ และจัดอบรมเทคนิคการเคลือบหลุมร่องฟันแก่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการเคลือบหลุมร่องฟันและให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพิ่มขึ้น

ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบการขึ้นของฟันกรามแท้ครั้งแรกด้านล่างมากกว่าด้านบนเนื่องจากฟันกรามแท้ครั้งแรกด้านล่างจะขึ้นก่อนด้านบน²⁴⁻²⁶ พบการผูกของฟันกรามแท้ครั้งแรกด้านล่างมากกว่าด้านบนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่าฟันล่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้

มากกว่าฟันบน ดังนั้นหากมีทรัพยากรไม่เพียงพอ อาจพิจารณาให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันล่างก่อน

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือ เก็บข้อมูลเฉพาะเด็กในโรงเรียน ยังมีเด็กส่วนหนึ่งที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจนถึงอายุ 6 ปี ซึ่งมีสภาวะช่องปากที่แตกต่างกัน และการศึกษาไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการขึ้นและการยุบของฟันกรามแท้ซี่แรก

ข้อเสนอแนะ

1. ฟันกรามแท้ซี่แรกของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 มีร้อยละ 15.4 และเด็กประถมศึกษาปีที่ 2 มีสูงถึงร้อยละ 49.4 ดังนั้นต้องพัฒนางานส่งเสริมป้องกันฟันผุในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นเพื่อลดการเกิดฟันผุในฟันกรามแท้ซี่แรกในประถมศึกษาปีที่ 2 โดยการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ครอบคลุมมากขึ้น ด้วยการเพิ่มเจ้าหน้าที่

ออกให้บริการในช่วงที่ทำโครงการเคลือบหลุมร่องฟันให้มีผู้ช่วยทันตแพทย์ และจัดอบรมเทคนิคการเคลือบหลุมร่องฟันแก่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการเคลือบหลุมร่องฟัน

2. การยุบของฟันกรามแท้ซี่แรกด้านล่างในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 มากกว่าฟันกรามแท้ซี่แรกด้านบน หากทรัพยากรไม่เพียงพออาจพิจารณาให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรกด้านล่างก่อน

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห่มสัก ดร.เกษร วงศ์มณี สาธารณสุขอำเภอห่มสัก ทันตแพทย์หญิงสุปรียา เครือสาร หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม รวมทั้งเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอห่มสักที่ช่วยอำนวยความสะดวกและเก็บข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Khan N.Eruption Time of Permanent Teeth in Pakistani Children.Iranian J Publ Health, 2011; 40(4): 63-73
2. KutesaA,Nkamba ME,MuwaziL,Buwenbo W,Rwenyonyi MC. Weight, hight and eruption times of permanent teeth of children aged 4-15 years in Kampala, Uganda: BMC Oral Health. 2013, 13:15 (20 March 2013) Avialable from : <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/15>
3. Agarwal KN, Gupta R, Faridi MMA and Kalra N. Pernament dentition in Delhi boys of age 5-14 Years. India Ped. 2004; 41:1031-1035
4. Khan BN, Chohan NA, Al-Mograbi B, Al-Deyab, Zahid T and Al-Moutairi M. Eruption time of permanent first molars and incisors among a sample of Saudi male schoolchildren. Saudi Dent J.2006;18(1):18-24
5. Wang JD, Chen X, Frencken J, DU M and Chen Z. Dental caries and first permanent molar pit and fissure morphology in 7-to 8-year-old children in Wulan, China. Inter J Oral Sci. 2012; 4 : 157-160
6. Kaste LM, Selwitz RH, Oldakowski RJ, Brunelle JA, WinnDM, Brown LJ. Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991. J Dent Res.1996;75(spec):631-641.
7. Rethman J. Trends in preventive care: caries risk assessment and indications for sealants. JADA; 2000:131:8s-12s
8. Weintraub AJ. Pit and Fissure Sealants in High-Caries-Risk Individuals. J Dent Ed, 2001; 65(10):1084-1090
9. Locker D and Jokovic. Prevention Part 8: The use of pit and fissure sealants in preventing caries in the permanent dentition of children. British Dent J; 2003:195(7): 375-378
10. Gooch FB, Griffin OS, Gray KS, Kohn GW, Rozier GR, Mark S, et al. Preventing dental caries through School-based sealant programs : updated recommendations and reviews of evidence. JADA . 2009; 140(11): 1356-1365
11. Oulis JC,Berdouses DE, Mamai-Homata and Polychronopoulou A. Prevalence of sealants in relation to dental caries on the permanent molars of 12 and 15-year-old Greek adolescents. A national pathfinder survey. BMC Public Health 2011, 11:100 (18 March 2013) Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/100>
12. Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Long-term evaluation of a fissure sealing programme in Public Dental Service clinics in Sweden.Swed Dent J 2001; 25(2):61-65.
13. Parnell CA, O'Farrell M, Howell F, Hegarty M. Evaluation of a community fissure sealant programme in County Meath, Ireland.Com Dent Health 2003; 20(3):146-152.

14. รายงานการตรวจสภาวะช่องปาก ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสัก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์; 2555.
15. รายงานการตรวจสภาวะช่องปาก ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันอำเภอห่มสัก: โรงพยาบาลห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์; 2555.
16. รายงานการตรวจสภาวะช่องปาก ความต้องการบริการทันตกรรม และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน จังหวัดเพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2555.
17. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. England: Universal Copyright Convention, 1997, p. 41.
18. เพ็ญแข ลาภยั้ง. เอกสารประกอบการปรับมาตรฐานการตรวจในการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากกรุงเทพมหานคร. การปรับมาตรฐานการตรวจในการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากกรุงเทพมหานคร. 12 มกราคม 2553, โรงแรมปรินซ์ตันพาร์คสวีท, กรุงเทพมหานคร
19. ปรีณดา จรุไพรวัลย์. การขึ้นของฟันถาวรในเด็กอายุ 4-12 ปีที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล, ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย, 2543
20. Phipps KR, Ricks TL and Blahut P. Permanent first molar eruption and caries patterns in American Indian and Alaska Native children: Challenging the concept of targeting second grade for school-based sealant programs. J Public Health Dent. 2013; 73: 175-178
21. รายงานการตรวจสอบคุณภาพ sealant ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสัก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์; 2555
22. TianviwatS,HintaoJ,ChongsuvivatwongV,Thitasomakul S. and Sirisakulveroj B. Factors related to short-term Retention of sealant in permanent molar teeth provided in the school mobile dental clinic, Songkla province, Southern Thailand. J Public Health. 2011; 41(1):50-58
23. Azarpazhooh A and Main AP. Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systemic review. JCDA.2008; 74(2): 171-177
24. Sato Sadakatsu, Eruption of permanent teeth: A color atlas. American edition, IshiyakuEuroAmerica, Inc., Tokyo, 1990, p 7
25. Diamanti J and Townsend. New standards for permanent tooth emergence in Australian children. Aus Dent J. 2003;48(1):39-42
26. Moslemi M. An epidemiological survey of the time and sequence of eruption of permanent teeth in 4-15-year-olds in Tehran, Iran. Int J Paediatr Dent. 2004;14(6):432-438

Permanent First Molar Eruption and Dental Caries in Children of Banklang Subdistrict, Lomsak District, Pethchabun Province

Tiwa Muangmuen* *D.D.S.,M.P.H.(Hospital Administration)*

Abstract

The purpose of this study was to explore first molar eruption and dental caries in children of Banklang subdistrict, Lomsak district, Pethchabun province. Descriptive study was used to collect data from second-grade kindergarten, first and second-grade school children from July to August 2013. The instruments were mouth mirror, dental explorer no.5, portable dental chair, portable dental lamp and oral examination form developed by Department of Health. Data were collected by calibrated dental nurses. Findings revealed that the percentage with first molars erupted was 6.0 percent in second-grade kindergarten, 75.1 percent in first and 98.5 percent in second-grade school children. The percentage with four erupted first molars was 2.6 percent in second-grade kindergarten, 46.8 percent in first and 75.0 percent in second-grade school children. The percentage with dental caries in first molars was 1.9 percent in second-grade kindergarten, 15.2 percent in first and 49.4 percent in second-grade school children. The lower first molars eruption was more than the upper first molars eruption in first-grade school children. The dental caries of lower first molars was more than the upper first molar in first and second-grade school children.

Keywords : *tooth eruption, permanent first molar, dental caries, second-grade kindergarten, first and second-grade school children*

* Lomsak hospital Pethchabun province

อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่าย ในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา

สุวรรณ เอื้ออรรถการุณ* ทบ. ว.ท.ม. (เทคโนโลยีการจัดการระบบสารสนเทศ)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา สำนักรวจการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มของร้านค้าที่อยู่ในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา รัศมี 500 เมตร สุ่มเลือกจังหวัดแบบง่ายจากภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้ ภาคละ 2 จังหวัดๆ ละ 2 อำเภอ คืออำเภอเมืองและอำเภออื่นอีกหนึ่งอำเภอ แล้วนักวิจัยในพื้นที่เลือกโรงเรียนที่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลได้อำเภอละ 1 โรงเรียน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม ประเภทร้านค้า ที่ตั้งของร้านค้า เวลาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม และขนาดของโรงเรียน เก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2554 ผลการศึกษาพบว่า จำนวนร้านค้าตัวอย่าง 243 ร้านจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตัวอย่าง 16 แห่งใน 8 จังหวัดที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เป็นร้านค้าในโรงเรียนมากกว่ารอบโรงเรียน 3 เท่า ร้านค้าส่วนใหญ่ในโรงเรียนเป็นคูหา รอบโรงเรียนเป็นรถเข็นและหาบเร่ ร้านค้าคูหาส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารมี้อหลักและเครื่องดื่มทั่วไป รถเข็นและหาบเร่ส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องดื่มทั่วไปและโปรตีน (พืช สัตว์) เครื่องดื่มที่จำหน่ายมากคือ น้ำหวาน/น้ำผลไม้เติมน้ำตาล น้ำอัดลม และชา กาแฟแบบซอง

คำสำคัญ: อาหารและเครื่องดื่ม ในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา ประเภทของร้านค้า

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่พบในปัจจุบันของเยาวชนนั้น เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงมากด้วยเกลือ น้ำตาล และไขมัน ซึ่งนำไปสู่ภาวะอ้วน โรคทางหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคฟันผุ นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนเกือบ 3 ใน 4 ชอบบริโภคอาหารกินด่วน อาหารสำเร็จรูป เพราะอร่อยหาซื้อง่าย สะดวก โดยร้อยละ 47.4 บริโภค 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์¹ และเยาวชนไทยมีภาวะเริ่มอ้วนถึงอ้วนร้อยละ 13.0²

เยาวชนใช้เวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียน ด้วยเหตุนี้สิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่โรงเรียน จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่วางจำหน่ายภายในโรงเรียนช่วงเวลาพักเที่ยง และพักเรียน รวมถึงบริเวณรอบนอกโรงเรียนช่วงเลิกเรียน ซึ่งเป็นแหล่งอาหารและเครื่องดื่มให้นักเรียนเลือกซื้อ ถ้าขาดความหลากหลายของอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ อาจทำให้นักเรียนได้สารอาหารที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่า พลังงานที่นักเรียนได้รับมากถึงร้อยละ 50.0 นั้นอาจมาจากการบริโภคอาหารที่โรงเรียน และพบพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปของนักเรียนเมื่อย้ายจากโรงเรียนประถมศึกษาไปสู่โรงเรียนมัธยมศึกษา นักเรียนดื่มนมลดลง หันมาดื่มน้ำหวานเพิ่มขึ้น บริโภคผักผลไม้ลดลงแต่บริโภคมันฝรั่งทอดมากขึ้น³ และมีพฤติกรรมแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันลดลงด้วย⁴

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาประเภทของอาหารและเครื่องดื่มที่มีจำหน่ายให้นักเรียนบริโภคทั้งในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา จะได้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนามาตรการดูแลและเพิ่มโอกาสให้นักเรียนได้บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มได้อย่างเหมาะสม

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือร้านค้าที่อยู่ในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา (รัศมี 500 เมตร) ที่จัดการเรียนการสอนตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โดยสุ่มเลือกจังหวัดแบบง่าย (simple random sampling) จากภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และได้ภาคละ 2 จังหวัดๆ ละ 2 อำเภอ คืออำเภอเมืองและอำเภออื่นอีกหนึ่งอำเภอ จากนั้นนักวิจัยในพื้นที่เลือกโรงเรียนที่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลได้ อำเภอละ 1 โรงเรียน ได้จำนวนทั้งหมด 16 โรงเรียน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม ประเภทร้านค้า ที่ตั้งของร้านค้า เวลาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม และขนาดของโรงเรียน

ประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม ประยุกต์จากการศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเติมโดยผู้วิจัยเพื่อให้ครอบคลุม ได้เป็น 14 กลุ่มหลักและ 43 กลุ่มย่อยดังนี้

ตารางที่ 1 ประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม

Table 1 Type of Food and Drink

14 กลุ่มหลัก	43 กลุ่มย่อย
1. ลูกอม ช็อกโกแลต	1. ลูกอมแบบแข็ง 2. ลูกอมแบบเหนียว/ลูกอมเคี้ยวเหนียว 3. อมยิ้ม 4. นมอัดเม็ด 5. ช็อกโกแลต 6. หมากฝรั่ง
2. แป้งกรอบ	7. ขนมถุงกรอบกรอบ 8. บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป 9. มันฝรั่งแท่งทอดกรอบ
3. ขนมเวเฟอร์ คุกกี้	10. ขนมปังกรอบ/บิสกิต/เวเฟอร์
4. ขนมที่ทำจากแป้งสาลีเนื้อนุ่ม	11. ขนมที่ทำจากแป้งเนื้อนุ่ม
5. โปรตีน (พีช สัตว์)	12. เมล็ดพืชต่างๆ อบแห้ง-คั่ว-ทอด 13. ขนมที่มีส่วนผสมจากโปรตีนจากสัตว์ 14. ขนมที่ทำจากสาหร่าย
6. นมและผลิตภัณฑ์	15. นมรสจืด 16. นมหวานรสต่างๆ 17. ไมโล/โอวัลตินเครื่องดื่มสำเร็จรูปชนิดซอง 18. โยเกิร์ต 19. นมเปรี้ยว 20. นมที่ทำจากถั่วเหลืองหรือธัญพืช
7. เครื่องดื่ม (ทั่วไป)	21. น้ำหวาน/น้ำผลไม้ที่ไม่เติมน้ำตาล 22. น้ำหวาน/น้ำผลไม้ที่เติมน้ำตาล 23. น้ำอัดลม 24. ไอศกรีมหวานเย็น 25. ไอศกรีมมีส่วนผสมของนม/กะทิ 26. เยลลี่
8. ผลไม้ (สด ดอง แช่แข็ง ตากแห้ง)	27. ผลไม้สด 28. ผลไม้แช่แข็งหรือดอง 29. ผลไม้ปั่นหรือ ทอด 30. ผลไม้อบเนย
9. ขนมไทย	31. ขนมสดต่างๆ 32. ข้าวเหนียวต่างๆ 33. ขนมหน้ากะทิ 34. ขนมแกลบวดและขนมใสน้ำกะทิต่างๆ 35. ขนมกวนต่างๆ 36. ขนมเชื่อมต่างๆ
10. น้ำเปล่า	37. น้ำเปล่าบรรจุขวด/แก้ว
11. แอลกอฮอล์	38. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
12. อาหารมื้อหลัก	39. อาหารคาว
13. เครื่องดื่มชูกำลัง	40. เครื่องดื่มชูกำลัง 41. ชา กาแฟ สำเร็จรูป 42. ชา กาแฟ ชงเอง
14. อื่นๆ	43. สินค้าหลากหลายระบุ

ประเภทร้านค้า ได้แก่ อาคาร/คูหา รถเข็น
หาบเร่/แผงลอย และอื่นๆระบุ

ที่ตั้งของร้านค้า ได้แก่ ในโรงเรียน รอบ
โรงเรียน และอื่นๆระบุ

เวลาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ได้แก่ เข้า
เช้า-เที่ยง สาย-เย็น เที่ยง-เย็น เย็น และทั้งวัน

ขนาดของโรงเรียน ได้แก่ ขนาดเล็ก กลาง
ใหญ่ ใหญ่พิเศษ มีจำนวนนักเรียนตามลำดับดังนี้
1-499 คน 500-1,499 คน 1,500-2,499 คน และ ตั้งแต่
2,500 คนขึ้นไป ตามลำดับ

คำนิยาม

อาหารมื้อหลัก คือ อาหารที่รับประทานใน
มื้อหลัก (มื้อเช้า เที่ยง เย็น) โดยจะเป็นอาหารจาน
เดียว เช่น ข้าวราดแกง ก๋วยเตี๋ยว ข้าวผัด ขนมจีน
น้ำยาต่างๆ ข้าวมันไก่พร้อมน้ำซุ๊ป เป็นต้น หรือ
อาหารที่จัดเป็นสำหรับ เป็นชุด

ร้านค้าประเภท

(1) อาคาร/คูหา : มีลักษณะเป็นอาคาร หรือ
คูหา มีผนัง อยู่ประจำ

(2) รถเข็น : เป็นรถเข็นขายอาหาร ขนมน
เคลื่อนที่ไปจำหน่ายในที่ต่างๆ ได้

(3) หาบเร่/แผงลอย : เป็นร้านค้าชั่วคราว ไม่มี
ผนัง ยกเคลื่อนที่ได้ ใช้โต๊ะ หรือแคร์วางจำหน่าย
สินค้า มีจุดขายประจำ

เครื่องดื่มชูกำลัง คือ เครื่องดื่มชูกำลังที่มี
ส่วนผสมของสารคาเฟอีนในปริมาณไม่เกิน 50
มิลลิกรัมต่อ 1 ขวด (100-150 มล.) รวมถึงเครื่องดื่ม
ที่ให้พลังงาน เครื่องดื่มเกลือแร่ ซึ่งมีส่วนผสมน้ำตาล

เครื่องมือที่ใช้ คือ

1. แบบสำรวจร้านค้า/ร้านอาหาร ที่พัฒนา
และผ่านการทดลองใช้ ประกอบด้วย ประเภทของ
อาหารและเครื่องดื่ม ประเภทร้านค้า ที่ตั้งของร้านค้า
เวลาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม และขนาดของ

โรงเรียน

2. ภาพถ่ายอาหาร/ร้านค้า เพื่อประกอบการ
พิจารณาใส่รหัสกลุ่มอาหาร

วิธีการเก็บข้อมูล

- ประชุมชี้แจงการใช้เครื่องมือ และจัดทำ
เป็นคู่มือการเก็บข้อมูลและแบบบันทึกข้อมูล

- นักวิจัยในพื้นที่เป็นผู้เก็บข้อมูลตามแบบ
สำรวจร้านค้า/ร้านอาหารและถ่ายรูป

ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล เดือน
มิถุนายน-สิงหาคม 2554

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดที่เก็บข้อมูลได้แก่ ชลบุรี ปราจีนบุรี
นครสวรรค์ น่าน ตรัง พังงา ชัยภูมิ และอุดรธานี

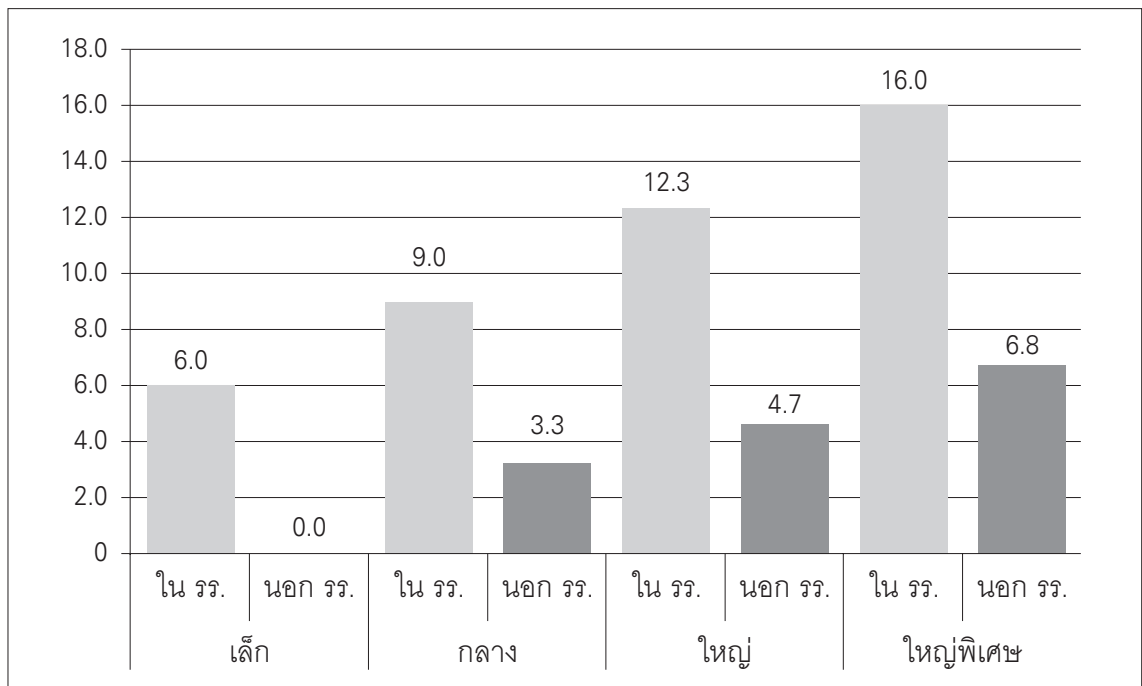
โรงเรียนมัธยมศึกษาตัวอย่าง 16 แห่ง
ประกอบด้วย โรงเรียนขนาดเล็ก 2 แห่ง ขนาดกลาง
7 แห่ง ขนาดใหญ่ 3 แห่ง และขนาดใหญ่พิเศษ 4
แห่ง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น
พื้นฐาน (สพฐ.) 14 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วน
ตำบล (อบต.) 1 แห่ง (โรงเรียนขนาดเล็กนอกเขต
อำเภอเมือง) และสังกัดเอกชน 1 แห่ง (โรงเรียน
ขนาดใหญ่พิเศษในเขตอำเภอเมือง)

ที่ตั้งและจำนวนร้านค้า

จำนวนร้านค้าตัวอย่างทั้งหมด 243 ร้าน เป็น
ประเภทคูหาร้อยละ 73.2 เป็นรถเข็นร้อยละ 20.9 และ
เป็นหาบเร่ร้อยละ 5.9 **ร้านค้าในโรงเรียน** โรงเรียน
ขนาดเล็กมีร้านค้าเฉลี่ย 6.0 ร้าน ขนาดกลางเฉลี่ย
9.0 ร้าน ขนาดใหญ่เฉลี่ย 12.3 ร้าน และขนาดใหญ่
พิเศษเฉลี่ย 16.0 ร้าน **ร้านค้ารอบโรงเรียน** โรงเรียน
ขนาดเล็กไม่พบ ขนาดกลางเฉลี่ย 3.3 ร้าน ขนาด
ใหญ่เฉลี่ย 4.7 ร้าน และขนาดใหญ่พิเศษเฉลี่ย
6.8 ร้าน **ร้านค้าในโรงเรียนมากกว่ารอบโรงเรียน**
3 เท่า (ภาพ 1)

ภาพ 1 จำนวนร้านค้าเฉลี่ย ในรอบโรงเรียนจำแนกตามขนาดโรงเรียน

Picture 1 Average number of stores in - around the school, categorized by school size



เวลาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

จากภาพ 2 เมื่อพิจารณาตามขนาดโรงเรียน สิ่งที่พบคือ

โรงเรียนขนาดเล็ก มีเพียงร้านค้าประเภท **คูหาและตั้งอยู่ในโรงเรียนทั้งหมด** โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง เวลาจำหน่ายของร้านค้า คือช่วงเช้า เที่ยง และทั้งวัน โดยพบเพียง 1 ร้านที่จำหน่ายทั้งวัน ส่วนโรงเรียนนอกเขตอำเภอเมือง เวลาจำหน่ายคือ เที่ยงและ ทั้งวัน โดยพบเพียง 1 ร้านที่จำหน่ายทั้งวัน **และไม่พบร้านค้ารอบโรงเรียนเลย**

โรงเรียนขนาดกลาง ในเขตอำเภอเมือง มีเพียงร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงเช้า และเที่ยง ส่วนประเภทรถเข็นมีแต่ที่อยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลาเย็น **ไม่มีหาบเร่แผงลอย** นอกเขตอำเภอเมือง ร้านค้าส่วนใหญ่เป็นคูกาที่ตั้งอยู่ในโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลาเช้า

เที่ยง และทั้งวัน ร้านคูกาที่ตั้งอยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายอาหารทั้งวัน ร้านค้าประเภทรถเข็นไม่มีในโรงเรียน พบเฉพาะรอบโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลาเที่ยง-เย็น ร้านค้าประเภทหาบเร่แผงลอยในโรงเรียนจำหน่ายอาหารในช่วงเช้า เที่ยง ส่วนที่ตั้งอยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายช่วงเย็น

โรงเรียนขนาดใหญ่ ในเขตอำเภอเมือง พบส่วนใหญ่เป็นร้านค้าแบบคูกา ตั้งอยู่ในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเวลาเช้า และเที่ยง ส่วนที่ตั้งอยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายอาหารทั้งวัน ร้านค้าประเภทรถเข็นในโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลาเที่ยง ที่ตั้งอยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงเย็น ส่วนร้านคูกาหาบเร่แผงลอยในโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลาเที่ยง ที่ตั้งอยู่นอกโรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงเย็น นอกเขตอำเภอเมือง พบว่าร้านค้าส่วนใหญ่เป็นคูกา ตั้งอยู่ในโรงเรียนจำหน่ายอาหารในเวลา

เช้า-เที่ยง และทั้งวัน ส่วนที่ตั้งอยู่รอบโรงเรียน
จำหน่ายอาหารช่วงเย็น และมีรถเข็นรอบโรงเรียน
จำหน่ายอาหารช่วงเย็น ไม่มีหาบเร่

โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ในเขตอำเภอ
เมือง ทั้งในโรงเรียนและรอบโรงเรียนพบร้านค้า
ทุกประเภท ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายอาหาร
ช่วงเช้า สาย เที่ยง และทั้งวัน ส่วนที่อยู่รอบ
โรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงเที่ยง-เย็น ร้านค้า
ประเภทรถเข็นในโรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงเที่ยง
ส่วนที่อยู่รอบโรงเรียนจำหน่ายอาหารช่วงสาย เที่ยง

เย็น และทั้งวัน หาบเร่แผงลอยในโรงเรียนจำหน่าย
อาหารทั้งวัน ส่วนที่อยู่รอบโรงเรียนจำหน่ายอาหาร
ช่วงสาย เที่ยง และเย็น

ร้านค้าส่วนใหญ่ที่พบเป็นร้านค้า
ประเภทคูกาตั้งอยู่ในโรงเรียน เวลาจำหน่าย
ส่วนใหญ่คือ เวลาเช้าและเที่ยง ร้านค้ารอบ
โรงเรียนส่วนใหญ่เป็นรถเข็นและหาบเร่ เวลา
จำหน่ายคือช่วงเย็น ในโรงเรียน 8 แห่งมีร้านค้า
คูกาจำหน่ายอาหารช่วงเช้า ซึ่งอยู่ในเขต
อำเภอเมืองมากกว่านอกเขตอำเภอเมือง

ภาพ 2 เวลาจำหน่ายของร้านค้าประเภทต่างๆ ในรอบโรงเรียนจำแนกตามขนาดโรงเรียน

Picture 2 Time for selling at various stores in - around the school, categorized by school size

โรงเรียน		เช้า	เช้า-เที่ยง	สาย-เย็น	เที่ยง	เที่ยง-เย็น	เย็น	ทั้งวัน
ขนาดเล็ก	เมือง	■			■			■
	นอกเมือง				■			■
กลาง	เมือง	■			■		○	
	นอกเมือง	■ ▲			■ ▲	○	○ △	■ □
ใหญ่	เมือง	■			■ ● ▲		○ △	□
	นอกเมือง		■		■		□ ○	■
ใหญ่พิเศษ	เมือง	■	■	■ ○ △	■ ●	□ ○ △	○ △	■ ▲ ○
คูกาใน รร. ■ รอบ รร. □ รถเข็น ใน รร. ● รอบ รร. ○ หาบเร่ แผงลอยใน รร. ▲ รอบ รร. △								

อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายกับความ เสี่ยงต่อฟันผุและสุขภาพ

เมื่อพิจารณากลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่
จำหน่ายในและรอบโรงเรียนกับความเสี่ยงต่อฟันผุ
โดยเทียบเคียงจากงานวิจัยของ สุณี วงศ์คงคาเทพ⁶
รวมถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพ กลุ่มที่เสี่ยงต่อฟันผุ
สูงถึงสูงมากได้แก่ ลูกอม-ช็อกโกแลต ขนมไทย ขนม
ที่ทำจากแป้งสาลีเอนกประสงค์ ขนมเวเฟอร์ คุกกี้ และ
แป้งกรอบ กลุ่มที่เสี่ยงต่อฟันผุปานกลางได้แก่
เครื่องดื่ม (ทั่วไป) และนมและผลิตภัณฑ์ ส่วนกลุ่ม

ที่เสี่ยงต่อฟันผุต่ำได้แก่ โปรตีน (พืช สัตว์) น้ำเปล่า
และผลไม้ (สด ดอง แช่อิ่ม ตากแห้ง) สำหรับกลุ่มที่
เสี่ยงต่อสุขภาพได้แก่ แอลกอฮอล์และเครื่องดื่ม
ชูกำลัง นอกจากนั้นยังมีกลุ่มที่จะเสี่ยงต่อสุขภาพ
หากบริโภคเป็นประจำหรือปริมาณมากเกินไปได้แก่
ขนมไทย ขนมที่ทำจากแป้งสาลีเอนกประสงค์ ขนมเวเฟอร์
คุกกี้ แป้งกรอบ เครื่องดื่ม (ทั่วไป) นมและผลิตภัณฑ์
โปรตีน (พืช สัตว์) และผลไม้ (สด ดอง แช่อิ่ม ตาก
แห้ง) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงต่อฟันผุและสุขภาพของกลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม

Table 2 The risk to tooth decay and health of the food and drink

กลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม	เสี่ยงต่อฟันผุ				เสี่ยงต่อสุขภาพ	หมายเหตุ
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
1 แอลกอฮอล์					★	
2 เครื่องดื่มชูกำลัง					★	ให้พลังงาน มีน้ำตาล สารคาเฟอีน
3 ลูกอม ช็อกโกแลต	★					มีน้ำตาล สารให้ความหวาน
4 ขนมไทย	★	★			☆	มีน้ำตาลมาก
5 ขนมที่ทำจากแป้งสาลีเนื้อนุ่ม	★	★			☆	มีปริมาณแป้ง น้ำตาล
6 ขนมเวเฟอร์ คุกกี้	★	★			☆	ให้พลังงานสูง
7 แป้งกรอบ	★	★			☆	มีปริมาณแป้ง เกือบ ให้พลังงานสูง
8 เครื่องดื่ม (ทั่วไป)			★		☆	ถ้ามีปริมาณน้ำตาลมาก มีผลต่อสุขภาพ
9 นมและผลิตภัณฑ์			★		☆	ปริมาณไขมัน และน้ำตาลมาก มีผลต่อสุขภาพ
10 โปรตีน (พืช สัตว์)				★	☆	การบั้ง ย่าง ทอด และมีไขมัน และเกลือมาก เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
11 น้ำเปล่า				★		
12 ผลไม้ (สด ดอง แช่เย็น ตากแห้ง)				★	☆	การหมักดอง แช่เย็น มีอันตรายต่อสุขภาพ

หมายเหตุ ☆ มีผลทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ หากบริโภคเป็นประจำ หรือปริมาณมากเกินไป

ประเภทร้านค้าที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

จากภาพ 3.1 ร้านค้าประเภทคหุหา ส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารมีหลักร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ เครื่องดื่ม (ทั่วไป) ร้อยละ 17.4 และกลุ่มที่เหลือมีวางจำหน่ายน้อยกว่าร้อยละ 9.0 ภาพ 3.2 ร้านค้าประเภทรถเข็น ส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องดื่ม (ทั่วไป) และโปรตีน (พืช สัตว์)

ร้อยละ 29.3 และ 26.8 ตามลำดับ ภาพ 3.3 ร้านค้าประเภทหาบเร่ ส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องดื่ม (ทั่วไป) และโปรตีน (พืช สัตว์) ร้อยละ 20.9 และ 18.6 ตามลำดับ รองลงมาคืออาหารมีหลักและแป้งกรอบร้อยละ 11.6 ผลไม้ (สด ดอง แช่เย็น ตากแห้ง) และเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 9.3

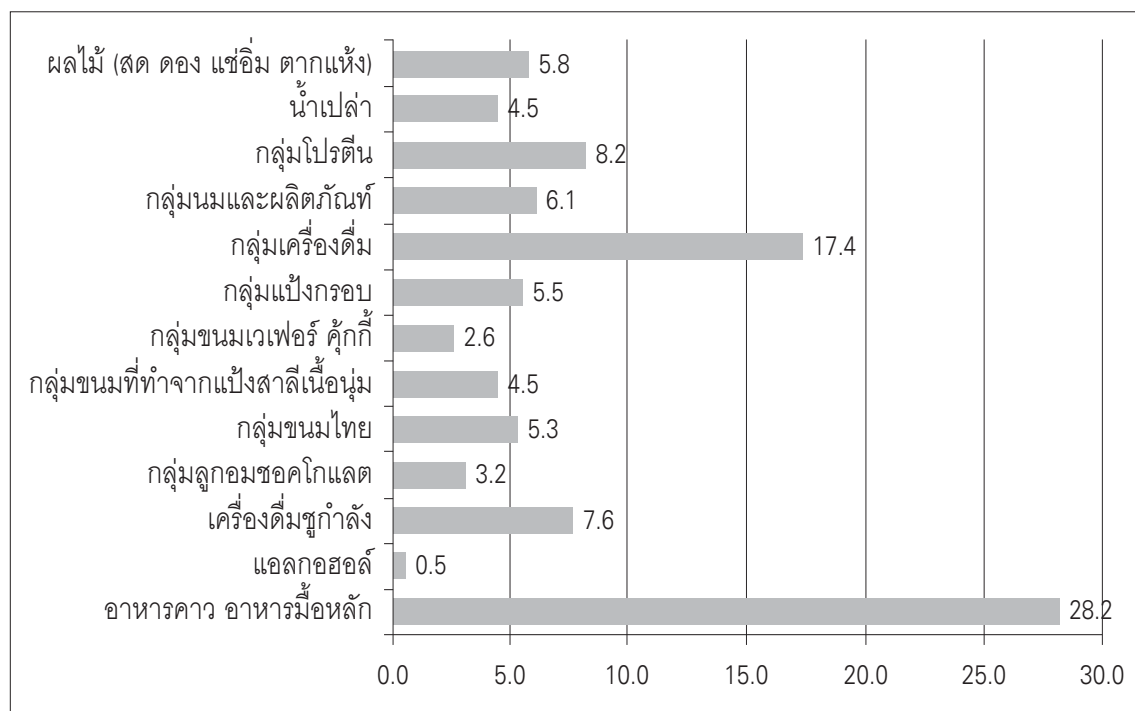
ภาพ 3.1-3.3 กลุ่มอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ 2 กลุ่มคือ แอลกอฮอล์ พบว่าจำหน่ายที่ร้านค้าแบบคหุรอบโรงเรียนขนาดกลาง 2 ร้านในเขตนอกอำเภอเมือง และเครื่องดื่มชูกำลังพบว่าจำหน่ายที่ร้านค้าทั้งสามประเภท ส่วนกลุ่มลูกอมช็อกโกแลต พบว่าจำหน่ายที่ร้านค้าประเภทคหุหาและหาบเร่แผงลอย

ในกลุ่มเครื่องดื่มชูกำลังที่จำหน่าย ส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งเป็น **ชา-กาแฟซอง** (เช่นกาแฟเย็น กาแฟโบราณ ชาเขียว ชานม ชาดำ เป็นต้น) รองลงมาคือ ชาวดมมีเยื่อ (ไอชิลิ ลิปตันไอชิลิ) เครื่องดื่มบำรุงกำลัง (M150 สปอนเซอร์ ลิโพ กระทั่งแดง) ชากาแฟปั่นและกาแฟกระป๋อง (เบอร์ดี) และยังพบเครื่องดื่มประเภทที่อ้างว่ากินแล้วทำให้สุขภาพดี

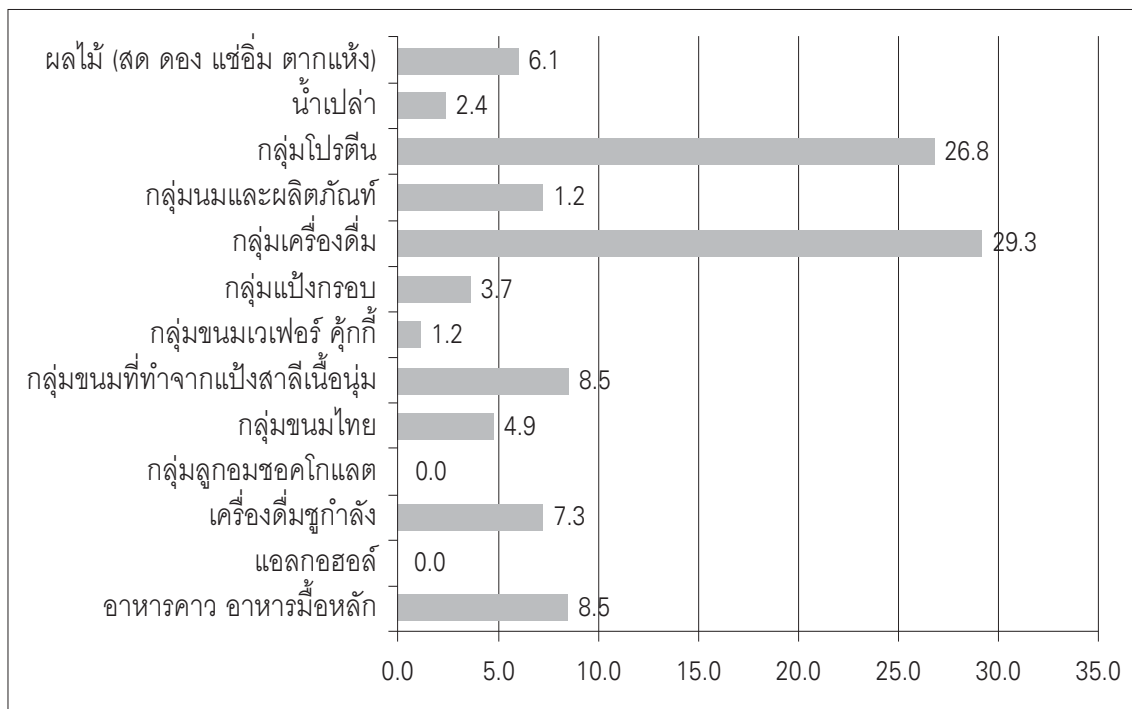
ภาพ 3 ร้อยละของประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่าย จำแนกตามประเภทร้านค้า

Picture 3 Percentage of food and drink sold, categorized by type of store

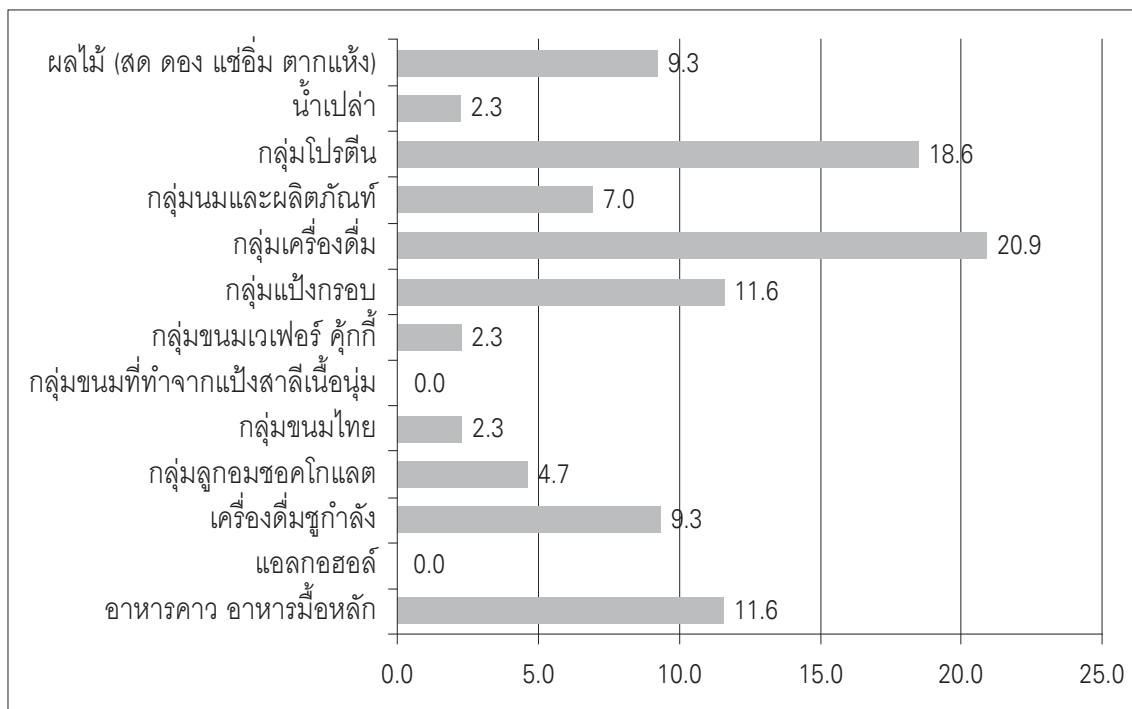
ภาพ 3.1 ร้านค้าประเภทคหุหา (booth)



ภาพ 3.2 รถเข็น (cart)



ภาพ 3.3 หาบเร่ แผงลอย (stall)



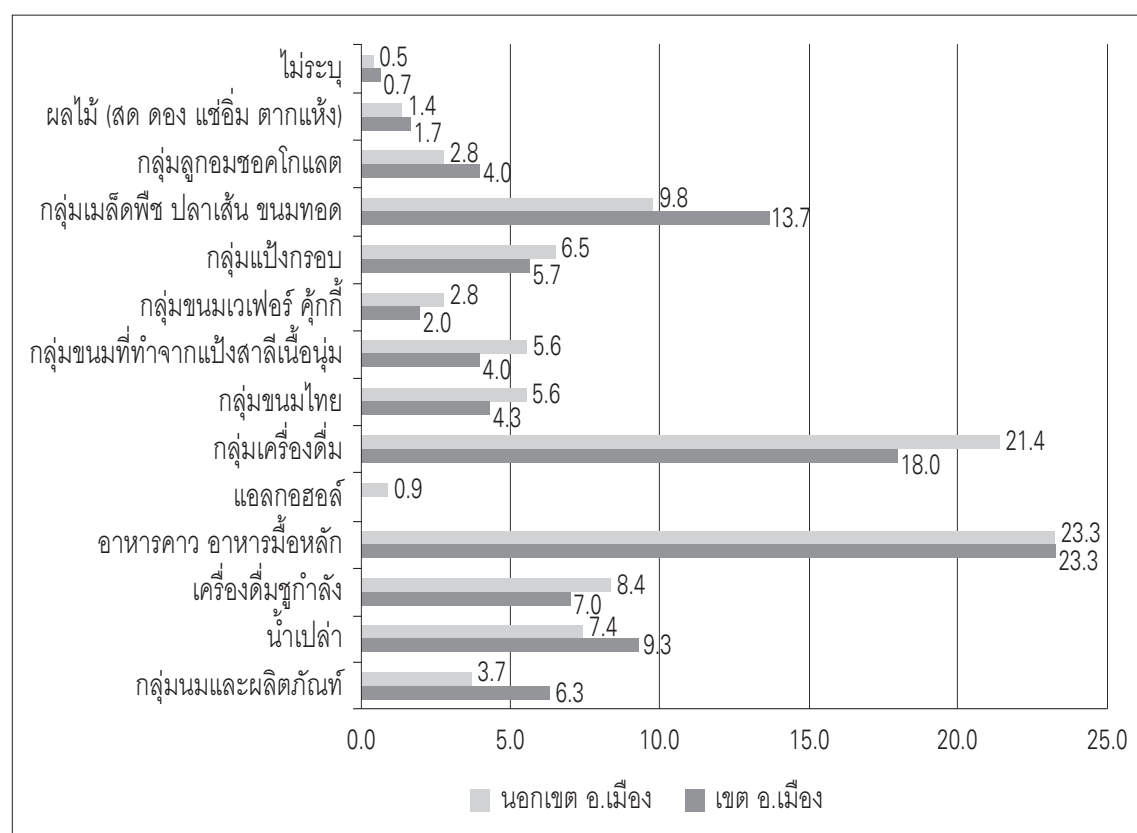
ประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่าย ในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง

จากภาพ 4 กลุ่มอาหารและเครื่องดื่มส่วนใหญ่ที่จำหน่ายในโรงเรียนและรอบโรงเรียน ทั้งในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมืองมีลักษณะ

คล้ายกัน คือ อาหารมื้อหลัก เครื่องดื่ม (ทั่วไป) และโปรตีน (พืช สัตว์) โดย 2 ใน 3 ที่จำหน่ายเป็นอาหารทานเล่น พวกขนม ของทอด ไม่ใช่อาหารมื้อหลัก และพบว่าจำหน่ายผลไม้มีน้อยกว่าร้อยละ 5

ภาพ 4 ร้อยละกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายใน-รอบโรงเรียน จำแนกตามเขตอำเภอเมือง-นอกเขตอำเภอเมือง

Picture 4 Percentage of food and drink sold-in around the school, categorized by district



การจำหน่ายเครื่องดื่มชนิดต่างๆ
จากตารางที่ 3 เครื่องดื่มคือน้ำหวาน/
น้ำผลไม้ที่เติมน้ำตาลจำหน่ายมากที่สุดที่โรงเรียน
ทุกขนาด มากกว่าและเท่ากับร้อยละ 30 รองลงมา
คือน้ำอัดลมและชา กาแฟแบบซอง ร้อยละ 10

ถึง <ร้อยละ 30 เครื่องดื่มที่กำลังที่เน้นพลังงาน เช่น
กระทิงแดง M150 สปอนเซอร์ ลิโพ จำหน่ายที่ร้าน
ค้าแบบคูปองซึ่งเปิดจำหน่ายทั้งวัน และอยู่รอบ
โรงเรียนขนาดกลางและใหญ่

ตารางที่ 3 ร้อยละของเครื่องดื่มที่จำหน่ายในและรอบโรงเรียนขนาดต่างๆ

Table 3 Percentage of drink sold in- around school, categorized by size of school

เครื่องดื่ม	ขนาดโรงเรียน			
	เล็ก	กลาง	ใหญ่	ใหญ่พิเศษ
- เพิ่มพลังงาน		★★	★★	
- ชา กาแฟสำเร็จรูป	★★★	★★★★	★★	★★
- ชา กาแฟ ซอง	★★★	★★★★	★★★★★	★★★★
- ไอศกรีม หวานเย็น		★★		★★
- ไอศกรีมมีส่วนผสมนม/กะทิ	★★★	★★★★	★★	★★★★
- เยลลี่		★★		★★
- น้ำอัดลม	★★★	★★★★	★★★★★	★★★★★
- น้ำหวาน/น้ำผลไม้เติมน้ำตาล	★★★★★	★★★★★	★★★★★	★★★★★

★ < ร้อยละ 5

★★ ตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึง < ร้อยละ 10

★★★ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึง < ร้อยละ 20

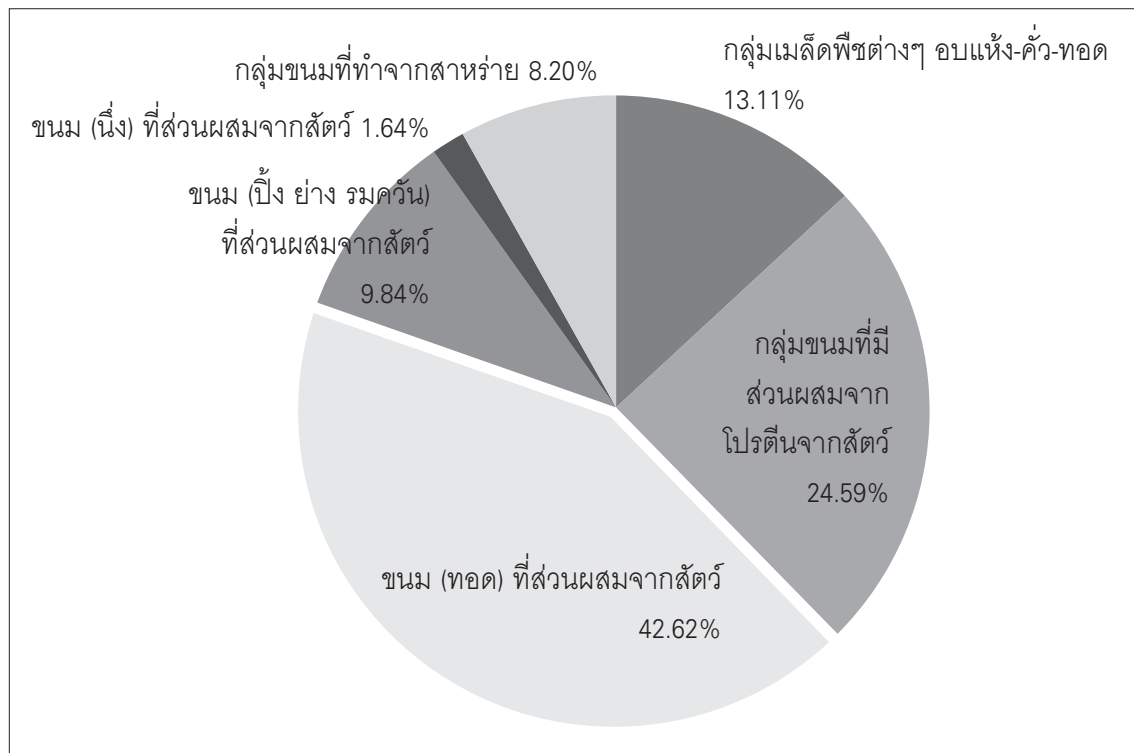
★★★★ ตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึง < ร้อยละ 30

★★★★★ มากกว่าและเท่ากับร้อยละ 30

อาหารกลุ่มโปรตีน (พืช สัตว์) ส่วนใหญ่ 42.6 และพวกปิ้ง ย่าง รนควัน ร้อยละ 9.8 (ภาพ 5) ทำมาจากสัตว์ ร้อยละ 78.7 เป็นพวกทอด ร้อยละ

ภาพ 5 ร้อยละอาหารกลุ่มโปรตีน

Picture 5 Percentage of protein food group



บทวิจารณ์

การศึกษานี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนมีเพียง 16 แห่งจาก 8 จังหวัด ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษา แต่ข้อค้นพบสามารถสะท้อนภาพการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในและรอบโรงเรียนของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดต่างๆ ได้ เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนามาตรการดูแลและเพิ่มโอกาสให้นักเรียนได้บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มได้อย่างเหมาะสม ร้านค้าตัวอย่างที่จำหน่ายอาหารและ

เครื่องดื่มในโรงเรียน ส่วนใหญ่เป็นคานาซึ่งจำหน่ายอาหารมื้อหลัก และเครื่องดื่มในเวลากลางวัน โดยร้อยละ 50.0 ของโรงเรียนที่ศึกษา มีการจำหน่ายอาหารในช่วงเช้า มีการศึกษาที่พบว่านักเรียนรับประทานอาหารเช้าทุกวันเพียงร้อยละ 50.0 ยังมีนักเรียนอีกครั้งหนึ่งที่รับประทานอาหารเช้าบางวันหรือไม่ได้รับประทานอาหารเช้าเลย⁴ ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อนักเรียนเพราะอาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รู้สึกหิว เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนอีกครั้งหนึ่งได้รับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้น โรงเรียนอาจต้องรณรงค์และกระตุ้นให้นักเรียน

เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารเช้า และสนับสนุนร้านค้าในโรงเรียนซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของโรงเรียนเพิ่มเวลาจำหน่ายอาหารในตอนเช้าด้วย

จากการวิจัยของจุลนี⁷ พบกลุ่มนักเรียนส่วนหนึ่งไม่ต้องการซื้ออาหารที่ขาย จึงหันไปซื้ออาหารที่ทานได้ง่ายสะดวกรวดเร็วรสชาติถูกปาก คุณค่าอาหารน้อยแต่ให้พลังงานสูง จำพวกของทอดต่าง ๆ เฟรนช์ฟรายส์ น้ำแข็งไส ไอศกรีมแท่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า 2 ใน 3 ของอาหารที่มีให้นักเรียนเลือกซื้อจากร้านค้าในและรอบโรงเรียนเป็นเครื่องดื่มและอาหารประเภทขนมกินเล่น นอกจากนี้ร้านค้าในโรงเรียนที่ส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารในช่วงกลางวันจำหน่ายอาหารมื้อหลักเพียงร้อยละ 28.2 ดังนั้นหากโรงเรียนมีการจัดสัดส่วนการจำหน่ายอาหารมื้อหลักที่เพิ่มขึ้นพอเพียงกับจำนวนนักเรียนหรือเหลือเวลารับประทานอาหารกลางวันของชั้นเรียน รวมถึงการจัดสรรเวลาพักกลางวันที่เหมาะสม จะช่วยให้นักเรียนมีโอกาสรับประทานอาหารมื้อหลักเป็นอาหารกลางวันแทนอาหารทานเล่นมากขึ้น

ส่วนผลไม้ซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก ควรส่งเสริมให้นักเรียนได้รับประทานทุกวัน กลับพบจำหน่ายที่ร้านค้าน้อยกว่าร้อยละ 5.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert Wood Johnson Foundation³ เนื่องจากประเทศไทยมีผลไม้รับประทานตลอดทั้งปี โรงเรียนควรส่งเสริมให้นักเรียนรับประทานผลไม้มากขึ้น โดยการกำหนดหรือจูงใจให้ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายผลไม้เพิ่มขึ้น

เครื่องดื่มที่จำหน่ายส่วนใหญ่เป็นน้ำหวาน/น้ำผลไม้เติมน้ำตาล และชา กาแฟแบบซอง ซึ่งอาจมีปริมาณน้ำตาลมากเกินไป จากงานวิจัยของกุลพร⁸ พบว่าเครื่องดื่มที่ผู้ประกอบการชงเองจะมีปริมาณน้ำตาลมากเพราะส่วนใหญ่ใช้การ

กะประมาณตามความเคยชินมากกว่าการชั่ง ตวงวัด ทำให้นักเรียนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคอ้วนได้ เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวโรงเรียนควรมีนโยบายควบคุมความหวาน (ปริมาณน้ำตาล) ในเครื่องดื่มชนิดชงเอง และควบคุมขนาดของบรรจุภัณฑ์ (Portion size) ที่เหมาะสมของเครื่องดื่มสำเร็จรูปที่จำหน่ายในโรงเรียน^{3,8}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอสำหรับโรงเรียน

- โรงเรียนควรรณรงค์ให้นักเรียนรับประทานอาหารเช้า และสนับสนุนให้ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายอาหารตอนเช้า
- โรงเรียนควรกำหนดสัดส่วนการจำหน่ายอาหารมื้อหลักให้เหมาะสมกับจำนวนนักเรียน และจัดตารางเวลาพักกลางวันที่เหมาะสม เพื่อให้นักเรียนมีเวลาเพียงพอสำหรับรับประทานอาหารกลางวัน
- โรงเรียนควรกำหนดให้ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่ายผลไม้
- โรงเรียนควรมีมาตรการควบคุมปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มชนิดชงเอง
- โรงเรียนควรมีมาตรการควบคุม กำกับ การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในและรอบนอกโรงเรียนให้เหมาะสมถูกหลักโภชนาการ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้นักเรียนได้บริโภคอาหารที่มีประโยชน์

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยต่อไป

- ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยเก็บจำนวนตัวอย่างมากขึ้น สามารถฉายภาพการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดต่างๆ ในระดับประเทศ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับประเทศต่อไป

- ควรมีการศึกษา พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนมัธยมศึกษา และนโยบายการให้บริการอาหารของโรงเรียน เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะในการดูแล กำกับกับการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มทั้งในและรอบโรงเรียนมัธยมศึกษา

บทสรุป

จำนวนร้านค้าตัวอย่าง 243 ร้านจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตัวอย่าง 16 แห่งใน 8 จังหวัดที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เป็นร้านค้าในโรงเรียนมากกว่ารอบโรงเรียน 3 เท่า ร้านค้าส่วนใหญ่ในโรงเรียนเป็นคูปา รอบโรงเรียนเป็นรถเข็นและหาบเร่ ร้านค้าคูปาส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารมือหลักและเครื่องดื่มทั่วไป รถเข็นและหาบเร่ส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องดื่มทั่วไปและโปรตีน (พืช สัตว์) ใน

เขตอำเภอเมือง ร้านค้าคูปาส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารเวลาเช้าและเที่ยง รถเข็นจำหน่ายเวลาเย็น หาบเร่มีเฉพาะในโรงเรียนขนาดใหญ่และใหญ่พิเศษจำหน่ายเวลาเที่ยง เย็น นอกเขตอำเภอเมือง ร้านค้าคูปาส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารทั้งวัน รถเข็นจำหน่ายเวลาเย็น หาบเร่มีเฉพาะในโรงเรียนขนาดกลางจำหน่ายเวลาเช้า เที่ยง เย็น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้วิจัยในพื้นที่ ร้านค้าผู้ให้ข้อมูล ผู้บริหารและคุณครูจากโรงเรียนทั้ง 16 แห่งที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ที่สนับสนุน และให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำอาง สืบสมาน แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันการบริโภคอาหารกินด่วนและอาหารขยะของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร 2544 http://elibrary.trf.or.th/download_fullstep1.asp 21 สิงหาคม 2556
2. กองโภชนาการ กรมอนามัย รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/upbook/files/910.pdf> 15 ธันวาคม 2556
3. Robert Wood Johnson Foundation, School Foods Sold Outside of Meals: Research Brief, Healthy Eating Research, May 2007. Available from http://www.healthyeatingresearch.org/images/stories/her_research_briefs/hercompetfoodsresearchbrief.pdf 18 August 2013
4. สุวรรณ เอื้ออรรถกรุณ อังศณา ฤทธิ์อยู่ และผุสดี จันทร์บาง สถานการณ์การบริโภคอาหารว่างและเครื่องดื่ม การดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะทันตสุขภาพของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษา 15-16 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร
5. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาพฤติกรรมบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี มิถุนายน 2547 http://www.sweetenough.in.th/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=192&task=finish&cid=15&catid=4&m=0 15 ธันวาคม 2556
6. สุณี วงศ์คงคาเทพ พัฒนาเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของขนมชนิดต่างๆ ที่เชื่อมโยงการเกิดโรคฟันผุในเด็กไทย 22 กุมภาพันธ์ 2554 http://hrn.thainhf.org/document/research/research_182.pdf 15 ธันวาคม 2556
7. จุลนี เทียนไทย ยุทธศาสตร์การสร้างสรรค์วิถีทางเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสำหรับวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร วัย 9-15 ปี 2552 http://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RMU5080046 21 สิงหาคม 2556
8. กุลพร สุขุมาลตระกูล สำนักโภชนาการ กรมอนามัย รายงานการสำรวจปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มเพื่อพัฒนาและสร้างแนวทางการผสมเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเหมาะสมจำหน่ายในโรงเรียน http://www.sweetenough.in.th/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=192&task=finish&cid=111&catid=4&m=0 15 ธันวาคม 2556

Food and Drink sold in and around Secondary School

Suwanna Eua-attakaroorn* *D.D.S., M.Sc. (Techn of Information System Management)*

Abstract

This study was a descriptive research, exploring the selling of food and drink at the stores in 500 metres radius around the secondary school. By using simple random sampling, provinces were selected from 4 regions: North, Central, North-East and South, 2 provinces from each region, and 2 districts from each province (Mueang district and another district). Then the local researcher chose a school, able to collect data easily, from each district. The variables of study were type of food and drink, type of store, location of store, time for selling, and school size. Collecting data was conducted in June-August 2011. The study found that the 243 sample stores, from 16 secondary schools in 8 provinces, were located in school three times more than around school. The majority of stores in school were booths, and around school were carts and stalls. Most booths sold meals and general drink. Most carts and stalls sold general drink and protein food (plants, animals). Most drinks were sweet drink/ sugar added fruit juice, soft drink and tea-coffee prepared by seller.

Keywords : *food and drink, in and around secondary school, type of store*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.

ประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คนพิการแบบองค์รวมในศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดสุโขทัย ปี 2554

อำมา ปัทมสัตยาสนธิ* ท.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวมในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย โครงการดำเนินการช่วงตุลาคม 2553-กันยายน 2554 โดยทีมสหวิชาชีพออกหน่วยเคลื่อนที่ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลคนพิการ ติดตามการดำเนินงานโดยประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินผลโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการด้วยการ

1. ตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากเด็กพิการ
2. สัมภาษณ์เด็กพิการและผู้เกี่ยวข้องเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุ และ
3. การเข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาทางทันตกรรมของคนพิการ ประเมินระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้ดูแลคนพิการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ และเก็บข้อมูลเพิ่มเมื่อไปเยี่ยมบ้านคนพิการที่ไม่สามารถมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ กลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจของผู้ปกครองจำนวน 102 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.7 อายุ 6-15 ปี

ผลการศึกษา พบว่า 1. ผู้บริหารศูนย์ร่วมทำแผนพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้พิการ สนับสนุนงบประมาณจ้างพี่เลี้ยงคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสถานที่แพร่งฟันที่ศูนย์ 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนพี่เลี้ยงคนพิการดูแลคนพิการตามบ้านและจัดรถรับส่งคนพิการไปโรงพยาบาล 3. ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูเด็กให้ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ปรงอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ จัดผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ ผักแพร่งฟันให้เด็ก พาเด็กเข้ารับบริการตามนัด ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่คือร้อยละ 72.5 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการ ที่ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความพึงพอใจต่อการอบรม การตรวจและรักษาทางทันตกรรม การพัฒนาทักษะการแพร่งฟัน ที่ระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 63.9 รองลงมาคือระดับความพึงพอใจมาร้อยละ 35.4 และ 4. คนพิการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก แพร่งฟันได้เองถูกต้องมากขึ้นและความถี่ในการแพร่งฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คือดื่มนมจืดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.1 เป็นร้อยละ 71.6 ไม่ดื่ม น้ำอัดลมเลยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.7 เป็นร้อยละ 30.4 ไม่กินขนมกรุบกรอบเลยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 เป็นร้อยละ 32.4 คนพิการรับบริการตามนัดที่รพ.ร้อยละ 49.0 ได้รับการรักษามากขึ้น ค่าเฉลี่ยฟันผุ 1.05 ± 1.59 ซี่ต่อคน และค่าเฉลี่ยฟันผุน 0.47 ± 1.11 ซี่ต่อคน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งหญิงและชาย และกลุ่มพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวและกลุ่มพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวม ศูนย์การศึกษาพิเศษ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

* โรงพยาบาลสุโขทัย

บทนำ

คนพิการ (disabled persons) คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (children with special needs) หมายถึง เด็กที่ไม่อาจพัฒนาความสามารถได้เท่าที่ควรจากการให้ความช่วยเหลือและการสอนตามปกติ ทั้งนี้สาเหตุจากสภาพความบกพร่องทางร่างกาย พัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์ จำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู และให้การเรียนการสอนที่เหมาะสมกับลักษณะความต้องการของคนพิการ¹

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550² แบ่งประเภทของคนพิการเพื่อการจดทะเบียนและการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ 5 ประเภทคือ 1) คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่ สายตาพิการ ตาบอด 2) คนพิการทางการได้ยิน หรือการสื่อความหมาย ได้แก่ หูหนวกหูตึง พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง 3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว สมอพิการ 4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ ความผิดปกติทางการสื่อความหมาย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมและความสนใจ บุคคลออทิสติก 5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ ปัญญาอ่อน learning disability (L.D.) กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีคนพิการประมาณร้อยละ 10.0 หรือประมาณ 643 ล้านคนและร้อยละ 15.0-20.0 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติ พบบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 1.0-3.01 จากการสำรวจภาวะความพิการและสภาวะทุพพลภาพ พ.ศ.2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบคนพิการร้อยละ 1.7

ส่วนใหญ่อาศัยในชนบทและพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด³ จังหวัดสุโขทัยมีคนพิการที่จดทะเบียนจำนวน 15,622 คน⁴ เป็นเพศชายจำนวน 8,259 คนคิดเป็นร้อยละ 52.9 เพศหญิงจำนวน 7,363 คนคิดเป็นร้อยละ 47.1 ความพิการที่พบมากที่สุดคือพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำนวน 8,009 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 คนพิการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัยให้บริการจำนวน 3,064 คนกระจายอยู่ใน 9 อำเภอ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555⁵ กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้เป็นระบบและเป็นรูปธรรมครอบคลุมทั้งด้านการศึกษา อาชีพ สาธารณสุข ให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามกฎหมาย โดยพัฒนาให้ความช่วยเหลือ ประสานส่งต่อด้านบริการ สร้างความเข้มแข็งและเสริมพลังคนพิการในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

ความพิการนับเป็นปัญหาสำคัญทางเวชปฏิบัติ ทำให้คนพิการมีปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของทั้งครอบครัว การดูแลรักษาต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย และสามารถดำรงตนอย่างเป็นอิสระในสังคมเฉกเช่นคนปกติ ปัญหาที่พบในจังหวัดสุโขทัยคือคนพิการไม่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ควรพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากควบคู่ไปกับสุขภาพ โดยใช้แนวคิดส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care)⁶ และดูแลสุขภาพช่องปากแบบพร้อมมูล⁷ (Comprehensive dental care) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร (professional care) และการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองของบุคคล (individual self care) รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณ (Spiritual value) ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับตัวบุคคล ไม่เน้นที่โรคหรืออาการของโรค เน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเอง และให้ความสำคัญของคุณค่าทางจิตวิญญาณคือบุคคลพัฒนาความตระหนักในตนเอง มีเจตคติที่ดีรักตนเองและผู้อื่น

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวมในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัยใช้แนวคิดทันตกรรมป้องกัน (Preventive concepts)⁸ ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่เกิดโรค (Pre-pathogenesis period) รวมถึงระยะที่มีรอยโรคแล้ว (Pathogenesis period) จำกัดการลุกลามของรอยโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพของช่องปากให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับปัจจัยของคนพิการแต่ละราย โดยการประสานและบูรณาการความร่วมมือของทีมนิสิตวิชาชีพภาคีเครือข่าย ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปี 2556 ตามแนวทางพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกำหนดกิจกรรมและตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วม เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของคนพิการอย่างต่อเนื่องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จะได้เป็นแบบอย่างในการดำเนินงานของอำเภออื่นต่อไป การศึกษานี้เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวมในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัยปี 2554

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโครงการกลุ่มเป้าหมายของโครงการคือ คนพิการในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย ที่สมัครใจเข้าร่วม

โครงการของผู้ปกครองดำเนินการโครงการระหว่างตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ คือ

1. ออกหน่วยเคลื่อนที่ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและพัฒนาการของคณพิการ ตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์วานิช ผูกแปรงฟันเพื่อพัฒนาทักษะการแปรงฟัน ปรับพฤติกรรมเสี่ยงกระตุ้นพัฒนาการ บริการกายภาพบำบัด และส่งต่อมารับการรักษาทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลสุโขทัย

2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลคนพิการโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ สุขภาพช่องปาก กิจกรรมกายภาพบำบัดแก่คนพิการผู้ดูแลคนพิการ พี่เลี้ยงคนพิการอปท. อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.เพื่อให้เยี่ยมบ้านและติดตามคนพิการให้มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดอบรมพี่เลี้ยงคนพิการอปท.ให้สามารถตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากคนพิการ สอนการแปรงฟันแก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการตามบ้าน และส่งต่อไปรับบริการทันตกรรม

3. ติดตามการดำเนินงาน โดยประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมของทีมงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะและพฤติกรรมที่เกิดกับคนพิการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ

เก็บข้อมูลปริมาณโดยสัมภาษณ์เด็กพิการและผู้เกี่ยวข้อง และตรวจสุขภาพช่องปากเด็กพิการก่อนและหลังการดำเนินโครงการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์โครงการคือ สภาวะสุขภาพช่องปาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุ และการเข้าถึง

บริการส่งเสริมป้องกัน รักษาทางทันตกรรมของ คนพิการ ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ และเก็บข้อมูล เพิ่มโดยการสังเกต เมื่อไปเยี่ยมบ้านคนพิการที่อยู่ บ้าน ไม่สามารถมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษเพื่อ ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา

เครื่องมือที่ใช้มี 3 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปาก และความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์ 2 คนเป็นผู้ตรวจ โดยมีการชี้แจงเกณฑ์ การตรวจให้เข้าใจตรงกัน

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการบริโภคอาหารที่มีผลต่อ โรคฟันผุ ดำเนินการโดยครู 2 คนที่ศูนย์การศึกษา พิเศษ มีการชี้แจงเกณฑ์การสัมภาษณ์ให้ครูเข้าใจ ตรงกัน

3. แบบประเมินความรู้และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลคนพิการดำเนินการโดยครู 2 คนที่ศูนย์ การศึกษาพิเศษ มีการชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้ ครูเข้าใจตรงกัน

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ที่ความ เชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

นิยามศัพท์

ทีมสหวิชาชีพ หมายถึงทีมงานที่ร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัด สุโขทัยประกอบด้วยทันตแพทย์ 2 คน เจ้าหน้าที่งาน ทันตสาธารณสุข 2 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน พี่เลี้ยง คนพิการอปท. 30 คน และครูของศูนย์การศึกษา พิเศษจังหวัดสุโขทัย 10 คน

พี่เลี้ยงคนพิการอปท. หมายถึงพี่เลี้ยง คนพิการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดหา

สนับสนุนการจัดจ้างโดยศูนย์การศึกษาพิเศษเพื่อให้ดูแลคนพิการตามบ้าน

พัฒนาทักษะการแปรงฟัน หมายถึงการพัฒนาทักษะตามสภาพความพิการ ดังนี้

1. พิจารณาการมองเห็น อธิบายวิธีการ แปรงฟัน ช่วยจับมือทำ แนะนำผู้ดูแลให้ช่วย แปรงฟันและตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน

2. พิจารณาการได้ยิน ใช้ภาพ โมเดลหรือ วิดีโอในการสื่อสาร เพื่อสาธิตการแปรงฟัน

3. พิจารณาการเคลื่อนไหวและสติปัญญา ใช้แปรงสีฟันที่มีด้ามจับพอเหมาะ โดยปรับด้าม แปรงให้ใหญ่ขึ้น หรือเพิ่มสายรัดรอบด้ามแปรง สำหรับเด็กที่นิ้วมือไม่มีกำลัง หรือเกร็งในท่ากำ หรือ ต่อด้ามให้ยาวขึ้นสำหรับเด็กที่มีการงอพับข้อศอก/ ไหล่ ไม่ปกติ สำหรับคนพิการที่อ้าปากไม่ได้หรือ ไม่ยอมอ้าปากใช้เครื่องมือในการช่วยอ้าปาก คือใช้ ไม้อัดกริม 4 - 5 อันพันผ้าห่มด้าม ให้กั้ดด้านซ้าย แล้วแปรงฟันด้านขวาทำสลับกัน การจัดท่าแปรงฟัน และให้ผู้ดูแลช่วยแปรงฟัน

4. พิจารณาจิตใจหรือพฤติกรรมและบุคคล ออกทิสติก สอนวิธีการแปรงฟันโดยใช้รูปภาพ (visual pedagogy) ของ Back man B, Pilebro C⁹ แสดงภาพ ลำดับขั้นตอนวิธีการทำ ไว้ใกล้บริเวณที่แปรงฟัน

การฝึกแปรงฟัน หมายถึงการฝึกให้คนพิการ แปรงฟัน ตั้งแต่การหัดจับแปรงที่มีด้ามพอเหมาะ การจับมือคนพิการนำแปรงเข้าไปในปากและ บริเวณตัวฟัน ระวังอย่าให้เจ็บเพราะจะมีการต่อต้านในครั้งต่อไป เมื่อนำแปรงสีฟันเข้าปากแล้ว ให้ แปรงโดยวิธี Horizontal scrub technique โดยวาง ขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟัน และขยับขนแปรงไปมา ชั่วสั้น ๆ ไปจนทั่วทุกซี่ ซี่บนและซี่ล่าง ถ้าพบว่า แปรงอยู่จุดเดียวต้องคอยกระตุ้นให้เคลื่อนแปรงไป จนทั่วปาก แล้ววนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง อย่างหยุด ให้

กระตุ้นต่อเนื่องเพื่อไม่ให้จดจำพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เมื่อคนพิการแปรงฟันได้เอง ใช้วิธีพูดชี้แนะบ้าง สังเกตพฤติกรรมที่บอกว่ายังรับรู้ทำตามคำสั่ง หรือเฉย ๆ หากทำได้ถูกต้องให้ชมเชย หากคนพิการ ขัดขึ้น หดความอดทน ให้หยุดพักการสอนก่อน พร้อมชมเชยและลองทำใหม่ในวันรุ่งขึ้น คนที่ แปรงฟันได้เองแต่บังคับศีรษะให้อยู่นิ่งไม่ได้ อาจ ช่วยเพียงจับมือหรือศีรษะให้ขณะแปรงฟัน เพื่อให้ ทำเองได้สะดวกขึ้น แนะนำการใช้ยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ ซึ่งไม่ควรใช้ยาสีฟัน จนกว่าเด็กจะเข้าใจคำสั่งและบ้วนปากเองได้ การตรวจดูว่าแปรงฟันสะอาดหรือไม่ ใช้เมดลีสีย้อม คราบจุลินทรีย์ คราบจุลินทรีย์จะติดสีและหลุดไป

เมื่อแปรงออก ทำให้เห็นตำแหน่งบนฟันที่ยังแปรง ไม่สะอาด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 102 คนจากประชากร 190 คน เป็นเพศชายร้อยละ 65.7 เพศหญิงร้อยละ 34.3 อายุต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 24 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.7 อยู่ในกลุ่มอายุ 6 -15 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 เป็นคนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (ตาราง ที่ 1) บิดามารดามีอาชีพเป็นเกษตรกรร้อยละ 44.1 รับจ้างร้อยละ 39.2

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุและความพิการ

Table 1 Number of samples according to gender, age and disability

ข้อมูลเด็กพิการ	อายุ (ปี)			จำนวน	
	3-5 ปี	6-15 ปี	16-24 ปี	คน	ร้อยละ
เพศ					
ชาย	17	45	5	67	64.7
หญิง	9	22	4	35	35.3
ประเภทความพิการ					
การเห็น	1	1	-	2	1.9
การได้ยิน	9	5	1	15	14.7
ร่างกาย	3	7	-	10	9.8
จิตใจ หรือพฤติกรรม	4	14	2	20	19.6
สติปัญญา การเรียนรู้	9	40	6	55	53.9
รวม (ร้อยละ)	26(25.5)	67(65.7)	9(8.8)	102	100

ผลจากการเยี่ยมบ้าน

เมื่อไปเยี่ยมบ้านคนพิการที่ไม่สามารถมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษจำนวน 5 บ้าน พบเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวและสติปัญญาที่มีลักษณะอาการรุนแรงและถูกทอดทิ้งให้อยู่กับผู้สูงอายุ ปู่ย่าตายาย มักไม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่ควร มีปัญหาไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากและลิ้น มีการเกร็งหรือ reflex ผิดปกติ สำลักง่าย เคี้ยวและกลืนลำบาก มีปัญหาอมข้าว ดื่มน้ำน้อย ไม่สามารถควบคุมการทำงานของมือและแขนเพราะอ่อนแรงหรือสั่น จึงแปรงฟันไม่ได้

ผลจากการติดตามงานที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ

นับเป็นครั้งแรกที่ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัยได้รับบริการทางการแพทย์และทันตกรรมจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีความตื่นตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความร่วมมือในการดำเนินงาน การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเรื่องพฤติกรรมแปรงฟันและบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุดังนี้

1. ผู้บริหารศูนย์ร่วมทำแผนพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสำหรับผู้พิการพัฒนาสื่อความรู้ การเยี่ยมติดตาม ส่งต่อไปรับบริการ ประเมินผล และให้การสนับสนุนงบประมาณจ้างพี่เลี้ยงคนพิการอปท. (เพื่อดูแลคนพิการตามบ้าน) จัดสถานที่แปรงฟันที่ศูนย์ให้เด็กฝึกทักษะการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร่วมกับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการของเด็กทั้ง 6 ทักษะได้แก่ ทักษะกลืนนมเม็ดเล็ก มัดใหญ่ สติปัญญา ภาษาและสื่อสารทางสังคม การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

2. ทันตบุคลากร กุมารแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพ.สต. อสม. ร่วมทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวม และทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว คนพิการและระดับปกครองสภาพจิตใจ จัดมอบอุปกรณ์การแปรงฟัน เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง รถเข็นนั่ง

3. ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูเด็กให้ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของเด็ก ให้ความร่วมมือในการควบคุมชนิดและเวลาในการบริโภคอาหาร เช่น ปรงอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ จัดผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ มีการดูแลอนามัยในช่องปากเด็ก โดยพัฒนาทักษะการแปรงฟัน และฝึกแปรงฟันให้เด็กปฏิบัติตามคำแนะนำพาเด็กเข้ารับการดูแลสุขภาพช่องปากตามนัด

4. คนพิการ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลทันตสุขภาพ สามารถพัฒนาการสื่อความหมาย ร่วมมือฝึกพัฒนาทักษะการแปรงฟัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแปรงฟัน สามารถแปรงฟันได้เองถูกต้องมากขึ้น เข้ารับบริการสุขภาพช่องปากตามนัดหมาย มีพฤติกรรมบริโภคที่ดีขึ้น ไม่กินขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนพี่เลี้ยงคนพิการอปท. ดูแลสุขภาพคนพิการตามบ้านและจัดรถรับส่งคนพิการรับบริการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าปัจจัยความสำเร็จของโครงการคือภาวะผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารศูนย์การศึกษาพิเศษ และครอบครัว คนพิการมีทัศนคติที่ดีและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้ความร่วมมือในการเลี้ยงดูและฝึกฝนเด็กให้ช่วยเหลือตัวเอง ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สำหรับปัญหาอุปสรรคของโครงการคือ คนพิการมีความจำกัดของความสามารถ การสื่อความหมาย ระดับสติปัญญา ฐานะเศรษฐกิจ ความคาดหวังของครอบครัวทำให้ยากต่อการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการ

ผลลัพธ์ของโครงการ

เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ในเรื่อง สภาวะสุขภาพช่องปาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุ และการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันรักษาทางทันตกรรม พบว่า **สภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนดำเนินการ** เด็กพิการกลุ่มตัวอย่างปราศจากฟันผุร้อยละ 18.6 ผู้เฉลี่ย 6.2 ซึ่งต่อคน ฟันผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา แม้กลุ่มพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมปราศจากฟันผุมากที่สุดคือร้อยละ 40.0 แต่ผู้เฉลี่ย 7.8 ซึ่งต่อคน ซึ่งมากกว่าทุกกลุ่ม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ จำแนกตามประเภทความพิการ เพศและอายุ

Table 2 Dental caries status of samples before the operation according to type of disability, gender and age

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน ปราศจากฟันผุ		สภาวะฟันผุ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (ซี่/ คน)			
	คน	คน (ร้อยละ)	ฟันผุ/ถอน/อุด	ฟันผุ	ฟันถอน	ฟันอุด
ภาพรวม	102	19 (18.6)	6.2 $\pm$ 5.9	5.8 $\pm$ 5.9	0.3 $\pm$ 0.7	0.2 $\pm$ 0.7
ประเภทความพิการ						
การมองเห็น	2	0	2.5 $\pm$ 3.8	2.5 $\pm$ 3.5	0.0 $\pm$ 0.0	0.0 $\pm$ 0.0
การได้ยิน	15	4 (26.7)	4.5 $\pm$ 4.9	4.5 $\pm$ 4.9	0.7 $\pm$ 0.2	0.3 $\pm$ 0.8
กายหรือการเคลื่อนไหว	10	1 (10.0)	3.4 $\pm$ 3.5	3.2 $\pm$ 3.5	0.1 $\pm$ 0.2	0.2 $\pm$ 0.7
จิตใจ หรือพฤติกรรม	20	8 (40.0)	7.8 $\pm$ 0.6	7.45 $\pm$ 6.74	0.1 $\pm$ 0.3	0.3 $\pm$ 0.9
สติปัญญาหรือการเรียนรู้	55	6 (10.9)	7.5 $\pm$ 6.4	6.9 $\pm$ 6.4	0.4 $\pm$ 0.9	0.2 $\pm$ 0.7
อายุ (ปี)						
3-5 ปี	26	6 (23.1)	5.6 $\pm$ 5.4	5.5 $\pm$ 5.5	0.0 $\pm$ 0.0	0.03 $\pm$ 0.2
6-15 ปี	67	11 (16.4)	5.9 $\pm$ 5.6	5.2 $\pm$ 5.6	0.3 $\pm$ 0.8	0.3 $\pm$ 0.9
16-24 ปี	9	2 (22.2)	10.4 $\pm$ 8.6	9.9 $\pm$ 8.2	0.6 $\pm$ 1.0	0.0 $\pm$ 0.0
เพศ						
ชาย	67	13 (19.4)	5.3 $\pm$ 5.0	4.8 $\pm$ 5.1	0.2 $\pm$ 0.6	0.2 $\pm$ 0.8
หญิง	35	6 (17.1)	8.1 $\pm$ 7.2	7.6 $\pm$ 7.0	0.4 $\pm$ 0.8	0.1 $\pm$ 0.5

หลังดำเนินการ เด็กพิการกลุ่มตัวอย่างผู้เฉลี่ย 6.2 ± 6.5 ซึ่งต่อคน ได้รับการรักษามากขึ้น ค่าเฉลี่ยฟันผุ 1.05 ± 1.59 ซึ่งต่อคนและ ค่าเฉลี่ย ฟันถอน 0.47 ± 1.11 ซึ่งต่อคน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งหญิง และชาย (ตารางที่ 3, 4) กลุ่มพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหว และทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ ก่อนและหลังดำเนินงาน

Table 3 Dental caries status of samples according to age before and after the operation

สภาวะสุขภาพช่องปาก	N = 102 คน	ก่อนดำเนินงาน (ซี่/คน)	หลังดำเนินงาน (ซี่/คน)	T- test p-value
กลุ่มอายุ 3-5 ปี	N = 26 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (d)		5.5 ± 5.5	5.1 ± 5.0	0.73
ค่าเฉลี่ยฟันถอน (m)*		0.0 ± 0.0	0.1 ± 0.2	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (f)*		0.1 ± 0.2	0.7 ± 0.9	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน (dmft)		5.6 ± 5.2	5.6 ± 5.4	0.82
กลุ่มอายุ 6-15 ปี	N = 67 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		5.3 ± 5.6	4.2 ± 6.3	0.84
ค่าเฉลี่ยฟันถอน (M)*		0.1 ± 0.8	0.6 ± 0.1	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (F)*		0.3 ± 0.9	2.0 ± 0.2	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน (DMFT)		5.9 ± 5.6	5.9 ± 6.6	0.81
กลุ่มอายุ 16-24 ปี	N = 9 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		9.9 ± 8.3	5.4 ± 5.6	0.13
ค่าเฉลี่ยฟันถอน (M)*		0.6 ± 1.0	1.8 ± 1.0	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (F)*		0.0 ± 0.0	3.3 ± 2.1	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน (DMFT)		10.4 ± 8.5	10.4 ± 8.6	0.78

ตารางที่ 4 สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศก่อนและหลังดำเนินงาน

Table 4 Dental caries status of samples according to gender before and after the operation

สภาวะสุขภาพช่องปาก	N = 102 คน	ก่อนดำเนินงาน (ซี่/คน)	หลังดำเนินงาน (ซี่/คน)	T- test p-value
เพศชาย	N = 67 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		4.8 ± 5.1	3.8 ± 4.3	0.19
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)*		0.2 ± 0.6	0.4 ± 0.9	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนุด (F)*		0.3 ± 0.8	1.1 ± 1.5	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนนุด (DMFT)		5.3 ± 5.0	5.3 ± 2.7	0.73
เพศหญิง	N = 35 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		7.6 ± 7.0	6.9 ± 7.9	0.67
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)*		0.4 ± 0.8	0.6 ± 1.5	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนุด (F)*		0.1 ± 0.5	0.7 ± 1.8	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนนุด (DMFT)		8.1 ± 7.2	8.2 ± 6.7	0.87

ตารางที่ 5 สภาวะโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทความพิการก่อนและหลังดำเนินงาน

Table 5 Dental caries status of samples according to type of disability before and after the operation

สภาวะสุขภาพช่องปาก	N = 102 คน	ก่อนดำเนินงาน (ซี่/คน)	หลังดำเนินงาน (ซี่/คน)	T- test p-value
พิการทางการมองเห็น	N = 2 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		2.5 ± 3.5	2.5 ± 3.5	วิเคราะห์ ไม่ได้
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)		0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	
ค่าเฉลี่ยฟันผุด (F)		0.0 ± 0.0	0.5 ± 0.7	
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนผุด (DMFT)		2.5 ± 3.5	2.5 ± 2.8	
พิการทางการได้ยิน	N = 15 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		4.5 ± 4.9	3.9 ± 4.9	0.78
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)*		0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.8	0.99
ค่าเฉลี่ยฟันผุด (F)		0.3 ± 0.8	0.4 ± 1.5	0.18
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนผุด (DMFT)		4.8 ± 4.8	4.8 ± 5.1	0.8
พิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหว	N = 10 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		3.2 ± 3.5	2.5 ± 2.9	0.5
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)*		0.1 ± 0.2	0.2 ± 0.4	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุด (F)*		0.2 ± 0.7	0.7 ± 1.5	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนผุด (DMFT)		3.4 ± 3.5	3.4 ± 2.1	0.98
พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	N = 20 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		7.5 ± 6.7	7.3 ± 6.7	0.99
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)		0.1 ± 0.3	0.1 ± 0.3	0.99
ค่าเฉลี่ยฟันผุด (F)		0.3 ± 0.9	0.6 ± 0.9	0.12
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนผุด (DMFT)		7.8 ± 6.6	7.8 ± 6.9	0.89
พิการทางสติปัญญาหรือ การเรียนรู้	N = 55 คน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ (D)		6.9 ± 6.4	5.5 ± 6.6	0.63
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอน (M)*		0.4 ± 0.9	0.7 ± 0.2	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุด (F)*		0.2 ± 0.7	1.3 ± 1.8	< 0.05
ค่าเฉลี่ยฟันผุนอนผุด (DMFT)		7.5 ± 6.4	7.5 ± 6.5	0.82

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าการดำเนินกิจกรรมในโครงการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งความถี่ในการแปรงฟันที่เพิ่มขึ้น และการแปรงฟันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น(ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการแปรงฟันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินงาน

Table 6 Brushing behavior of samples before and after the operation

พฤติกรรมในการแปรงฟัน		ก่อนดำเนินงาน คน (ร้อยละ)	หลังดำเนินงาน คน (ร้อยละ)	Chi-square test P-value
ความถี่ในการแปรงฟัน N = 102 คน				
แปรงทุกวัน วันละ 3 ครั้ง		8 (7.8)	32 (31.4)	$\chi^2 = 28.61$, df = 4, P<0.01
แปรงทุกวัน วันละ 2 ครั้ง		40 (39.2)	50 (49.0)	
แปรงทุกวัน วันละ 1 ครั้ง		29 (28.4)	12 (11.8)	
แปรงบ้างไม่แปรงบ้าง		18 (17.6)	8 (7.8)	
ไม่แปรง		7 (6.9)	0	
แปรงฟันของคนพิการ N = 102 คน				
แปรงเอง		59 (57.8)	73 (71.6)	$\chi^2 = 17.9$, df = 1, P<0.01
ผู้ปกครองแปรงให้		43 (42.2)	29 (28.4)	

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผลต่อโรคฟันผุหลังดำเนินโครงการครบ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) คือ ดื่มนมจืด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.1 เป็นร้อยละ 71.6 ไม่ดื่มน้ำอัดลมเลยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.7 เป็นร้อยละ 30.4 ไม่กินขนมกรุบกรอบเลยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 เป็นร้อยละ 32.4 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุก่อนและหลังดำเนินงาน

Table 7 Food consumption behavior that affects dental caries before and after the operation

การบริโภคอาหาร ที่มีผลต่อโรคฟันผุ	ก่อนดำเนินงาน คน (ร้อยละ)	หลังดำเนินงาน คน (ร้อยละ)	Chi-square test p-value
ชนิดของนม N = 102 คน			
จืด	44 (43.1)	73 (71.6)	$\chi^2 = 18.09$
หวาน	37 (36.3)	18 (17.6)	df = 2
เปรี้ยว	21 (20.6)	10 (9.8)	P<0.001
น้ำอัดลม N = 102 คน			
ทุกวัน	28 (27.4)	0	$\chi^2 = 81.46$
บางวัน (2-4 วัน/สัปดาห์)	30 (29.4)	0	df = 3
นานๆครั้ง (1 วัน/สัปดาห์)	28 (27.4)	71 (69.6)	P<0.001
ไม่ดื่มเลย	16 (15.7)	31 (30.4)	
กินขนมกรุบกรอบ N = 102 คน			
ทุกวัน	30 (29.4)	0	$\chi^2 = 73.83$
บางวัน (2-4 วัน/สัปดาห์)	34 (33.3)	8 (7.8)	df = 8
นานๆครั้ง (1 วัน/สัปดาห์)	32 (31.4)	61 (59.8)	P<0.001
ไม่กินเลย	6 (5.9)	33 (32.4)	

บริการสุขภาพช่องปาก คนพิการทุกคนในโครงการได้รับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากคือ การเคลือบฟลูออไรด์วารินิช พัฒนาทักษะการแปรงฟันและได้รับการทันตกรรมที่รพ.ร้อยละ 49.0 คือ เคลือบหลุมร่องฟัน 14 คน ถอนฟัน 24 คน อุดฟัน 42 คน ขูดหินปูน 12 คน และใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก 1 คน

ความรู้และความพึงพอใจ หลังดำเนินการผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่คือร้อยละ 72.5 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการโดยมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนความพึงพอใจต่อการดำเนินงานทั้งการอบรมให้ความรู้ บริการตรวจและรักษาทางทันตกรรม

การพัฒนาทักษะการแปรงฟัน พบระดับความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมาคือระดับความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.4

บทวิจารณ์

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการแบบองค์รวมในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุโขทัย ปี 2554 ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการทันตกรรมสำหรับคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ได้แก่การพัฒนาทักษะการแปรงฟันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแปรงฟันและบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุ ทาฟลูออไรด์วารินิช

ซึ่งเป็นบริการเชิงรุก โดยการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลคือ เคลือบหลุมร่องฟัน ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันปลอมทั้งหมดนี้เกิดจากการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนตามแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter)¹⁰ และอาศัยกลยุทธ์ 5 ประการ^{11,12} คือ

1. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการพัฒนาศักยภาพการแปรงฟันให้คนพิการ และฝึกให้คนพิการแปรงฟันเอง ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สุขภาพช่องปาก ภาวะฟันผุ และผู้ปกครอง/ผู้ดูแล พี่เลี้ยงคนพิการ อปท. อสม. และเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอบรมพี่เลี้ยงคนพิการอปท. ให้สามารถตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากซึ่งจากการศึกษาของ Frazao และ Marques¹³ และ Pulver และคณะ¹⁴ พบว่าการใช้อาสาสมัครในการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะเพิ่มความรู้ ความถี่ในการแปรงฟัน และทำให้คนพิการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ได้ผลเช่นเดียวกัน

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ศูนย์การศึกษาพิเศษจัดสถานที่แปรงฟัน จัดอาหารกลางวันที่มีผักผลไม้มากขึ้น จัดนมจืดให้เด็ก มอบอุปกรณ์การแปรงฟัน

3. การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสาธารณสุข ให้บริการเชิงรุกแก่คนพิการโดยออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เน้นการทำงานแบบบูรณาการของทีมนสหวิชาชีพ บริการฟลูออไรด์ วาร์นิชแก่คนพิการทุกคนในโครงการ เพื่อการคืนกลับแร่ธาตุของรอยโรคจุดขาวบนตัวฟัน (white spot lesion) ไม่ให้ลุกลามเป็นรูผุ เพื่อไม่จำเป็นต้องได้รับการบูรณะต่อไป ทำให้สภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น

ทั้งนี้มีการวิจัยสนับสนุนการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชของศิริพร สุขสว่างและคณะ¹⁵ และการศึกษาของ Weng RH และคณะ¹⁶ ที่พบปัจจัยการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กพิการ ทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น

4. การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อเกิดการยอมรับคนพิการ ช่วยกระตุ้นให้คนพิการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ นอกจากนี้ อสม.ได้ออกเยี่ยมบ้านคนพิการในชุมชน และติดตามการดำเนินงานที่ศูนย์การศึกษาพิเศษด้วย

5. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบายดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน และสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของคนพิการโดยจัดรถรับส่งไปโรงพยาบาล

สิ่งเหล่านี้ทำให้คนพิการมีพฤติกรรมการแปรงฟันดีขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อโรคฟันผุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการระดับสูงผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลคนพิการ และคนในชุมชนมีทัศนคติที่ดี มีความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของคนพิการ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ/ ถอน/อุดของคนพิการไม่เพิ่มขึ้น คาดว่าเป็นผลจากการที่คนพิการได้รับบริการคือทาฟลูออไรด์วาร์นิช และเคลือบร่องฟัน ร่วมกับการพัฒนาทักษะการแปรงฟัน จึงควรมีกิจกรรมทั้ง 3 นี้ในการโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพโรคในช่องปากให้สอดคล้องกับการป้องกันและรักษาโรคทั่วไปและสนับสนุนให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

2. การส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการให้มีประสิทธิภาพ ต้องประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ ส่วนการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวคนพิการ จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างแท้จริงและยั่งยืน

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณดร.บุษบา ตาไว ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดสุโขทัย ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุน ขอขอบคุณสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนที่ให้ความร่วมมือ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จ ลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Concept paper world report on disability and rehabilitation (on line) 2006 (cited 2006 Nov 13]. Available from : URL:http://www.who.int/disabilitites/pubilcations/dar_world_report_note.pdf
2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสถานการณ์ความพิการในประเทศไทยกรุงเทพมหานคร2546
4. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุโขทัย.โปรแกรมฐานข้อมูลคนพิการจังหวัดสุโขทัย;กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์;2555
5. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2555
6. อุทัยวรรณกาญจนกมล.ปรัชญาแนวคิดและหลักการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน.เอกสารสรุปการประชุมสัมมนาระดับชาติ.เรื่องแนวทางพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก ตุลาคม 2553 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2534;20-36.
7. สุวรรณี ดวงรัตน์พันธ์อุทัยวรรณกาญจนกมลแนวคิดทางทันตกรรมพร้อมมูลชม.ทันตสาร 2543;21(2):7-24.
8. Callanen VA. Joseph LP, Kleinman DV. Prevention of dental disease. In: Jong AW. Community Dental Health.2nd ed, St Louis, Mosby, 1988:117-150.
9. Backman B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. ASDC J Dent Child. 1999;66:325-31.
10. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva,1986.
11. Watt RG.and Fuller SS. Oral health promotion opportunity knocks!Br Dent J 1999;186(1):3-6.
12. สุรเกียรติ อาชาานุภาพ.วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ.พิมพ์ครั้งที่ 3กรุงเทพมหานครสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2541:11-14.
13. Frazao P, Marques D. Effectiveness of a Community Health Worker Programon Oral Health Promotion. RevSaude Pubiica. 2009. Jun;43(3):463-71.
14. Pulver Lisa, Fitzpatrick Sally, Ritchie Jan, Norrie Marion. Filling the Gap:An Evaluation of a Voluntary Dental Program Within an aboriginal and Torres Strait Islander Community Controlled Primary Health Service. Aboriginal&Islander Health Worker Journal. 2010. July/August;43(4):3-7.
15. ศิวพร สุขสว่าง วัชรภรณ์ ทศจันทร์ ชัยวัฒน์ มณีบุษย์ผลของฟลูออไรด์เฉพาะที่ต่อการคืนกลับแร่ธาตุของรอยโรคจุดขาวจำลองในฟันน้ำนม ว.ทันต จุฬาฯ 2550;30:169-80.
16. Weng RH, Kung PT, Tsai WC, Chiang HH, Chiu LT. The use of fluoride varnish and its determining factors among children with disability in Taiwan. Res DevDisabil 2011 Jun., 32(2): 583-592.

Evaluation of holistic oral health promotion project for disable persons at the special education center in Sukhothai province ,2011

Amma Pattamasattayasonthi* D.D.S.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the holistic oral health promotion project for disable persons at Sukhothai's special education center. This project was proceeded during October 2553 to September 2554 by a multidisciplinary team. They visited the mobile unit at the special education center, develop abilities of relevant persons network and follow-up the operation by training exchanging of knowledge. This project was evaluated from information collection before and after the operation by 1) Examination of oral health status for disable persons. 2) Interview disable persons and related people about dental health behavior and food consumption behavior that affects dental caries. 3) Service access of dental promotion, prevention and treatment for disable persons. Assessments of knowledge and assessments of satisfaction for their custodian at the special education center and additional information collection when visiting disable persons who could not come to the special education center. The samples 102 persons voluntarily joined this project. 65.7 percent of them were 6-15 years old. The study results indicated that 1) The board of the center jointly made a plan of personal skills development for disable persons, financial support for hiring mentors of disable persons at the local administration and organized the place for brushing at the center. 2) The local administration provided mentors to take care of disable persons at their home and provided vehicles to deliver them to the hospital 3) Their parents and custodians had good attitudes of raising children to help themselves in their daily lives. They cooked with vegetable, provided fruit instead of snacks, trained children to brush their teeth and took them to receive dental services. 72.5 percent of them had knowledge level more than 80 percent of the total score about dental health care for disable persons. They were satisfied with the dental training, examination of oral health status, dental treatment and brushing skill development which there were 63.9 percent at the most satisfy level and 35.4 percent at very satisfy level. 4) Disable persons had good attitudes of dental health care. They brushed their teeth more correctly and the frequency of brushing was statistically significantly increased ($p < 0.01$). They statistically significantly changed their dental health behavior in the right way ($p < 0.001$). Drinking plain milk was increased from 43.1 to 71.6 percent, no drinking soft drink was increased from 15.7 to 30.4 percent and no eating snacks was increased from 5.9 to 32.4 percent. 49.0 percent of them received dental treatment by the appointment. In all age group for both male and female and people with physical disability group and intellectual or leaning disability group received more dental treatment, the average of dental filling was 1.05 ± 1.59 teeth per person and the average of dental missing was 0.47 ± 1.11 teeth per person which were statistically significantly increased ($p < 0.05$).

Keyword : *Holistic oral health promotion program for disable persons, special education center, Dental health behavior*

* Sukhothai hospital

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอ ในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วราฤทธิ์ สฤษฏีวานิช* ท.บ. วท.ม. (ทันตสาธารณสุข)

จริญญา หุ่นศรีสกุล** ท.บ. Ph.D

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ และมีจำนวนเป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรของแต่ละตำบล ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลคือเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 - เดือนเมษายน พ.ศ.2555 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุระหว่าง 60-70 ปี เก็บข้อมูลระยะแรกโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วทำการศึกษาข้อมูลและเลือกผู้สูงอายุเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอและที่แปรงฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอ แบบสัมภาษณ์มีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ (Cronbach's Alpha = 0.7) ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 260 คนจาก 5 ตำบล อายุเฉลี่ยคือ 65.8 ปี เป็นหญิง ร้อยละ 68.5 จบประถมศึกษาร้อยละ 83.1 อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 67.3 อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเท่ากันร้อยละ 50.0 และรู้สึกเพียงพอกับรายได้ในแต่ละเดือนร้อยละ 76.5 ร้อยละ 91.2 แปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้งทุกวัน ร้อยละ 59.6 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน พบว่า การอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ความรู้สึกไม่เพียงพอกับรายได้ในแต่ละเดือน และการรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอของการแปรงฟันก่อนนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การสนทนากลุ่ม 38 คน เป็นชาย 16 คนและหญิง 22 คน อายุเฉลี่ย 67.0 ปี กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอ 4 กลุ่ม เป็นชาย 4 คนและหญิง 13 คน กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอ 4 กลุ่ม เป็นชาย 12 คน หญิง 9 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอ คือ การปลูกฝังในวัยเด็ก จนเกิดเป็นความเคยชิน การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากทันตบุคลากร ครูและครอบครัว การเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน การให้ความสำคัญกับการลดกลิ่นปาก และการมีมุมมองที่ต่างกันต่อปัญหาในช่องปาก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอน การเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน

* โรงพยาบาลห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง

** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

บทนำ

จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 7 ของประเทศไทยปี พ.ศ.2555 พบผู้สูงอายุ 60-74 ปี เพียงร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 23.5 เมื่ออายุ 80 ปี¹ ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุลดลง อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม² มาตรการที่สำคัญและมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุคือการแปรงฟัน³⁻⁵ โดยพบว่า การแปรงฟันวันละ 2 ครั้งมีผลต่อจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก⁶⁻⁷ แต่จากผลสำรวจกลับพบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 65.5 เท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงเนื่องจากในเวลาที่นอนหลับเป็นเวลาที่น้ำลายมีอัตราการไหลน้อย⁸ การไม่แปรงฟันก่อนนอนทำให้เศษความอาหารที่ตกค้างอยู่ในช่องปากเปลี่ยนเป็นกรดกัดฟันผุได้ง่าย หากรวมกันกับภาวะน้ำลายแห้งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจะยิ่งทำให้ฟันผุสูงขึ้น^{3,9}

การศึกษาถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแปรงฟันในผู้สูงอายุของไทย โดยเฉพาะการแปรงฟันก่อนนอนนั้นพบได้น้อย งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ รวมถึงการรับรู้ ความเชื่อ เหตุผลและเงื่อนไขด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการแปรงฟันหรือไม่แปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 แห่งของอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวนทั้งสิ้น 2,604 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบประชากรชัดเจนของ Daniel, Wayne W.¹⁰ ได้ 260 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบและมีจำนวนเป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรของแต่ละตำบล ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลคือเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 - เดือนเมษายน พ.ศ.2555

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสัมภาษณ์ มีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ (Cronbach's Alpha = 0.7) ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปคือ อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย (ในเขตเทศบาล/นอกเขตเทศบาล) ระดับการศึกษา ความรู้สึกเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

1.2 พฤติกรรมการแปรงฟันและการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ (สม่ำเสมอ / ไม่สม่ำเสมอ) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

1.3 ประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปาก การรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยงและผลกระทบของการเกิดปัญหาโรคในช่องปาก การรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก มุมมองที่มีต่อสภาพช่องปากของตนเอง ความเชื่อในการดูแลสุขภาพช่องปาก อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ครอบครัว หรือสังคมต่อพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนจากอดีตถึงปัจจุบัน เหตุผลในการคงพฤติกรรมเดิมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน

เก็บข้อมูลระยะแรกโดยใช้ผู้สัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วทำการศึกษาข้อมูลและเลือกผู้สูงอายุเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม¹¹ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ แต่ละรพ.สต.ต้องมีทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คนคละกันทั้งชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson Chi-Square การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)¹²

คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีฟันธรรมชาติในช่องปากเหลืออยู่อย่างน้อย 1 ซี่ และไม่มีอาการพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง

การแปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การแปรงฟันก่อนที่จะเข้านอนในช่วงที่ดึกที่สุดของวัน

ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอน หมายถึง ผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนทุกวันในรอบอาทิตย์ที่ผ่านมา

ประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเคยมีโรคหรือปัญหาในช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา (นับจากวันที่สัมภาษณ์) รวมทั้งโรคหรือปัญหาในช่องปากในปัจจุบันที่เป็นอยู่ด้วย

การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะตนเองอาจมีโรคาสที่จะเกิดโรคในช่องปากหรือปัญหาช่องปากอื่นได้ในอนาคต

การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของปัญหาในช่องปาก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่

โรคในช่องปากที่ตนเองเป็นนั้นมีผลกระทบกับตนเองอย่างไรบ้าง เช่น เจ็บปวด เคี้ยวอาหารไม่ได้ ทำให้กังวล รำคาญ

การรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน รับรู้ถึงอุปสรรค/ความไม่สะดวก ซึ่งมีผลต่อการการตัดสินใจในการแปรงฟัน ทั้งในส่วนของสภาพช่องปากและความเชื่อในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือสภาพในช่องปาก

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 260 คน จากรพ.สต. เทศบาลห้วยยอด 81 คน รพ.สต.ท่าจิ้ว 53 คน รพ.สต.ลำภูรา 49 คน รพ.สต.นาวง 35 คนและ รพ.สต.ห้วยนาง 42 คน อายุเฉลี่ยคือ 65.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.5) ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา (ร้อยละ 83.1) มีกลุ่มที่ไม่เคยเรียนหนังสือเพียงร้อยละ 6.2 ส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 67.3) อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) และส่วนใหญ่รู้สึกเพียงพอกับรายได้ในแต่ละเดือน (ร้อยละ 76.5)

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 38 คน เป็นชาย 16 คนและหญิง 22 คน อายุเฉลี่ย 67.0 ปี แบ่งเป็น 8 กลุ่ม กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอจำนวน 4 กลุ่ม รวม 17 คน (ชาย 4 คนและหญิง 13 คน) และกลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอจำนวน 4 กลุ่ม รวม 21 คน (ชาย 12 คน หญิง 9 คน)

การแปรงฟันก่อนนอน

ร้อยละ 91.2 มีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้งเป็นประจำทุกวัน โดยร้อยละ 59.6 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 35.8 แปรงฟันก่อนนอนใน

บางวัน และไม่มีการแปรงฟันก่อนนอนเลยร้อยละ 4.6 กลุ่มที่ไม่มีการแปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 91.0 เลือกว่าจะบ้วนปากเพื่อทำความสะอาดฟัน รองลงมา ร้อยละ 27.3 ใช้ไหมขัดฟัน หรือผ้าเช็ดฟัน

กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอร้อยละ 59.0 ให้เหตุผลคือ ลืมหรือบางครั้งง่วง หลับไป รองลงมาคือ ในช่องปากมีฟันเหลืองน้อยแล้วและไม่เคยแปรงฟันมาตั้งแต่สมัยก่อนที่ร้อยละ 18.1 และ 15.2 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอทุกวันให้เหตุผลในการแปรงฟันคือ หากไม่แปรงจะรู้สึกฟันไม่ลื่น ซากๆ (ร้อยละ 51.6) อยากให้ฟันสะอาด (ร้อยละ 48.4) กลัวมีกลิ่นปาก (ร้อยละ 46.5) สำหรับเหตุผลเพื่อป้องกันโรคในปากมีเพียงร้อยละ 23.9 เท่านั้น

ผู้สูงอายุร้อยละ 53.5 คิดว่าการเจ็บฟันหรือปวดฟัน เป็นปัญหาที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด ร้อยละ 62.3 คิดว่าตนเองมีโอกาที่จะเกิดปัญหาในช่องปากได้อีก ร้อยละ 76.9 เชื่อว่าฟันหลุดเป็นเรื่องธรรมชาติ และร้อยละ 55.4 คิดว่าฟันเป็นโรค ถอนทิ้งไปโดยง่ายกว่าการที่จะไปอุดฟันเพื่อเก็บฟันไว้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอน

ผลการศึกษาพบว่า ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความรู้สึกเพียงพอของรายได้ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก และการรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอน

Table 1 Relationship between demographic factors and the regularity of tooth brushing before bedtime behavior

ปัจจัยด้านประชากร	แปรงฟันก่อนนอน สม่ำเสมอ (%)	แปรงฟันก่อนนอน ไม่สม่ำเสมอ(%)	p- value
ที่อยู่อาศัย (n = 260)			
ในเขตเทศบาล (n =130)	71.5	28.5	< 0.001*
นอกเขตเทศบาล (n =130)	47.7	52.3	
เพศ (n = 260)			
ชาย (n =82)	53.7	46.3	0.18
หญิง (n =178)	62.4	37.6	
สถานภาพ (n = 260)			
ไม่มีคูชีวิตอยู่ด้วย (n=85)	55.3	44.7	0.32
มีคูชีวิตอยู่ด้วย (n=175)	61.7	38.3	

ปัจจัยด้านประชากร	แปรงฟันก่อนนอน สม่ำเสมอ (%)	แปรงฟันก่อนนอน ไม่สม่ำเสมอ (%)	p- value
ระดับการศึกษาสูงสุด (n = 260)			
ไม่เกินประถมศึกษา (n=232)	57.3	42.7	0.03*
สูงกว่าประถมศึกษาขึ้นไป (n=28)	78.6	21.4	
ความรู้สึกเพียงพอของรายได้ (n = 260)			
เพียงพอ (n=204)	55.9	44.1	0.02*
ไม่เพียงพอ (n=56)	73.2	26.8	

* significant ที่ p value <0.05, Pearson Chi-square test

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอน

Table 2 Relationship between perception factors with the regularity of tooth brushing before bedtime behavior

ปัจจัยการรับรู้	แปรงฟันก่อนนอน สม่ำเสมอ (%)	แปรงฟันก่อนนอน ไม่สม่ำเสมอ(%)	p- value
ประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก (n = 258)			
เคยเป็น (n = 189)	61.4	38.6	0.26
ไม่เคยเป็น (n = 69)	53.6	46.4	
การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก (n = 244)			
น่าจะเป็น (n = 162)	54.3	45.7	0.04*
ไม่น่าจะเป็น (n = 82)	68.3	31.7	
การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเกิดโรค (n = 238)			
น้อย (n = 63)	57.1	42.9	0.24
ปานกลาง (n = 104)	63.5	36.5	
มาก (n = 71)	50.7	49.3	
การรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน (n = 260)			
มีความสำคัญ (n =214)	65.4	34.6	< 0.001*
ไม่แน่ใจ (n = 40)	35.0	65.0	
ไม่สำคัญ (n = 6)	16.7	83.3	

* significant ที่ p value <0.05, Pearson Chi-square test

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกเชิงพหุพบว่า มีเพียงการรับรู้ถึงความสำคัญของการแปลงพันธุกรรม การอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและความรู้สึกเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปลงพันธุกรรมก่อนนอนของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการแปลงพันธุกรรมก่อนนอนมีความสำคัญ มีโอกาสแปลงพันธุกรรมก่อนนอนสม่ำเสมอเป็น 4.1 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เห็นด้วย (OR 4.11; 95% CI 1.82 - 9.29) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสมากกว่าอยู่นอกเขตเทศบาลเป็น 3 เท่า (OR 3.01; 95% CI 1.62 - 5.56) ขณะที่ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าในแต่ละเดือนมีรายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสที่จะแปลงพันธุกรรมก่อนนอนสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ 2.9 เท่า (OR 2.91; 95% CI 1.3 - 6.5) (ตารางที่ 3)

ผลจากการสนทนากลุ่ม

การแปลงพันธุกรรม

เมื่อก่อนผู้คนไม่ให้ความสำคัญเรื่องการแปลงพันธุกรรม อาจเกิดจากวัฒนธรรมการใช้หมาก ยาเส้น ทำให้ฟันทน ไม่เจ็บ ไม่มีกลิ่นปาก รวมถึงแปรงสีฟัน ยาสีฟันหาซื้อได้ยาก

“คนสมัยก่อนไม่ใช่แปรง ฟันแม่ก็ไม่เห็นแปรงสีฟันกับแปรงหมากทุบ อยากให้ฟันขาวก็ใช้เกลือชุบถ่านมาถู แปรงสีฟัน ยาสีฟันเห็นมีเหมือนกันแต่แปรงเฉพาะคนในเมือง คนบ้านๆ อย่างเราไม่แปรง” (กลุ่มไม่แปลงพันธุกรรมก่อนนอน)

การแปลงพันธุกรรมในความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นไปเพื่อทำความสะอาดฟัน และคาดหวังถึงการที่ไม่มีกลิ่นปาก มากกว่าที่จะคิดถึงการไม่มีโรค การแปลงพันธุกรรมเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล

“ตัวเองอายุมากแล้ว ไม่ต้องให้ใครมาสอนมาเตือน”

การแปลงพันธุกรรมก่อนนอน

ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (จำนวน 17 คนจาก 38 คน) เห็นว่า การแปลงพันธุกรรมก่อนนอนเป็นเรื่องของความเคยชินของพฤติกรรมที่ทำมาตั้งแต่วัยเด็ก ส่งผลมาถึงพฤติกรรมในปัจจุบัน

“เราแปรงแบบนี้มาตั้งแต่เด็กมันเคยชิน ไม่แปรงไม่ได้มันรู้สึกเหม็นปาก ไม่สะอาด ไม่พูดจา กับใครก็ต้องแปรงเพราะปากมันพองๆ” (กลุ่มแปลงพันธุกรรมก่อนนอน)

“ก่อนนอนไม่แปรงเลย ตั้งแต่เด็กมาแล้ว จะแปรงเฉพาะตอนอาบน้ำตอนเช้าเท่านั้น เพราะไม่รู้จะแปรงทำไม ยิ่งแก่แล้วยิ่งไม่ต้องแปรงก็ได้” (กลุ่มไม่แปลงพันธุกรรมก่อนนอน)

สำหรับกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงการแปลงพันธุกรรมก่อนนอนไปจากตอนวัยเด็ก (21 คน จาก 38 คน) พบว่าเปลี่ยนแปลงจากแปลงพันธุกรรมก่อนนอนเป็นไม่แปลงพันธุกรรมก่อนนอนจำนวน 12 คน และเปลี่ยนแปลงจากการไม่แปลงพันธุกรรมก่อนนอนเป็นแปลงพันธุกรรมก่อนนอน จำนวน 9 คน โดยมีเหตุผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกิดจากทั้งอิทธิพลจากภายนอก และจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

อิทธิพลจากภายนอก

สาเหตุหรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิดความเชื่อของผู้สูงอายุจากอิทธิพลภายนอก ตั้งแต่วัยเด็กจนเป็นผู้ใหญ่ ได้แก่ เรื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากทันตบุคลากร ครูและครอบครัว

“คิดว่าการแปรงฟันขึ้นกับการที่มีความเจริญเข้าไปมีโฆษณาเลยทำให้รู้จักวิธีการแปรงฟัน” (กลุ่มแปลงพันธุกรรมก่อนนอน)

“มีอนามัยแล้วดีมากเลยนะ เพราะได้รู้ข้อมูลการดูแลตนเองมากเลย การออกกำลังกาย การกินอาหาร การดูแลฟัน ประชุมที่อนามัย มีหมอฟันมาให้ความรู้ ดีมากเลย ถ้าหมอไม่มา

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ และ Odds ratios ของการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกเชิงพหุของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยการรับรู้กับความสม่ำเสมอของการแปรงฟันก่อนนอน

Table 3 Coefficients and Odds ratios of the multiple logistic regression analysis between demographic factors, perception factors and the regularity of tooth brushing before bedtime

ตัวแปร	Odds ratios (95% CI)	p value
เพศ		
หญิง	1.47 (0.75 - 2.9)	0.266
ชาย (ref.)		
สถานภาพ		
อยู่เป็นคู่	1.82 (0.92 - 3.61)	0.084
อยู่คนเดียว (ref.)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
สูงกว่าประถมศึกษาขึ้นไป	1.44 (0.47 - 4.42)	0.53
ไม่เกินประถมศึกษา (ref.)		
ความรู้สึกเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน		
ไม่เพียงพอ	2.91 (1.3 - 6.5)	0.009*
เพียงพอ (ref.)		
ที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	3.01 (1.62 - 5.56)	0.001*
นอกเขตเทศบาล (ref.)		
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก		
น่าจะเป็น	1.681 (0.86 - 3.31)	0.132
ไม่น่าจะเป็น (ref.)		
การรับรู้ถึงความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน		
มีความสำคัญ	4.113 (1.82 - 9.29)	0.001*
ไม่สำคัญ (ref.)		

* significant ที่ p value <0.05, Pearson Chi-square test

พวกลุงก็ไม่ได้คุยกันเรื่องพวกนี้หรอก” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

“หมอมายบอก จึงได้รู้ว่าต้องแปรงตอนกลางคืนด้วย” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

“คนแก่ที่บ้านบอกว่า ถ้าแปรงฟันบ่อยๆ ฟันมันจะหักหมด” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

“ครูไม่ใช่สนใจอะไรเรื่องแบบนี้ ครูก็ไม่รู้เรื่อง เพราะหมอก็ไม่มี” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ คือ การเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน รวมทั้งการมีมุมมองที่ต่างกันต่อปัญหาในช่องปาก

การเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน

“เริ่มแปรงก่อนนอนมา 4-5 ปี แล้ว เพราะฟันมันเจ็บ พอแปรงแล้วฟันมันหายเจ็บ แต่ก่อนแปรงเฉพาะตอนเช้า คิดว่าพอเพราะไม่เห็นฟันเสียอะไร” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

“แปรงเฉพาะตอนเช้ามาตั้งแต่เด็ก ไม่แปรงก่อนนอนก็ไม่เห็นจะเป็นอะไรมาเลย ก็เคยมีเจ็บบ้าง ทิ้งไว้ก็หาย” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

“กลางคืนแค่บ้วนปากก็พอ แต่ตอนเช้าต้องแปรงเพราะน้ำลายมันบูด” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

“ตอนเช้ามันสำคัญนะ ปากมันมีกลิ่น รู้สึกไม่สบายใจถ้าไม่ได้แปรง แต่กลางคืนก็ต้องแปรงด้วยแปรง 2 รอบยังงั้นมันก็ดีกว่ารอบเดียว มันสะอาดกว่า” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

“ตอนเช้าไม่ลืมเลยนะ มันชินแล้ว แต่ตอนกลางคืนก็สำคัญ แปรงแล้วตอนเช้ามันทำให้ไม่มีกลิ่นด้วย” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

การมีมุมมองที่ต่างกันต่อปัญหาในช่องปาก

“ป้ามีฟันเหลือในปาก 10 ซี่ ก็ต้องแปรงให้สะอาด แปรงยากขึ้นนะแต่ก็ต้องเลือกแปรง ความยุ่งยากไม่ใช่ปัญหา” (กลุ่มแปรงฟันก่อนนอน)

“ฟันหลุดไปหลายซี่ แปรงยาก ใช้เวลานานเลยไม่แปรง ใช้แปดีกหมากหรือนิ้วถูๆ ง่ายกว่ากันเยอะ” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

“เหลือฟันไม่กี่ซี่ ฟันห่างกันแปรงไปก็เจ็บเหงือกเปล่า” (กลุ่มไม่แปรงฟันก่อนนอน)

บทวิจารณ์

ผู้สูงอายุร้อยละ 53.5 คิดว่าการเจ็บฟันหรือปวดฟัน เป็นปัญหาที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ว่า การเจ็บฟันเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ¹³⁻¹⁴ ผู้สูงอายุร้อยละ 62.3 คิดว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาในช่องปากได้อีกและร้อยละ 76.9 เชื่อว่าฟันหลุดเป็นเรื่องธรรมชาติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น¹⁵⁻¹⁸ และร้อยละ 55.4 คิดว่าฟันเป็นรูผุ ถอนทิ้งไปเลยง่ายกว่าการที่จะไปอุดฟันเพื่อเก็บฟันไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ettinger RL. ที่ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญของการเก็บฟันไว้เช่นกัน¹⁹

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้งเป็นประจำทุกวัน (ร้อยละ 91.2) ใกล้เคียงกับข้อมูลระดับประเทศ¹ (ร้อยละ 94.2) มีการใช้ยาสีฟันร่วมด้วยร้อยละ 93.1 มากกว่าข้อมูลระดับประเทศ (ร้อยละ 80.7) แต่มีการแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 59.6 น้อยกว่าข้อมูลระดับประเทศ (ร้อยละ 65.5)

ปัจจัยระดับการศึกษา และความรู้สึกเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ettinger RL. ที่พบว่าปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁹

ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน สอดคล้องกับการศึกษาของธรราร และหิรัญญา (2550) ที่พบว่าใน

ผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ²² การศึกษาอื่นพบว่า ผู้มีสถานะคู่มักจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี กว่าไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วย^{19,23} ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษานี้ อาจเป็นไปได้ว่าพฤติกรรมการ แปรงฟันก่อนนอนเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่น สอดคล้องกับผลจากการสนทนา กลุ่มที่ผู้สูงอายุบางคนกล่าวว่า เรื่องการแปรงฟัน เป็นเรื่องของตัวเอง อายุมากแล้ว ไม่ต้องให้ใคร มาสอน มาเตือน

ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคใน ช่องปากและการรับรู้ถึงความสำคัญของการ แปรงฟันก่อนนอน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ แปรงฟันก่อนนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า พฤติกรรมการ แปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุขึ้นกับการรับรู้ว่ ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากหรือไม่ และหากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการแปรงฟันก่อน นอนมีความสำคัญ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีการ แปรงฟันก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ²⁴

ผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการแปรงฟัน ก่อนนอนมีโอกาสแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอเป็น 4.1 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ให้ความสำคัญกับการ แปรงฟันก่อนนอน อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมี ความเชื่อว่าการแปรงฟันก่อนนอนมีความสำคัญ มองเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันก่อนนอน ไม่ว่า สภาพช่องปากจะเป็นอย่างไร ผู้สูงอายุก็ยังคงมี การแปรงฟันก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ

การที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมี โอกาสแปรงฟันสม่ำเสมอมากกว่าอยู่นอกเขต เทศบาล 3 เท่า อาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุในเขต เทศบาลมีแนวโน้มการเข้าถึงข้อมูล การได้รับทันต สุขศึกษา การได้รับข่าวสารจากช่องทางอื่นมาก

กว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Lin HC ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองจะมี ความถี่ในการแปรงฟันมากกว่าในชนบท¹⁸

ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีรายได้นั้นมีรายได้ไม่ เพียงพอมีโอกาสที่จะแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอ กว่าผู้ที่รู้สึกว่ามีความเพียงพอเพียงพอ 2.9 เท่า ซึ่งต่างจาก การศึกษาอื่นที่พบว่าการมีรายได้เพียงพอต่อความ ต้องการจะมีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กว่า¹⁹ อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ นั้นจำเป็นที่จะต้องเข้าสังคม เพื่อทำงานหรือ หารายได้เพิ่มเติม ดังนั้นความรู้สึกในการที่ต้อง แปรงฟันก่อนนอนเข้าสังคมอาจมีมากกว่าผู้สูงอายุที่ ไม่มีความกังวลกับการหารายได้

การแปรงฟันในความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็น ไปเพื่อทำความสะอาดฟัน และคาดหวังถึงการที่ ไม่มีกลิ่นปาก มากกว่าที่จะคิดถึงการไม่มีโรค ซึ่ง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าเหตุผลใน กลุ่มที่แปรงฟันก่อนนอนคือ อยากให้ฟันสะอาด และกลัวการมีกลิ่นปากที่ร้อยละ 48.4 และ 46.5 ตามลำดับ ขณะที่เหตุผลเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก อยู่ที่ร้อยละ 23.9 เท่านั้น และยังสอดคล้องกับ การศึกษาอื่นที่ให้ความสำคัญเรื่องกลิ่นปากอันมี ผลต่อบุคลิกภาพมากกว่าการป้องกันปัญหาใน ช่องปาก²⁰⁻²¹ ดังนั้น การให้ความรู้หรือสร้างแรง จูงใจในการแปรงฟันก่อนนอนนั้น ที่งานสุขภาพ ควรคำนึงถึงเรื่องการสร้างความสำคัญของการ แปรงฟันก่อนนอนที่มากขึ้น และควรเชื่อมโยงกับ เรื่องการมีกลิ่นปากมากกว่าเพียงเพื่อการลดโรคใน ช่องปาก

การแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุ ส่วน หนึ่งเป็นความเคยชินที่มีมาจากรวัยเด็ก อย่างไรก็ตาม การได้รับข้อมูลใหม่หรือการรับรู้ต่อ ประสิทธิภาพที่เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบจากการ แปรงฟันก่อนนอน จะเป็นจุดที่ทำให้เกิดการหักเห

ในการปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติทั้งเชิงบวกและลบได้นอกจากนี้ การให้ความสำคัญต่อกลิ้นปาก เพราะเป็นเรื่องของการเข้าสังคม²⁰ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน โดยผู้ที่เชื่อว่าการแปรงฟันก่อนนอนเข้ามีความสำคัญมากกว่าการแปรงฟันก่อนนอน เนื่องจากตอนเช้ามีกลิ่นปากมากกว่ามีแนวโน้มที่จะแปรงฟันเฉพาะตอนเช้าหรือแปรงก่อนนอนไม่สม่ำเสมอ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแปรงฟันก่อนนอนที่สำคัญอีกประการคือ การมีมุมมองต่อสภาพปัญหาในช่องปากที่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีมุมมองเชิงบวกต่อการแปรงฟันก่อนนอน ไม่ว่าจะสภาพช่องปากจะแย่เพียงใด ยังคงมีการแปรงฟันก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ

งานวิจัยนี้เลือกที่จะใช้วิธีการเชิงปริมาณควบคู่ไปกับงานเชิงคุณภาพเนื่องจาก เครื่องมือเชิงปริมาณสามารถวัดการรับรู้ตามแนวคิดย่อยของทฤษฎี รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของตัวแปรและสามารถอนุมานข้อมูลอ้างอิงไปสู่ประชากรได้ แต่มีข้อจำกัดคือการใช้กรอบทฤษฎี ยังเป็นมุมมองจาก “คนนอก” (Etic view) เป็นหลัก ในขณะที่การจะทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงบริบททางสังคมสิ่งแวดล้อมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นการใช้วิธีการเชิงคุณภาพมาร่วมด้วย จะทำให้เข้าใจเหตุผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ อย่างรอบด้านตามทัศนะของคนใน (Emic view) ได้มากขึ้น^{25,26} อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ เลือกเฉพาะผู้สูงอายุในบางพื้นที่อายุระหว่าง 60-70 ปีที่สามารถดูแลตนเองได้เท่านั้น ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถนำไปอธิบายผู้สูงอายุกลุ่มอื่นได้ รวมทั้งไม่ได้มีการพิจารณาถึงคุณภาพของการแปรงฟันในมุมอื่นเช่น วิธีการแปรง ระยะเวลาในการแปรง ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงการแปรงฟันของผู้สูงอายุไทยในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอควรสร้างเสริมปัจจัยทั้งระดับบุคคลและปัจจัยภายนอกให้เหมาะสมกับความหลากหลายของผู้สูงอายุดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีการแปรงฟันก่อนนอนสม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่ควรสนับสนุนพฤติกรรมดังกล่าวและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นต่อไป

2. ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่แปรงฟันก่อนนอนหรือแปรงไม่สม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่ทันตบุคลากรควรทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงสาเหตุของการมีพฤติกรรมดังกล่าว ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอน โดยอาจหาวิธีที่เอื้อต่อการที่ผู้สูงอายุจะทำความสะอาดฟันได้ง่าย เช่น สนับสนุนเครื่องมือที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถแปรงได้ง่ายขึ้น หรือเตรียมสภาพช่องปากให้เอื้อต่อการทำความสะอาดฟันเช่น อุดฟัน ใส่ฟันเทียมปิดช่องว่าง เป็นต้น นอกจากนี้ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าฟันในช่องปากของผู้สูงอายุนั้นสามารถที่จะดูแลและเก็บไว้ได้

3. ควรสนับสนุนปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการแปรงฟันก่อนนอนตั้งแต่วัยเด็กทั้งในสถาบันโรงเรียนและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการค้นคว้าวิจัย ขอขอบคุณ ผศ. ทพ.วราภรณ์ พิธีพรชัยกุล, อ.ทพญ. อัจฉรา วัฒนาภา (ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์), ทพญ. อาภาพรณี เขมวุดิพงษ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง), ทพญ. จุฑามาศ ตีรรัตน์พันธ์ (โรงพยาบาลตรัง) สำหรับคำปรึกษา

ในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ห้วยยอดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่
ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้การวิจัยนี้
รวมทั้งทีมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาล สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานกึ่งการองค์การทหารผ่านศึก พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2556
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81-92
3. Gershen JA. Geriatric Dentistry and Prevention: Research and Public Policy. Adv Dent Res 1991; 5: 69-73.
4. Asadoorian J. Tooth Brushing. CJDH 2006; 40(5).
5. William DM. Systematized prevention of oral disease: Theory and practice. 1986
6. Sonata V, Nagham K, Miira MV. Number of teeth in relation to oral health behavior in dentate elderly patients in Lithuania. Gerodontology 2005; 22: 44-51.
7. นุจรีเสวภา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนฟันธรรมชาติและฟันที่เคี้ยวได้ของประชากรในอ.ปากพอง จ.นครศรีธรรมราช. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 2551;58(3)
8. Schneyer LH, Pigman W, Hanahan L. Rate of flow of human parotid, sublingual, and submaxillary secretions during sleep. JDR 1956
9. Zubiene J, Mileiuviene S, Klumbiene J. Evaluation of dental care and the prevalence of tooth decay among middle-aged and elderly population of Kaunas city. Stomatologija 2009; 11(2).
10. Daniel, Wayne W: Biostatistics A Foundations for Analyse in Health Science. 1995.
11. โยธิน แสงวดี. การสนทนากลุ่มใน: พิษิต พิทักษ์เทพสมบัติ, บรรณาธิการ. ปฏิบัติการเหนือตำรา การวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมธรรม; 2540. หน้า 65-76
12. Thurmond VA. The Point of Triangulation. Journal of Nursing Scholarship 2001; 33: 3, 253-258
13. Borreani E, Jones K, Scamber S, Gallagher JE. Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older people's views on oral health and oral health care. Gerodontology 2010; 27: 11-18
14. Tickle M, Craven R, Worthington HV. A Comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 217-22

15. Kwan SYL, Holmes MAM. An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire: a qualitative investigation. *Health Educ Res* 1999; 14: 453-60.
16. Schou L, Eadie D. Qualitative study of oral health norms and behavior among elderly people in Scotland. *Community Dent Health* 1991; 8(1): 53-8
17. Maupome G, Borges A, Ramirez LE, Bonilla JDD. Perception of tooth loss and periodontal problems in an independent elderly population: Content-analysis of interview discourse. *JCCG* 1999; 14: 43-69
18. Lin HC, Wong MCM, Wang ZJ, Lo ECM. Oral health knowledge, attitudes and practices of Chinese adults. *JDR* 2001; 80(5): 1466-70.
19. Ettinger RL. Aging-A global Issue. *JDR* 1995; 74(3): 724-6
20. Green BM, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. Older peoples' perceptions of oral health: "it's just not that simple" *IJDH* 2009; 31-38
21. Slaughter A, Smith VJ, Taylor L. Progressing toward a more culturally competent approach to dental care for African American elders. *Spec Care Dentist* 2004; 24(6): 301-7
22. ธาราธร ดวงแก้ว , หิรัญญา เดชอุดม. งานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ต.โพรงมะเดื่อ อ.เมือง จ.นครปฐม[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม; 2550.
23. ปิยะนุช แก้วเรือง, อันฟามร์ ศิริโต. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมดอกคำดวน ตำบลคูบัว อ.เมือง จ.ราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
24. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค.2556]: เข้าถึงได้จาก: <http://www.gotoknow.org/posts/115420>
25. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน: พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ, บรรณาธิการ. ปฏิบัติการเหนือตำรา การวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เสมาธรรม; 2540. หน้า 46-56
26. ทวีศักดิ์ นพเกษร. การผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพกับการวิจัยเชิงปริมาณ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค.2556] : เข้าถึงได้จาก: http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=744

Factors influencing the regularity of tooth brushing before bedtime behavior of the elderly in Huaiyod district Trang province.

Vararit Saritwanitch* *D.D.S., M.Sc. (Dental Public Health),*

Jaranya Hunsrisakhun** *D.D.S., Ph.D. (Dental Public Health)*

Abstract

This cross sectional analytical study was aimed to assess factors influencing the regularity of bedtime tooth brushing in the elderly, Huaiyod District ,Trang Province. Sampling with probability proportional to size (PPS) for each setting and systematic random sampling was applied for data collection during October 2011- April 2012. Data collection method was employed through an interview with a structured-questionnaire that has an acceptable level of reliability. (Cronbach's Alpha=0.7). Subsequently, the focus group discussion was implemented for the qualitative data. Result : The age of 260 samples from 5 settings was range from 60-70 years with mean age of 65.8 years, 68.5% were female, 83.1% educated in primary school level, 67.3% married, 76.5% satisfied with their income and 50% lived in municipal areas. Most respondents (91.2%) reported that they brushed their teeth at least once a day and only 59.6% had a regular bedtime tooth brushing. Based on multiple logistic regression analysis, only settlement types, perception on the sufficiency of income and perception on importance of bedtime brushing influenced the regularity of bedtime brushing statistically significant ($p<0.05$). Thirty eight samples in focus group discussion with mean age of 67 years (16 males, 22 females) were divided into 4 groups being the regular (4 males, 13 females) and 4 irregular tooth brushing before bedtime groups. (12 males, 9 females) Regarding focus group discussion, it was shown that the main influential factors on regularity of bedtime tooth brushing were rooted from their experience since childhood, receiving information from oral health personnel, teachers and their families. In addition, the informants expressed about their beliefs in benefits of bedtime tooth brushing as well as, concerns about good breath and their different perspectives towards oral health problems.

Key words: *the elderly; regularity of bedtime tooth brushing; beliefs in benefits of bedtime tooth brushing.*

* Huaiyod hospital, Trang province.

** Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Songkla province.

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม และปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน

สุพรรณิ สุคันธรานิล* ส.บ., วท.ม. (ประชากรและการพัฒนา)

สุภาวดี พรหมมา* ส.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสภาวะโรคฟันผุ อณามัยช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 1-24 เดือน วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยตรวจฟันเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครองและบันทึกในแบบบันทึกตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มาใช้บริการที่คลินิกเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุข 170 แห่ง ใน 12 จังหวัด 4 ภาค จำนวน 5,388 คน ผลการศึกษา พบว่า เด็กร้อยละ 11.3 มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน ร้อยละ 7.9 มีรอยขุนขาว และร้อยละ 6.6 มีฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 47.5 ได้รับการแปรงฟันทุกวัน และร้อยละ 36.4 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 15.5 รับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 18.0 ดื่มนมหวาน และร้อยละ 68.9 ใช้ขวดนม ได้รับการตรวจฟันร้อยละ 71.1 ได้รับการทาฟลูออไรด์วารินซ์ ร้อยละ 32.6 และมีเพียงร้อยละ 1.7 ที่เคยได้รับการรักษา พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเด็กอายุ 7-24 เดือน คือ การป้อนนม กินนมหวาน กินนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน และมีรอยขุนขาว แต่การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้าม การใช้ขวดนมและการทาฟลูออไรด์วารินซ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ

คำสำคัญ : เด็กวัยก่อนเรียน สภาวะโรคฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของเด็กที่มีสาเหตุมาจากการมีฟันน้ำนมผุ นอกจากก่อให้เกิดความเจ็บปวดแล้ว การสูญเสียฟันไปก่อนกำหนด ทำให้เด็กได้รับประทานอาหารลำบากและเคี้ยวไม่สะดวก ส่งผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก บุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง และฟันน้ำนมผุยังมีผลให้ฟันน้ำนมซี่อื่นๆ ในปากรวมถึงฟันแท้ผุมากขึ้นด้วย

ประเทศไทยได้ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันฟันผุเด็กปฐมวัยในระบบบริการภาครัฐมาตั้งแต่ปี 2535 ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7¹ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพช่องปากทุกระยะ 5 ปี (ปีพ.ศ. 2549-50 และ พ.ศ. 2555) พบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเริ่มลดลงจากร้อยละ 61.4 เป็น 56.7²

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุสามารถทำได้โดยเริ่มที่บ้าน ผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก บุคลากรที่ทำงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีจะเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุนให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างเหมาะสม ด้วยการตรวจคัดกรองเด็ก 9-12, 18 และ 30 เดือน และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยตรวจการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ มีฟันผุระยะแรก มีความผิดปกติของผิวฟัน และสอบถามพฤติกรรมกรกินของเด็ก การแปรงฟัน การได้รับฟลูออไรด์ เมื่อประเมินความเสี่ยงของเด็กแล้ว พบว่าเด็กที่มีความเสี่ยงต่ำ จะให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กที่มีความเสี่ยงสูงจะเพิ่มการสาธิตการแปรงฟันแก่ผู้ปกครอง เด็กที่มีความเสี่ยงสูงและมีฟันผุในระยะแรกหรือมีความผิดปกติที่ผิวฟัน จะส่งต่อทันตบุคลากรหรือบุคลากร

ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม เพื่อทาฟลูออไรด์³ ทันตบุคลากรในจังหวัดสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้เพื่อการวินิจฉัยสาเหตุและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดโรคฟันผุ

การศึกษานี้ เพื่อให้ทราบถึงสภาวะโรคฟันผุอนามัยช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 1-24 เดือน เพื่อนำผลไปจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของจังหวัดหรือพื้นที่

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง และเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชน บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (2553-2554)⁴ คัดเลือก 12 จังหวัดจาก 4 ภาคตามเกณฑ์เรื่อง มีผลงานเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชน มีทีมงานและระบบบริหารจัดการดีพิจารณาจากผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและพร้อมที่จะร่วมพัฒนาการมีและใช้ระบบข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2553 เป็นการเก็บข้อมูลในระบบปกติจากกลุ่มเด็กอายุ 1-24 เดือนที่มารับภูมิคุ้มกันโรคในคลินิกเด็กดีของสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ 170 แห่ง ผู้เก็บข้อมูลเป็นทันตแพทย์หรือทันตภิบาลของสถานบริการนั้น ซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานโดยการชี้แจงผ่านทางคู่มือการทำงาน ผู้เก็บข้อมูลตรวจฟันเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครองและบันทึกในแบบบันทึกตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁵ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคคือการรับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน การดื่ม

นมหวาน การใช้ขวดนม การทำความสะอาดช่องปากคือ แปรงฟันทุกวัน ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สถานะสุขภาพช่องปากคือ มีฟันผุ วัดทั้งปากเป็นรายซี่ (dmft) การวินิจฉัยฟันผุใช้เกณฑ์ฟันผุรายซี่ขององค์การอนามัยโลก มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบนและรอยขุ่นขาว (decalcification หรือ White Spot) ซึ่งวัดเฉพาะที่มองเห็นด้วยตาเปล่า (visible plaque, decalcification) การได้รับบริการสุขภาพช่องปากคือ การตรวจฟัน การทาฟลูออไรด์วาร์นิช และการได้รับการรักษา ประมวลผลข้อมูลและนำเสนอเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

12 จังหวัดตัวอย่าง จาก 4 ภาคประกอบด้วย จังหวัดอ่างทอง ชัยนาท สิงห์บุรี จันทบุรี ราชบุรี สุรินทร์ หนองคาย อำนาจเจริญ อุทัยธานี แพร่

สุราษฎร์ธานี และตรัง⁴ จำนวนตัวอย่าง 5,388 คน แยกตามอายุ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 21.8-31.0 (ตารางที่ 1)

สถานะโรคฟันผุและอนามัยช่องปาก

ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเฉพาะเด็กที่มีฟันขึ้นแล้วอย่างน้อย 1 ซี่ กลุ่มตัวอย่างมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน ร้อยละ 11.3 มีรอยขุ่นขาว (White Spot) ร้อยละ 7.9 และมีฟันผุร้อยละ 6.6 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ เด็กอายุ 1-6 เดือนร้อยละ 0.5 เริ่มมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันหน้าบน ร้อยละ 0.7 มีรอยขุ่นขาว และ ร้อยละ 0.2 มีฟันผุ เด็กอายุ 7-12, 13-18 และ 19-24 เดือน มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันหน้าบน ร้อยละ 4.5, 18.9 และ 24.1 มีรอยขุ่นขาว ร้อยละ 3.0, 12.3 และ 17.5 มีฟันผุ ร้อยละ 2.3, 9.9 และ 15.9 สถานะทั้ง 3 จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้อัตราเพิ่มจากอายุ 7-12 เดือน ไปถึงอายุ 19-24 เดือน คิดเป็น 5.4 เท่า 5.8 เท่า และ 6.9 เท่าตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

Table 1 Number and percentage of sampling group

อายุ (เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
1-6	1,237	23.0
7-12	1,674	31.0
13-18	1,304	24.2
19-24	1,173	21.8
รวม	5,388	100.0

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

Table 2 Oral health status of sampling group by age

อายุ (เดือน)	สภาวะสุขภาพช่องปาก		
	Plaque 4 ซี่บนานบน จำนวน (ร้อยละ)	White Spot จำนวน (ร้อยละ)	ฟันผุ จำนวน (ร้อยละ)
1-6	6 (0.5)	9 (0.7)	2 (0.2)
7-12	75 (4.5)	50 (3.0)	39 (2.3)
13-18	246 (18.9)	161 (12.3)	129 (9.9)
19-24	283 (24.1)	205 (17.5)	187 (15.9)
รวม	610 (11.3)	425 (7.9)	357 (6.6)

หมายเหตุ เฉพาะในเด็กที่มีฟันขึ้นแล้วอย่างน้อย 1 ซี่

พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก

จากตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันทุกวันร้อยละ 47.5 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 36.4 รับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 15.5 รับประทานนมหวานร้อยละ 18.0 และใช้ขวดนมร้อยละ 68.9

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.5 เริ่มแปรงฟันตั้งแต่อายุไม่เกิน 6 เดือน และเพิ่มเป็นร้อยละ 35.8,

70.4 และ 77.6 ตามลำดับเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ปกครองเริ่มใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เมื่อเด็กอายุ 1-6 เดือน และใช้มากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 7-24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 19.7 59.2 และ 69.9 ตามลำดับ

การบริโภคนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และการบริโภคนมหวาน จะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามอายุ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ถึง 24.6 และ 6.0 ถึง 32.9 ตามลำดับ เด็กอายุ 13-18 เดือนใช้ขวดนมมากที่สุด ร้อยละ 78.4 และมีเด็กถึงร้อยละ 69.4 ยังคงใช้ขวดนมแม้จะอายุ 19-24 เดือนแล้วก็ตาม

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

Table 3 Consumption and oral cleansing behaviors of sampling group by age

อายุ (เดือน)	พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก				
	แปรงฟันทุกวัน	ใช้ยาสีฟัน	กินขนมมากกว่า	กินนมหวาน	ใช้ขวดนม
	จำนวน (ร้อยละ)	ฟลูออไรด์ จำนวน (ร้อยละ)	2 ครั้ง/วัน จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1-6	130 (10.5)	39 (3.2)	59 (4.8)	74 (6.0)	672 (54.3)
7-12	599 (35.8)	329 (19.7)	193 (11.5)	189 (11.3)	1,206 (72.0)
13-18	918 (70.4)	772 (59.2)	295 (22.6)	322 (24.7)	1,022 (78.4)
19-24	910 (77.6)	820 (69.9)	289 (24.6)	386 (32.9)	814 (69.4)
รวม	2,557 (47.5)	1,960 (36.4)	836 (15.5)	971 (18.0)	3,714 (68.9)

การได้รับบริการสุขภาพช่องปาก

การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 7-24 เดือน ร้อยละ 71.1 ได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 32.6 ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช มีเพียงร้อยละ 1.7 ได้รับการรักษา กลุ่มอายุ 7-12, 13-18 และ 19-24

เดือน ได้รับบริการตรวจฟันร้อยละ 62.8-78.5 ทาฟลูออไรด์วานิชร้อยละ 22.8-40.7 และได้รับการรักษาร้อยละ 1.5-2.3 โดยร้อยละของการได้รับบริการจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามอายุ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 7-24 เดือน

Table 4 Number and percentage of children 7-24 months who accessed to oral care

อายุ (เดือน)	การได้รับบริการสุขภาพช่องปาก		
	ตรวจฟัน จำนวน (ร้อยละ)	ทาฟลูออไรด์วาร์นิช จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับการรักษา จำนวน (ร้อยละ)
7-12	1,051 (62.8)	382 (22.8)	25 (1.5)
13-18	978 (75.0)	495 (38.0)	19 (1.5)
19-24	921 (78.5)	477 (40.7)	27 (2.3)
รวม	2,950 (71.1)	1,354 (32.6)	71 (1.7)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กอายุ 7-24 เดือน คือ การกินนมหวาน กินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน จะมีฟันผุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีความสัมพันธ์ใน

ทางตรงข้าม การใช้ขวดนมและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ และการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ขึ้นน้ำบน และมีรอยขุ่นขาว มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กอายุ 7-24 เดือน

Table 5 Risk factors which related to dental caries in children age 7-24 months

ปัจจัยเสี่ยง	ฟันผุ	
	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การกินนมหวาน		
กินนมหวาน	152 (16.9)	.000*
ไม่กินนมหวาน	203 (6.2)	
การใช้ขวดนม		
ใช้ขวดนม	257 (8.4)	.707
ไม่ใช้ขวดนม	98 (8.8)	
การกินขนม		
กินขนม 0-2 ครั้ง/วัน	197 (5.8)	.000*
กินขนมมากกว่า 2 ครั้ง/วัน	158 (20.3)	

ปัจจัยเสี่ยง	ฟันผุ	
	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การแปรงฟัน		
แปรงฟันทุกวัน	249 (10.3)	.000*
ไม่แปรงฟันทุกวัน	106 (6.1)	
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์		
ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	239 (12.4)	.000*
ไม่ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	116 (5.2)	
การทาฟลูออไรด์วาร์นิช		
ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	125 (9.2)	.287
ไม่ได้ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	230 (8.2)	
Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน		
มี Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน	189 (31.3)	.000*
ไม่มี Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน	166 (4.7)	
White Spot		
มี White Spot	169 (40.6)	.000*
ไม่มี White Spot	186 (5.0)	

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง โดยบันทึกข้อมูลด้วยแบบฟอร์มตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยของสำนักทันตสาธารณสุข⁵ ผลจากการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การกินนมหวานและการกินนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และตัวแปรด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันมีรอยขุนขาวและมีคราบจุลินทรีย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 2 ชุดดังกล่าว มีความเหมาะสมที่จะใช้เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงน่าจะเป็นตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ใช้เพื่อการเฝ้าระวังที่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ สอดคล้องกับคำแนะนำของ

สมาคมทันตแพทย์เด็กแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้กำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็ก 0-3 ปี โดยระบุว่าเด็กที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็กที่กินนมหรือเครื่องดื่มเติมน้ำตาลมากกว่าวันละ 3 ครั้ง เด็กที่ฟันมีรอยขุนขาว หรือมีรูผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ส่วนเด็กที่ตรวจพบคราบจุลินทรีย์ จะมีความเสี่ยงต่อฟันผุในระดับปานกลาง⁶

ตัวแปรด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เรื่องการแปรงฟันและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ กลับพบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางที่ตรงข้ามกับข้อความจริงทางวิชาการ กล่าวคือ เด็กที่มีพฤติกรรมแปรงฟันทุกวัน กลับมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเห็นว่าการศึกษาค้นครั้งนี้ตัวแปรดังกล่าวยังเป็น

เครื่องมือที่ไม่สะท้อนการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพราะข้อมูลการแปร่งฟันยังมีระดับของคุณภาพที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องความถี่ของการแปร่งฟัน ผู้ปกครองแปร่งให้หรือเด็กแปร่งเอง และความสามารถในการแปร่งฟันกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ให้สะอาด จึงน่าจะมีการศึกษาต่อไป

เด็กที่กินนมหวาน และกินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวันมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของดลฤดี แก้วสวาท และสุณี วงศ์คงคาเทพ⁷ แม้ว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 286 พ.ศ. 2547 เรื่องนมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 2)⁸ มีผลให้นมผงทั้ง 2 ชนิด ไม่มีการเติมน้ำตาล แต่สูตรนมดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะในเด็กอายุประมาณ 1 ปี ขณะที่นมผงครบส่วนสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยังมีการเติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้งเป็นทางเลือกให้แก่เด็ก จึงยังจำเป็นต้องมีมาตรการด้านการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองให้เข้าใจถึงผลเสียของการให้เด็กบริโภคนมหวาน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจฟันครบคลุมร้อยละ 71.1 แต่การเข้าถึงบริการการรักษา พบเพียงร้อยละ 1.7 หรือประมาณ 1 ใน 6 ของเด็กที่มีฟันผุ มีการศึกษาที่พบว่าเด็กที่มีฟันผุแล้วได้รับการรักษา จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁹ จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เด็กที่มีฟันผุไปแล้วได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้โอกาสในการพัฒนาดังกล่าวน่าจะมีเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนและการกระจายของทันตบุคลากรในระดับอำเภอและตำบล ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน¹⁰

ในส่วนของการทำความเข้าใจช่องปาก การศึกษานี้พบว่า เด็กส่วนใหญ่แปร่งฟันและใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เมื่ออายุมากกว่า 12 เดือน

สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ¹¹ พบว่า อายุเฉลี่ยที่เด็กเริ่มได้รับการแปร่งฟันคือ 13.8 ± 5.7 เดือน การศึกษานี้ เด็กอายุ 7-12 เดือน ได้รับการแปร่งฟันเพียงร้อยละ 35.8 ซึ่งนับว่าเริ่มแปร่งฟันช้า ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า เด็กเริ่มมีฟันผุตั้งแต่อายุเพียง 9 เดือน¹² และอัตราการเกิดโรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 9-18 เดือน กรมอนามัยจึงได้แนะนำว่าการแปร่งฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ควรเริ่มต้นที่ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น โดยใช้ยาสีฟันปริมาณน้อยมากขนาดแตะที่ปลายขนแปรง และเช็ดออกหลังแปร่งฟันเสร็จ

นอกจากนี้ควรขยายการตรวจเฝ้าระวังไปทุกช่วงเวลาที่เด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาของเชิดชัย ลิ้มปวิธนา¹³ พบว่าการตรวจฟันเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 4, 6 และ 9 เดือน รวม 3 ครั้ง จะทำให้เด็กอายุ 18 เดือน มีฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มาใช้บริการครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่มาใช้บริการเมื่ออายุมากขึ้น เด็กมีพฤติกรรมการแปร่งฟันดีขึ้น และลดการบริโภคนมหวานลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของปัจจัย และการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในระบบปกติจากกลุ่มเด็กที่มารับภูมิคุ้มกันโรค จึงมิได้มีการควบคุมจำนวนตัวอย่างตามช่วงอายุ อย่างไรก็ตาม ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ เมื่อแบ่งทุกช่วง 6 เดือน พบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 21.8 ถึง 31.1 โดยมีจำนวนมากที่สุดที่ช่วงอายุ 7-12 เดือน เพราะเป็นช่วงที่กำหนดให้มีการตรวจช่องปากตามมาตรฐานบริการ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การกินนมหวานและการกินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และ ตัวแปรด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันมีรอยขุ่นขาวและมีคราบจุลินทรีย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 2 ชุดดังกล่าว มีความเหมาะสมที่จะใช้เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงควรนำมาใช้เพื่อการเฝ้าระวังที่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้

2. ควรขยายการตรวจฟันทุกช่วงเวลาของเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค เพราะปัจจุบันมีการตรวจช่องปากตามมาตรฐานบริการเพียง 1 ครั้งเท่านั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก

3. การศึกษานี้พบว่า การแปรงฟันและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ กลับมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งให้เห็นว่าตัวแปรดังกล่าวยังเป็นเครื่องมือที่ไม่สะท้อนการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพราะข้อมูลการแปรงฟันยังมีระดับของคุณภาพที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องความถี่ของการแปรงฟัน ผู้ปกครองแปรงให้หรือเด็กแปรงเอง และความสามารถในการแปรงฟันกำจัดแผ่นคราบ

จุลินทรีย์ให้สะอาด จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้

4. การศึกษานี้พบว่า เด็กอายุ 7-12 เดือนได้รับการแปรงฟันเพียงร้อยละ 35.8 ซึ่งนับว่าเริ่มแปรงฟันช้า ควรเริ่มต้นที่ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น

5. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของปัจจัย หากต้องการคำตอบที่ตรง ควรศึกษาเพิ่มด้วยการออกแบบการวิจัยเป็น Cohort หรือ Case control

คำขอบคุณ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 12 แห่งที่เข้าร่วมโครงการและสละเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อร่วมพัฒนาการมีและใช้ระบบข้อมูล ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมทันตสุขภาพจากศูนย์อนามัย และขอขอบคุณสำนักทันตสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงาน โดยเฉพาะบุคลากรจากกลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมทันตสุขภาพเด็กและเยาวชนที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). (ไม่ระบุสำนักพิมพ์ ปีที่พิมพ์)
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550
4. ปิยะดา ประเสริฐสม จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ศรีสุดา ลีละศิธร วราภรณ์ จิระพงษา. การพัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชนบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (2553-2554). ว.ทันตสาธารณสุข 2555 ; 17 (1) : 20-34.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประชาชนไทยในระดับจังหวัด. ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์สำนักงานกิจการองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2554.
6. Council on Clinical Affairs. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_CariesRiskAssessment.pdf
7. ดลฤดี แก้วสวาทและสุณี วงศ์คงคาเทพ. เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1-4 ปี ระหว่างปี 2549 และ 2554. ว.ทันตสาธารณสุข 2556 ; 18 (1) : 73-88.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 286) พ.ศ. 2547 เรื่องนมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 2)
9. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*. 2003 Sep-Oct;25(5): 431-40.
10. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Oral Health in Thailand. August 2013.
11. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุภาวดี พรหมมา สุรางค์ เชษฐพจน์ สุพรรณิ สุคันธรานิล วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. พฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 6-36 เดือน. ว.ทันตสาธารณสุข 2552 ; 14 (1) : 59-69
12. ทรงชัย จูตโสมกุล อังคณา เขียวมนตรี สุพัชรินทร์ พิวัฒน์ รวี เกียรติไพศาล วรธนะ พิทยรัชกุล อ้อยทิพย์ ชาญการคำ นุชนรี อัครชนิยากร วัลลภา สงวนวงศ์ ส่อเหลืះ หมัดยูโส๊ะ. รายงานผลการวิจัยการศึกษาระยะยาวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการของฟันและใบหน้า และการเกิดโรคต่างๆ ในช่องปากของเด็กอายุ 4-5 ขวบ ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. กรกฎาคม 2550 เอกสารอัดสำเนา.
13. เชิดชัย ลิ้มปิวัฒนา. ผลกระทบของการปรับเปลี่ยนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. ว.ทันตสาธารณสุข 2551 ; 13 (1) :141-149

Dental caries status and the risk factors of children 1-24 months old

Supunnee Sukanwarani* *B.P.H. M.Sc. (Population and Development)*

supawadee Phomma* *B.P.H. M.H.C.*

Abstract

The objectives of this analytical cross-sectional study was to explore dental caries, oral hygiene and the risk factors related to oral status of pre-school children 1-24 months old. The samples included 5,388 children who came for well child care program from 170 government hospitals in 12 provinces located in 4 regions. The data about oral care behaviors and oral status of the children were collected by using oral health surveillance recording form recommended by the Department of Health. It was founded that 11.3 % of children had visible plaque on their 4 anterior teeth, 7.9 % had white lesion and 6.6 % had at least 1 decay tooth. For their oral health behavior, 47.5 % of children were claimed to have their teeth brushed every day, while 36.4 % used fluoridated toothpaste. The children of 15.5 % had snack more than 2 times a day, 18.0 % were fed by sugar added milk, while 68.9 % used bottle milk. The results also showed that 71.1 % of children had their oral checked up when attended the well child care clinic, 32.6 % received topical fluoride varnish, and the treatment service covered only 1.7 % of children. When analyzed for the association of dental caries and risk behavior, it was found that sugar added milk, snack ≥ 2 times a day, visible plaque accumulation, white lesion were significant associated to the dental caries ($p < .05$). However no association were found between using of bottle milk, fluoride varnish application and dental caries, and adverse association were found between tooth brushing, using fluoridated toothpaste and the dental caries of the children.

Keywords : *pre-school children, dental caries, risk factors related to dental caries.*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.