

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน VOL.18 NO.1 JANUARY-JUNE 2013

บทความปริทัศน์

- ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากเป็นตัวช่วยป้องกันโรคเหงือกได้จริงหรือไม่

บทความการ

- การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์
- ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
- รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศไทย
- การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ
- เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1 - 4 ปี ระหว่างปี 2549 และ 2554

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ISSN 0858-6527

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2556 VOL.18 NO.1 JANUARY-JUNE 2013

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

วิทยาลัยทันตสาธารณสุข
(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

นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข
นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย

บรรณาธิการ

สุณี ผลดีเยี่ยม

รองบรรณาธิการ

นนทีนี้ ตั้งเจริญดี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศิริพงษ์ มะโนรส

กองบรรณาธิการ

จันทนา อึ้งชูศักดิ์

สุปราณี ดาไลดอม

นนทลี วีระชัย

สุณี วงศ์คงคาเทพ

พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ

วิกุล วิสาลเสถ์

เมธินี คุปพิทยานันท์

ศรีสุดา ลีละศิริ

ปิยะดา ประเสริฐสม

เพ็ญแข ลากยง

กันยา บุญธรรม

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

วรางคนา เวชวิธิ

วรวิทย์ ใจเมือง

กรกมล นียมศิลป์

สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ

คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

อรุณรักษ์ วรวัฒน์

พิมพ์-จัดรูปเล่ม

ออนพริ้นซ์ออฟ

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.Jedsada Chokdamrongsuk

Dr.Theerapol Topanthanon

Dr.Somnuk Chanduaykit

Dr.Sutha Jianmaneechotchai

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

Matinee Kupitayanant

Srisuda Leelasithorn

Piyada Prasertsom

Phenkhae Lapying

Kanya Boontham

Surat Mongkolnchai-arunya

Warankana Vejvithee

Voravithaya Chaimuang

Kornkamol Niyomsilp

Suwanna Eua-atthakaron

EDITORIAL STAFF

Arunruck warawat

PUBLISHER-ARTWORK

on print shop

บรรณาธิการ แกลง

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 18 มีการเปลี่ยนแปลง คณะบรรณาธิการบางส่วน คือในส่วนของ คณะที่ปรึกษา บรรณาธิการ รองบรรณาธิการ ผู้ช่วยบรรณาธิการ เพิ่มกองบรรณาธิการ และคณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

มีการปรับเกณฑ์รับเรื่องของวิทยาลัยทันตสาธารณสุข หลักๆ คือ จำนวนหน้าของ แต่ละเรื่องที่จะลงพิมพ์ ชุดแบบอักษร (font) การจัดทำและการจัดส่งเอกสาร ไม่จำเป็นต้อง มีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง จัดส่งเป็นเอกสาร 2 ชุดมาที่บรรณาธิการ และส่งเป็น file มาที่ th.j.dph@anamai.mail.go.th

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

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิชาการ 5 เรื่องคือ 1) การ ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากใน โครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ 3) รูปแบบ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 4) การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี อำเภอ แก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ และ 5) เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย อายุ 1-4 ปีระหว่างปี 2549 และ 2554 และบทความปริทัศน์ 1 เรื่องคือ ยาสีฟันและน้ำยา บ้วนปาก เป็นตัวช่วยป้องกันโรคเหงือกได้จริงหรือไม่

วิทยาลัยทันตสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาบทความทางวิชาการจากทุกท่าน เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม
บรรณาธิการ

วารสารทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2556

บทความปริทัศน์

- ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากเป็นตัวช่วยป้องกันโรคเหงือกได้จริงหรือไม่
สุจิตินต์ พรหมประดิษฐ์ 9

บทความการ

- การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์
กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์
มณฑกานต์ สีหะวงษ์ 20
- ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก
ในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
เบญจมาศ สือพัฒน์ธิมา 36
- รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุพื้นที่ภาคตะวันออก
ของประเทศไทย
ดำรง อ่างเลาหะพันธ์ 49
- การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี
อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
สุทิสรา ไทยงาม, คุณมากร ชันชัยภูมิ 64
- เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1-4 ปี
ระหว่างปี 2549 และ 2554
ดลฤดี แก้วสวาท, สุณี วงศ์คงคาเทพ 73

เกณฑ์รับเรื่องของวารสารก้นตสาธารณสุข

วารสารยีนตีรับบทความวิชาการทางพันธุศาสตร์และวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลการวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา บทวิจารณ์บทสรุป คำขอขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ A4

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

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

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่จะส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นเอกสาร 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 รวมรูปภาพและตาราง
3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในเรื่อง ในกรณีที่รูปภาพเป็นกราฟคำบรรยายแกนตั้ง (ordinate) และแกนนอน (abscissa) ของแต่กราฟ 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 วุฒิการศึกษา 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) ต้องไม่เป็นข้อๆ ต้องมีคำสำคัญ (key words) ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษพิมพ์สั้น ขนาด A4 มีทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทนำ (Introduction) บทนำบอกถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงสถานภาพของความรู้ในตอนเริ่มวิจัย มีการปริทัศน์ (review) เอกสารชิ้นใหม่ๆ 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)** เป็นการรวบรวมชื่อเอกสารต่างๆที่ผู้เขียนได้อ่านเองและนำมาใช้อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง 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 การตรวจร่องฮีโมโกลบิน 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, Victon 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 Steckslen-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>

บทความพิเศษ

ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปาก เป็นตัวช่วยป้องกัน โรคเหงือกได้จริงหรือไม่

สุจินต์ พรหมประดิษฐ์* ท.บ.,ส.ม.

บทคัดย่อ

การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคเหงือกและโรคปริทันต์ มี 2 วิธี คือ วิธีทางกลและวิธีทางเคมี แม้ว่าการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์ร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟันเป็นวิธีในอุดมคติที่ทันตแพทย์แนะนำ แต่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและลดการอักเสบของเหงือก ด้วยสภาพการเรียงตัวของฟันในช่องปากของแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ร่วมกับข้อจำกัดในด้านทักษะการแปรงฟันและใช้เส้นใยขัดฟัน วิธีทางกลเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอสารเคมีที่ช่วยควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์และการเกิดภาวะเหงือกอักเสบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมคลอร์เฮกซิดีน รองลงมาเป็นยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมน้ำมันหอมระเหยและยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานตามลำดับ โดยสรุปแนะนำให้ใช้ยาอมบ้วนปากหรือยาขัดฟันในปากที่มีส่วนผสมคลอร์เฮกซิดีนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ้าปากได้ปกติหรือในรายที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ ให้ใช้ในช่องสั้นๆไม่เกิน 4 สัปดาห์ ส่วนคนที่สามารถแปรงฟันได้แนะนำให้ใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมน้ำมันหอมระเหย ร่วมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน

คำสำคัญ : โรคเหงือก คราบจุลินทรีย์ ยาสีฟัน ยาอมบ้วนปาก

* โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคเหงือกเป็นอาการและอาการแสดงของโรคที่มีรูปแบบเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ โดยจะเกิดรอยโรคเฉพาะบริเวณเหงือก มีอาการแสดงของโรคได้แก่ ขอบเหงือกหนาตัวเป็นแบบบวมน้ำหรือไฟโบรติก สีของเหงือกแดง อุณหภูมิในร่องเหงือกสูง⁽¹⁾ มีเลือดออกหลังจากรวบรวม ระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ไม่ถูกทำลายและคงอยู่ที่รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน⁽²⁾ โรคเหงือกที่พบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ซึ่งสาเหตุก่อโรคเกิดจากจุลชีพที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนของจุลชีพ หากสามารถกำจัดจุลชีพในคราบจุลินทรีย์และสาเหตุอื่นๆ ที่สนับสนุนให้เกิดโรครวมทั้งรักษาอนามัยช่องปาก เหงือกที่เคยอักเสบก็จะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา ก็จะลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์ได้

สถานการณ์โรคเหงือกของคนไทย จากผลการสำรวจทันตสุขภาพระดับชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2549-2550 ปัญหาสภาวะปริทันต์ที่พบในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี กลุ่มเยาวชนอายุ 15 ปี และกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 35-44 ปี มีเหงือกอักเสบร้อยละ 58.9 60.9 และ 47.3 ตามลำดับ เริ่มพบมีร่องลึกปริทันต์บ้างในกลุ่มเยาวชน ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 35-44 ปี และผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบมีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 37.6 และ 84.2 ตามลำดับ ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเขตชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจครั้งที่ผ่านมา พ.ศ.2543-2544 พบมีผู้ที่เหงือกอักเสบลดลงทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่พบมีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่วนการเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน พบใช้แปรงสีฟันร่วมกับยาสีฟันมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 73.9 ของกลุ่มผู้สูงอายุ มีการใช้อุปกรณ์ช่วยทำความสะอาด

อาดาอื่นๆ เสริมร้อยละ 17.0 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 7.1 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเวลาในการแปรงฟันจะแปรงหลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 96.3 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 79.9 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนการแปรงฟันก่อนนอนในกลุ่มผู้ใหญ่จะน้อยกว่าเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 65.8 ในรอบปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 38.3 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 32.3 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไปพบทันตแพทย์⁽³⁾

วิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันโรคเหงือก

หลักสำคัญในการรักษาโรคเหงือก คือ กำจัดคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลาย จุลชีพและสิ่งสะสมที่ยึดติดกับผิวฟัน การรักษาของทันตแพทย์จะใช้วิธีขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน พร้อมทั้งใช้หลักการจูงใจสอนผู้ป่วยให้สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์และดูแลอนามัยช่องปากของตนเองได้ ซึ่งมี 2 วิธี คือ วิธีทางกล ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้เส้นใยขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุยเดียว ไม้จิ้มฟัน ผ้าก๊อซ เป็นต้น และวิธีทางเคมีโดย การนำสารเคมีที่มีฤทธิ์ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือกและลดจำนวนจุลชีพในร่องลึกปริทันต์มาเป็นส่วนประกอบของยาสีฟัน ยาอม บ้วนปาก ยาฉีดฟันในปากหรือหมากฝรั่ง

การกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางกล

การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกสาเหตุของการทำให้เกิดภาวะเหงือกอักเสบ การแปรงฟันมีหลายวิธีสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้และลดอุบัติการณ์ของโรคเหงือก แต่ไม่มีผู้ใดสรุปว่าวิธีใดดีที่สุดและกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกหมด จึงควรเลือกวิธีที่ผู้ป่วยทำตามได้ง่ายสามารถกำจัดคราบ

จุลินทรีย์ได้โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน⁽⁴⁾ ควรเลือกแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือ หัวแปรงมนกลมและขนแปรงนิ่ม ในผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถใช้มือได้เป็นปกติแนะนำให้ใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าซึ่งมีประสิทธิภาพช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์และลดเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างจากการใช้แปรงสีฟันแบบธรรมดา^(5,6) การแปรงฟันอย่างเดียวสามารถทำความสะอาดได้เพียงร้อยละ 24 ของพื้นผิวฟันทั้งหมดในช่องปาก⁽⁷⁾ ดังนั้นการใช้อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ เส้นใยขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุกเดี่ยว ผ้าก๊อซ เป็นต้น ร่วมกับการแปรงฟันจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยทำความสะอาดในส่วนที่การแปรงฟันไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งอุปกรณ์ที่ทันตแพทย์มักแนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเป็นโรคเหงือก คือให้ใช้เส้นใยขัดฟันร่วมกับการแปรงฟัน ในขณะที่ผลการรักษาที่ผ่านมา พบว่าการใช้เส้นใยขัดฟันร่วมกับการแปรงฟันสามารถช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างจากการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว⁽⁸⁾

เนื่องจากการใช้เส้นใยขัดฟันทำได้ยาก จำเป็นต้องใช้ทักษะและการฝึกฝน จึงมีการออกแบบเส้นใยขัดฟันชนิดมีด้ามจับเพื่อให้สะดวกในการใช้งานมากยิ่งขึ้นและช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดีเช่นเดียวกับการใช้นิ้วมือจับ⁽⁹⁾ ส่วนแปรงซอกฟันสามารถใช้ได้ง่ายและช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดีกว่าเส้นใยขัดฟัน⁽¹⁰⁾ แต่จะเหมาะสำหรับผู้ป่วยรายที่มีเหงือกกร่น ไม่มีเหงือกสามเหลี่ยมปิดช่องว่างระหว่างซี่ฟันเท่านั้น แปรงกระจุกเดี่ยวมักใช้ทำความสะอาดฟันบริเวณด้านซิดลิ่งหรือในรายที่มีฟันที่ซ้อนเก สำหรับผ้าก๊อซใช้ทำความสะอาดได้ดีบริเวณด้านท้ายของฟันที่สุดท้ายหรือฟันที่มีช่องว่างระหว่างฟัน คราบจุลินทรีย์ที่สะสมเป็นเวลานานๆ การกำจัดจะยิ่งยากและต้องใช้แรง

ที่มากขึ้น โดยพบว่าคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 24 48 และ 72 ชั่วโมง จะต้องใช้แรงเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ 5.5 7.8 และ 14.0 กรัมต่อตารางเซนติเมตรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าต้องใช้แรงเกือบ 3 เท่าของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 24 ชั่วโมงในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 72 ชั่วโมง⁽¹¹⁾ จึงควรทำความสะอาดฟันเป็นประจำวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากคราบจุลินทรีย์จะเกิดขึ้นทันทีหลังการทำความสะอาดฟัน

การกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางเคมี

ปัจจุบันมีการนำสารเคมีที่มีฤทธิ์ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือก และลดจำนวนจุลินทรีย์ในร่องลึกปริทันต์ มาเป็นส่วนประกอบของยาสีฟัน ยาอมบ้วนปาก ยาขัดฟันในปากหรือหมากฝรั่ง ซึ่งมีจำหน่ายในท้องตลาดให้เลือกหลากหลาย สารดังกล่าวที่นำมาใช้ ได้แก่ สารประกอบกลุ่มบิสกัวไนด์ แอมโมเนียมจตุรภูมิ ฟีนอล ไตรโคลซาน สารออกซิเจนอิมัลชัน ธาตุฮาโลเจน เกลือของโลหะหนัก สารสกัดจากสมุนไพร เป็นต้น จากผลการรักษาที่ผ่านมาพบว่าสารเคมีที่สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือก และลดจำนวนจุลินทรีย์ในร่องลึกปริทันต์ในทางคลินิกที่ให้ผลดีที่สุดคือ ยาอมบ้วนปากที่มีคลอร์เฮกซิดีนซึ่งเป็นสารประกอบกลุ่มบิสกัวไนด์ รองลงมาเป็นยาอมบ้วนปากที่มีน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นสารประกอบฟีนอล⁽¹²⁾ และยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน⁽¹³⁾

คลอร์เฮกซิดีน

ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนสามารถใช้ทดแทนการกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางกลได้ แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยหลังการทำ

ศัลยกรรมปริทันต์หรือผ่าตัดขากรรไกร มีผลดีต่อเชื้อบริเวณเยื่อเมือกในช่องปาก ผู้ป่วยพิการทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤต⁽¹⁴⁾ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต^(15,16) พบว่าหลังการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.2 ร่วมกับการทำความสะอาดช่องปากประจำวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์สามารถลดจำนวนจุลชีพในช่องปากได้⁽¹⁷⁾ และลดภาวะปวดบวมในผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต^(15,16) เมื่อเปรียบเทียบยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 และ 0.2 พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้ไม่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ แต่อาการไม่พึงประสงค์ที่พบคือ มีรสขมพื้นและลิ้นติดคราบสีน้ำตาล⁽¹⁹⁾ ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก แสบร้อนปาก การรับประทานอาหารไม่ได้⁽²⁰⁾ เคยมีผู้ป่วยบางรายใช้แล้วเป็นแผลถลอกบริเวณเยื่อเมือกช่องปากและต่อมน้ำลายบวมแต่พบได้น้อย⁽²¹⁾ เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยลดความเข้มข้นของคลอร์เฮกซิดีนเหลือร้อยละ 0.05 นำมาผสมกับสารประกอบแอมโมเนียมจตุรภูมิเซทิลไพริดีนีเยมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 ซึ่งสามารถยับยั้งการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ระดับปานกลาง⁽¹²⁾ ผลการศึกษาสามารถลดจำนวนจุลชีพในช่องปาก การเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและเหงือกอักเสบได้เช่นเดียวกัน^(22,23)

ยังมีรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ ยาฉีดพ่นในปาก ยาสีฟัน ยาอมบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หมากฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งรูปแบบยาฉีดพ่นในปากสามารถใช้งานได้ง่ายยิ่งขึ้นและลดอาการไม่พึงประสงค์ ยาฉีดพ่นในปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 และ 0.2 สามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ดีเช่นเดียวกับชนิดที่เป็นยาอมบ้วนปาก⁽²⁴⁾ และมีประสิทธิภาพดีกว่า

เมื่อเปรียบเทียบยาฉีดพ่นที่มีส่วนผสมของเซทิลไพริดีนีเยมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 และไตรโคซานร้อยละ 0.03^(25,26) ส่วนในยาสีฟันที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 มีการศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ถาดสำหรับเคลือบฟลูออไรด์บรรจุยาสีฟันแทนการแปรงฟัน พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ไม่แตกต่างกับยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ทั่วไปและดีกว่ายาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12⁽²⁷⁾

แม้ว่าการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้ดี แต่เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงแนะนำให้ใช้ได้ในช่วงระยะสั้นๆ ไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ ใช้ปริมาณ 10-15 มิลลิลิตร ให้อมนาน 30 วินาทีโดยไม่บ้วนน้ำ หลังจากอมน้ำยา วันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน หลังการแปรงฟัน หรือในรายที่ไม่ได้แปรงฟันให้ใช้หลังอาหารเช้าและเย็น หากมีความจำเป็นต้องใช้ในระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยพิการทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมือในช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ้าปากได้ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทันตแพทย์

น้ำมันหอมระเหย

สารประกอบฟีนอลที่อยู่ในน้ำมันหอมระเหยสามารถออกฤทธิ์ฆ่าจุลชีพได้โดยออกฤทธิ์ทำลายโปรโตพลาสซึมของเซลล์จุลชีพ เมื่อใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยร่วมกับการแปรงฟันสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้⁽²⁸⁾ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนพบว่าเมื่อใช้ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์สามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ดีกว่า ในขณะที่ลดการอักเสบของเหงือกได้ไม่แตกต่างกัน⁽²⁹⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ

เซทิลไพรดีเนียมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 ใช้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เนื้อเหงือกและเหงือกอักเสบได้ดีกว่า^(30,31)

นอกจากนี้ มีผลการศึกษาระยะยาวทางคลินิกพบว่า การแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยมีประสิทธิภาพดีกว่าการแปรงฟันร่วมกับการใช้เส้นใยขัดฟัน^(32,33) และให้ผลดีมากยิ่งขึ้นเมื่อแปรงฟันร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟันและยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยเป็นประจำ⁽³⁴⁾ ดังนั้นจึงสามารถนำมาใช้ได้เป็นประจำทุกวันร่วมกับการแปรงฟันและอุปกรณ์อื่นๆ ในการทำความสะอาดช่องปากได้ทั้งช่วงระยะสั้นๆ 4-6 สัปดาห์หรือใช้ต่อเนื่องระยะยาว ใช้ปริมาณ 15 มิลลิลิตร 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยาวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอนหลังการแปรงฟันและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ประจำวัน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ คือ อาการปวดแสบปวดร้อนและรู้สึกขมปากหลังใช้

ไตรโคลซาน

มีคุณสมบัติช่วยลดจุลินทรีย์และการเกิดคราบจุลินทรีย์ รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่มีในท้องตลาดอยู่ในยาสีฟันยาอมบ้วนปากและยาฉีดพ่นในปาก ซึ่งผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในช่องปาก พบว่ายาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซานสามารถลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในช่องปากหลังแปรงฟัน 12 ชั่วโมง^(35,36) และช่วยลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ก่อให้เกิดกลิ่นปากหลังแปรงฟัน 2 และ 4 ชั่วโมง⁽³⁷⁾ ได้ดีกว่ายาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดเหงือกอักเสบได้ดีกว่ายาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสม

ของไตรโคลซานด้วย⁽³⁸⁾ โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานพบว่าสามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าการใช้ยาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของไตรโคลซานร่วมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน แต่ผลการลดเหงือกอักเสบไม่แตกต่างกัน⁽³⁹⁾

มีผลการศึกษาเปรียบเทียบเมื่อใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานและซิงค์ 8 สัปดาห์กับยาฉีดพ่นในปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.2 นาน 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสติปัญญา พบว่าหลังการใช้ 2 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์สามารถลดคราบจุลินทรีย์เนื้อเหงือกและภาวะเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างกัน⁽⁴⁰⁾ ส่วนยาฉีดพ่นในช่องปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้ แต่ด้อยกว่าคลอร์เฮกซิดีน⁽²⁵⁾

หากต้องการเลือกยาสีฟันที่ช่วยลดจุลินทรีย์การเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซาน จัดเป็นยาสีฟันที่มีคุณสมบัติดังกล่าวครบถ้วน⁽⁴¹⁾ โดยเมื่อใช้ร่วมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานจะช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดียิ่งขึ้น⁽⁴²⁾

ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ควรแปรงฟันโดยเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซานร่วมกับการใช้เส้นใยขัดฟันและยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหย ให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปากปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา หรือ แปรงฟันโดยเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซาน และยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมัน

หอมระเหย ให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปาก ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา และไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้เองแต่สามารถอ้าปากได้ เช่น ผู้ป่วยพิการทางกาย พิการทางสมองควรมีผู้ดูแลเป็นคนช่วยแปรงฟันให้ อาจพิจารณาเลือกใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าแทนแปรงสีฟันแบบธรรมดาพร้อมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซาน และหลังแปรงฟันให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหย ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา และพบทันตแพทย์ทุก 3 เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ้าปากได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดลิ้นไก่หลังผ่าตัดขากรรไกร มีแผลติดเชื้อบริเวณเยื่อเมือกในช่องปาก ผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต ควรใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซีดีนร้อยละ 0.12 หรือ 0.2 ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยาหลังอาหารเช้าและก่อนนอน หรือ ใช้ยาฉีดพ่นในช่องปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซีดีนร้อยละ 0.12 หรือ 0.2 วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน โดยแนะนำให้ใช้เพียงช่วงสั้นๆ 2-4 สัปดาห์ หากมีความจำเป็นต้องใช้ระยะยาวควรต้องปรึกษาทันตแพทย์

สรุป

แม้ว่าการเกิดโรคเหงือกของคนไทยในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ใหญ่กลับเป็นโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นในขณะที่เป็นโรคเหงือกลดลงและเพิ่มมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงถึงการดำเนินของโรคเหงือกอย่างต่อเนื่อง

และลุกลามเป็นโรคปริทันต์อักเสบ วิธีการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากที่คนไทยส่วนใหญ่ใช้คือการแปรงฟันด้วยยาสีฟันชนิดผสมฟลูออไรด์ และมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจและรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเฝ้าระวังโรคต่างๆ ในช่องปาก และได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เมื่อพบโรคระยะเริ่มต้น รวมทั้งรับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งผลิตภัณฑ์ในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล

หัวใจของการป้องกันโรคเหงือก คือการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้อย่างต่อเนื่องทันตแพทย์จะช่วยกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้แต่การดูแลรักษาอนามัยในช่องปากและการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่เกิดขึ้นทุกวันเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเอง ซึ่งความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากสามารถป้องกันโรคเหงือกได้ก็เท่ากับลดจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบรวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียฟันได้ในอนาคตอีกด้วย

วิธีการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากในอุดมคติที่ทันตแพทย์แนะนำ คือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟัน แต่ในความเป็นจริงด้วยสภาพการเรียงตัวของฟันในช่องปากของแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง รวมถึงข้อจำกัดทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยและทักษะการใช้อุปกรณ์ต่างๆ จึงทำให้การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยบางรายทำได้ไม่ดีนึก ดังนั้นการเลือกชนิดยาสีฟัน ยาอมบ้วนปากหรือยาฉีดพ่นในปากที่มีสารเคมีซึ่งออกฤทธิ์ช่วยลดจำนวนจุลชีพ ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและลดการอักเสบของเหงือกได้ จึงน่าที่จะเป็นตัวช่วยที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเหงือกได้

เอกสารอ้างอิง

1. Woff LF, Koller NJ, Smith QT, Mathur A, Aepli D. Subgingival temperature: relation to crevicular fluid enzymes, cytokines and Subgingival plaque microorganisms. *J Clin Periodontol* 1997;24:900-6
2. American Academy of Periodontology. Parameters of care. *J Periodontol*2000;71(5 Suppl.):ii-ii, 847-883.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2551.
4. Ramford SP, Ash MM. Oral hygiene. In: *Periodontology and Periodontics*. Philadelphia: WB Saunders, 1979:397-422.
5. Forrest JL, Miller SA. Manual versus powered toothbrushes: a summary of the Cochrane Oral Health Group’s Systematic Review. Part II. Manual versus powered toothbrushes: a summary of the Cochrane Oral Health Group’s Systematic Review. Part II.
6. Deery C, Heanue M, Deacon S, Robinson PG, Walmsley AD, Worthington H, Shaw W, Glenn AM. The effectiveness of manual versus powered toothbrushes for dental health: a systematic review. *J Dent*. 2004 Mar;32(3):197-211.
7. Kerr WJ, Kelly J, Geddes DA. The areas of various surfaces in the human mouth from nine years to adulthood. *J Dent Res* 1991;70:1528-30.
8. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008 Nov;6(4):265-79.
9. Cronin MJ, Dembling WZ, Cugini M, Thompson MC, Warren PR. A 30-day clinical comparison of a novel interdental cleaning device and dental floss in the reduction of plaque and gingivitis. *J Clin Dent*. 2005;16(2):33-7.
10. DE, Dorfer CE, Van der Weijden GA. The efficacy of interdental brushes on plaque and Parameters of periodontal inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008 Nov;6(4):253-64.
11. Mehrota KK, Kapoor KK, Pradhan BP, Brushan A. Assessment of plaque tenacity on enamel surface. *J Periodontol Res* 1983;18:386-92.
12. Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *J Dent*. 2010 Jun;38 Suppl 1:S6-10.
13. Teles RP, Teles FR. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control? *Braz Oral Res*. 2009;23 Suppl 1:39-48.
14. Eley BM. Antibacterial agents in the control of supragingival plaque - a review. *Br Dent J*. 1999 Mar 27;186(6):286-96.

15. Roberts N, Moule P. Chlorhexidine and tooth-brushing as prevention strategies in reducing ventilator-associated pneumonia rates. *Nurs Crit Care*. 2011 Nov-Dec;16(6):295-302. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00465.x. Epub 2011 Jul 26.
16. Beraldo CC, Andrade D. Oral hygiene with chlorhexidine in preventing pneumonia associated with mechanical ventilation. *J Bras Pneumol*. 2008 Sep;34(9):707-14.
17. Becerik S, Turkoglu O, Emingil G, Vural C, Ozdemir G, Atilla G. Antimicrobial effect of adjunctive use of chlorhexidine mouthrinse in untreated gingivitis: a randomized, placebo- controlled study. *APMIS*. 2011 Jun;119(6):364-72. doi: 10.1111/j.1600-0463.2011.02741.x. Epub 2011 Apr 8.
18. Matthews D. No difference between 0.12% and 0.2% chlorhexidine mouthrinse on reduction of gingivitis. *Evid Based Dent*. 2011;12(1):8-9.
19. Bagis B, Baltacioglu E, ?zcan M, Ustaomer S. Evaluation of chlorhexidine gluconate mouthrinse-induced staining using a digital colorimeter: an in vivo study. *Quintessence Int*. 2011 Mar;42(3):213-23.
20. Gurgan CA, Zaim E, Bakirsoy I, Soykan E. Short-term side effects of 0.2% alcohol-free chlorhexidine mouthrinse used as an adjunct to non-surgical periodontal treatment: a double-blind clinical study. *J Periodontol*. 2006 Mar;77(3):370-84.
21. Addy M. Chlorhexidine compared with other locally delivered antimicrobials. *J Clin Periodontol* 1986;13:957-964.
22. Lamont T. Lower concentration of chlorhexidine and cetyl-pyridinium chloride mouthwash demonstrates some efficacy. *Evid Based Dent*. 2012 Jun;13(2):52-3. doi: 10.1038/sj.ebd.6400862.
23. Escribano M, Herrera D, Morante S, Teughels W, Quirynen M, Sanz M. Efficacy of a low-concentration chlorhexidine mouth rinse in non-compliant periodontitis patients attending a supportive periodontal care programme: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2010 Mar;37(3):266-75. Epub 2010 Jan 19.
24. Stoeken JE, Versteeg PA, Rosema NA, Timmerman MF, van der Velden U, van der Weijden GA. Inhibition of “de novo” plaque formation with 0.12% chlorhexidine spray compared to 0.2% spray and 0.2% chlorhexidine mouthwash. *J Periodontol*. 2007 May;78(5):899-904.
25. Pizzo G, Guiglia R, Imburgia M, Pizzo I, D’Angelo M, Giuliana G. The effects of antimicrobial sprays and mouthrinses on supragingival plaque regrowth: a comparative study. *J Periodontol*. 2006 Feb;77(2):248-56.
26. Van Strydonck DA, Timmerman MF, van der Velden U, van der Weijden GA. Plaque inhibition of two commercially available chlorhexidine mouthrinses. *J Clin Periodontol*. 2005 Mar;32(3):305-9.

27. Slot DE, Lindeboom R, Rosema NA, Timmerman MF, van der Weijden GA. The effect of 0.12% chlorhexidine dentifrice gel on plaque accumulation: a 3-day non-brushing model. *Int J Dent Hyg.* 2007 Feb;5(1):45-52.
28. Patel RM, Malaki Z. The effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis. *Evid Based Dent.* 2008;9(1):18-9.
29. Van Leeuwen MP, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *J Periodontol.* 2011 Feb;82(2):174-94. Epub 2010 Nov 2.
30. Cortelli SC, Cortelli JR, Wu MM, Simmons K, Charles CA. Comparative antiplaque and antigingivitis efficacy of a multipurpose essential oil-containing mouthrinse and a cetylpyridinium chloride-containing mouthrinse: A 6-month randomized clinical trial. *Quintessence Int.* 2012 Jul-Aug;43(7):e82-94.
31. Sharma NC, Araujo MW, Wu MM, Qaqish J, Charles CH. Superiority of an essential oil mouthrinse when compared with a 0.05% cetylpyridinium chloride containing mouthrinse: a six-month study. *Int Dent J.* 2010 Jun;60(3):175-80.
32. Bauroth K, Charles CH, Mankodi SM, Simmons K, Zhao Q, Kumar LD. The efficacy of an essential oil antiseptic mouthrinse vs. dental floss in controlling interproximal gingivitis: a comparative study. *J Am Dent Assoc.* 2003 Mar;134(3):359-65.
33. Sharma NC, Charles CH, Qaqish JG, Galustians HJ, Zhao Q, Kumar LD. Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *Am J Dent.* 2002 Dec;15(6):351-5.
34. Sharma N, Charles CH, Lynch MC, Qaqish J, McGuire JA, Galustians JG, Kumar LD. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month study. *J Am Dent Assoc.* 2004 Apr;135(4):496-504.
35. Fine DH, Sreenivasan PK, McKiernan M, Tischio-Bereski D, Furgang D. Whole mouth antimicrobial effects after oral hygiene: comparison of three dentifrice formulations. *J Clin Periodontol.* 2012 Aug 11. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01938.x. [Epub ahead of print]
36. Hu D, Zhang YP, DeVizio W, Proskin HM. A clinical investigation of the efficacy of two dentifrices for controlling oral malodor and plaque microflora overnight. *J Clin Dent.* 2008;19(3):106-10.
37. Vazquez J, Pilch S, Williams MI, Cummins D. Clinical efficacy of a triclosan/copolymer/NaF dentifrice and a commercially available breath-freshening dentifrice on hydrogen sulfide-forming bacteria. *Oral Dis.* 2005;11 Suppl 1:64-6.

38. He T, Barker ML, Goyal CR, Biesbrock AR. Anti-gingivitis effects of a novel 0.454% stabilized stannous fluoride dentifrice relative to a positive control. *Am J Dent.* 2012 Jun;25(3):136-40.
39. Villalpando KT, Casarin RC, Pimentel SP, Cirano FR, Casati MZ. A randomized clinical evaluation of triclosan-containing dentifrice and mouthwash association in the control of plaque and gingivitis. *Quintessence Int.* 2010 Nov-Dec;41(10):855-61.
40. Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Efficacy of two antiplaque and antigingivitis treatments in a group of young mentally retarded patients. *Med Oral.* 2002 Mar-Apr;7(2):136-43.
41. Hioe KP, van der Weijden GA. The effectiveness of self-performed mechanical plaque control with triclosan containing dentifrices. *Int J Dent Hyg.* 2005 Nov;3(4):192-204.
42. Gilbert P, McBain A, Sreenivasan P. Common therapeutic approaches for the control of oral biofilms: microbiological safety and efficacy. *Clin Microbiol Infect.* 2007 Oct;13 Suppl 4:17-24.

Dentifrice and mouthrinse : effective adjuncts to prevent gingivitis?

Suchimon Prohmpradith* *D.D.S., M.P.H.*

Abstract

The objective of plaque control is to prevent gingivitis and periodontal disease. There are two ways of plaque control, which are mechanical and chemical methods. Although mechanical plaque control such as brushing, flossing and inter-proximal brushing is recommended by most dental professional; it is still an ineffective way to reduce supra-gingival plaque and gingivitis. Due to variations of teeth alignment and limitation of hand skill among individuals, only mechanical technique is insufficient to maintain good oral hygiene. Recent studies, including meta-analyses, have indicated that chlorhexidine mouthwash is the most effective chemical substance to control plaque and gingivitis. Furthermore, it is the gold standard for chemical technique, prior to essential oil containing mouthrinse and triclosan containing dentifrices, consequently. In Summary, mouthrinse and oral spray containing chlorhexidine are recommended in patients with limitation of mouth opening and inability to brush their teeth in short-term use (less than 4 weeks); mouthrinse containing essential oil and dentifrices containing triclosan are effective for those who can brush their teeth.

Keywords : *gingivitis , dental plaque , dentifrice , mouthrinse*

* *Srithanya Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health*

บทวิทยากร

การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับ การมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์

มณฑกานต์ สีหะวงษ์* ๗.๗.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลในช่วงพฤษภาคม-สิงหาคม 2555 โดยทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา ผู้สูงอายุจำนวน 2,105 คน เป็นหญิงร้อยละ 58.8 ชายร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยฟันใช้งานในช่องปาก 17 ซี่ (mean 16.9 SD 12.2) ร้อยละ 47 มีฟันธรรมชาติใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 37.8 มีฟันหลังคู่สบธรรมชาติตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 13.5 ปราศจากฟันในช่องปาก ร้อยละ 10.4 ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุร้อยละ 46.3 รับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ คือ การใช้ยารักษาโรคทางระบบ การแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน การทำความสะอาดซอกฟันและการได้รับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติภายใน 1 ปี ($P < 0.05$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยง การมีฟันเคี้ยวอาหาร

* กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

ผู้สูงอายุ (older persons) ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ การกำหนดอายุของผู้สูงอายุในแต่ละประเทศแตกต่างกัน เช่น ยุโรป อเมริกา นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป องค์การสหประชาชาติแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสภาพร่างกาย การรับรู้ ความคิด ความจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-old) อายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Old-old) อายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุระยะปลาย (Oldest-old) อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป^{1,2,3} ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ เกิดประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ชีวิตความเป็นอยู่ และการปรับตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับประเทศ⁴

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่โครงสร้างและอวัยวะในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการถดถอย มีการเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะในช่องปาก ทั้งตัวฟัน เนื้อเยื่อรองรับฟัน เยื่อช่องปาก ต่อมน้ำลาย รวมถึงข้อต่อขากรรไกร นอกจากนี้ ปัจจัยการดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งพฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ เคี้ยวหมากและโรคทางระบบก่อให้เกิดความผิดปกติในช่องปากมากขึ้น สุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของระบบบดเคี้ยวส่งผลต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁵

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ.2553,2554⁶ ผู้สูงอายุที่มีฟันหลังคู่สบเป็นพันธุกรรมชาติตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปร้อยละ 34.1, 40.3 มีพันธุกรรมชาติใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

ร้อยละ 46.5, 51.7 ผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยตนเองหรือโดยผู้ดูแลร้อยละ 65.3, 66.3 ตามลำดับ และผู้สูงอายุเกือบครึ่งยังมีปัญหาการสูญเสียฟัน

ปัญหาดังกล่าว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากฟันผุและโรคปริทันต์ ผู้สูงอายุที่เข้าเป็นประจำเพราะเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคทางระบบ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายขึ้นในช่องปาก สิ่งเหล่านี้ล้วนสนับสนุนให้เกิดผลเสียต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น/ยานัตถุ์ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมากและการระคายเคืองอื่นๆ เช่น ฟันเทียม ต่างมีผลต่อความผิดปกติและรอยโรคในช่องปาก⁷

ปัจจุบันมีดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากสุขภาพช่องปากโดยตรง OI DP (Oral Impacts on Daily Performances) แนวคิดของดัชนีนี้คือสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 3 ประเด็นใหญ่ คือ 1. Physical performance ผลกระทบต่อการรับประทานอาหารได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การพูดและการทำงานในชีวิตประจำวัน 2. ผลกระทบทางจิตวิทยาได้แก่ การยิ้ม การมีสภาวะอารมณ์ดี 3. ผลกระทบทางสังคม ได้แก่ การร่วมกิจกรรมในสังคม⁸

ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันจำนวนมาก การเคี้ยวอาหารจะไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้จำกัดประเภทของอาหารที่รับประทาน ดังนั้นการสูญเสียฟันและการเกิดโรคในช่องปากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการขาดสารอาหารและติดเชื้อได้ง่าย เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงทำให้มีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ รากฟันเป็นหนอง หรือ เกิดฝีในสมองได้⁹

มีรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัด เชียงใหม่พบว่าสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการ การเลือกชนิดของอาหาร การได้รับ สารอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งผู้สูงอายุที่ไม่มีฟัน ธรรมชาติเหลืออยู่จะได้รับผลกระทบในเรื่องสภาวะ โภชนาการมากที่สุด¹⁰

จากความสำคัญของสุขภาพช่องปากใน ผู้สูงอายุดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อ ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จะได้นำผล การศึกษาไปวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุระดับจังหวัดเพื่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเป็นการสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey) ในช่วงพฤษภาคม - สิงหาคม 2555 ประชากรคือผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนขนาดตัวอย่างใช้สูตร

$$n = Z^2 \alpha/2 P(1-P) * deff / d^2$$

n = จำนวนตัวอย่าง $Z_{\alpha/2} = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 0.05$ $P = 51.7$ (ความชุกผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้ 20 จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554) $deff = 2$ (Design effect) $d = 6\%$ ของ P (ความคลาดเคลื่อนในระดับประชากร) ได้ขนาดตัวอย่าง 1996.4 คน

การสุ่มตัวอย่างทำโดยแบ่งพื้นที่เป็นเขต เมืองและเขตชนบทและทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี sampling with probability proportional to size

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง สุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ ในการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพ ช่องปากและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประชาชนไทย

ในระดับจังหวัด ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 ประกอบด้วย 2 หมวด

หมวด 1 แบบตรวจสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ จำนวน ฟันหลังคู่สบในช่องปากทั้งฟันธรรมชาติและฟันเทียม การใส่ฟันเทียมถอดได้

หมวด 2 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูล พื้นฐานบุคคล พฤติกรรมการดูแล การรับบริการ ใน 1 ปีและปัจจัยเสี่ยงซึ่งได้แก่ การใช้ยารักษาโรค ทางระบบ การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมากและการเป็น เบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ตรวจสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เครื่องมือวัดร่องลึกปริทันต์(WHO probe) กระจก สองปาก ไฟสองปาก

ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากและการ สัมภาษณ์ ดำเนินการโดยทันตบุคลากร

คำนิยาม

ฟันธรรมชาติใช้งานได้ หมายถึง ฟัน ธรรมชาติที่ใช้เคี้ยวอาหารได้ ไม่นับรวมกรณีเหลือ แต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน/ฟันโยกมากจนต้องถอน

ฟันหลังคู่สบ หมายถึง การสบฟันหลัง นับ การสบฟันกรามน้อยและ/หรือฟันกรามทั้งฟัน ธรรมชาติและฟันเทียม ซ้าย-ขวา

การใช้ยารักษาโรคทางระบบ หมายถึง การ ใช้ยารักษาโรคกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะ น้ำลายแห้ง ได้แก่ กลุ่มยารักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มยาเบาหวาน ยาต้านภาวะซึมเศร้า ยาแก้แพ้ โดยใช้เป็นประจำ

การสูบบุหรี่ หมายถึง ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ เป็นประจำทุกวัน

การเคี้ยวหมาก หมายถึง ปัจจุบันยังเคี้ยว หมากเป็นประจำทุกวัน

การเป็นเบาหวาน หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชัดเจน ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่นั้น เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากการไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุจำนวน 2,105 คน หญิงร้อยละ 58.8 ชายร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี กลุ่ม 60-69 ปี มากที่สุดร้อยละ 61.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 32.2 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 6.1 และอายุมากกว่า 90 ปี ร้อยละ 0.4

1. สภาวะช่องปาก

1.1 จำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้

ผู้สูงอายุร้อยละ 13.5 ไม่มีฟันธรรมชาติ ร้อยละ 47 มีฟันธรรมชาติใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 37.9 ค่าเฉลี่ยฟันใช้งานในช่องปาก 17 ซี่ (mean 16.9 SD 12.2) ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติครบ 32 ซี่ ร้อยละ

2.2 เพศหญิงมีฟันธรรมชาติที่ใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 49.9 เพศชายร้อยละ 43

1.2 จำนวนฟันหลังคู่สบในช่องปาก

ผู้สูงอายุร้อยละ 37.8 มีฟันหลังธรรมชาติสบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป ส่วนรายละเอียดตามกลุ่มอายุ แสดงในตารางที่ 1 เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนฟันหลังคู่สบไม่แตกต่างกัน

1.3 การใส่ฟันเทียมถอดได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 79.1 ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้ ร้อยละ 10.4 ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก รายละเอียดตามกลุ่มอายุ แสดงในตารางที่ 2 เพศหญิงและเพศชายใส่ฟันเทียมถอดได้ไม่แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.1 การแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน

ผู้สูงอายุร้อยละ 62.9 แปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน อายุ 60-69 ปี แปรงฟันธรรมชาติก่อนนอนมากที่สุด ร้อยละ 65.3 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 62.8 เพศหญิงแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอนร้อยละ 64.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของฟันหลังคู่สบในผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

Table 1 Number and percentage of occlusion teeth in elderly, by age group.

กลุ่มอายุ (ปี)	ฟันธรรมชาติ/ เทียมสบ		ฟันธรรมชาติ ทั้งหมดสบ		ฟันธรรมชาติ/ เทียมสบ		ฟันเทียม ทั้งหมดสบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
60 - 69	548	42.4	565	43.8	100	7.8	78	6.0	1,291	61.3
70 - 79	365	53.8	207	30.5	32	4.7	74	10.9	678	32.2
80 - 89	82	64.1	23	18.0	5	3.9	18	14.1	128	6.1
90 ปีขึ้นไป	7	87.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	0.4
รวม	1,002	47.6	795	37.8	137	6.5	171	8.1	2,105	100

เพศชายร้อยละ 60.4

2.2. การทำความสะอาดชอกฟัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 ไม่มีการทำความสะอาดชอกฟัน อายุ 60-69 ปีทำความสะอาดชอกฟันมากที่สุดร้อยละ 15.9 รองลงมาอายุ 70-79 ปีร้อยละ 12.5 เพศหญิงและเพศชายทำความสะอาดชอกฟันไม่แตกต่างกัน

3. การรับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติ (ภายใน 1ปี)

ผู้สูงอายุร้อยละ 46.3 รับบริการ อายุ 60-69 ปีรับบริการ มากที่สุดร้อยละ 49.3 รายละเอียดตามกลุ่มอายุ แสดงในตารางที่ 3 เพศชายรับบริการร้อยละ 49.9 เพศหญิงร้อยละ 43.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการใส่ฟันเทียมถอดได้ในผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

Table 2 Number and percentage of elderly with removable denture, by age group.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่ใส่ ฟันเทียม		ใส่ฟันเทียม < 16 ซี่		ใส่ฟันเทียม > 16 ซี่		ใส่ฟันเทียม ทั้งปาก		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 - 69	1039	80.5	102	7.9	43	3.3	107	8.3	1,291	61.3
70 - 79	533	78.6	47	6.9	18	2.6	80	11.8	678	32.2
80 - 89	87	68.0	8	6.2	3	2.3	30	23.4	128	6.1
90 ปีขึ้นไป	7	87.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	0.4
รวม	1,666	79.1	157	7.5	64	3.0	218	10.4	2,105	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการรับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติ(ภายใน 1ปี)

Table 3 Number and percentage of dental service received within 1 year.

กลุ่มอายุ (ปี)	การไม่ใช้บริการ		การใช้บริการ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 - 69	655	50.7	636	49.3	1,291	61.3
70 - 79	380	56.0	298	44.0	678	32.2
80 - 89	87	68.0	41	32.0	128	6.1
90 ปีขึ้นไป	8	100.	0	0.00	8	0.4
รวม	1,131	53.7	974	46.3	2,105	100

4. ปัจจัยเสี่ยง

4.1 การให้ยารักษาโรคทางระบบ ผู้สูงอายุร้อยละ 52.8 ให้ยารักษาโรคทางระบบ อายุ 90 ปีขึ้นไป ใช้น้ำยามากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาอายุ 70-79 ปีและอายุ 60-69 ปีร้อยละ 55.4 และ 52 ตามลำดับ เพศหญิงมีสัดส่วนการให้น้ำยามากกว่าเพศชาย

4.2 การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 86.1 ไม่สูบบุหรี่ อายุ 80-89 ปีสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 16.4 รองลงมาอายุ 70-79 ปีร้อยละ 16.2 เพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 21.5 เพศหญิงร้อยละ 8.4

4.3.การเคี้ยวหมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ไม่เคี้ยวหมาก อายุ 90 ปีขึ้นไปเคี้ยวหมากมากที่สุดร้อยละ 37.5 รองลงมาอายุ 80-89 ปีร้อยละ 25 เพศหญิงเคี้ยวหมากร้อยละ 18 เพศชายร้อยละ 10.8

4.4 การเป็นเบาหวาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.2 ตอบว่า ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ อายุ 90 ปีขึ้นไปเป็นเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 37.5 เพศหญิงเป็นเบาหวานร้อยละ 25.4 เพศชายร้อยละ 16.6 ผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพศหญิงควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 94 เพศชายร้อยละ 91

5. ความสัมพันธ์

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศกับปัจจัยเสี่ยง

5.1.1 การให้ยารักษาโรคทางระบบ เพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการให้ยารักษาโรคทางระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงให้ยารักษาโรคทางระบบมากกว่าเพศชาย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

5.1.2 การสูบบุหรี่ เพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

5.1.3 การเคี้ยวหมาก เพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเคี้ยวหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงเคี้ยวหมากมากกว่าเพศชาย ผู้มีอายุมากกว่าเคี้ยวหมากมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

5.1.4 การเป็นเบาหวาน เพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การให้ยารักษาโรคทางระบบ

Table 4 Association of age groups and gender of elderly and the use of medication in systemic diseases.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่ใช้ยา	ใช้ยา	p-value
60 - 69	619 (47.95)	672 (52.05)	.230
70 - 79	302 (44.54)	376 (55.46)	
80 - 89	68 (53.13)	60 (46.88)	
90 ปีขึ้นไป	3 (37.50)	5 (62.50)	
เพศ			
ชาย	461(46.47)	406(46.83)	.000*
หญิง	531(47.71)	707(63.52)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 21.62$ $df = 1$ $p < 0.001$

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การสูบบุหรี่

Table 5 Association of age groups and gender of elderly and smoking.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่สูบ	สูบ	p-value
60 - 69	1132(87.68)	159(12.32)	.091
70 - 79	568(83.78)	110(16.22)	
80 - 89	107(83.59)	21(16.41)	
90 ปีขึ้นไป	7(87.50)	1(12.50)	
เพศ			
ชาย	680(78.43)	187(21.57)	.000*
หญิง	1134(91.60)	104(8.40)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 74.216$ $df = 1$ $p < 0.001$

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การเคี้ยวหมาก

Table 6 Association of age groups and gender of elderly and betel nut chewing.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่เคี้ยวหมาก	เคี้ยวหมาก	p-value
60 - 69	1131(87.61)	160(12.39)	.000*
70 - 79	556(82.01)	122(17.99)	
80 - 89	96(75.00)	32(25.00)	
90 ปีขึ้นไป	5(62.50)	3(37.50)	
เพศ			
ชาย	773(89.16)	94(10.84)	.000**
หญิง	1015(81.99)	223(18.01)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 24.775$ $df = 3$ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 20.498$ $df = 1$ $p < 0.001$

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิง ควบคุมได้มากกว่าเพศชาย ผู้มีอายุมากกว่า ควบคุมได้มากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ และเพศกับพฤติกรรมการดูแลช่องปาก

5.2.1 การแปรงฟันธรรมชาติก่อน

นอน กลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงแปรงฟัน ธรรมชาติก่อนนอนมากกว่าเพศชาย ผู้มีอายุ น้อยกว่าแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอนมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การเป็นเบาหวาน

Table 7 Association of age groups and gender of elderly and Diabetes.

กลุ่มอายุ (ปี)	เป็นเบาหวานคุมได้	เป็นเบาหวานคุมไม่ได้	p-value
60 - 69	248(91.0)	22(8.0)	.007*
70 - 79	163(94.76)	9(5.24)	
80 - 89	13(92.85)	1(7.15)	
90 ปีขึ้นไป	3(100)	0	
เพศ			
ชาย	131(90.97)	13(9.03)	.000**
หญิง	296(93.96)	19(6.04)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 17.546$ $df = 6$ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 24.560$ $df = 2$ $p < 0.001$

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน

Table 8 Association of age groups and gender of elderly and tooth brushing before bedtime.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่แปรงฟัน	แปรงฟัน	p-value
60 - 69	447(34.62)	844(65.38)	.000*
70 - 79	252(37.17)	426(62.83)	
80 - 89	75(58.59)	53(41.41)	
90 ปีขึ้นไป	5(62.50)	3(37.50)	
เพศ			
ชาย	343(39.56)	524(60.44)	.042**
หญิง	436(35.22)	802(64.78)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 30.968$ $df = 3$ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 4.127$ $df = 1$ $p < 0.001$

5.2.2 การทำความสะอาดซอกฟัน

กลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการทำความสะอาดซอกฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้มีอายุน้อยกว่าทำความสะอาดซอกฟันมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 9

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศกับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหาร

5.3.1 จำนวนฟันธรรมชาติของ

ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารมากกว่า 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารมากกว่า 20 ซี่ มากกว่าเพศชาย ผู้มีอายุน้อยกว่ามีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารมากกว่า 20 ซี่ มากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ การทำความสะอาดซอกฟัน

Table 9 Association of age groups and gender of elderly and embrasure tooth cleaning.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่ทำความสะอาดซอกฟัน	ทำความสะอาดซอกฟัน	p-value
60 - 69	1085(84.04)	206(15.96)	.016*
70 - 79	593(87.46)	85(12.54)	
80 - 89	118(92.19)	10(7.81)	
90 ปีขึ้นไป	8(100.00)	0	
เพศ			
ชาย	744(85.81)	123(14.19)	.902
หญิง	1060(85.62)	178(14.38)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 10.342$ $df = 3$ $p < 0.05$

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ จำนวนฟันธรรมชาติ

Table 10 Association of age groups and gender of elderly and number of natural teeth.

กลุ่มอายุ (ปี)	น้อยกว่า 20 ซี่	มากกว่า 20 ซี่	p-value
60 - 69	581(45.00)	710(55.00)	.000*
70 - 79	421(62.09)	257(37.91)	
80 - 89	104(81.25)	24(18.75)	
90 ปีขึ้นไป	8(100.00)	0	
เพศ			
ชาย	494(56.98)	373(43.02)	.002**
หญิง	620(50.08)	618(49.92)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 104.046$ $df = 3$ $p < 0.001$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 9.590$ $df = 1$ $p < 0.05$

5.3.2 จำนวนฟันหลังคู้สบของ

ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันหลังคู้สบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้มีอายุน้อยกว่ามีฟันหลังคู้สบ (ฟันธรรมชาติทั้งหมด) ตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 11

5.3.3 การใส่ฟันเทียมถอดได้ของ

ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมถอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้มีอายุมากกว่าใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับ จำนวนฟันหลังคู้สบของผู้สูงอายุ

Table 11 Association of age groups and gender of elderly and number of occlusion teeth.

กลุ่มอายุ (ปี)	ฟันธรรมชาติ/เทียมสบ 0-3 คู่	ฟันสบ ตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป (ฟันธรรมชาติหมด)	ฟันสบ ตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป (ฟันธรรมชาติ+เทียม)	ตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป (เทียมหมด)	p-value
60 - 69	548(42.45)	565(43.76)	100(7.75)	78(6.04)	.000*
70 - 79	365(53.83)	207(30.53)	32(4.72)	74(10.91)	
80 - 89	82(64.06)	23(17.97)	5(3.91)	18(14.06)	
90 ปีขึ้นไป	7(87.50)	0	0	1(12.50)	
เพศ					
ชาย	413(47.64)	321(37.02)	52(6.00)	81(9.34)	.325
หญิง	589(47.58)	474(38.29)	85(6.87)	90(7.27)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2 = 89.321$ $df = 12$ $p < 0.001$

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ กับการใส่ฟันเทียมถอดได้

Table 12 Association of age groups and gender of elderly with removable denture.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่ใส่ฟันเทียม	ฟันเทียม < 16ซี่	ฟันเทียม > 16ซี่	ฟันเทียมทั้งปาก	p-value
60 - 69	1039(80.48)	102(7.90)	43(3.33)	107(8.29)	.001*
70 - 79	533(78.61)	47(6.93)	18(2.65)	80(11.80)	
80 - 89	87(67.97)	8(6.25)	3(2.34)	30(23.44)	
90 ปีขึ้นไป	7(87.50)	0	0	1(12.50)	
เพศ					
ชาย	678(78.20)	60(6.92)	23(2.65)	106(12.23)	.133
หญิง	988(79.81)	97(7.84)	41(3.31)	112(9.05)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2 = 33.385$ $df = 12$ $p < 0.05$

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ และเพศกับการรับบริการป้องกัน/รักษา ภายใน 1 ปี

กลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศชายใช้บริการป้องกัน/รักษา ภายใน 1 ปี มากกว่าเพศหญิง ผู้มีอายุน้อยกว่าใช้บริการป้องกัน/รักษา ภายใน 1 ปี มากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 13

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ

ปัจจัย การเข้ารับรักษาโรคทางระบบ การแปร่งฟันธรรมชาติก่อนนอน การทำความสะอาดซอกฟันและการใช้บริการ/ป้องกันรักษาภายใน 1 ปี มีความสัมพันธ์กับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 14

บทวิจารณ์

สถานการณ์เริ่มสะท้อนปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน คือการปราศจากฟันทั้งปากร้อยละ 13.5 มีฟันธรรมชาติใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 47 ต่ำกว่าระดับประเทศตามผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ พ.ศ.2549-2550¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10.5 มีฟันธรรมชาติใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 54.8 และร้อยละ 77.6 มีฟันหลังคู่สบธรรมชาติตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป สิ่งเหล่านี้จะต้องนำไปวางแผนจัดระบบบริการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุให้มีฟันใช้งาน มีฟันหลังคู่สบให้มากขึ้น เน้นการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น

การรณรงค์การใส่ฟันเทียมพระราชทานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา แต่ยังมีผู้สูงอายุที่ยังไม่ใส่ฟันเทียมถึงร้อยละ 79.1 แม้จำนวนนี้อาจจะไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมหรือไม่ต้องการใส่ ยังควรให้

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุกับการใช้บริการป้องกัน/รักษา ภายใน 1 ปี

Table 13 Association of age groups and gender of elderly with dental service received within 1 year.

กลุ่มอายุ (ปี)	ไม่ใช้	ใช้	p-value
60 - 69	655(50.74)	636(49.26)	.002*
70 - 79	380(56.05)	298(43.95)	
80 - 89	87(67.97)	41(32.03)	
90 ปีขึ้นไป	8(100.00)	0	
เพศ			
ชาย	434(50.06)	433(49.94)	.013**
หญิง	697(56.30)	541(43.70)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 26.179$ $df = 9$ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 10.838$ $df = 3$ $p < 0.05$

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ การมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ

Table 14 Association of all factors and functional teeth status.

ปัจจัยเสี่ยง	การมีฟันเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ		p-value
	น้อยกว่า 20 ซี่	มากกว่า 20 ซี่	
การใช้ยารักษาโรคทางระบบ			
ไม่ใช้ยา	495(49.95)	496(50.05)	.011*
ใช้ยา	618(55.53)	495(44.47)	
การรักษาโรคเบาหวาน			
ไม่เป็น	869(52.83)	776(47.17)	.543
เป็นเบาหวานคุมได้	224(52.46)	203(47.54)	
เป็นเบาหวานคุมไม่ได้	20(62.50)	12(37.50)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	951(52.43)	863(47.57)	.276
สูบ	162(55.86)	128(44.14)	
การเคี้ยวหมาก			
ไม่เคี้ยวหมาก	948(53.05)	839(46.95)	.743
เคี้ยวหมาก	165(52.05)	152(47.95)	
การแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน			
ไม่แปรงฟัน	502(64.44)	277(35.56)	.000**
แปรงฟัน	611(46.11)	714(53.89)	
การทำความสะอาดซอกฟัน			
ไม่ทำ	981(54.41)	822(45.59)	.001***
ทำ	132(43.85)	169(56.15)	
การใช้บริการ/ป้องกันรักษาภายใน 1 ปี			
ไม่ใช้	552(48.89)	577(51.11)	.000****
ใช้	562(57.58)	414(42.42)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 6.542$ $df = 1$ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 66.142$ $df = 1$ $p < 0.001$

*** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 11.534$ $df = 1$ $p < 0.05$

**** มีนัยสำคัญทางสถิติ $X^2 = 17.748$ $df = 3$ $p < 0.001$

มีการรณรงค์การใส่ฟันเทียมต่อไป โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุทุกสิทธิให้มากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุกับการมีฟันใช้เคี้ยวอาหาร พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสามารถในการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ของอัมพรเดชพิทักษ์และรัชนก นุชพวง¹²

ปัจจัยการใช้ยารักษาโรคทางระบบมีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอามา ปัทมสัตยาสนธิ¹³ โรงพยาบาลสุโขทัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะร่างกายที่มีโรคประจำตัวและเพศกับสภาพไร้ฟันทั้งปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

ไม่พบความสัมพันธ์ของการเป็นเบาหวานกับการมีฟันเคี้ยวอาหาร อาจเนื่องมาจากเป็นผู้สูงอายุทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีเพียงร้อยละ 21.8 เป็นเบาหวาน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และไม่พบความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมากกับการมีฟันเคี้ยวอาหาร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา¹⁴ การเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบและส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นและไม่สอดคล้องกับ การศึกษาระยะเวลาของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า (2541-2544)¹⁵ ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีดัชนีความรุนแรงและการลุกลามของโรคปริทันต์มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในการสำรวจครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.1 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 84.9 ไม่เคี้ยวหมาก

การใช้ยารักษาโรคทางระบบ การแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน การทำความสะอาดซอกฟัน และการได้รับบริการป้องกัน/รักษาฟันธรรมชาติใน

ผู้สูงอายุ (ภายใน 1 ปี) มีความสัมพันธ์กับการมีฟันใช้เคี้ยวอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันใช้เคี้ยวอาหาร อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย ดังนั้นประเด็นสำคัญในการดำเนินงานในผู้สูงอายุ คือ การควบคุมป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการจากภาครัฐให้มากยิ่งขึ้น โดยนำเข้าแผนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดต่อไป

บทสรุป

การศึกษาศาสนการณณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลในช่วงพฤษภาคม-สิงหาคม 2555 โดยทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุจำนวน 2,105 คน หญิงร้อยละ 58.8 ชายร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันใช้งานในช่องปาก 17 ซี่ (mean 16.9 SD 12.2) ร้อยละ 47 มีฟันธรรมชาติใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 37.8 มีฟันหลังคู่สบธรรมชาติตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 13.5 ปราศจากฟันในช่องปาก ร้อยละ 79.1 ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้ ร้อยละ 10.4 ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก

ผู้สูงอายुर้อยละ 62.9 แปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน เพศหญิงแปรงฟันธรรมชาติก่อนนอน ร้อยละ 64.7 เพศชายร้อยละ 60.4 ร้อยละ 85.7 ไม่มีการทำความสะอาดซอกฟัน เพศหญิงและเพศชายทำความสะอาดซอกฟันไม่แตกต่างกัน ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 46.3 รับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันธรรมชาติเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ คือ การใช้ยา

รักษาโรคทางระบบ การแปร่งฟันธรรมชาติก่อนนอน การทำความสะอาดซอกฟันและการได้รับบริการ ป้องกันรักษาเพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติภายใน 1 ปี ($P < 0.05$) ที่ไม่มีความสัมพันธ์คือ การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมาก

คำขอบคุณ

ขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพชรบูรณ์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ ที่ช่วยอนุมัติ โครงการ รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และกลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด เพชรบูรณ์ ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. Policies and Programmes for Older Persons in Asia and the Pacific : Selected Studies, Social Policy Paper No.1. New York, 2001:3-7.
2. World Health Organization. <http://www.who.int/country/en.Search> February 27,2013
3. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย : ความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการทำงานของร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:24-25, 59-86
4. กุลยา ดันติผลลาชีวะ : การพยาบาลผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ เจริญกิจ: 2524.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, โครงการเสริมสร้างและฟื้นฟูสภาพช่องปาก เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ :1 กรกฎาคม 2548 - 30 กันยายน 2550
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2553 และ 2554. เอกสารอัดสำเนา พ.ศ. 2553 และ 2554
7. วรางคณา เวชวิธ และคณะ.เรื่องนำรู้สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่2. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ). 2548:9-14.
8. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ปะนันท์.สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ:การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ,กลุ่มงานทันตกรรมป้องกัน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,กันยายน 2548
9. สิรินทร ฉันทสิริกาญจน สุขภาพช่องปากส่วนหนึ่งของสุขภาพและคุณภาพชีวิต สุปราณี ดาโลดม นนทลี วีรัชัย วรางคณา เวชวิธ ชนิตา โตเลี้ยง เสน่ห์ ครูฑษา การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่มที่ 1, พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สิงหาคม 2552:5-9
10. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ปะนันท์. ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุ และ ความชรา พ.ศ. 2544, วันที่ 21-22 มิถุนายน 2544
11. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550. กรกฎาคม 2551. โรงพิมพ์ สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
12. อัมพร เดชพิทักษ์และรัชนก นุชพ่วง .ความสามารถในการบริโภคเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่, วิทยาลัยการทันตสาธารณสุข 2551: ปีที่ 13 ฉบับที่ 1:97-105
13. อาม่าปัทมัสตยาสนธิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพไร้ฟันทั้งปากในผู้สูงอายุกลุ่มงานทันตกรรม รพ.สุโขทัย จ.สุโขทัย. วิทยาลัยการทันตสาธารณสุข 2551:ปีที่ 13 ฉบับที่ 2:97-105
14. สุภาภรณ์ฉัตรชัยวิวัฒนาและคณะ.ความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปากในสตรีชนบทจังหวัดขอนแก่น,วิทยาลัยการทันตสาธารณสุข 2550:ปีที่ 12 ฉบับที่ 1
15. ชาญชัย ให้อสงวน. การศึกษาระยะเวลาทางระบาศวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของโรคในช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า กรุงเทพมหานคร. 2544

The Study of Dental Situation and Factors Associated with Functional Teeth Status among Elderly in Phetchabun Province

Montakan Seehawong * D.D.S.

Abstract

This descriptive research was aimed to determine the dental situation and analyze factors associated with functional teeth status among elderly in Phetchabun province. Simple random sampling was used for data collection process 2,105 samples during May- August 2012. A survey was conducted to investigate the situation of elderly dental health by both oral examination and using interview process. The results revealed the followings : 58.8% were female with an average age of 68.5 years, 47% had their permanent teeth more than 20 teeth and 37.8% of them had more than 4 pairs of occlusion teeth, with the average retained teeth about 17 teeth, but 13.5% of responders were edentulous and 10.4% used complete dentures. About dental care and protection, there were 46.3% of responders had dental care last year. In addition, there were the significant relationship between functional teeth status and associated factors including the use of medication in systematic diseases, evening tooth cleaning , embrasure tooth cleaning and last year dental care. ($p < 0.05$)

Key words : *elderly, associated factors, functional teeth status*

บทวิทยากร

ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

เบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา* ท.บ, ป.บัณฑิต (ทันตกรรมสำหรับเด็ก), น.บ, น.บ.ท

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปากและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตามโครงการ “ฟันเทียมพระราชทานฯ” ระหว่างปี พ.ศ.2548-2552 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจำนวน 183 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทานของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (OIDP) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66.7 ของผู้สูงอายุที่มารับการใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.4 รับข่าวสารด้านบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 54.1 เดินทางไปรับบริการโดยญาติพาไป ร้อยละ 82.5 ใส่ฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหารและความสวยงาม ร้อยละ 95.2 ทำความสะอาดฟันเทียมโดยใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟัน และร้อยละ 70.3 ถอดฟันเทียมแช่น้ำขณะนอนตอนกลางคืน ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากผู้สูงอายุร้อยละ 88.0 สบายใจ มีความสุขมากขึ้น ร้อยละ 87.4 อารมณ์ดีขึ้น กล้ายิ้มมากขึ้น ร้อยละ 84.2 เคี้ยวและรับประทานอาหารได้มากขึ้น ร้อยละ 78.1 มีความพึงพอใจหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในระดับมาก และร้อยละ 71.0 ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ไม่มีปัญหาในช่องปากที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (OIDP=6.45 ± 5.27) ส่วนกิจกรรมที่มีปัญหาต่อสุขภาพช่องปากและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากคือปัญหาการกินอาหารและการพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน โดยสรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีความพึงพอใจและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือสามารถเคี้ยวหรือกินอาหารได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ฟันเทียมทั้งปาก, ความพึงพอใจ, ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต

* โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยเป็นการเพิ่มในอัตราที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน จากสถิติประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) ลดลงจากร้อยละ 36.9 ในปี พ.ศ. 2527 เหลือเพียงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2562 แต่ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มมากขึ้น สถิติผู้สูงอายุปี พ.ศ.2527 มีร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 9.6 และคาดว่าในปี พ.ศ.2562 จะมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.7¹ และปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 5 ของทวีปเอเชีย มากถึง 13.9 ล้านคน² เนื่องจากอายุคนไทยยืนยาวขึ้นทำให้โครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนเป็นประชากรสูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อทุกคนในสังคมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การบริโภค การเก็บภาษี และการให้บริการสาธารณสุข³

ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งจะมีโรคเรื้อรังและสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากโรคหัวใจ มะเร็ง และหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมต่างๆ เกี่ยวข้องกับการดูแลฟันของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันจำนวนมากการเคี้ยวอาหารจะไม่มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อคอเคลื่อนที่ไม่ดีทำให้มีปัญหาเรื่องการกลืนกินอาหารจึงลำบากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการจำกัดประเภทของอาหารที่รับประทาน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาหาร เป็นลักษณะอ่อนนิ่ม เคี้ยวง่าย ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง แต่มีใยอาหารและสารอาหารต่ำทำให้เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ^{5,6,7} เมื่อไม่มีฟันผู้สูงอายุจะไม่กินเนื้อสัตว์และผัก ถ้าขาดอาหารและไม่ฟันเลยทำให้ทำนายได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน การกินอาหารไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต⁴ สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพ

ร่างกายและคุณภาพชีวิต ดังกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “เวลาไม่มีฟันกินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” และ “คนเราเรื่องฟันเป็นเรื่องสำคัญถ้าไม่มีฟัน สุขภาพช่องปากก็ไม่ได้จะทำให้สุขภาพด้านอื่นๆ พลอยด้อยไปด้วย”⁸

ดังนั้น ในกรณีที่ผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปากการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไปจะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมสมดุล ช่วยภาพลักษณ์ของใบหน้า และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁰ จากผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่าการสูญเสียฟันเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ โดยพบผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจำนวน 470,000 คน มีความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมทั้งปาก 300,000 คน ใส่ฟันเทียมบางส่วน 170,000 คน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนได้จัดทำโครงการ “ฟันเทียมพระราชทานฯ” เพื่อรณรงค์ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 โดยมีเป้าหมายที่จะใส่ฟันเทียมทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจำนวน 80,000 คน ทั่วประเทศ และจากการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 - 2551¹¹ พบว่าผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีการสูญเสียฟัน และพบผู้ที่ควรได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 4 หรือประมาณอีก 250,000 คน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานตามโครงการเพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในโอกาสมหามงคล 84 พรรษา 5 ธันวาคม จนถึงปี พ.ศ. 2554 นั้น

การใส่ฟันเทียมทั้งปากที่มีประสิทธิภาพที่ผู้สูงอายุใช้งานได้นั้น ผู้สูงอายุต้องมีความพึงพอใจ

และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ความพึงพอใจขึ้นอยู่กับอายุ ความเครียด ลักษณะทางอารมณ์ ความคาดหวัง ต่อการใช้งาน ความสะดวกสบาย การบดเคี้ยว การพูดของผู้สูงอายุไร้ฟัน ประสบการณ์ การใส่ฟันเทียมครั้งก่อนรวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุไร้ฟันกับทันตแพทย์^{10,12} และสุขภาพในช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตปัจจุบันมีดัชนีเพื่อวัดคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากสุขภาพช่องปากโดยตรง (Oral Health Related Quality of life, OHRQoL) หลายชนิด แต่ในการศึกษานี้เลือกใช้ดัชนีชื่อ ODP (Oral Impact on Daily Performance) เพราะเป็นดัชนีที่ใช้เฉพาะคำถามเรื่องคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากสุขภาพช่องปาก และสามารถวัดคำนวณผลกระทบแบบเจาะจงสถานะ^{13,14} การศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปากและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตามโครงการ “ฟันเทียมพระราชทานฯ” ระหว่างปี พ.ศ.2548 - 2552

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากตามโครงการ “ฟันเทียมพระราชทานฯ” ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอโกรกพระ จ.นครสวรรค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2552 ทั้งนี้โดยการติดต่อผู้สูงอายุทุกคนที่มาใช้บริการใส่ฟันเทียม ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ให้เป็นผู้ติดต่อผู้สูงอายุมาที่ รพ.สต. และผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์ที่ รพ.สต.

เครื่องมือ

1. แบบประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมตามโครงการฟันเทียมพระราชทานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ออกแบบโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป การใช้ฟันเทียม วิธีการทำความสะอาดฟันเทียม บทสรุปและข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

2. แบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Oral Impacts on Daily Performance Index (OIDP) (Aduyanon & Sheiham, 1996)

การสัมภาษณ์ทั้งหมด ดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์คนเดียว โดยผู้สัมภาษณ์ได้รับการฝึกการใช้ดัชนีจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำหน้าที่ฝึกอบรมการใช้ดัชนีดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุข การทดลองสัมภาษณ์ (Pilot study) ดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในอำเภออื่นโดยทำซ้ำ 2 ครั้ง แล้วนำผลการสัมภาษณ์มาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ weighted kappa เมื่อได้ค่า k สูงกว่าหรือเท่ากับ 0.7 จึงดำเนินการเก็บข้อมูลจริง และในระหว่างเก็บข้อมูลจริง ตัวอย่างร้อยละ 10 จะถูกสุ่มเพื่อทำการสัมภาษณ์ซ้ำ และนำผลการสัมภาษณ์ซ้ำมาเปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อหาค่า kappa สำหรับตรวจสอบว่าการศึกษานี้มีค่า Reliability สูงเพียงพอที่จะเชื่อถือได้ หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากตามโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอโกรกพระ จ.นครสวรรค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2548

- 2552 ทั้งหมด 257 คน มาสัมผัสภาษาญี่ได้ 183 คน (ร้อยละ 71.2) โดยเป็นเพศชาย 61 คน (ร้อยละ 33.3) เพศหญิง 122 คน (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 35.5) อายุระหว่าง 70 - 79 ปี จำนวน 94 คน (ร้อยละ 51.4) และ อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน (ร้อยละ 13.1) (ตารางที่ 1)

การรับรู้ข่าวสารด้านบริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารจากการนัดของทันตแพทย์ 22 คน (ร้อยละ 12.0) จากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.1) จากคนรู้จัก 65 คน (ร้อยละ 35.5) จากบุคคลากรอื่น เช่น เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล 94 คน (ร้อยละ 51.4) (ตารางที่ 2) และผู้สูงอายุเดินทางไปรับบริการโดย

มีญาติพาไป 99 คน (ร้อยละ 54.1) ไปด้วยตนเอง 68 คน (ร้อยละ 37.2) และด้วยวิธีอื่นๆ เช่น จ้างผู้อื่นไปส่ง 16 คน (ร้อยละ 8.7) (ตารางที่ 3)

การใช้งานฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุใช้ฟันเทียม 166 คน (ร้อยละ 90.7) และไม่ได้ใช้ฟันเทียม 17 คน (ร้อยละ 9.3) โดยมีผู้สูงอายุ 151 คน (ร้อยละ 82.5) ใส่ฟันเทียมเพื่อใช้เคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงาม (ตารางที่ 4)

การได้รับคำแนะนำในการใช้ฟันเทียมทั้งปาก พบว่าผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ 180 คน (ร้อยละ 98.4) และมีผู้ตอบคำถามเรื่องวิธีทำความสะอาดฟันเทียม 167 คน (ร้อยละ 91.3) โดยส่วนใหญ่ 159 คน (ร้อยละ 95.2) ทำความสะอาดฟันเทียมโดยใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ

Table 1 Number and percentage of elderly by gender and age group

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	122	66.7
	ชาย	61	33.3
อายุ (ปี)	60-69	65	35.5
	70-79	94	51.4
	80 และสูงกว่า	24	13.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับรู้ข่าวสารด้านบริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

Table 2 Number and percentage of elderly by full denture service information receiving

การได้รับรู้ข่าวสารด้านบริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- จากการนัดของทันตแพทย์	22	12.0
- จากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ	2	1.1
- จากคนรู้จัก	65	35.5
- จากบุคคลากรอื่น เช่น จนท.รพ.สต. อสม. องค์การบริหารส่วนตำบล	94	51.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทการเดินทางไปรับบริการ

Table 3 Number and percentage of elderly by how to get full denture services

การเดินทางไปรับบริการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- มีญาติพาไป	99	54.1
- ไปด้วยตนเอง	68	37.2
- ด้วยวิธีอื่นๆ เช่น จ้างผู้อื่นไปส่ง	16	8.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการใช้งานฟันเทียม

Table 4 Number and percentage of elderly by denture utility

วัตถุประสงค์การใช้งานฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ใช้เคี้ยวอาหารเท่านั้น	4	2.2
- ใช้เพื่อความสวยงามเท่านั้น	21	11.5
- ใช้เคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงาม	151	82.5
- ไม่ตอบ	7	3.8

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการทำความสะอาดฟันเทียม

Table 5 Number and percentage of elderly by denture cleaning method

การทำความสะอาดฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ตอบ	16	8.7
ตอบ	167	91.3
- ใช้ฟองน้ำทำความสะอาด	1	0.6
- ใช้สบู่และแปรงสีฟัน	7	4.2
- ใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟัน	159	95.2

ผู้สูงอายุที่ตอบคำถามเรื่องถอดฟันเทียม ขณะนอนตอนกลางคืน 138 คน (ร้อยละ 75.4) ถอด ฟันเทียมแช่น้ำ 97 คน (ร้อยละ 70.3) ถอดฟันเทียม แช่น้ำเกลือ 1 คน (ร้อยละ 0.7) และใส่ฟันเทียม ขณะนอน 28 คน (ร้อยละ 20.3) ผู้สูงอายุให้เหตุผล ว่าเมื่อขากรรไกร ไม่มั่นใจ และลื่น ถ้านึกถึงได้ก็ จะถอดแช่น้ำ (ตารางที่ 6)

ความรู้สึกของผู้สูงอายุภายหลังการใส่ฟัน

เทียมทั้งปาก พบว่าผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารและรับ ประทานอาหารได้มากขึ้น 154 คน (ร้อยละ 84.2) มีความสวยงามมากขึ้น 147 คน (ร้อยละ 80.3) อารมณ์ดีขึ้น กล้ายิ้มมากขึ้น 160 คน (ร้อยละ 87.4) พูดชัดเจนขึ้น 150 คน (ร้อยละ 82.0) สบายใจ มีความสุขมากขึ้น 161 คน (ร้อยละ 88.0) นอนหลับ ได้มากขึ้น 104 คน (ร้อยละ 56.8) ออกไปพบเพื่อน ได้มากขึ้น 116 คน (ร้อยละ 63.4) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการถอดฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืน

Table 6 Number and percentage of elderly by taking off denture during sleeping

การถอดฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ไม่ตอบ	45	24.6
- ตอบ	138	75.4
ถอดฟันเทียมแช่น้ำ	97	70.3
ถอดฟันเทียมแช่น้ำเกลือ	1	0.7
ถอดเฉพาะฟันเทียมล่าง	2	1.5
ถอดฟันเทียมบางคืน	10	7.2
ใส่ฟันเทียมขณะนอน	28	20.3

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความรู้สึกภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

Table 7 Number and percentage of elderly by perception to denture

ความรู้สึกภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เคี้ยวและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	154	84.2
- มีความสวยงามมากขึ้น	147	80.3
- อารมณ์ดีขึ้น กล้ายิ้มมากขึ้น	160	87.4
- พูดชัดเจนขึ้น	150	82.0
- สบายใจมีความสุขมากขึ้น	161	88.0
- นอนหลับได้มากขึ้น	104	56.8
- ออกไปพบเพื่อนได้มากขึ้น	116	63.4

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก 143 คน (ร้อยละ 78.1) ความพึงพอใจระดับปานกลาง 22 คน (ร้อยละ 12.0) ความพึงพอใจระดับน้อย 5 คน (ร้อยละ 2.7) ไม่พึงพอใจ 7 คน (ร้อยละ 3.8) ไม่ตอบ 6 คน (ร้อยละ 3.2) (ตารางที่ 8)

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก วัดโดยใช้ดัชนี OIDP พบว่าภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 130 คน (ร้อยละ 71.0) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย 23 คน (ร้อยละ 12.6) และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก 30 คน (ร้อยละ 16.4) โดยมีค่า OIDP เฉลี่ย 6.45 (ตารางที่ 9)

บทวิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานทั้งปาก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548-2552 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานทั้งปากมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง¹⁵ ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการรับบริการโครงการฟันเทียมพระราชทาน แต่สอดคล้องกับการศึกษาของอำมา บัทมส์ตยสนธิ¹⁶ Colussi CF, de Freitas SF¹⁷ ที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาพไร้ฟันของผู้สูงอายุ และ Ranta K¹⁸ ที่รายงานว่าการใส่ฟันเทียมบางส่วนมากกว่าเพศชายทั้งนี้อาจเป็น

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความพึงพอใจภายหลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก

Table 8 Number and percentage of elderly by level of satisfaction to denture

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	143	78.1
ปานกลาง	22	12.0
น้อย	5	2.7
ไม่พึงพอใจ	7	3.8
ไม่ตอบ	6	3.2

ตารางที่ 9 ค่า OIDP และค่าเฉลี่ย OIDP ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก

Table 9 OIDP score and average score of OIDP in dentured elderly

ค่า OIDP score	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย OIDP score
0 = ไม่มีผลกระทบ	130	71.0	
มากกว่า 0-10 = มีผลกระทบน้อย	23	12.6	6.45 ± 5.27
มากกว่า 10 = มีผลกระทบมาก	30	16.4	
รวม	183	100	

เพราะเพศหญิงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหลังหมดประจำเดือน มีการลดลงของฮอรโมนเอสโตรเจน ทำให้เพิ่มการสูญเสียมวลกระดูกเพิ่มมากขึ้น เยื่อช่องปากบางและแห้งซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันมากขึ้น

การรับรู้ข่าวสารโครงการฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.4) รับรู้ข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี ดาโลดม และคณะ¹⁹ พบว่าร้อยละ 58.6 ของผู้สูงอายุนับว่าข่าวสารโครงการจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเข้าถึงโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพราะบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุผ่านการทำกิจกรรมโครงการต่างๆ และพบว่าร้อยละ 54.1 ต้องมีญาติพาไปรับบริการเพราะผู้สูงอายุสุขภาพไม่แข็งแรงอยู่ในภาวะต้องการการพึ่งพิงสูง และจะมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลเนื่องจากต้องมีญาติหรือลูกหลานพาไป⁸ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการซึ่งต้องชำระเอง 20-100 บาท/ครั้ง¹⁹ รวมทั้งค่าใช้จ่ายแฝงอื่น¹⁵ เช่นค่าขาดรายได้ของญาติ

วัตถุประสงค์การใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 82.5 ใช้เพื่อความสวยงาม และเพื่อความสบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติดา ทีชมายูพันธ์²⁰ ดังนั้นการทำฟันเทียมควรตอบสนองผู้สูงอายุทั้งประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหารและความสวยงาม มีการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา²¹ พบว่าการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาคือการยิ้ม หัวเราะ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมที่สามารถใช้งานฟันเทียมใน

การบดเคี้ยวและให้ความสวยงาม จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น

การทำความสะดวกฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.2 ทำความสะดวกฟันเทียมโดยใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟัน อาจเนื่องมาจากเป็นอุปกรณ์ทำความสะดวกฟันเทียมที่มอบให้ตามโครงการฯ แต่การศึกษาของสุชาติดา ทีชมายูพันธ์²⁰ พบว่าผู้สูงอายุทำความสะดวกฟันเทียมโดยใช้สบู่และแปรงสีฟัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคำแนะนำของทันตบุคลากรในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

การถอดฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืนตามคำแนะนำของทันตแพทย์แตกต่างกันโดยร้อยละ 70.3 ถอดฟันเทียมแช่น้ำขณะนอน และร้อยละ 20.3 ที่ยังใส่ฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืน ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าเมื่อขากกรรไกร ไม่มั่นใจ และลืม ถ้านึกถึงได้ก็จะถอดแช่น้ำ

ความรู้สึกของผู้สูงอายุภายหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากพบว่าร้อยละ 84.2 รู้สึกเคี้ยวและรับประทานอาหารได้มากขึ้น ร้อยละ 88.0 สบายใจและมีความสุขมากขึ้นซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุชาติดา ทีชมายูพันธ์²⁰ แต่แตกต่างจากการศึกษาของยุพิน สงไพศาล¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากในการรับประทานอาหารน้อยเพียงร้อยละ 69.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความคาดหวังต่อการใส่ฟันเทียมสำหรับการเคี้ยวอาหาร ลักษณะและคุณภาพของสันเหงือก คุณภาพทางคลินิกของฟันเทียมแตกต่างกัน

ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากปัจจัยหลักที่มีผลคือ ความสวยงาม การบดเคี้ยวอาหารการเข้าสังคมและการรับประทานอาหาร¹⁰ นอกจากนี้ยังขึ้นกับคุณภาพของฟันเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับคนไข้ ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ และอัตราการไหลของน้ำลาย^{12, 22}

การศึกษานี้พบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ภายหลังจากใส่ฟันเทียมทั้งปากอยู่ในระดับมากถึง ร้อยละ 78.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุชาติา ที่มายุพันธ์²⁰ อาจเป็นเพราะภายหลังจากใส่ฟันเทียม ทั้งปากผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวและรับประทาน อาหารได้มากขึ้น มีความสวยงาม อารมณ์ดี และ สบายใจมากขึ้น

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพ ชีวิต พบว่า ภายหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากไม่ทำให้มี ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทุกๆ ด้าน สูงถึงร้อยละ 71.0 และมีเพียงร้อยละ 16.4 ที่ยังคงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Srisilapanan และ Sheiham²³ ที่พบว่า ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ภายหลังใส่ฟันเทียมมีบ้างแต่ไม่รุนแรง (OIDP<8.0) และของยุพิน สงไพศาล¹⁰ พบว่าร้อยละ 83.6 ของ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากไม่เคยมีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต (OHIP-14T=1.40 ± 0.54) ในการศึกษา นี้พบผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.0 ที่ภายหลังการใส่ ฟันเทียมทั้งปากมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคือผู้สูงอายุมีปัญหาในการ กินอาหารมากที่สุด รองลงมาคือการพูดหรือการ ออกเสียงให้ชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมี ความคาดหวังในเรื่องการเคี้ยวหรือกินอาหารได้ เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษากลุ่ม ผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าผลกระทบ ของสุขภาพช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตคือ ปัญหา การรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาด้านการพูด²⁴ แต่ John และคณะ¹⁰ พบ ว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากมีผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตอย่างสูง

ข้อเสนอแนะ

กรณีเลือกใช้ดัชนี OIDP ต้องออกแบบวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์ควรได้รับการ อบรมหรือได้รับคำแนะนำ ฝึกฝน จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสามารถจะตั้งคำถามที่สื่อสารกับผู้สูงอายุได้ อย่างมีประสิทธิภาพเพราะจะต้องมีการซักถาม อย่างต่อเนื่อง เจาะลึกในแต่ละกิจกรรม

การประเมินด้านคุณภาพชีวิตภายหลังจาก ใส่ฟันเทียมโดยใช้ดัชนีOIDP จะต้องใช้การสัมภาษณ์ ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกรอง ตนเองภายหลังจากใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งอาจจะ แตกต่างกันตามระดับการรับรู้ การเข้าใจคำถาม รวมทั้งระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ดังนั้นการใช้ ดัชนี OIDP ผู้สัมภาษณ์ควรปรับวิธีตั้งคำถามให้ เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุในแต่ละราย

เนื่องจากกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังจากใส่ฟันเทียม ทั้งปากคือการกินอาหารและ การพูดหรือการออก เสียงให้ชัดเจน ควรมีการศึกษาถึงสาเหตุ วิธีการ แก้ไขเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

นอกจากนี้ หากมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก และไม่ได้รับการใส่ ฟันเทียม จะทำให้ผลการศึกษาดูชัดเจนขึ้น

บทสรุป

ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี รั้วรู้ข่าวสารโครงการฟันเทียมพระราชทานฯ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด และจะต้องมี ญาติพาไป ภายหลังจากใส่ฟันเทียมทั้งปากผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมเพื่อบดเคี้ยวอาหารและเพื่อ

ความสวยงาม ทำความสะอาดฟันเทียมโดยใช้ ยาสีฟันและแปรงสีฟัน ถอดฟันเทียมแช่น้ำขณะ นอนตอนกลางคืนผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังใส่ฟันเทียม ทั้งปากสบายใจและมีความสุข อารมณ์ดี กล้ายิ้ม เคี้ยวและรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจภายหลังการใส่ ฟันเทียมทั้งปากอยู่ในระดับมาก สูงถึงร้อยละ 78.1และร้อยละ 71.0 หลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ไม่มีปัญหาในช่องปากที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 29.0 ที่มีปัญหาในช่องปากที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลกระทบ ด้านการกินอาหารมากที่สุด รองลงมาคือการพูด

หรือออกเสียงให้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์นฤมนัส คอวนิชและทันตแพทย์หญิง สุปราณี ดาโลดม ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ให้คำปรึกษาแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ระหว่างปีพ.ศ 2548-2552 ที่กรุณาให้ข้อมูลภายหลัง การใส่ฟันเทียม รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก ท่านที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้การ วิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประชากรโลก : ประชากรไทย 2547.
2. อรพิชญา ไกรฤทธิ, มัทนา พุกษาพงษ์, แนวคิดการทำงานกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเรื่องยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิธี่, ชนิตา ไตเลี้ยง, เสน่ห์ ครูชษา, การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่มที่ 1, พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2552, 11-12.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2563.
4. สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, สุขภาพช่องปาก ส่วนหนึ่งของสุขภาพและคุณภาพชีวิต, สุปราณี ดาโลดม นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิธี่, ชนิตา ไตเลี้ยง, เสน่ห์ ครูชษา, การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่มที่ 1, พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2552 ,7-8.
5. Wayler AH, Muench ME, Kapm KK, Chauncy HH. Masticatory Performance and Food acceptability in Persons with removable partial dentures: full dentures and Intact natural dentition J Gerontol 1984;39:284-9.
6. Chauncy HH Muench ME, Kapur KK & Wayler AH. The effect of the loss of teeth Nutrition. International Dental Journal 1984; 34(2):98-104.
7. Lesourd B. Protein under-nutrition as the major cause of decreased immune function in the elderly:clinical and functional implication, Nutrition Reviews 1995; 53: 86-94.
8. สุธา เจียรรมณีโชติชัย, สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิธี่, เสน่ห์ ครูชษา, โครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี และเนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550, พิมพ์ครั้งที่ 1, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร, 2550, 8.
9. Dominguez BL, Grossman NS, et al. Dental finding in geriatric populations with diverse medical backgrounds. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Racial Endod. 1995; 80:43-54.
10. ยุพิน สงไพศาล. ความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2550; 30(3): 31-45.
11. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ.2549-2550 โรงพิมพ์สำนักงานกิจการองค์การทหารผ่านศึก พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2551

12. Rafael de Liz Pocztaruk, Luis Carlos da Fontoura Frasca, Elken Gomes Rivaldo, Paulo Roberto Castro Mattia, Rafael Araujo Bidal, Eduardo Fernandes, Maria Beatriz Duarte Gaviao . Satisfaction level and masticatory capacity in edentulous patients with conventional dentures and implant-retained overdentures .Brazilian Journal of Oral Science. 2006; 5(4): 1232-1238.
13. สุคาดวง เกรินทร์พงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก : ตอนที่ 2 ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2550; 16(2) : 306-317.
14. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dent Oral Epidermiol. 1996 Dec;24(6):385-9.
15. บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงโครงการฟันเทียมพระราชทานสำหรับผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ,วารสารสาธารณสุขศาสตร์,2551;38 (3) : 396-406.
16. อำมา ปัทมสัตยาสนธิ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพไร้ฟันทั้งปากในผู้สูงอายุ,วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 2551;13 (2) : 7-103.
17. Colussi CF,de Freitas SF. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazillian elderly population Gerodontology.2007 jun;24(2):93-7.
18. Ranta K. Rehabilitation with removable dentures among the dentate population in Finland. J Oral Rehabit 1987;14:615-621.
19. สุปรานี ดาไลดม,นนทลี วีรัชย์,วรางคณา เวชวิธ,สุธา เจียรณณีโชติชัย,การประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550,วิทยาสารทันตสาธารณสุข,2551;13(5):71-82.
20. สุชาดา ทีฆายุพันธ์ุ, พีรวิชญ์ พาดิ, ความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานของจังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549, วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 2551 ; 13 (1) : 88 - 95.
21. สถาพร จันทร, คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 2551; 13(3):158-167.
22. Asja Celebic,Dubravka Knezovic-Zlataric,Milan Papic,Vlada Carek,Ivo Baucic and Jasmina Stipetic.Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy.Journal of Gerontology 2003;58A:948-953.
23. P.Srisilapanan and A Sheitham. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology 2001;2: 102-108
24. สุคาดวง กฤษฎาพงษ์, กัณฐมพร ลักษณะนา, นิรดา วรกาญจนนา, พงศ์ สุระประเสริฐ, พรทิภา ศิริวินิชสุนทร, การเปรียบเทียบระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง.ว ทันต 2550;57(2):98-105.

Original Article

Satisfaction and Quality of life of elderly after wearing complete dentures on His Majesty the King Prosthesis Service Campaign at Krok Phra Hospital, Nakhon Sawan Province.

Benjamas Suepatthima * *D.D.S, Grad.Dip (Pedodontics), LL.B, Barister-at-Law*

Abstract

The Objectives of this study were to assess satisfaction and oral health related quality of life after wearing complete denture at Krok Phra Hospital, Nakhon Sawan province in His Majesty the King Prosthesis Service Campaign during 2005-2009. This descriptive study was collected the data by interviewed one hundred and eighty three elderly at age ≥ 60 years old who worn complete denture. Data was collected during May-July 2010. Tools were satisfaction assessment form by Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health and OIDP form. Descriptive statistics were frequency, mean, percentage and standard deviation. Results showed that the elderly who worn complete denture was female 66.7 percent. 51.4 percent received information about the Campaign from officer's Health Promoting Hospital, Village Health Volunteer, Local District Administrative. 54.1 percent went to hospital with their relatives, 82.5 percent used their dentures for food chewing and making them to be good looking, 95.2 percent cleaned their dentures with toothpaste and brushing, 70.3 percent took off their dentures during sleeping. After this group had worn their dentures, 88.0 percent were more happy, 87.4 percent had good emotion and felt free to smile, 84.2 percent had more food chewing, 78.1 percent had satisfaction at good level and 71.0 percent were categorized as never have had oral health related quality of life (OIDP=6.45 \pm 5.27). The difficulties were eating and speaking. In conclusion, the most important that made elderly feel satisfaction and improved quality of life was more food chewing.

key words : *Elderly , Complete denture , Satisfaction , Oral health impact to quality of life*

* *Krok Phra Hospital, Nakhon Sawan*

บทวิทยากร

รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในชมรมผู้สูงอายุ พื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศไทย

ดำรง อารงเลาะห์พันธุ์* ทบ., วท.ม. (ทันตกรรมป้องกัน)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ และเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเขตภาคตะวันออก ดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากจำนวน 10 แห่ง และศึกษาเชิงลึกในอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราดเป็นกรณีศึกษา ด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม และอภิปรายกลุ่ม รวมถึงใช้แบบเก็บข้อมูลการจัดกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 8 แห่ง คือ การให้ทันตสุขศึกษา การตรวจสุขภาพช่องปาก การจัดการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก การจัดสรรวัสดุ/อุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก การสร้างกระแส รณรงค์ และการจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากสมาชิก ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ได้แก่ ความเข้มแข็งของชมรม ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการและบูรณาการในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : ชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

* ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงสถานการณ์ประชากรโลกในปัจจุบันที่การกระจายของประชากรตามอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาว ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นทั้งโรคเรื้อรัง โรคติดเชื่อเฉียบพลัน อันเป็นผลสืบเนื่องจากภูมิคุ้มกัน โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก มีการสูญเสียฟัน การเป็นโรคปริทันต์ขั้นรุนแรง ปัญหาสุขภาพต่างๆ เหล่านี้มีนัยยะต่อการเกิดทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตที่แย่งลง⁽¹⁾

ประเทศไทยพบเช่นเดียวกันว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่ระยะประชากรผู้สูงอายุ⁽²⁾ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมี 7.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และคาดว่าจะในปี 2568 จะเพิ่มขึ้นถึง 13.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20

การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ปี 2549 - 2550 พบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 54.8 มีฟันหลังที่เป็นฟันแท้สบกันอย่างน้อย 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 77.6 ไม่มีฟันทั้งปากร้อยละ 10.5 มีฟันผุที่รากฟัน ร้อยละ 21.3 มีสภาวะปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง ร้อยละ 68.8⁽³⁾ และจากรายงานระบาดวิทยาทันตสุขภาพของจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 34.0 มีฟันหลังที่เป็นฟันแท้สบกันอย่างน้อย 4 คู่ขึ้นไป เพียงร้อยละ 24.9⁽⁴⁾

สภาพปัญหาทันตสุขภาพในผู้สูงอายุเหล่านี้มาจากการที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี และผลกระทบจากการมีสภาวะทันตสุขภาพไม่ดีย่อมส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตด้วย ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้เสนอมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายระดับประเทศในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้สูงอายุ การลดโรคในช่องปากและความพิการโดยเฉพาะกลุ่มชายขอบ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรม การพัฒนาระบบสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงอย่างเหมาะสมเป็นธรรม^(5,6)

ดังนั้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งที่พัฒนาให้ผู้สูงอายุมีขีดความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และสามารถควบคุมและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพช่องปากภายใต้การพัฒนาทักษะผู้สูงอายุและภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนให้มีระบบดูแลผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก การกำหนดให้เรื่องสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นสาธารณะในชุมชน และการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ^(7,8)

ประเทศไทยมีกระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ขับเคลื่อน ในปี 2549 สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย ได้เริ่มต้นการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จนถึงปัจจุบัน ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินการ ผู้นำมีวิสัยทัศน์ทั้งกลุ่มทันตบุคลากร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การได้รับสิ่งสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม และงบประมาณ เป็นต้น⁽⁹⁾

จากนโยบายระดับประเทศ ศูนย์อนามัยที่ 3 จึงได้ขับเคลื่อนประเด็นชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปากในจังหวัดที่รับผิดชอบ 9 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา นครนายก ปราจีนบุรี และสระแก้ว สิ่งคาดหวังคือ การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการจัดการ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการควบคุมอนามัยช่องปาก และการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันการลุกลามจากโรคในช่องปากที่สำคัญ อันนำมาสู่การสูญเสียฟัน อาทิ โรคปริทันต์ ฟันผุที่รากฟัน^(1, 10, 11) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เงื่อนไขและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาในเชิงพรรณนา ใช้กระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการศึกษา 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ศึกษาภาพรวมของเขตจำนวน 10 ชมรมหรือเครือข่ายชมรม (ในอำเภอมีการดำเนินงานมากกว่า 1 ชมรมในรูปแบบเครือข่าย) 7 จังหวัด ระหว่าง ปี 2554 - 2555 โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ ร่วมกับกระบวนการเชิงปริมาณ ส่วนที่ 2 เป็นกรณีศึกษาซึ่งคัดเลือกจากชมรมผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง

ส่วนที่ 1 การศึกษาในภาพรวมของเขตสุ่มคัดเลือกชมรมที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใน 7 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ทั้งนี้ เนื่องจากในการศึกษานี้ ต้องการนำเสนอกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เป็นไปได้ในการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุ กระบวนการในการเก็บข้อมูลใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - participant Observation) และใช้แบบสำรวจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ

การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่เข้าร่วม ได้แก่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และระดับจังหวัด ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การตรวจสอบข้อมูลใช้กระบวนการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยพิจารณาจากการเก็บข้อมูลในรูปแบบต่างๆ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) คือ ตีความสร้างข้อสรุปจากรูปแบบหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น นำมาสร้างสมมติฐานเทียบกับทฤษฎี และทำการวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological analysis) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์แบบพรรณนาโดยใช้สถิติร้อยละ

ส่วนที่ 2 รูปแบบกรณีศึกษา คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุ 1 แห่ง ที่เป็นแหล่งเรียนรู้การพึ่งตนเองในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คือ เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม อภิปรายกลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและอภิปรายกลุ่มผู้ที่เข้าร่วม ได้แก่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในพื้นที่ และระดับจังหวัด ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การอภิปรายกลุ่มในเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ อำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด เพื่อถอดบทเรียน การดำเนินงาน และวิเคราะห์ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โดยวิเคราะห์ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการ ขยับเคลื่อนการดำเนินงาน และนำปัจจัยหลักเหล่านี้ มาเป็นปัจจัยติดตามความก้าวหน้าในแต่ละปี โดยชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายเป็นผู้วิเคราะห์ กำหนดให้แต่ละปัจจัยมีคะแนน 0 - 5 การให้ คะแนนแต่ละปัจจัยในแต่ละปีใช้มติของกลุ่ม (Consensus) โดยใช้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน นั้นเป็นการยืนยันการให้คะแนน จากนั้นนำผล คะแนนมาจัดทำเป็นสไปเดอร์ไดอะแกรม (Spider diagram) พิจารณาความก้าวหน้ารายปี ซึ่ง กระบวนการนี้ประยุกต์จากแนวคิดการประเมิน การมีส่วนร่วมของชุมชนของ Rifkin และคณะ^(12,13)

การตรวจสอบข้อมูลใช้กระบวนการตรวจสอบ แบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณา จากการเก็บข้อมูลในรูปแบบต่างๆ สำหรับการ วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพใช้กระบวนการ วิเคราะห์แบบอุปนัย และการวิเคราะห์โดยการ จำแนกข้อมูล

การวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมในแต่ละปี ทำการแบ่งกลุ่มตามตำบล และนำค่าคะแนนที่ ลงมติมาหาค่าเฉลี่ยในภาพอำเภอ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาในภาพรวมของเขต

ศึกษาชมรมผู้สูงอายุจำนวน 10 ชมรม ใน 7 จังหวัด จำนวนสมาชิกของชมรมตั้งแต่ 38 คน ถึง 2,119 คน หน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบ หลักมีทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ตาราง 1)

กิจกรรมเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในชมรมผู้สูงอายุ มีดังนี้ (ตาราง 1)

1. การกำหนดให้การทำความสะอาดช่องปาก เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันในการรวมกลุ่ม การพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการดูแล สุขภาพช่องปาก
2. การจัดมหกรรม รณรงค์การดูแลสุขภาพ ช่องปาก
3. การพัฒนาผู้สูงอายุเป็นแกนนำ หรือ อาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ รวมถึงกลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงมีครรภ์ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน เป็นต้น
4. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องสมุนไพร เป็นสื่อการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น เกล็ดสตู เปลือกกระดังงู เปลือกมะขามป้อม กระจะโดลิง ไบฝรั่ง ข่อย อัญชัน เป็นต้น
5. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการละเล่น และการละเล่นปัจจุบันมาประยุกต์เนื้อหาเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปาก เพื่อสร้างกระแส และเป็นสื่อการ เรียนรู้ เช่น การแห่ หมอลำ รำวง เพลง “มีฟันปลอม พร้อมดูแล” ละครชาตรี รำอบ นิทาน ละคร ลำไม้พลอง สูลาฮูปแปรงฟัน เป็นต้น
6. การจัดบริการทันตกรรมป้องกันและ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
7. การจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์การดูแลสุขภาพ ช่องปาก
8. การจัดทำฐานข้อมูลสภาวะสุขภาพ ช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ของผู้สูงอายุ
9. การระดมทุนกันเอง
10. การเชื่อมโยงชมรม-วัด-อปท.-โรงเรียน- สาธารณสุข

ตาราง 1 ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

Table 1 General information of senior clubs and their best practices

ลำดับ	ชื่อชมรม	ที่อยู่	จำนวนสมาชิก	หน่วยงานรับผิดชอบ	กิจกรรมเด่น
1	ชมรมผู้สูงวัย ฟื้นสวยยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพฟัน ตำบลบ้านแก้ง	อ.เมือง จ.สระแก้ว	70 คน	รพ.สต. บ้านแก้ง	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร ทาฟลูออไรด์วารันิชในชมรม เพื่อนช่วยเพื่อนให้ความรู้ สอนแปรงฟัน การใช้น้ำยาบ้วนปาก
2	ชมรมผู้สูงอายุ คลองหาด	อ.คลองหาด จ.สระแก้ว	38 คน	รพ.คลองหาด	<ul style="list-style-type: none"> เชื่อมโยงชมรม-วัด-อปท.-โรงเรียน-สาธารณสุข ระดมทุนกันเอง
3	ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พนัสนิคม	อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี	500 คน	รพ.พนัสนิคม	<ul style="list-style-type: none"> ข้อตกลง “หลังรับประทานอาหารว่างต้องมีการแปรงฟัน” จัดสรรวัสดุอุปกรณ์ การทำความสะอาดช่องปาก
4	ชมรมผู้สูงอายุ “เอื้ออาทร”	ต.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ	300 คน	รพ.สต. บางแก้ว	<ul style="list-style-type: none"> แกนนำผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สร้างกระแสรณรงค์ “แปรงใหม่แลกแปรงเก่า”
5	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเขาวงกต	อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี	465 คน	รพ.สต. เขาวงกต	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจและจัดทำข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ
6	ชมรมผู้สูงอายุ สายสัมพันธ์ ชาวหนามแดง	ต.หนามแดง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา	491 คน	รพ.สต. หนามแดง	<ul style="list-style-type: none"> ทันตภิบาลจาก อ.ข้างเคียงให้บริการทันตกรรมป้องกัน แปรงสีฟันไฟฟ้าให้ผู้พิการ
7	ชมรม ดอกลำดวน ดารู้ลคอยรีอต	ต.หมอนทอง อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา	117 คน	รพ.สต. หมอนทอง	<ul style="list-style-type: none"> ทำสื่อการเรียนรู้ อาทิ POP - UP แผ่นพับ ใบงาน เพลง “มีฟันปลอม พร้อมดูแล” เยี่ยมบ้านกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ

ลำดับ	ชื่อชมรม	ที่อยู่	จำนวนสมาชิก	หน่วยงานรับผิดชอบ	กิจกรรมเด่น
8	ชมรมผู้สูงอายุ สถานีอนามัย ตำบลบางยอ (องค์การสาธารณสุข ประโยชน์)	ต.บางยอ อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ	120 คน	รพ.สต. บางยอ	<ul style="list-style-type: none"> • อาสาสมัครแกนนำด้าน ทันตกรรมดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงมีครรภ์ หลังคลอด และเด็ก • ผลิต “ยาสีฟันเกลือสตุ”
9	ชมรม ดอกบัวบาน	อ.บ้านสร้าง จ.ปราจีนบุรี	45 คน	รพ.บ้านสร้าง	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ การทำความสะอาดช่องปาก ฟันปลอม • ฐานข้อมูลทันตสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
10	เครือข่ายชมรม ผู้สูงอายุอำเภอ แหลมงอบ	อ.แหลมงอบ จ.ตราด	2,119 คน	รพ.แหลมงอบ	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้การละเล่น ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นสื่อในการดูแลสุขภาพ ช่องปาก • เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ผู้พิการ

ความนิยมในการจัดกิจกรรมพบว่า การให้
ทันตสุขศึกษา การตรวจสุขภาพช่องปาก การ
จัดการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ การฝึกทักษะการ
ทำความสะอาดช่องปาก การจัดสรรวัสดุ / อุปกรณ์

การทำความสะอาดช่องปาก การสร้างกระแส
รณรงค์ และการจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปาก
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ทำในชมรม
ผู้สูงอายุมากกว่า 8 แห่ง (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ

Table 2 Number of senior clubs classified by oral health promotion activity

ลำดับ	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	จำนวน
1	การให้ทันตสุขศึกษา	10
2	การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก	9
3	การกำหนดให้การแปรงฟันในช่วงเวลาจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	8
4	การตรวจสุขภาพช่องปาก	10
5	การจัดมุมความรู้ในชมรมผู้สูงอายุ	4
6	การกำหนดให้มีสถานที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรม	8
7	การจัดสรรวัสดุ / อุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก	9
8	การสร้างกระแส ทัศนคติ	9
9	การจัดการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น การไปศึกษา/ดูงานชมรมผู้สูงอายุอื่น	
	การเข้าร่วมประชุมด้านสุขภาพช่องปาก ฯลฯ	10
10	การจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	9
11	การเป็นแหล่งศึกษา/ดูงาน/เรียนรู้ของชมรมฯ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	
	ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	3
12	การสังเคราะห์ภูมิปัญญา นวัตกรรม เช่น สมุนไพร ศิลปะพื้นบ้าน ฯลฯ	4
13	กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน อาทิ การเยี่ยมบ้าน	6
14	จิตอาสา จัดระบบดูแลกลุ่มเป้าหมายอื่น	6
15	ระบบ Refer เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปาก	7

เงื่อนไขและปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีดังนี้

1. การประสานความร่วมมืออย่างเหนียวแน่นระหว่างชมรมผู้สูงอายุ และหน่วยงานสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่วนใหญ่มีทันตบุคลากรเป็นผู้ประสาน

2. ความเข้มแข็งของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ

3. การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการวางแผน การจัดกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรม

4. การติดตาม การประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานร่วมกัน

5. ความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม

6. การมีส่วนร่วมของภาคีอื่นๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7. การมีทุนทางสังคม อาทิ ภูมิหลัง ระบบสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว ที่เอื้อให้คนในชุมชนมีความเข้มแข็ง มีคลังปัญญาในพื้นที่ เป็นต้น

8. การพัฒนาการเรียนรู้ของสมาชิกในชมรม

9. สัมพันธภาพในชมรม ความเชื่อใจ ความสัมพันธ์ ความศรัทธา

ส่วนที่ 2 การศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา

ศึกษาเชิงลึกในพื้นที่อำเภอแหลมงอบจังหวัดตราด อำเภอแหลมงอบมี 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลแหลมงอบ ตำบลน้ำเชี่ยว ตำบลคลองใหญ่ และตำบลบางปิด การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีการบริหารจัดการเป็นเครือข่าย ภายใต้การดูแลหลักของโรงพยาบาลแหลมงอบ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมในการดำเนินงาน

การดำเนินงานเริ่มในปี 2552 โดยศูนย์อนามัยที่ 3 ได้คัดเลือกอำเภอแหลมงอบเป็นพื้นที่ศึกษา เป็นโครงการนำร่องพัฒนาระดับเขต ทำร่วมกับโรงพยาบาลแหลมงอบ เริ่มแรกมี 5 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมงอบ ชมรมผู้สูงอายุบ้านธรรมชาติล่าง ผู้สูงอายุบ้านธรรมชาติบน ชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำเชี่ยว และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปิด จากนั้นขยายเป็น 16 ชมรมทั้งอำเภอ ในปี 2555

กระบวนการพัฒนาชมรม โดยศูนย์อนามัยที่ 3 จัดเวทีระดมสมอง โดยสมาชิกที่เข้าร่วมเวทีประกอบด้วย แกนนำชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทัศนบุคลากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบ่ง 4 กลุ่มตามตำบล ให้กลุ่มสร้างภาพฝัน “ทำอย่างไรให้ฟันผู้สูงอายุอยู่นานชั่วชีวิต” แต่ละกลุ่มวาดลงบนผืนผ้าดิบ แล้วให้สมาชิกกลุ่มคิดกิจกรรมในภาพตำบล ระยะเวลาจึงพัฒนาให้เป็นรูปธรรมขึ้นโดยจัดทำเป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของชมรมผู้สูงอายุระยะเวลาจากปี 2552-2555 จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ และทัศนบุคลากร

คุณป้าเขี้ยว ผู้สูงอายุ ต.แหลมงอบ เล่าว่า “กิจกรรมที่ทำในชมรม คือ การแปรงฟันหลังอาหาร

ทางโรงพยาบาลแหลมงอบได้แจกแปรงสีฟันและยาสีฟันให้ ต้องนำมาทุกครั้งที่มาชมรม มีการแสดงละครตาเดินปอดฟันและร้องเพลงรำไทยฟันดี”

คุณป้าชนิษฐา / คุณป้าสำเนียง / คุณลุงนกหวีด ผู้สูงอายุ ต.บางปิด เล่าว่า “หมอเองได้แจกอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน สอนแปรงฟันแบบขยับแปด” ป้าสำเนียงเสริมว่า “ใช้แปรงสีฟันเป็นการทำความสะอาดฟันด้วย” ส่วนลุงนกหวีดได้ใช้ละครชาตรีผสมผสานการเล่นิทานร้องเป็นทำนอง

ชื่อเรื่อง “ตายายฟันดี”

คุณลุงสีนวล ผู้สูงอายุ ต.น้ำเชี่ยว เล่าว่า “ตำบลน้ำเชี่ยวอยู่ด้วยกัน 2 ศาสนา คือ อิสลามกับพุทธ แต่ก็ร่วมทำกิจกรรมกันได้ มีการประชุมของชมรมผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 200 คน ได้มีการแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำอย่างไรฟันจะอยู่กับเราไปนานๆ มีการเยี่ยมบ้านสมาชิกชมรมที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ เช่น คนเป็นอัมพาต มีกิจกรรมร้งอบแปรงฟัน ทำแผนของบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันจากเทศบาลในปี 2553”

คุณลุงทองหล่อ เล่าว่า “เราน่าจะดูแลตัวเองให้ดีกว่าก่อนที่จะไปหาหมอ” ดังนั้นจึงชวนผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมกัน “เวลามาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน หลังจากรับประทานอาหารกลางวันแล้วก็จะมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีการแนะนำการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชมรม ได้มีการวางแผนไว้ว่าจะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก ได้รับอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน ได้รับฟลูออไรด์ในรายที่มีรากฟันผุจากทัศนบุคลากร”

คุณลุงราชันย์ ผู้สูงอายุบ้านธรรมชาติบน เล่าว่า “หมอได้ไปตรวจฟัน ดูแลฟันผู้สูงอายุและมีการคัดกรองเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ในส่วน

ของชมรมได้ร่วมกันทำกิจกรรมกับบ้านธรรมชาติล่าง
รำกระบี่กระบอง ใช้เสียงเพลงเป็นสื่อ ร้องลิเกและ
เพลงลูกทุ่งเกี่ยวกับการเชิญชวนมาแปรงฟัน”

คุณอังคณา สังข์เงิน เจ้าหน้าที่งานทันต
สาธารณสุข โรงพยาบาลแหลมฉบัง ได้เล่าถึงการ
ดำเนินงานของชมรมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
และการจัดบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ “เน้น
ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้คิดโดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน
เริ่มจากการอบรมแกนนำผู้สูงอายุจากตำบล
แหลมฉบัง, ตำบลบางปัด, ตำบลคลองใหญ่, ตำบล
น้ำเขียว ซึ่ง อบจ.ตราดได้สนับสนุนสถานที่ในการ
ดำเนินกิจกรรม”

กิจกรรมที่ได้กำหนดเป็นนโยบายเหมือนกัน
ทุกชมรม คือ เมื่อมาชมรมต้องแปรงฟันหลังทาน
อาหารกลางวัน / อาหารว่าง หรือก่อนกลับบ้าน
เจ้าหน้าที่จะแจกอุปกรณ์แปรงฟันให้ในครั้งแรก
และต้องนำมาที่ชมรมด้วยทุกครั้ง มีการทดสอบ
ประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน
การให้ความรู้เรื่องการแปรงฟันที่ถูกต้องแก่เพื่อน
สมาชิกในชมรม

กิจกรรมเด่นที่น่าสนใจ คือการสร้างกระแส
เพื่อฟันดีจากชมรมต่างๆ เช่น ละครเรื่องตาเดิน
ปวดฟันจากชมรม รพ.แหลมฉบัง รำไทยฟันดี ละคร
ชาติรีเรื่องตา-ยายฟันดีจากชมรมตำบลบางปัด
รำขอบฟันดีจากชมรมตำบลน้ำเขียว มีการใช้พืช
สมุนไพรในการทำมาความสะอาดฟัน เช่น เปลือก
หมากและยาเส้นใช้ขัดฟัน ใบฝรั่งและใบสะระแหน่
ในการระงับกลิ่นปาก นอกจากนี้ยัง**เน้นให้ผู้สูงอายุ**
ได้เข้าถึงบริการทันตกรรมได้สะดวกมากขึ้น
จัดเวลาวันอังคารช่วงบ่ายเป็นคลินิกพิเศษสำหรับ
ผู้สูงอายุ ท้องถิ่นเองก็มีส่วนร่วมในการจัดประกวด
ฟันดีในวันผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ออก
เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน “อย่างน้อยก็เป็นกาให้
กำลังใจกันในรายที่เจ็บป่วยไม่สามารถมาร่วม

กิจกรรมที่ชมรมได้”

ปัจจัยความสำเร็จต่อการดำเนินงานชมรม
ผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จากการอธิบาย
ในแกนนำชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย ได้
สังเคราะห์ปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานชมรม
ผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 5 ปัจจัยคือ
1) ทีมงานมีความเข้มแข็ง 2) การประสานงานทุก
ภาคส่วน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การ
สนับสนุนการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมของ
ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 5) การมี
กิจกรรม นวัตกรรม เป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ความก้าวหน้าของชมรมใช้
ปัจจัยทั้ง 5 โดยชี้มิติในการให้คะแนนความ
ก้าวหน้าในแต่ละปัจจัยในแต่ละปี

ปี 2552 ปัจจัยที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ การมี
ส่วนร่วม รองลงมาคือ ทีมงานมีความเข้มแข็ง องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงาน
การประสานงานทุกภาคส่วน และการมีกิจกรรม
นวัตกรรม เป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

ปี 2554 พบว่าการมีกิจกรรม นวัตกรรม เป็น
รูปธรรมต่อเนื่องมีคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือการ
ประสานงาน และการมีส่วนร่วม องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน และความเข้มแข็งของ
ทีมงาน

ปี 2555 การมีกิจกรรม นวัตกรรม เป็น
รูปธรรมต่อเนื่อง และทีมงานมีความเข้มแข็งมี
ระดับคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือ การมีส่วนร่วม
การประสานงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ให้การสนับสนุนตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้าของความเข้มแข็ง
ในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพ
ช่องปาก ระหว่างปี 2552-2555 ปัจจัยที่มีระดับ
คะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การมีกิจกรรม
นวัตกรรม เป็นรูปธรรมต่อเนื่อง มีระดับคะแนน

เพิ่มขึ้น จาก 2.4 คะแนน เป็น 4.3 คะแนน และ 5 คะแนน รองลงมาคือ ทีมงานมีความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มี 2 ปัจจัยที่คะแนนลดลงในปี 2555คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน และการประสานงาน (แผนภูมิ 1)

บทวิจารณ์

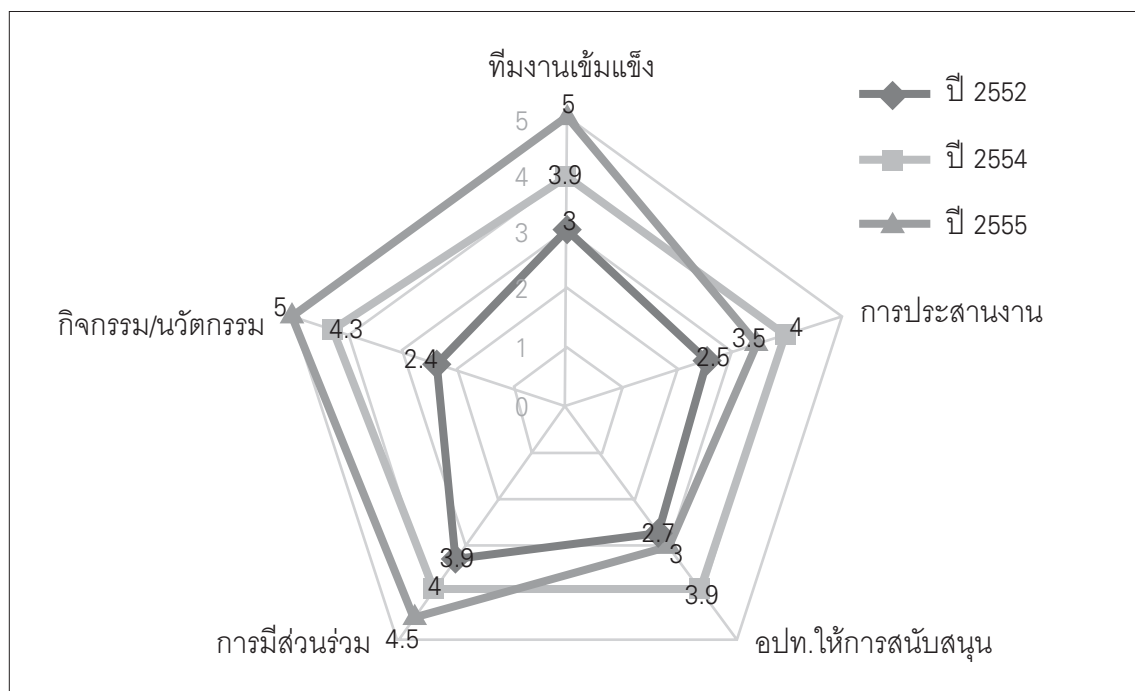
ความคาดหวังของการศึกษานี้ คือ จะได้นำแนวทางหรือข้อเสนอแนะให้กับชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จึงได้ทำการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุที่ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแล้วจำนวน 10 ชมรม

พบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความหลากหลาย สอดคล้องตามกรอบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา⁽⁷⁾ และแสดงให้เห็นว่ากระบวนการที่เกิดขึ้นเกิดจากศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และสามารถควบคุมและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพช่องปาก

กรอบการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นมาตรการพื้นฐานที่ดำเนินการ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก การจัดการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น การไปศึกษา/ดูงานชมรม

รูปที่ 1 แผนภูมิเรดาร์แสดงระดับคะแนนการพัฒนาตามปัจจัยหรือเงื่อนไขให้เกิดการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอแหลมงอบ ในปี 2552, 2554 และ 2555

Figure 1 Radar diagram shows developed scores of dental health promoting activities in Laem Ngop senior club since 2009, 2011 and 2012



ผู้สูงอายุอื่น การเข้าร่วมประชุมด้านสุขภาพช่องปาก ฯลฯ กระบวนการเหล่านี้ทำให้เกิดการเรียนรู้จนทำให้ผู้สูงอายุประยุกต์นำภูมิปัญญามาสังเคราะห์ เป็นสื่อการเรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งการใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณในการดูแลสุขภาพช่องปาก การประดิษฐ์วัสดุพื้นบ้าน วัสดุเหลือใช้ เป็นสื่อ การใช้การละเล่นพื้นบ้าน การละเล่นสมัยใหม่ เป็น สื่อการเรียนรู้ ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทฤษฎี การเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) ในเชิง ของการนำความรู้ที่ได้จากการรับรู้ (Cognition) มาตีความ ประยุกต์องค์ความรู้ วิเคราะห์ และ สังเคราะห์ให้เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่อง ปากในบริบทของตนเอง⁽¹⁴⁾ การคำนึงถึงระบบ วัฒนธรรมของคนในพื้นที่มีส่วนสำคัญเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ ดังการศึกษาของ Baker ซึ่งพบว่าอิทธิพลของวัฒนธรรมที่มีผลต่อการให้สุขศึกษา และความยั่งยืนของการดำเนินงาน ซึ่ง Baker ได้ ทำการศึกษาในหญิงชราแอฟริกา⁽¹⁵⁾

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก พบว่า มีการดำเนินงานในเชิง การจัดการพื้นที่ในชมรมให้เหมาะกับการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก ได้แก่ การจัดให้มีสถานที่ทำ ความสะอาดช่องปาก การจัดมุมความรู้ในชมรม ผู้สูงอายุ การพัฒนาให้เป็นแหล่งศึกษา/ดูงาน/ เรียนรู้ของชมรมฯ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้าน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกพื้นที่ ดำเนินการของชมรม ดังเช่น ในการทำงานของประเทศออสเตรเลีย ที่มีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำ⁽¹⁶⁾

การสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ช่องปาก พบว่ามีการกำหนดกฎเกณฑ์ให้สมาชิกมี กิจกรรมแปรงฟันหลังรับประทานอาหารร่วมกันใน ชมรม การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การแปรงฟันหรือ อุปกรณ์ทำความสะอาดอื่นๆ การจัดสถานที่ หรือ

การสร้างสถานที่สำหรับทำกิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น รวมถึงการเอื้ออำนวยให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้สอดคล้องกับการสร้าง นโยบายสาธารณะในกฎบัตรรอดตายา ซึ่ง ผู้เกี่ยวข้องมีการกำหนดกฎเกณฑ์ การบริหารงบประมาณ การรับรองสิทธิ์ที่เอื้อต่อสุขภาพ^(7,17) การ พัฒนานโยบายสาธารณะเป็นทิศทางหรือแนวทาง ที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่า ควรจะดำเนินการ ไปในทิศทางนั้นเพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของ คนในชุมชน หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลาย ลักษณะอักษรหรือเป็นทางการแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ มากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ ที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน⁽¹⁸⁾

การปรับระบบบริการที่เอื้อต่อสุขภาพในการ ศึกษาพบว่าเกิดบริการสุขภาพใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่เกิดจากทันตบุคลากร ได้แก่ การให้ทันต สุขศึกษา การตรวจคัดกรองเฝ้าระวัง การส่งต่อเพื่อ รับบริการ และบริการที่เกิดขึ้นโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้โดยสมาชิกชมรม การมีแกน นำด้านทันตสุขภาพในชมรม และที่เป็นรูปแบบที่ น่าจะพัฒนาต่อเองคือ การเกิดรูปแบบการเยี่ยม บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้ กำลังใจและแนะนำการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งในลักษณะนี้สอดคล้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) คือ การรวมกลุ่มเพื่อ ช่วยเหลือ สงเคราะห์ ให้การสนับสนุนในการแก้ไข ปัญหา หรือเมื่อเจ็บป่วย เพื่อให้กลุ่มบุคคลที่ได้รับการ สนับสนุนบรรเทาจากปัญหา การเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการทำ หน้าที่เหล่านี้ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือ

ชุมชน⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้บางชมรมยังพัฒนาเป็นจิตอาสาสถานพยาบาลในการดูแลทันตสุขภาพกลุ่มหญิงมีครรภ์ และเด็กด้วย

การสร้างความเข้มแข็งให้กับชมรมผู้สูงอายุในกรณีศึกษาอำเภอแหลมงอบได้วิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนโดยปรับใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Rifkin กรอบการมีส่วนร่วมของ Rifkin มองปัจจัย 5 ด้านคือ ภาวะการนำ การจัดองค์การ การประเมินความต้องการ การจัดการ และการเคลื่อนย้ายทรัพยากร^(12, 13) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากของ Rifkin ปัจจัยการวิเคราะห์เกิดจากการอภิปรายและตกลงของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ความเข้มแข็งของทีมงาน การประสานงาน การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วม และการมีกิจกรรมนวัตกรรม

อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาในเชิงบริหารจัดการตามแนว POSDCoRB ของ Luther Gulick and Lyndall Urwick⁽²⁰⁾ ความเข้มแข็งของทีมงานสอดคล้องกับเรื่องของการจัดการเจ้าหน้าที่ (Staff) การประสานงาน เป็นการประสานความสัมพันธ์ระหว่างทุกส่วนในองค์กร (Co-ordinating) ส่วนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการศึกษานี้มีความมุ่งหมายในการจัดสรรทรัพยากรทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ สอดคล้องกับการจัดการงบประมาณ (Budgeting) สามปัจจัยข้างต้นนี้คือปัจจัยสำคัญของการจัดการและการบริหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Rifkin ในปัจจัยการจัดการการจัดองค์การ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสอดคล้องกับการเคลื่อนย้ายทรัพยากรของ Rifkin ซึ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญมากต่อการพัฒนา ในเชิงการพัฒนาให้สอดคล้องกับประเด็นที่เป็นที่สนใจและ

ความต้องการ ประสานความแตกต่าง คำนี้ถึงสิทธิของประชาชนในพื้นที่ โดยแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย สร้างศักยภาพความเข้มแข็งให้กับทุกภาคส่วนในพื้นที่⁽²¹⁾

การพิจารณากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการพิจารณาความก้าวหน้าของตนเองในการดำเนินงานนั้น ความคาดหวังคือชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมกำกับ และประเมินได้ด้วยตนเอง โดยใช้มิติในการให้คะแนนความก้าวหน้าในแต่ละปัจจัยในแต่ละปี กระบวนการนี้ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม รับรู้ผลการดำเนินงานร่วมกัน และเป็นวิถีกระบวนการควบคุมและกำกับรูปแบบหนึ่งเรียกว่า M&E Wheel หรือ Spider Web⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถนำข้อมูลการวิจัยนี้มาจัดเป็นแนวทางการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

บทสรุป

รูปแบบกระบวนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ มีรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่การดำเนินงานโดยทันตบุคลากรเป็นหลัก เช่น การให้ทันตสุขภาพ การฝึกทักษะแปรงฟัน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การตรวจสุขภาพช่องปาก ไปจนถึงการพัฒนากิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ อาทิ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในกระบวนการสร้างการเรียนรู้เองในชมรม การตรวจคัดกรองเฝ้าระวัง และส่งต่อบริการด้วยตนเอง และรูปแบบซับซ้อนขึ้นไปอีกคือการศึกษาที่ชมรมผู้สูงอายุสร้างระบบที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองใน

กลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือ ผู้พิการ ติดบ้านติดเตียง ในรูปแบบ Self - help group และมากกว่านั้นใช้ศักยภาพที่ได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในลักษณะจิตอาสาดูแลกลุ่มสตรีมีครรภ์และเด็กปฐมวัย และวัยเรียนด้วย

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขทุกแห่งในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ และคุณอังคณา สังข์เงิน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกประสานงาน ช่วยเหลือและให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Elderly people : Improving oral health amongst the elderly. (13 Jan 2012) Available from : http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากร สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2, สำนักข่าวพาณิชย์ กรมส่งเสริมการส่งออก, กรุงเทพมหานคร, 2554.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2551.
4. ศูนย์อนามัยที่ 3. สรุปรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ และปัจจัยกำหนดทันตสุขภาพปี 2554 ในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 3 [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://hpc3.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hpc3/images/gis/54/den54.pdf>. (31 มกราคม 2556)
5. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people :The approach of The WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry Oral Epidemiology 2005; 33: 81-92 - Blackwell Munksgaard, 2005.
6. World Health Organization. Strategies for oral disease prevention and health promotion : Oral health within WHO strategic directions. (13 Jan 2012) Available from : http://www.who.int/oral_health/strategies/en.
7. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO, Health Canada, CPHA, 1986.
8. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. Can J Public Health. 2011 Jul-Aug;102(4):244-8.
9. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2555.

10. de Mata C, McKenna G, Burke FM. Caries and the older patient. *Dent Update*. 2011 Jul-Aug;38(6):376-8, 381.
11. Gati D, Vieira AR. Elderly at greater risk for root caries: a look at the multifactorial risks with emphasis on genetics susceptibility. *Int J Dent*. 2011;2011:647168. Epub 2011 Jul 6.
12. Molyneux S, Atela M, Angwenyi V, Goodman C. Community accountability at peripheral health facilities: a review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy Plan*. 2012 Oct;27(7):541-54. doi: 10.1093/heapol/czr083. Epub 2012 Jan 25.
13. Bjarás G, Haglund BJA, Rifkin SB. A new approach to community participation assessment (10 Feb 2013) Available from : http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/A_new_approach_to_community_participation_assessment.pdf.
14. Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc, 1956.
15. Baker JR. Cultural influences on health-promoting behaviors of older African-American women. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2011 Dec;22(2):53-8.
16. Chalmers JM. Oral health promotion for our ageing Australian population. *Aust Dent J*. 2003 Mar;48(1):2-9.
17. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion : First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. (25 Feb 2013) Available from : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
18. วิสุทธิ บุญญะโสภิต และนิรชา อัศวธีรากล. นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ วันที่ 19 มกราคม 2555. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/chn/Primary_Care_Expo_2nd/006/006-11.pdf (25 กุมภาพันธ์ 2556).
19. Ahmadi KS. What is a Self-Help Group? (25 Feb 2013) Available from: <http://psychcentral.com/lib/2007/what-is-a-self-help-group/all/1>.
20. Gulick, LH. (1936). *Notes on the Theory of Organization*. L. Gulick & L. Urwick (Eds.), *Papers on the Science of Administration* (pp. 3-35). New York: Institute of Public Administration.
21. Olsen HB. Decentralisation and local governance. (25 Feb 2013) Available from : http://www.deza.admin.ch/ressources/resource_en_167288.pdf.
22. International Fund for Agricultural Development. *Method for monitoring and evaluation. Managing in rural development*. (25 Feb 2013) Available from : <http://www.ifad.org/evaluation/guide/index.htm>.

Oral Health Promotion in Senior Clubs in the Eastern Part of Thailand

Damrong Thamronglaohaphan* *D.D.S., M.S.(Preventive Dentistry)*

Abstract

This study was aimed to find out Oral Health Promotion model and factors that motivate senior clubs activities in the eastern part of Thailand. The samples were consisted of 10 senior clubs which were remained oral health promotion activities and an in-depth study in Laem Ngop District of Trat Province. Data were collected by structural and in-depth interview, observation, focus group, group discussion, and questionnaire for oral health promotion activities. The results were found that oral health activities in more than 8 senior clubs were oral health education, oral health screening, learning management, cleansing skill development, cleansing instrument support, campaign and data based building. The key success factors were community strengthening, activities continuing, participation, coordinating and local government support. In conclusion, this study show that oral health promotion is possible to integrate, and moreover, should be developed to be a guideline for oral health promotion in senior clubs.

Keywords : *senior club, oral health promotion*

* Health Promotion Center III Department of Health Ministry of Public Health Chonburi province

บทคัดย่อ

การประเมินผล การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

สุทธิสรา ไทสงาม* ท.ป., วท.ม.

คุณากร ชันชัยภูมิ* ส.ป.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด-5 ปี อำเภอแก้งคร้อ ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ 16 แห่ง ข้อมูลด้านการบริหารจัดการ คัดเลือกตัวอย่างหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจง 3 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลด้านผลลัพธ์การดำเนินงานเก็บจากรายงานของทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษา อำเภอแก้งคร้อมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด-5 ปี แบบบูรณาการงานในรูปของคณะกรรมการ กิจกรรมที่กำหนด การติดตาม การประเมินผล และการสนับสนุนความรู้และวัสดุ รวมทั้งมีความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน ผลจากการดำเนินการระหว่างปี 2552-2554 คือ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจช่องปากและฝึกปฏิบัติแปรงฟันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (83.1%, 82.4%, 87.9%) ร้อยละการปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (27.7%, 31.4%, 38.6%) และอัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันของเด็ก 3-5 ปีต่อ 1000 ประชากรเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (986.0, 1073.8, 1654.6) ขณะที่ร้อยละการตรวจช่องปากเด็ก 9-12 เดือน และฝึกผู้ปกครองแปรงฟันคือ 95.2%, 100%, 83.3% และร้อยละการทาฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็ก 0-2 ปี คือ 29.6%, 51.2%, 30.2%) ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมทั้ง 2 นี้ให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : การประเมินผล การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก แม่และเด็กแรกเกิด-5 ปี

* โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาทางทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้ทวีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภท และลักษณะโครงสร้างอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป และรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กในด้านต่างๆ ที่ปรับเปลี่ยนจึงส่งผลต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรคฟันผุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 0-5 ปี โดยเด็กที่เริ่มมีฟันผุในอายุน้อย จะมีการลุกลามของโรคฟันผุได้รวดเร็วกว่า รวมทั้งมีจำนวนฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีฟันผุในอายุที่มากกว่า¹ ขณะที่สุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เพราะการป้องกันฟันผุในเด็กควรกระทำตั้งแต่ขณะมารดาตั้งครรภ์ เพราะฟันน้ำนมของเด็กเริ่มสร้างและมีการสะสมแร่ธาตุเกือบสมบูรณ์ขณะอยู่ในครรภ์ โดยมีการศึกษาจำนวนหนึ่ง² ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการที่มารดามีภาวะโรคปริทันต์จะส่งผลทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวน้อย²⁻⁵ โดยปัญหาสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกาย ระบบย่อยอาหารและพฤติกรรมกรดแลคติกความสะอาดช่องปากที่ต้องใส่ใจมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากอาการอาเจียนบ่อยๆ ส่งผลให้สภาพเหงือกของหญิงตั้งครรภ์เกิดการอักเสบและเลือดออกได้ง่าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นทั้งของตนเองและลูกที่จะเกิด

ปี 2546-2548 กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กคือ โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระนางเจ้าฯ เป็นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์และเฝ้าระวังทันตสุขภาพของลูกอย่างต่อเนื่องถึงอายุ 3 ปี⁶ ต่อมาในปี 2551 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาคุณภาพอนามัยแม่

และเด็กแบบบูรณาการด้วยการจัดทำโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งอยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลัก ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นการส่งเสริมป้องกัน และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด - 5 ปี มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ คลอดหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด - 5 ปี เชื่อมโยงสู่ชุมชนให้มีส่วนร่วมดำเนินงาน⁷ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปีของอำเภอแก้งคร้อ ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี มีกิจกรรมที่หลากหลายและเกิดผลลัพธ์ต่างๆ การประเมินผลจึงเป็นสิ่งที่ควรมีการศึกษาเพื่อสรุปแนวทางและบทเรียนที่ผ่านมาแล้วนำไปปรับให้เกิดทิศทางและกระบวนการทำงานที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่ได้ดำเนินการช่วงระยะเวลา 3 ปี ในหน่วยบริการสาธารณสุขปทุมภูมิอำเภอแก้งคร้อ 16 แห่ง

คัดเลือกตัวอย่างการให้ข้อมูลการบริหารจัดการโครงการอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ตัวแทนอย่างละ 1 แห่งได้แก่ 1. หน่วยบริการปทุมภูมิในโรงพยาบาลคือ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแก้งคร้อ 2. หน่วยบริการปทุมภูมินอกโรงพยาบาลและมีทันตบุคลากรประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนองทุ่ม 3. หน่วยบริการปทุมภูมินอกโรงพยาบาลและไม่มีทันตบุคลากรประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำมูลนาถ เก็บโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ เก็บข้อมูลจากรายงานของทุกหน่วยบริการปฐมภูมิคือ

1. ผลการดำเนินงานกิจกรรม จากรายงานประจำปี

2. การเข้าถึงบริการมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเด็ก 3-5 ปี โดยใช้ดัชนีชี้วัดด้านทันตสาธารณสุขของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพคือ อัตราการใช้บริการส่งเสริมและป้องกันในกลุ่มเด็ก 3-5 ปีต่อ 1000 ประชากรเป้าหมายโดยเก็บจากรายงานผลการปฏิบัติงานทางทันตสาธารณสุข ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ “<http://phdb.moph.go.th>” ตัวชี้วัดนี้หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ และทันตกรรมป้องกันของเด็กกลุ่มวัย 3-5 ปี หรือหมายถึง การให้ความสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่⁸

3. ร้อยละการปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งมีการสำรวจอย่างเป็นระบบ ข้อมูลได้จากรายงานตัวชี้วัดทางทันตสาธารณสุขของอำเภอแก้งคร้อ เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็ก 0-3 ปี ที่เป็นผลหลังจากผ่านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่างๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นต้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป อำเภอแก้งคร้อมีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 16 แห่ง โรงพยาบาลแก้งคร้อเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิและปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมี 15 แห่ง มีทันตบุคลากรทั้งหมด 17 คน เป็นทันตแพทย์ 5 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 8 คนและผู้ช่วยทันตแพทย์ 4 คน ซึ่งไม่สามารถกระจายลงได้อย่างทั่วถึงทุกตำบล เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ขณะที่ยังมีอีก 11 แห่ง ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน งานด้านรักษา มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลแก้งคร้อ หมุนเวียนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2. การบริหารจัดการ มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นภาคีเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการในรูปคณะกรรมการต่างๆ คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก คณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานด้านทันตสาธารณสุข ที่มีคำสั่งแต่งตั้งจากประธานคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ (คปสอ.แก้งคร้อ)

ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ กลุ่มงานทันตกรรมดำเนินการร่วมกับโรงเรียนพ่อแม่และ WCC โดยจัดบริการที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิโดยตรง ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติงานคือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามบริบทกำลังคน มีการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถมาตามกำหนดนัดได้

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแก้งคร้อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทุกด้าน ด้านวิชาการ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งความรู้ในการตรวจช่องปาก เจตคติการทำงานและทักษะการทำงานฟลูออไรด์วารินิช ด้านวัสดุทันตกรรมสนับสนุนแบบตรวจ สารฟลูออไรด์วารินิชและอุปกรณ์ในการทำ จัดให้มีการสื่อสาร มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันในภาพอำเภอ ติดตามการ

ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ ในระหว่างกา
ดำเนินงานจากการนิเทศงาน ทั้งเป็นการนิเทศ
เชิงเดี่ยวเฉพาะงานทันตสาธารณสุข และบูรณาการ
ไปกับการประเมินอื่นๆ เช่น การประเมินขึ้น
ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ การประเมินตามเกณฑ์
คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Health care
award (HCA), Primary care award (PCA))

3. การจัดบริการ 3 กลุ่มหลัก คือ

3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ให้บริการตรวจช่องปากและให้คำแนะนำ
มีการฝึกแปรงฟันทั้งการสาธิต ภาพพลิก โมเดล และ
แบบฝึกปฏิบัติจริง กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีสภาพ
เหงือกอักเสบ สภาวะช่องปากที่มีปัญหา (Poor oral
hygiene) ถือเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ
(Intensive care) จำเป็นต้องได้รับการฝึกปฏิบัติการ
ควบคุมคราบจุลินทรีย์ การทำความสะอาดช่องปาก
อย่างมีคุณภาพและให้บริการทันตกรรม โดยจัด
ช่องทางพิเศษในการนัดหมาย เนื่องด้วยความ
จำเป็นที่ต้องให้การรักษาที่ปลอดภัยในช่วงไตรมาส
ที่สองของการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ระดับตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากร ใช้การประสาน
งานการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน
มีระบบติดตามและเยี่ยมหลังคลอด ซึ่งบูรณาการ
ร่วมไปกับการเยี่ยมบ้านและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.2 กลุ่มที่มาในคลินิกเด็กดี (Well child clinic (WCC))

เด็กที่มารับวัคซีนทุกคนได้รับการตรวจ
ช่องปาก บันทึกสภาวะทันตสุขภาพรายบุคคล
ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และนัดหมาย
เด็กที่มีโรคในช่องปากเข้ารับบริการทันตกรรม การ
ทาฟลูออไรด์วารินิชและแจกแปรงสีฟันอันแรกให้
กับเด็กที่มีฟันขึ้นในช่องปาก พร้อมทั้งจำหน่าย
แปรงสีฟัน-ยาสีฟันที่เหมาะสม

การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ผู้ปกครองหรือ
ผู้เลี้ยงดูเด็ก เพื่อสร้างความตระหนักถึงความ
สำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เรื่อง การ
เช็ดช่องปาก การแปรงฟัน การดื่มนมจืด การใช้
ขวดนม การบริโภคอาหาร และฝึกปฏิบัติแปรงฟัน
เด็ก ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน

มีการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
คือ อาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาล องค์การ
บริหารส่วนตำบล ในการสนับสนุนการจัดกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การจัดงานประกวด
“หนูน้อยฟันดี” การสนับสนุนงบประมาณในการ
จัดซื้อฟลูออไรด์วานิช การติดตามเด็กที่ผิชนิดใน
การรับวัคซีน

3.3 เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (เด็กอายุ 3-5 ปี)

กิจกรรมหลักเน้นการสร้างความเข้มแข็ง
และการมีส่วนร่วม ด้วยการพัฒนาศักยภาพครู
ศูนย์โดยอบรมทุกปี ให้มีความรู้และทักษะในการ
ตรวจเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก จัดกิจกรรมแปรง
ฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์ให้เอื้อต่อการ
สร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การสนับสนุน
แปรงสีฟัน ยาสีฟัน การควบคุมอาหารว่างอาหารที่
ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ครูศูนย์แจ้งผู้ปกครอง
เด็กเพื่อนำเด็กเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

มีการติดตามการดำเนินงานในศูนย์ปีละ
2 ครั้ง มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน
โดยใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการสนับสนุนแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ผลกิจกรรม ปีงบประมาณ 2552-2554
ร้อยละการตรวจช่องปากและการฝึกปฏิบัติ
แปรงฟันหญิงตั้งครรภ์ คือ 83.1, 82.4 และ 87.9
ร้อยละการตรวจช่องปากเด็ก 9-12 เดือนและ

การฝึกผู้ปกครองให้แปรงฟันเด็ก คือ 95.2, 100 และ 83.3 และร้อยละเด็กอายุ 0-2 ปีได้รับการทาฟลูออไรด์วารนิช คือ 29.6, 51.2 และ 30.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

4.2 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับเมื่อพิจารณาตั้งแต่ปี

2552-2554 คือ 27.7, 31.4 และ 38.6 ตามลำดับ ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีนอกเขตเทศบาลปราศจากฟันผุสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล แต่ปี 2552 กลับพบว่าเด็กนอกเขตเทศบาลมีร้อยละปราศจากฟันผุเท่ากับ 26.6 ซึ่งต่ำกว่าเด็กในเขตเทศบาลที่มีค่าร้อยละปราศจากฟันผุเท่ากับ 30.4 (แผนภาพที่ 1)

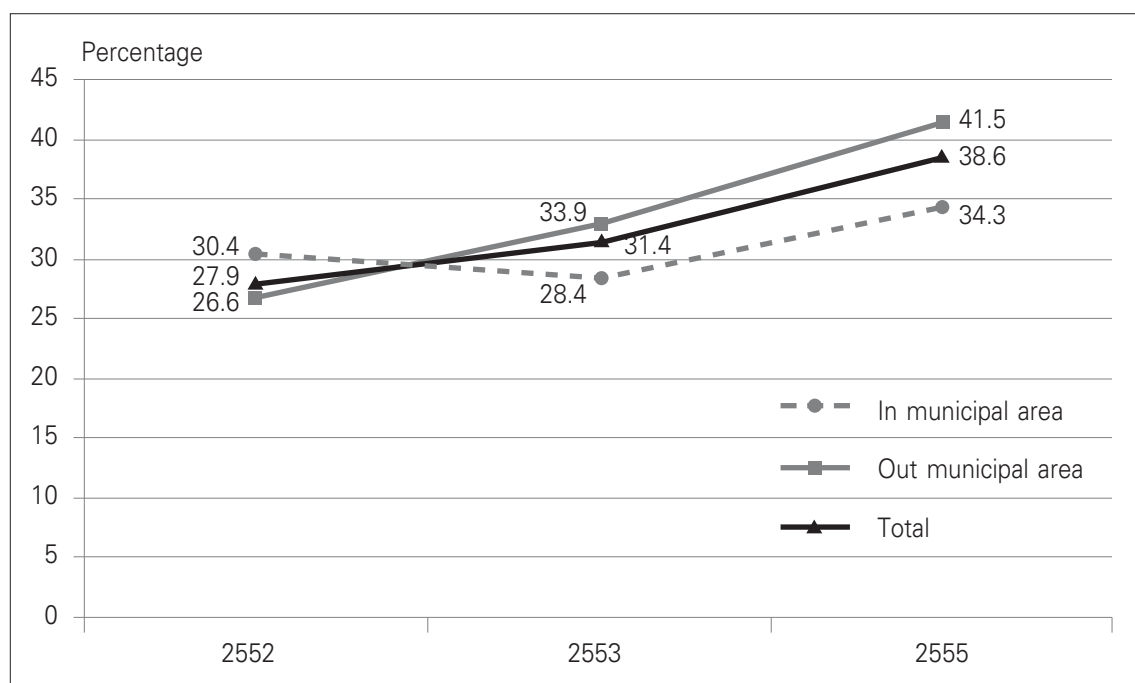
ตารางที่ 1 ผลกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

Table 1 Results of oral health promotion activities

Activities	Fiscal year		
	2552 (%)	2553 (%)	2554 (%)
Screening and brushing practice of pregnant women	83.1	82.4	87.9
Oral screening in 9 - 12 month-old-children and brushing practice of parents	95.2	100	83.3
Apply fluoride varnish to 0-2 year-old-children	29.6	51.2	30.2

ภาพที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ

Figure 1 Percentages of Caries Free in 3-year-old-children



4.3 การเข้าถึงบริการ อัตราการใช้บริการ ส่งเสริมและป้องกันในกลุ่มเด็ก 3-5 ปีต่อ 1000 ประชากรเป้าหมาย ในปี 2552-2554 คือ 986.0, 1073.8 และ 1654.6 ตามลำดับ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยปี 2554 พบว่ามีการให้บริการส่งเสริม ป้องกันในเด็ก 3-5 ปี มากกว่า 1.5 ครั้งต่อคน

บทวิจารณ์

การบริหารจัดการ อำเภอแก่งคร้อมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมโดยมีคำสั่งเป็นลำดับชั้น ลงมาตั้งแต่ ประธาน คปสอ.แก่งคร้อ คณะอำนวยการด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจน ในนโยบาย ส่วนคณะทำงานด้านทันตสาธารณสุข ช่วยทำให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อย่างเป็นระบบสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ซึ่งมี ข้อจำกัดด้านจำนวนทันตบุคลากร แต่มีประชากร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนมาก โดยทางโรงพยาบาลแก่งคร้อเป็นแกนหลักสำคัญ ในด้านการสนับสนุนทรัพยากร และความรู้วิชาการ และจัดให้มีการสื่อสาร มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน ในภาพอำเภอ

การบูรณาการงานด้านสุขภาพช่องปากร่วมกับงานสร้างสุขภาพอื่นๆเพื่อให้เกิดความสะดวกกับผู้รับบริการ โดยจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในช่องปากในคลินิกฝากครรภ์ และ WCC เด็ก 0-3 ปี เป็นการทำงานกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก โดยตรง เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูที่บ้าน อย่างไรก็ดี กิจกรรมที่เน้นแค่การให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้เกิดความตระหนักและมี พฤติกรรมดูแลช่องปากลูกอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากโรคฟันผุมักเกิดในครอบครัวที่ยากจน มีการศึกษาบ่อย ซึ่งจะเป็นครอบครัวที่ขาดแรง สนับสนุนทางสังคม และไม่มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^{9,10} ดังนั้นในกลุ่มที่ขาดโอกาส

ดังกล่าว การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนที่สนับสนุนให้เกิด ความสะดวกเพิ่มขึ้น และเพิ่มการเข้าถึงงานส่งเสริม สุขภาพช่องปาก

การเยี่ยมบ้านเป็นการให้ความรู้และปรับ ทัศนคติ โดยเป็นการทำซ้ำอย่างต่อเนื่อง และมีการ บริการแบบบูรณาการร่วมกับวิชาชีพอื่นอย่าง เป็น องค์กรรวม รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านในผู้รับบริการที่ไม่ สามารถมารับบริการตามนัดหมายได้ เพื่อสร้าง การเข้าถึงและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในผู้ป่วย ที่เศรษฐกิจฐานะไม่ดี

การส่งเสริมป้องกันในระดับชุมชน การ ดำเนินงานมุ่งเน้นที่การสร้างภาคีเครือข่ายให้ทุก ภาคส่วนเข้ามารับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณที่ อปท.เข้ามามีส่วน รับผิดชอบในด้านการจัดหาอุปกรณ์แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และการจัดหานมจืดในกลุ่มเป้าหมายเด็ก 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ อปท.บางแห่งมี การสนับสนุนกิจกรรมรณรงค์อื่นเพิ่มเติมเช่น การ ประกวดหุ่นน้อยฟันดี เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มี การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดเป็นภาคี เครือข่ายที่เข้มแข็ง

การดำเนินกิจกรรมที่มีการพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคลหญิงตั้งครรภ์ ด้วยการให้ความรู้ที่ เหมาะสมและฝึกปฏิบัติ ทำให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ได้รับบริการเพิ่มขึ้น สามารถฝึกปฏิบัติได้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วย บริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้าน ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ สามารถร่วมกิจกรรมเป็นผลเนื่องจากมีการย้ายถิ่น และฝากครรภ์กับสถานพยาบาลเอกชนเป็นหลัก ทำให้สถานพยาบาลของรัฐเป็นเพียงแค่การมาลง ทะเบียน เพื่อใช้สิทธิประโยชน์ตอนคลอดเท่านั้น

การพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ทั้งด้านความรู้ เจตคติการทำงาน ทักษะการทาสี ฟลูออไรด์วานิช และการสนับสนุนแปรงสีฟัน ยาสีฟันจากโรงพยาบาลแก้งคร้อ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด - 5 ปีได้อย่างทั่วถึง

การพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก โดยการประชุมอบรมเป็นประจำทุกปี เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัย 3-5 ปี มีประสิทธิภาพ เนื่องจากครูผู้ดูแลเด็กเป็นกำลังสำคัญอีกส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การตรวจช่องปากเบื้องต้นในการเฝ้าระวังโรคฟันผุ รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็กสามารถแจ้งกับผู้ปกครองเด็ก เพื่อนำเด็กเข้ารับการรักษาทันตกรรม 11 ซึ่งพิจารณาได้จากอัตราการใช้บริการส่งเสริมและป้องกันในกลุ่มเด็ก 3-5 ปีต่อ 1000 ประชากร ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554 พบว่ามีการให้บริการส่งเสริมป้องกันในเด็ก 3-5 ปี มากกว่า 1.5 ครั้งต่อคน

การจัดระบบเฝ้าระวังและบริการทันตกรรมที่จำเป็นให้แก่เด็กที่มารับบริการใน WCC ได้รับการตรวจคัดกรอง และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ให้คำแนะนำกับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก สาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน และเด็กได้รับฟลูออไรด์วานิชเพื่อช่วยป้องกันฟันผุ ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก โดยพิจารณาจากร้อยละการปราศจากฟันผุในเด็ก 3 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นซึ่งให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า ที่มีการ

ทำงานในเด็ก 0-3 ปี ในคลินิกเด็กดี ที่พบว่า เด็กที่เข้าร่วมโครงการมีสภาวะช่องปากที่ดีกว่าเด็กที่ไม่เข้าร่วมโครงการ^{12,13}

ข้อเสนอแนะ

ร้อยละการตรวจช่องปากเด็ก 9-12 เดือน และฝึกผู้ปกครองแปรงฟันคือ 95.2%, 100%, 83.3% และร้อยละการทาสีฟลูออไรด์วานิชในเด็ก 0-2 ปี คือ 29.6%, 51.2%, 30.2%) ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมทั้ง 2 นี้ให้ดีขึ้น

บทสรุป

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในแม่และเด็กแรกเกิด-5 ปีของอำเภอแก้งคร้อมีการบูรณาการและประสานงานกันเป็นภาคีเครือข่ายภายในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มแม่และเด็กแรกเกิด-5 ปี ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

การศึกษาต่อไปในอนาคต ควรได้มีการศึกษาด้านระดับความร่วมมือ ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะหน่วยงานนอกสังกัดหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมต่างๆ ครอบครัวยุ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ทญ.สุดาดวง กฤษณพงษ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยเติมเต็มบทความนี้ด้วยความสมบูรณ์ และสามารถตีพิมพ์เผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. Grindefjord M, Dahllof G, Modeer T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. Caries Res 1995; 449-54 อ้างใน จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุในฟันน้ำนม. ว. ทันต.สธ. 2549 (11): 9-14
2. สุทธิสา ไทยงาม. โรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์. ว.ทันต.สธ. 2510 (15):18-26
3. Saddki N, Bachok N, Hussain NH, Zainudin SL, Sosroseno W. The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36(4):296-304
4. Pitiphat W, Joshipura KJ, Gillman MW, Williams PL, Douglass CW, Rich-Edwards JW. Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36(1):3-11
5. Khader YS, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. J Periodontol. 2005;76(2):161-5
6. ศรีสุดา ลีละศิธร, จิราภรณ์ แต่วีระพิชัย, สุพรรณิ ศรีวิริยะกุล, บุปผา ไตรโรจน์, สุภาวดี พรหมมา, และวรวรรณ อัครกุล. แนวทางการดำเนินงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระนางเจ้าฯ สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงาน โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังการเจ็บป่วย กลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด 5 ปี พ.ศ. 2551. ธันวาคม 2550
8. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีงานทันตสาธารณสุข. การจัดทำรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลด้านทันตสาธารณสุข ปี 2552. หน้า 13-22
9. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. นโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. ข้อเสนอเชิงนโยบาย และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยกลุ่มอายุต่างๆ ในทศวรรษหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. 2549: 47-62
10. บทสรุปสาระสำคัญ. ว. ทันต.สธ. 2549 (11): 7-8
11. สุทธิสา ไทยงาม. การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ว.ทันต. 59(3): 153-161
12. จีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย. การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดฟันผุของเด็กที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระนางเจ้าฯ จังหวัดบุรีรัมย์. ว.ทันต.สธ. (13): 16-23
13. รัชนก นุชพวง, อัมพร เดชพิทักษ์. การประเมินผลโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระนางเจ้าฯ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2546-2548. ว.ทันต.สธ. (12): 40-49

Original Article

Evaluation of oral health promotion programme in maternal and 0-5 years old children Kangkhro district, Chaiyaphum province

Suthisa thaingam* *D.D.S., M.Sc.*

Kunakorn Khunchaiphum* *B.P.H*

Abstract

Objective : To evaluate the oral health promotion programme in maternal and 0-5 years old children.
Methods : A study in 16 primary care units. Samples were purposively drawn from 3 primary care units for evaluation of project management. Data were collected by observations and in-depth interviews. The outcomes of programme were collected from reports of all primary care units. **Results :** Kaengkro district operated an integrated oral health promotion programme, in terms of the project committee, defined activities, monitoring, evaluating, and supporting material and knowledge. In addition, the programme gained collaborations from local governments. During the fiscal year 2552 - 2554, there were increased in 1. percentages of pregnant women received oral health screening and brushing practices (83.1%, 82.4%, 87.9%). 2. percentages of caries-free 3 years old children (27.7%, 31.4%, 38.6%). 3. rates of 3-5 years old children using promotion and prevention services per 1000 people (986.0, 1073.8, 1654.6). However percentages of 9-12 months old children received oral health screening and percentages of parents training in brushing their children teeth (95.2%, 100%, 83.3%) and percentages of apply fluoride varnish to 0-2 years old children (29.6%, 51.2%, 30.2%) respectively, so the further programmes are needed to improve the last two activities.

Key words : *Evaluation, Oral health promotion, maternal and 0-5 years old children*

* Kangkhro hospital, Chaiyaphum province

บทวิทยากร

เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1-4 ปี ระหว่างปี 2549 และ 2554

ดลฤดี แก้วสวาท* ทบ., สม.

สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ** ทบ., สม., อท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็ก 1-4 ปี ซึ่งสำรวจในปี 2549 และ 2554 โดยสุ่มจังหวัดสำรวจ 20 จังหวัด แต่ละจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกอำเภอรวม 250 โรงพยาบาล เก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ 1) เด็กที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี และ 2) เด็กในศูนย์เด็กเล็ก โดยการตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็ก ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ จำนวนเด็กในการวิเคราะห์ปี 2549 เท่ากับ 4,814 ราย และ ในปี 2554 เท่ากับ 4,206 ราย พบอัตราฟันผุร้อยละ 46.0 ปี 2549 ลดลงเป็นร้อยละ 43.6 ปี 2554 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ สัดส่วนการแปรงฟันของเด็กที่มีความสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น สัดส่วนการบริโภคน้ำอัดลมประจำลดลง สัดส่วนการรับบริการทาฟลูออไรด์วาร์นิชเพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีแนวโน้มลดลงคือ สัดส่วนการบริโภคนมจืดลดลง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ สัดส่วนการบริโภคอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำเพิ่มขึ้นและสัดส่วนเด็กบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวันมากกว่า 2 รายการเพิ่มขึ้นตามอายุ

คำสำคัญ : เด็กไทยอายุ 1-4 ปี, อัตราฟันผุ, การแปรงฟัน, บริการฟลูออไรด์วาร์นิช, การบริโภคอาหารรสหวาน

* ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

** สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย¹ หมายถึง การมีฟันผุ ทั้งที่เป็นรูผุชัดเจนและยังไม่เป็นรูผุ มีการสูญเสีย ฟันไปเนื่องจากฟันผุหรือมีการบูรณะฟันในฟันน้ำนม ซี่ใด ๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไปในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 71 เดือน จากข้อมูลระดับชาติวิทยาของ ประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็น ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอยู่ใน ระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะ ในเขตชนบท ผลการสำรวจในระดับชาติโดยสำนัก ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 จนถึง พ.ศ. 2550² พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีโรคฟันผุจากร้อยละ 66.5 ในปี 2532 ลดลงเป็นร้อยละ 61.4 ในปี 2550

การศึกษาของ Casamassimo, ค.ศ. 2000³ พบว่าเด็กที่มีฟันผุจนมีอาการปวดฟันเรื้อรัง และ ถูกถอนฟันก่อนกำหนด ส่งผลให้การรับประทานอาหารได้ลำบากและเคี้ยวไม่สะดวก ทำให้เกิด ปัญหาต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) มีภาวะโภชนาการบกพร่อง (malnourished) และอ้วน 2) ไม่สามารถรับประทานอาหาร ได้อย่างสมดุล และมักรับประทานอาหาร เหลวรสหวาน แม้มีน้ำหนักปกติ แต่สารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเจริญเติบโตที่เหมาะสม 3) เด็กที่มีอาการปวดฟันเรื้อรัง ทำให้มี ผลต่อแคทีโคลามีน (catecholamines) ที่มีผลต่อ ฮอร์โมนการเจริญเติบโตทำให้หลังน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้การเจริญเติบโตช้า ขณะที่ Ritchie และ คณะ⁴ แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียฟันไปก่อนกำหนด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้น และกินอาหารกลุ่ม ใยอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ลดลง และเด็กที่มีการสูญเสียฟันน้ำนมนั้นไปตั้งแต่อายุน้อยๆ จะส่งผลต่อพัฒนาการในการพูด และความเชื่อมั่น

ในตนเองของเด็กอีกด้วย⁵

สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางชีววิทยา ทางพฤติกรรม และ สิ่งแวดล้อม เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าแบคทีเรียที่เป็น สาเหตุของโรคฟันผุ⁶ คือ กลุ่มมิวแทนส์สเตรปโตค็อกไค (mutans streptococci หรือ MS) การ ศึกษาของ Milgrom และคณะ⁷ และ Ramos-Gomez และคณะ⁸ พบว่าปริมาณเชื้อแบคทีเรียในน้ำลายมี ความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จะพบเชื้อ ได้เมื่อมีฟันขึ้นในช่องปาก ปริมาณเชื้อมากขึ้นตาม อายุของเด็กและจำนวนซี่ฟันที่เพิ่มขึ้นในปาก

ปัจจัยด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เกี่ยวกับการเกิดฟันผุ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น การจิบปากลูก การหอมแก้มลูก การเคี้ยวข้าวป้อน ลูก การเป่าอาหารก่อนป้อนลูก การใช้ช้อนหรือ ภาชนะร่วมกัน การใช้แปรงสีฟันหรือยาสีฟันร่วมกัน การสัมผัสทำให้เกิดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ทำให้ เพิ่มเชื้อ S. mutans ในปากลูกมากขึ้น⁹ 2) พฤติกรรม การให้กินนมที่ไม่เหมาะสม การหลับคาขวดนม การกินนมมื่อดึก การกินนมขวดที่มีรสหวาน¹⁰ 3) พฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน พบว่าเด็กที่ พ่อแม่ทำความสะอาดฟันให้ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น มีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการทำความสะอาด ฟัน¹¹ ขณะที่ Kowash และคณะ¹² พบว่าการใช้ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรงฟันในเด็กทุกวัน จะลด อุบัติการณ์โรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ การมีภาวะ เคลือบฟันบกพร่องทำให้ฟันเสี่ยงต่อการผุสูงขึ้น การขาดสารอาหาร การมีโรคประจำตัว การคลอด ที่ผิดปกติ การได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป การรับ ประทานยาที่มีรสหวานเป็นประจำ¹³

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการ ศึกษาจำนวนมากพบว่าระดับการศึกษาและรายได้ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

ในเด็กปฐมวัย เด็กที่มีฟันผุมักจะมาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยและการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีฟันผุ¹⁴⁻¹⁵ และอาชีพของหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการผุของเด็ก¹⁶

ข้อเสนอการแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁷ ได้กำหนดกลยุทธ์การจัดบริการเป็น 2 แนวทางคือ แนวทางที่ 1 ลดการถ่ายทอดเชื้อ Streptococcus mutans ของมารดาสู่ทารก โดยแนะนำมารดาพาทารกไปรับบริการทันตกรรมครั้งที่ 1 ในขวบปีแรก แนวทางที่ 2 การกำจัดเชื้อใน Dental plaque ด้วยการจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ป้องกันการเกิดฟันผุ โดยให้คำปรึกษาเรื่องอาหารการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการให้ฟลูออไรด์เสริม

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารรสหวานที่มีอิทธิพลต่อปัญหาฟันผุและโรคอ้วนในเด็กปฐมวัยไทยปี 2554 ซึ่งผ่านการพิจารณาการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนกระทรวงสาธารณสุข (Ref. no. 49/2553) เมื่อ 27 ธันวาคม 2553 การศึกษาส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็ก 1-4 ปี ที่สำรวจในปี 2549 และ 2554

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 P (1-P)}{Nd^2 + Z^2 \alpha/2 P (1-P)}$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อ } \alpha = 0.05$$

P = ความชุกของโรคฟันผุในเด็กกลุ่ม 3 ปี (60%)

d = ความคลาดเคลื่อนในระดับประชากร (0.015)

N = ประชากรอายุ 0-5 ปี จากกรมการปกครองเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2552 (4,344,825 คน)

n = 4,094 คน สุ่มเพิ่มร้อยละ 20 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 4,920 คน ปรับเป็น 5,000 คน

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน คือ
1) กลุ่มเด็กอายุ 1 ปีคือกลุ่มที่มารับวัคซีนคอตีบบาดทะยัก-ไอกรน เข็มที่ 4 เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน
2) กลุ่มเด็กอายุ 2 ปีคือกลุ่มที่มารับวัคซีนไข้มองอักษะเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน
3) กลุ่มเด็กอายุ 3 ปีที่ศูนย์เด็กเล็ก และ 4) กลุ่มเด็กอายุ 4 ปีที่ศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งหมด 20 คน ต่อ 1 โรงพยาบาล

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างง่าย (Stratified random sampling) จาก 20 จังหวัดกระจายแต่ละภาค จังหวัดในแต่ละภาคกำหนดตามสัดส่วนประชากร (ภาคเหนือ 768,627 คน ภาคใต้ 801,494 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,599,709 คน ภาคกลาง 1,174,995 คน) แต่ละภาคสุ่มจังหวัดอย่างง่าย ทุกจังหวัดที่สุ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในทุกอำเภอ รวม 250 โรงพยาบาล

ในปี 2549 คำนวณตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างเหมือนกับปี 2554 จำนวน 20 จังหวัดกำหนดตามปี 2549 คือคิดเฉลี่ยภาคละ 5 จังหวัดภาคใต้จังหวัดน้อยจึงไปเพิ่มที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ได้กำหนดตามสัดส่วนประชากร

เจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (coefficient of reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ เท่ากับ 0.8 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็ก การใช้บริการทันตกรรม การบริโภคอาหารใน สัปดาห์ที่ผ่านมา การทำความสะอาดช่องปาก

ทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจสภาวะฟันผุและ อนามัยช่องปากของเด็ก โดยวิธีดูด้วยตาเปล่า ไม่มีการปรับมาตรฐานการตรวจฟันผุ แต่มีการกำหนด เกณฑ์ฟันผุ ซึ่งหมายถึงฟันที่ผุเป็นรู หรือ ผุจนสี ของฟันเปลี่ยนเป็นจุดสีดำชัดเจนทั้งในตำแหน่งฟัน หน้าและฟันหลัง และอนามัยช่องปากไม่สะอาด หมายถึงเห็นแผ่นคราบจุลินทรีย์ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา

แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับตอบกลับที่สมบูรณ์ทั้ง 2 รอบการสำรวจ คือ ในปี 2549 ได้รับจำนวน 4,814 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม และ ในปี 2554 ได้รับจำนวน 4,206 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.1 ของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม เป็นชุดข้อมูลที่ใช้ วิเคราะห์เปรียบเทียบในการศึกษาครั้งนี้ ปี 2549 ภาคที่มีอัตราตอบกลับสูงสุดคือภาคเหนือ (ร้อยละ 97.6) และต่ำสุดคือกลาง (ร้อยละ 93.2) ขณะที่ปี 2554 ภาคที่มีอัตราตอบกลับสูงสุดใกล้เคียงกันคือภาคเหนือและใต้ร้อยละ 91 และต่ำสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 74.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เข้าหมายที่สุ่มจำแนกตามภาคเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 1 Number and percentage of responded samples compared to targeted samples by Region, compared between 2006 and 2011

ภาค	ปี 2549					ปี 2554				
	จำนวน จังหวัด เป้าหมาย	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน ตัวอย่าง ที่สุ่ม	จำนวน ตัวอย่าง ที่ได้	ร้อยละ	จำนวน จังหวัด เป้าหมาย	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน ตัวอย่าง ที่สุ่ม	จำนวน ตัวอย่าง ที่ได้	ร้อยละ
กลาง	5	48	960	895	93.2	7	70	1,400	1,213	86.6
เหนือ	5	61	1,220	1,191	97.6	4	47	940	857	91.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	6	94	1,880	1,817	96.6	6	88	1,760	1,314	74.7
ใต้	4	47	940	911	96.9	3	45	900	822	91.3
รวม	20	250	5,000	4,814	96.3	20	250	5,000	4,206	84.1

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างและผู้เลี้ยงดูหลัก

กลุ่มตัวอย่างเด็กเป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นแม่ร้อยละ 47.3 ในปี 2549 และเพิ่มเป็นร้อยละ 50.4 ในปี 2554 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษาและไม่ได้เรียนรวมร้อยละ 45.0 ในปี 2549 และลดเป็นร้อยละ 41.2 ในปี 2554 อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือ

อาชีพรับจ้างต่างๆ ร้อยละ 36.5 ในปี 2549 และลดเป็นร้อยละ 32.3 ในปี 2554 และผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทรวมร้อยละ 68.9 ในปี 2549 และลดเป็นร้อยละ 62.3 ในปี 2554 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าลักษณะประชากรผู้เลี้ยงดูหลักทั้งสองปีสำรวจ ส่วนใหญ่เป็นแม่ การศึกษาน้อย รายได้น้อย และมีอาชีพรับจ้างเป็นหลัก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะประชากรของเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักจำแนกตามลักษณะประชากรเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 2 Demographic characteristics of children and their major caregivers compared between 2006 - 2011.

ลักษณะประชากร	2549		2555	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2,476	51.4	2,117	50.3
หญิง	2,385	49.5	2,089	49.7
รวม	4,814	100	4,206	100
ผู้เลี้ยงดูหลัก				
แม่	2,277	47.3	2,119	50.4
ทั้งพ่อ แม่และญาติ	1,197	24.9	854	20.3
ญาติข้างพ่อ/แม่	1,160	24.1	1,184	28.2
จ้างเด็กเลี้ยง/สถานรับเลี้ยง	227	4.7	49	1.2
รวม	4,814	100.0	4,206	100
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	2,168	45.0	1,732	41.2
มัธยมศึกษา	1,352	28.1	1,247	29.6
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1,298	27.0	1,227	29.2
รวม	4,814	100.0	4,206	100

ลักษณะประชากร	2549		2555	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบันผู้เลี้ยงดูหลัก				
ว่างงาน	402	8.3	443	10.5
แม่บ้าน	1,333	27.7	1,176	28.0
รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ประมง ลูกจ้างโรงงาน	1,756	36.5	1,360	32.3
งานอิสระส่วนตัว งานบริการ	608	12.6	611	14.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	715	14.8	616	14.6
รวม	4,814	100.0	4,206	100
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	3,279	68.9	2,619	62.3
มากกว่า 10,000 บาท	1,535	31.1	1,587	37.7
รวม	4,814	100.0	4,206	100.0

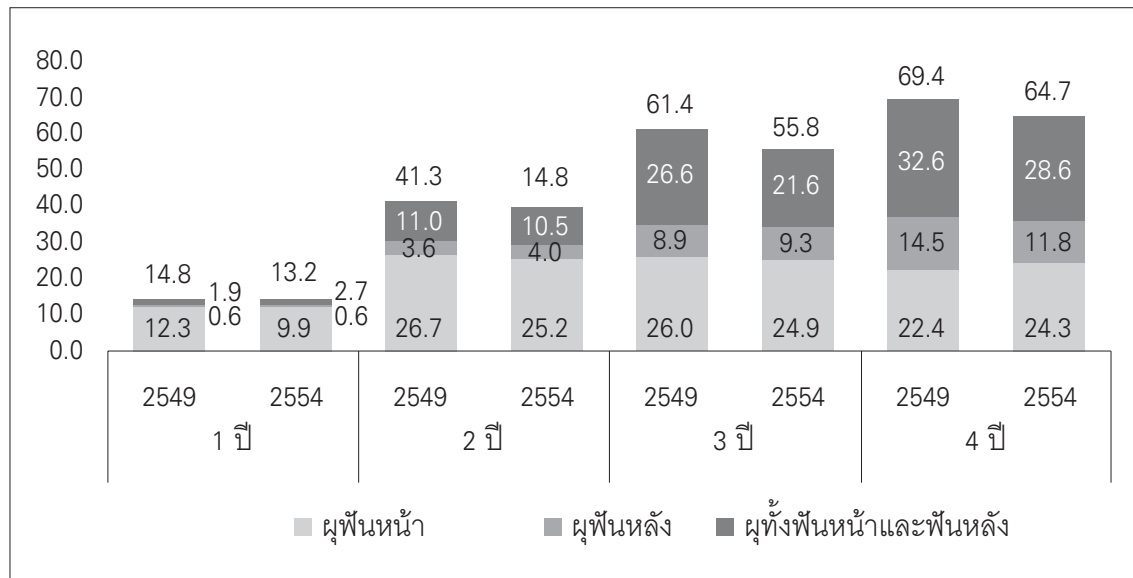
อัตราพันผู้เปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

ผลการสำรวจพบว่าปี 2549 กลุ่มตัวอย่างที่มีพันผู้จำนวน 2,217 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.0 และปี 2554 มีพันผู้จำนวน 1,833 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.6 อัตราพันผู้ลดลง กลุ่มอายุ 1 ปีพบพันผู้ลดลงจากร้อยละ 14.8 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 13.2 ในปี 2554 กลุ่มอายุ 2 ปีพบพันผู้ลดลงจากร้อยละ 41.3 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 39.8 ในปี 2554 กลุ่มอายุ 3 ปีพบพันผู้ลดลงจากร้อยละ 61.4 ในปี 2549 แต่เป็น

ร้อยละ 55.8 ในปี 2554 กลุ่มอายุ 4 ปีพบพันผู้ลดลงจากร้อยละ 69.4 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 64.7 ในปี 2554 แนวโน้มพันผู้ในกลุ่มนี้ดีขึ้นมีอัตราพันผู้ที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงอายุ 3 ปี และ 4 ปี ประมาณร้อยละ 5 เมื่อวิเคราะห์ตำแหน่งพันผู้จะเห็นว่าเด็กกลุ่มอายุ 1-2 ปี ส่วนใหญ่ผู้พันหน้า อายุ 3 ปี เริ่มผู้พันหลังเพิ่มขึ้น และเมื่ออายุ 4 ปี ผู้พันหลังมากกว่าร้อยละ 40 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 อัตราฟันผุและตำแหน่งที่ผุในเด็กไทยอายุ 1-4 ปีเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Picture 1 Prevalence and location of dental caries of Thai children Aged 1- 4 years compared between 2006 and 2011



อัตราฟันผุจำแนกตามลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูหลัก

เมื่อพิจารณาฟันผุในเด็กปฐมวัยไทยจำแนกตามลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูหลักพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ คือ ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน กล่าวคือ เด็กในการดูแลของผู้เลี้ยงดูหลักที่มีการศึกษาสูง (สูงกว่ามัธยมศึกษา) พบฟันผุร้อยละ 37.1 ปี 2549 และ 34.3 ปี 2554 น้อย

กว่าและแตกต่างกับอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ประมง ลูกจ้างโรงงาน พบฟันผุร้อยละ 53.6 ปี 2549 และ 51.0 ปี 2554 สูงกว่าและแตกต่างกับอีก 4 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท พบฟันผุร้อยละ 50.6 ปี 2549 และ 47.1 ปี 2554 สูงกว่าและแตกต่างกับอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละฟันผุในเด็กไทยอายุ 1-4 ปี จำแนกตามลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูหลัก เปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 3 Number and percentage of dental caries in Thai children Aged 1- 4 years by demographic characteristics of major caregivers compared between 2006 and 2011

ปัจจัย	ปี 2549			ปี 2554		
	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ฟันผุ	ร้อยละ ฟันผุ	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ฟันผุ	ร้อยละ ฟันผุ
ระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดูหลัก***						
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	2,168	1,105	51.0	1,732	849	49.0
มัธยมศึกษา	1,352	632	46.7	1,247	563	45.1
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1,295	480	37.1	1,227	421	34.3
รวม	4,814	2,217	46.0	4,206	1,833	43.6
อาชีพผู้เลี้ยงดูหลัก***						
ว่างงาน	462	219	47.4	443	189	42.7
แม่บ้าน	1,315	560	42.6	1,176	494	42.0
รับจ้าง เกษตรกรรม ลูกจ้างโรงงาน	1,732	928	53.6	1,360	694	51.0
งานอิสระส่วนตัว งานบริการ	600	264	44.0	611	274	44.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	705	246	34.9	616	182	29.5
รวม	4,814	2,217	46.0	4,206	1833	43.6
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน***						
น้อยกว่า 10,000 บาท	3,279	1,660	50.6	2,619	1234	47.1
มากกว่า 10,000 บาท	1,535	557	36.3	1,587	599	37.7
รวม	4,814	2,217	46.0	4,206	1833	43.6

*** significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554 (ตารางที่ 4)

สัดส่วนเด็กวัยนี้บริโภคอาหารรสออกหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.2 ปี 2549 เป็นร้อยละ 22.0 ปี 2554 และเพิ่มขึ้นตามอายุ ตรงข้ามสัดส่วนเด็กบริโภคอาหารรสจืดลดลง ร้อยละ 75.0 ปี 2549 เป็นร้อยละ 70.0 ปี 2554 และลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการเติมน้ำตาลในกับข้าวเป็นประจำ และเพิ่มขึ้นตามอายุ พบว่าในปี 2554 กลุ่มอายุ 1 ปี ร้อยละ 19.7 เป็น ร้อยละ 39.1 ในกลุ่มอายุ 4 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า

การบริโภคขนมและเครื่องดื่มของเด็กมากกว่า 2 รายการต่อวัน เพิ่มขึ้นตามอายุ และบริโภค ร้อยละ 66.5 ขึ้นไป

พฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

เปรียบเทียบบอานามัยช่องปากของเด็กปี 2549 และ 2554 พบว่ามีช่องปากสะอาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.4 ปี 2549 เป็นร้อยละ 67.9 ปี 2554 เนื่องจากความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็กปี 2549 ร้อยละ 37.1 เพิ่มเป็นร้อยละ 43.5 ปี 2554 โดยมากกว่าครึ่งเป็นการแปรงฟันที่ผู้ดูแลแปรงให้ สัดส่วนเด็กวัยนี้แปรงฟันเองร้อยละ 30.2 ปี 2549 และลดลงเป็นร้อยละ 27.7 ปี 2554 (ตารางที่ 5)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอนามัยช่องปากกับความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน โดยใช้สถิติ Pearson chi-square test ทั้ง 2 ปี พบว่ากลุ่มที่

แปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันมีอนามัยช่องปากสะอาด ร้อยละ 74.7 ปี 2549 และ ร้อยละ 76.1 ปี 2554 มากกว่าและแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 58.4 ปี 2549 และร้อยละ 61.6 ปี 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

กลุ่มที่มีช่องปากไม่สะอาดพบฟันผุร้อยละ 79.3 ปี 2549 และร้อยละ 81.7 ปี 2554 มากกว่าและแตกต่างกับกลุ่มที่มีช่องปากสะอาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าถึง 2.8-3.2 เท่า (ตารางที่ 7)

แนวโน้มการทำความสะอาดช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ดีขึ้น แต่ผู้ปกครองร้อยละ 30.1 ปี 2549 และร้อยละ 27.7 ปี 2554 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 5 Tooth brushing behavior of children and who brushed the teeth compare between 2006 and 2011

ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปี 2549	ปี 2554
ไม่แปรง	271 (5.6)	185 (4.4)
แปรงฟันช่วงเช้าและก่อนนอนทุกวัน	1,784 (37.1)	1,828 (43.5)
แปรงฟันช่วงเช้าและก่อนนอนไม่ทุกวัน	2,759 (57.3)	2,193 (52.1)
รวม	4,814 (100.00)	4,206 (100.0)
ผู้แปรงฟันให้เด็ก		
เด็กแปรงเอง	1,451 (30.1)	1,163 (27.7)
ผู้ใหญ่แปรงให้และช่วยตรวจ	3,363 (69.9)	3,043 (72.3)
รวม	4,814 (100.0)	4,206 (100.0)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตามความถี่ในการแปรงฟันกับอนามัยช่องปาก เปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 6 Number and percentage of children by oral hygiene and frequency of tooth brushing between 2006 and 2011

อนามัยช่องปากของเด็ก	การแปรงฟัน 2 ครั้ง/วัน ปี 2549			การแปรงฟัน 2 ครั้ง/วัน ปี 2554		
	ทุกวัน	ไม่ทุกวัน	รวม	ทุกวัน	ไม่ทุกวัน	รวม
สะอาด	1,333 (74.7)	1,769 (58.4)	3,102 (64.4)	1,392 (76.1)	1,464 (61.6)	2,856 (67.9)
ไม่สะอาด	451 (25.3)	1,261 (41.6)	1,712 (35.5)	436 (23.9)	914 (38.4)	1,350 (32.1)
รวม	1,784 (100.0)	3,030 (100.0)	4,814 (100.0)	1,828 (100.0)	2,378 (100.0)	4,206 (100.0)

*** significant (p < .05, Pearson chi-square test)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของเด็ก จำแนกตามอนามัยช่องปากและสภาวะฟันผุของเด็ก เปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 7 Number and percentage of children by oral hygiene and dental caries compared between 2006 and 2011

สภาวะฟันผุ	ความสะอาดช่องปากปี 2549			ความสะอาดช่องปากปี 2554		
	สะอาด	ไม่สะอาด	รวม	สะอาด	ไม่สะอาด	รวม
ไม่ผุ	2,240 (72.2)	384 (20.7)	2,594 (53.9)	2,126 (74.4)	247 (18.3)	2,373 (56.4)
ผุ	862 (27.8)	1358 (79.3)	2,220 (46.1)	730 (25.6)	1,103 (81.7)	1,833 (43.6)
รวม	3,102 (100.0)	1,712 (100.0)	4,814 (100.0)	2,856 (100.0)	1,350 (100.0)	4,206 (100.0)

*** significant (p < .05, Pearson chi-square test)

การใช้บริการทันตกรรมในรอบปีเปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

การใช้บริการทันตกรรมในรอบปี เด็กกลุ่มนี้กว่าครึ่งไม่เคยใช้บริการทันตกรรม กลุ่มที่เคยใช้บริการเมื่อจำแนกตามประเภทบริการ พบว่าเคยใช้บริการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 2.5 ในปี 2549 เพิ่มเป็นร้อยละ 4.4 ในปี 2554 ใช้บริการทาฟลูออไรด์

ร้อยละ 7 ในปี 2549 เพิ่มเป็นร้อยละ 32.8 ในปี 2554 ใช้บริการถอนฟันร้อยละ 4.4 ในปี 2549 ลดลงเป็นร้อยละ 3.7 ในปี 2554 ใช้บริการอุดฟันร้อยละ 7.6 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี 2554 (ตารางที่ 8) โดยสรุปบริการทันตกรรมที่เด็กมีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือบริการทาฟลูออไรด์วารินิช คือใช้บริการเพิ่มขึ้น 4.7 เท่าใน 5 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 8 การใช้บริการทันตกรรมของเด็ก จำแนกตามอายุและประเภทบริการ เปรียบเทียบปี 2549 และ 2554

Table 8 Oral health service utilization of children by age and type of services compared between 2006 and 2011

การใช้บริการ ทันตกรรม	1 ปี		2 ปี		3 ปี		4 ปี		รวม	
	ปี 2549	ปี 2554	ปี 2549	ปี 2554	ปี 2549	ปี 2554	ปี 2549	ปี 2554	ปี 2549	ปี 2554
จำนวน	1,255	1,031	1,214	1,062	1,190	1,043	1,155	1,070	4,814	4,206
ไม่เคยรับบริการ	64.8	58.1	52.5	52.1	47.5	48.3	38.4	47.2	51.1	51.4
เคยรับบริการ	35.2	41.9	47.5	47.9	52.5	51.7	61.6	52.8	48.9	48.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ร้อยละตรวจฟัน	35.2	41.9	47.6	47.9	52.4	51.7	61.6	52.8	48.9	48.6
ร้อยละเคลือบร่องฟัน	0.0	0.5	0.7	2.9	3.6	6.9	6.1	7.2	2.5	4.4
ร้อยละทาฟลูออไรด์	3.1	30.4	6.7	34.6	6.6	34.2	11.9	32.1	7.0	32.8
ร้อยละถอนฟัน	0.3	0.4	1.6	1.8	5.4	4.6	10.6	7.9	4.4	3.7
ร้อยละอุดฟัน	0.1	0.6	3.3	3.4	9.5	8.6	18.3	16.4	7.6	7.3

บทวิจารณ์

วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในคลินิกเด็กดีจากโรงพยาบาลรัฐ อายุเด็กที่มาใช้บริการขึ้นกับชนิดวัคซีนที่กำหนด ทำให้การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่างไม่สม่ำเสมอ มีการกระจุกในช่วงอายุ 17-19 เดือน และ 29-30 เดือน เด็กในช่วงอายุ 22-28 เดือนขาดหายไป ทำให้ขาดรายละเอียดของกลุ่มเด็กโต

ระบบการเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้เป็นระบบที่ใช้จ่ายงบประมาณในการเก็บข้อมูลน้อย ทั้งสามารถพัฒนาต่อเป็นระบบเพิ่มทันตสุขภาพประจำตัวเด็กเป็นการเก็บข้อมูลต่อเนื่องระยะยาวตามระบบการรับวัคซีนของเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือน-5 ปีรวม 5 ครั้ง เพื่อติดตามพัฒนาการพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพได้ดี

ข้อจำกัดในการศึกษาคือ ไม่มีการประชุม

ชี้แจงและปรับมาตรฐานผู้สัมภาษณ์ ที่มีวิจัยเพียงกำหนดนิยามฟันผุและอนามัยช่องปาก และแนวทางการการสัมภาษณ์ชี้แจงในคู่มือที่ส่งแนบพร้อมแบบสอบถาม อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ตอบกลับ การปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไปคือ ให้มีการประชุมชี้แจงและปรับมาตรฐานผู้สัมภาษณ์ ควรพัฒนาตัวแปรและตัววัดในเครื่องมือให้สามารถให้ภาพที่สะท้อนรายละเอียดพฤติกรรมที่ลึกซึ้งขึ้น และควรคำนึงถึงเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่ต้องไม่ส่งผลกระทบต่องานบริการให้วัคซีนในกลุ่มเด็ก

สถานการณ์ฟันผุในเด็กปฐมวัยไทย

อัตราฟันผุในการศึกษานี้พบว่าปี 2549 เด็กมีอัตราฟันผุคิดเป็นร้อยละ 46.1 และลดลงเป็นร้อยละ 43.6 ในปี 2554 โดยกลุ่มอายุ 1 ปีพบฟันผุลดลงจากร้อยละ 14.8 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 13.2 ในปี 1554 กลุ่มอายุ 2 ปีพบฟันผุลดลงจากร้อยละ

41.3 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 39.8 ในปี 1554 กลุ่มอายุ 3 ปีพบฟันผุดลดลงจากร้อยละ 61.4 ในปี 2549 แต่เป็นร้อยละ 55.8 ในปี 1554 กลุ่มอายุ 4 ปีพบฟันผุดลดลงจากร้อยละ 69.4 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 64.7 ในปี 1554 จะเห็นว่าแนวโน้มฟันผุในกลุ่มนี้ดีขึ้นมีอัตราฟันผุที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 4 ปี ประมาณร้อยละ 5 ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงผลการศึกษาของสมนึกชาญด้วยกิจและคณะ ที่พบว่าอัตราฟันผุในกลุ่ม 1 ปี และ 2 ปีเท่ากับร้อยละ 16.6 และ 45.5 ตามลำดับ¹⁸

พฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

การไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันไม่สะอาดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ หลายการศึกษาพบว่า การแปรงฟันบ่อยๆ โดยที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน สามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้¹⁹⁻²¹ และหากพ่อแม่สามารถแปรงฟันให้เด็กได้วันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ตั้งแต่ฟันขึ้นจะช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กได้²² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่าสัดส่วนของเด็กมีอนามัยช่องปากสะอาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.4 ปี 2549 เป็นร้อยละ 67.9 ในปี 2554 เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่า การแปรงฟันของเด็กที่มีความสม่ำเสมอจากร้อยละ 37.1 ในปี 2549 เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.5 ในปี 2554 จะเห็นว่ากลุ่มที่มีช่องปากที่ไม่สะอาด พบฟันผุมากกว่ากลุ่มที่มีช่องปากสะอาดสูงกว่า และแตกต่างกับกลุ่มที่มีอนามัยช่องปากสะอาดถึง 2.8-3.2 เท่า สัดส่วนการแปรงฟันที่สม่ำเสมอในการศึกษานี้มากกว่าผลการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ²³ ที่พบว่าแปรงฟันสม่ำเสมอเพียงหนึ่งในสามของเด็กทั้งหมด และมีสัดส่วนให้เด็กแปรงฟันเองกว่าหนึ่งในสาม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็ก

ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อ

วันในการศึกษานี้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.5 ขึ้นไป บริโภคขนมและเครื่องดื่มมากกว่า 2 รายการต่อวัน ขณะที่การบริโภคน้ำอัดลมมีสถานการณ์การบริโภคที่ดีขึ้นมาก ลดลงจากร้อยละ 55.1 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 41.1 ในปี 2554

การบริโภคอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.2 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 22.0 ในปี 2554 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4 ขึ้นไปบริโภคนมคละรสทั้งรสจืดรสหวานและเปรี้ยว และมีเด็กที่บริโภคนมจืดเป็นส่วนน้อย จะเห็นว่าเด็กอายุ 1 ปี บริโภคนมจืดร้อยละ 36 ทั้ง 2 ปีสำรวจ แต่เมื่ออายุ 4 ปีจะบริโภคลดลงเหลือร้อยละ 18.5 ในปี 2549 และร้อยละ 12.3 ในปี 2554 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่บริโภคน้อยกว่าผลการศึกษาของบุบผา ไตรโรจน์ และคณะ²⁴ ที่พบว่าเด็กเพียงร้อยละ 18.2 ที่ดื่มนมจืด แสดงให้เห็นว่าแม้มีการรณรงค์ลดการบริโภคหวานและดื่มนมจืด แต่สัดส่วนการบริโภคนมจืดกลับมีสัดส่วนที่ลดลง แสดงให้เห็นความจำเป็นในการรณรงค์การบริโภคนมจืดร่วมกับการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ปกครองในเด็กวัยนี้

การใช้บริการทาฟลูออไรด์

การรับบริการทันตกรรมของเด็กในการศึกษาครั้งแรก พบว่าสัดส่วนเด็กที่เคยใช้บริการทันตกรรมในรอบปีไม่เพิ่มขึ้น แต่เด็กใช้บริการทาฟลูออไรด์วารินซ์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือมีการใช้บริการเพิ่มขึ้น 4.7 เท่าใน 5 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างผลการศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ²⁵ ที่พบเด็กเคยได้รับการตรวจช่องปากในสัดส่วนที่มากกว่าคือร้อยละ 62.6 ผู้ปกครองเคยได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็กร้อยละ 42.7 และเด็กเคยได้รับการทาฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 16.2 การศึกษานี้เด็กใช้บริการทาฟลูออไรด์วารินซ์ร้อยละ 32.8 ในปี 2554

บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสถานะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็ก 1-4 ปี ในปี 2549 และ 2554 พบอัตราฟันผุร้อยละ 46.0 ในปี 2549 ลดลงเป็นร้อยละ 43.6 ในปี 2554 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ พบเด็กที่แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอเพิ่มจากร้อยละ 37.1 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 43.5 ในปี 2554 การบริโภคน้ำอัดลมลดลงจากร้อยละ 55.1 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 41.1 ในปี 2554 การใช้บริการทาฟลูออไรด์วารินิชเพิ่มจากร้อยละ 7.0 ในปี 2549 เพิ่มเป็นร้อยละ 32.8 ในปี 2554 แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีแนวโน้มลดลงคือ สัดส่วนการ

บริโภคนมจืดประจำที่ลดลงจากร้อยละ 25.6 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 19.7 ในปี 2554 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ การบริโภคอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 22.0 ในปี 2554 เด็กกว่าร้อยละ 66.5 บริโภคขนมและเครื่องดื่มต่อวันมากกว่า 2 รายการ

คำขอบคุณ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณที่มงานจังหวัดทั้ง 20 จังหวัดทั้ง 2 รอบปีสำรวจ ที่สละเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกรมอนามัยที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, et al. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. J Public Health Dent 1999; 59: 192-7.
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2543-2550. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2551.
3. Casamassimo PS. Relationships between oral and systemic health. Pediatr Clin North Am 2000;47:1149-1157.
4. Ritchie CS, Joshipura K, Hung HC, Douglass CW. Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes. Crit Rev Oral Biol Med 2002;13:291-300.
5. Davies GN. Early childhood caries-asynopsis. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 106-16.
6. Van Houte J. Role of microorganisms in caries etiology. J Dent Res 1994; 73: 672-81.
7. Milgrom P, Riedy CA, Weinstein P, et al. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 295-306.
8. Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, et al. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. J Clin Pediatr Dent 2002; 26: 165-73.
9. Kohler B, Andréen I, Jonsson B. The earlier the colonization by mutans streptococci, the higher the caries prevalence at 4 years of age. Oral Microbiol Immunol 1988; 3: 14-7.

10. Dilley GJ, Dilley DH, Machen JB. Prolonged nursing habit: A profile of patients and their families. *ASDC J Dent Child* 1980; 47: 102-8.
11. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, et al. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status infants and toddlers. *Scand J Dent Res* 1994; 102: 269-73.
12. Kowash HB, Pinfecl A, Smith J, et al. Effectiveness on oral health of a Long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000; 188:201-5.
13. Al-Malik MI, Holt RD, Bedi R. The relationship between erosion, caries and rampant caries and dietary habits in preschool children in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11:430-9.
14. Chan SC, Tsai JS, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 322-31.
15. Petersen PE. Oral health behavior of 6-yearold Danish children. *Acta Odontol Scand* 1992; 50: 57-64.
16. Gibson S, Williams S. Dental caries in preschool children: associations with social class, tooth-brushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res* 1999; 33: 101-13.
17. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387-1394. Downloaded from www.pediatrics.org by on February 8, 2011.
18. สมนึก ชาญต์วัยกิจ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ชนิษฐา รัตนรังสิมา, อังศณา ฤทธิอยู่. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 6 -30 เดือน ว.ทันต 2547; 2: 123-137.
19. Streckson-Blicks C., Holm AK. Between-meal eating, tooth-brushing frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. *Int J Pediatric Dent.* 1995.Jun; 5(2):k67-72.
20. Tsubouchi J, Tsubouchi M, Maynard RJ, Domoto PK., Weinstein P. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. *ASDC J Dent Child.*1995.Jul-Aug; 62(4):283-7.
21. Douglass JM., Tinanoff N., Tang JM., Altman DS. Dental caries patterns and oral health behavior in Arizona infants and toddler. *Community Dent Oral Epidermol.*2001.Feb; 29:14-22.
22. Harris R., Nicoll AD., Adair PM., Pine CM. Risk factor for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Health Dent* 2004 Mar; 21(Suppl):71-85.
23. สุณี วงศ์คงคาเทพ. ความสัมพันธ์ของการทำความสะอาดช่องปากกับการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2551; 31 (2):34-47.
24. นุบผา ไตรโรจน์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และสุรางค์ เชษฐพฤษณ์. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคนมของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก พ.ศ. 2546. *ว.ทันต.สธ* 2546; 8(1-2): 31-37.
25. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุภาวดี พรหมมา, สุรางค์ เชษฐพฤษณ์, สุพรรณิ สุคันธวานิช และ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. พฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 6-36 เดือน. *ว.ทันต.สธ.* 2552;14(1):59.

Original Article

Compare caries prevalence and related oral health behaviors among Thai Children Aged 1-4 years between 2006 and 2011

Donludee Kaewsawat*, D.D.S., M.P.H.

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

Abstract

The purpose of this study was to compare dental caries prevalence and related oral health behaviors among Thai Children Aged 1- 4 years between 2006 and 2011. Two cross-sectional studie were carried out by a sample of 4,814 and 4,206 children with their caregivers from 250 MOPH hospitals and child centers in 20 provinces across the country in 2006 and 2011. Children's caregivers were interviewed and children's oral status were examined by the hospital dental personnel. Data analysis was performed with Chi-square test. Children's caries prevalence were found 46.0 % in 2006 and decreased to 43.6 in 2011. The oral health promotion behaviors which increasined from 2006 to 2011 were regular tooth brushing and fluoride vanish service utilization. The behaviors which decreased were carbonated beverage consumption and plain milk consumption. The risk behaviors which increased were consumption of sugary foods. Consuming snacks and beverage more than 2 items per day increased when children were older.

Key Words : *Thai Children Aged 1- 4 years, dental caries prevalence, regular tooth brushing, fluoride varnish service, consumption of sugary food*

* The Fourth Regional Health Promotion Center, Ratchaburi.

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