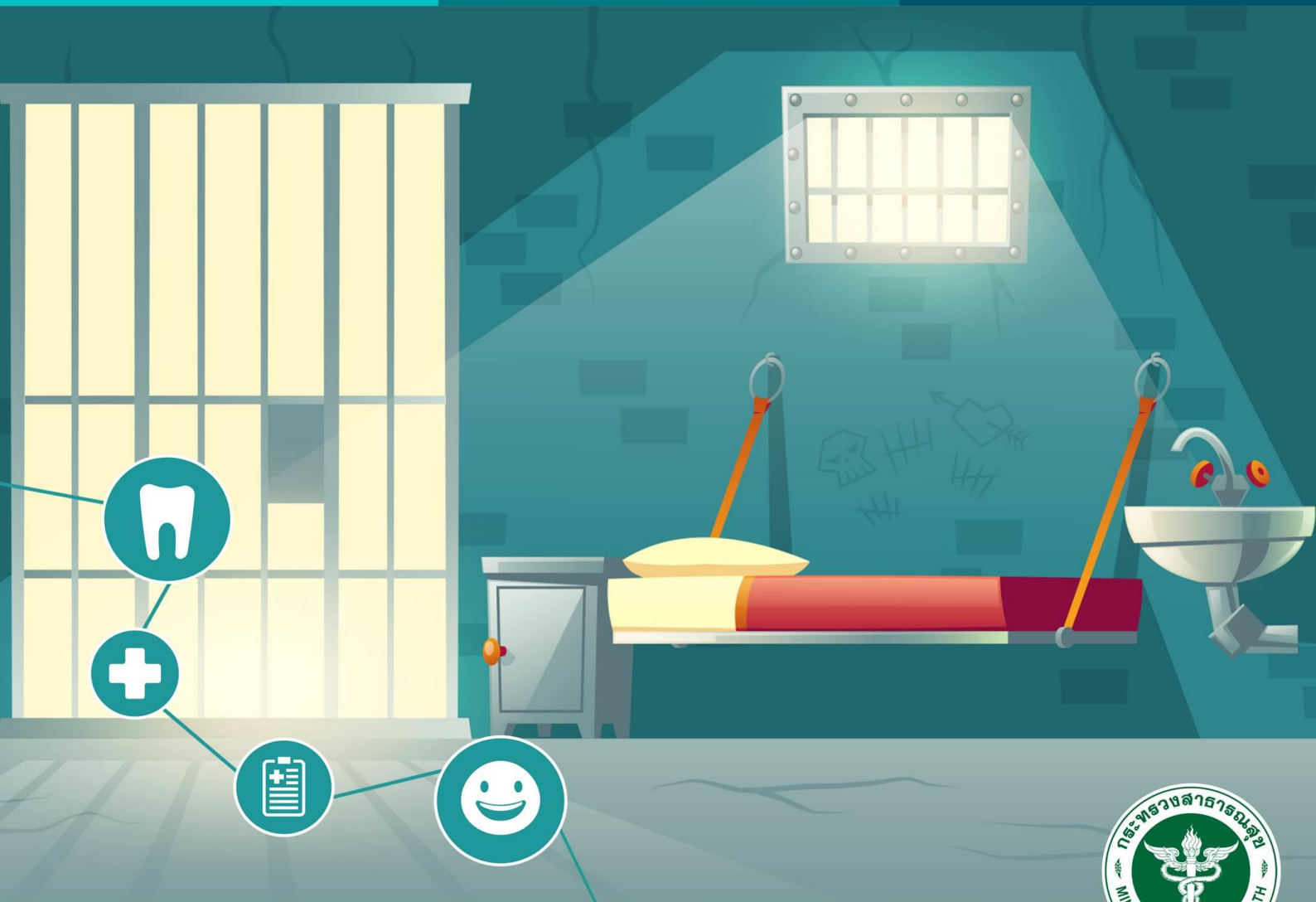




คู่มือการจัดบริการ

สุขภาพช่องปากในเรือนจำ



กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข

คู่มือการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำ

ที่ปรึกษา

นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์	รองอธิบดีกรมอนามัย
นางปิยะดา ประเสริฐสม	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข
นางสาวรวงคณา เวชวิธี	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
นางกรกมล นิยมศิลป์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
นางนพวรรณ โพชนุกูล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
ศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุดาตวง กฤษฎาพงษ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	

กองบรรณาธิการ

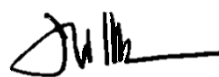
นายณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ทันตแพทย์ชำนาญการ
นางสาวชนิกา โรจน์สกุลพานิช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

จัดพิมพ์โดย	:	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
พิมพ์ครั้งที่ 1	:	พฤษภาคม 2563
พิมพ์ที่	:	บริษัท เอ ดรีม สตูดิโอ จำกัด
จำนวนพิมพ์	:	150 เล่ม
ISBN (e-book)	:	978-616-11-4344-2

คำนำ

โครงการ“ราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” เกิดขึ้นจากสายพระเมตตาแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าสุทิดา พัชรสุธาพิมลลักษณ พระบรมราชินีและสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ทั้งสามพระองค์ไม่เคยทอดทิ้งประชาชนชาวไทยของพระองค์ พระองค์ทรงห่วงใยปัญหาสุขอนามัยของผู้ต้องขังในเรือนจำโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพช่องปาก กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดี ได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเรือนจำพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากในเรือนจำขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการรักษา ส่งเสริม ฟันฟู สุขภาพช่องปากได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐานและเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง จึงได้จัดทำคู่มือการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำขึ้น องค์ความรู้ที่เรียบเรียงขึ้นในคู่มือเล่มนี้ เกิดขึ้นจากการระดมสมองและการทุ่มเทดำเนินงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางการดำเนินการอันจะนำไปสู่การดูแลช่องปากที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังต่อไป



แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
อธิบดีกรมอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำจะไม่สำเร็จลุล่วงได้ ถ้าไม่ได้รับความกรุณาจากภาคีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ อันได้แก่

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในนามของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ขอขอบพระคุณท่านผู้นิพนธ์ผู้มีความรู้ความสามารถทุกท่าน ที่ได้ร่วมจัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังต่อไป

คณะผู้จัดทำ

ผู้นิพนธ์

กุลภา วจนสาระ

นักวิจัยชำนาญการพิเศษ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์

ทันตแพทย์ชำนาญการ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เพ็ญรัตน์ สิริระเทวิน

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

พัชรวรรณ สุขุมาลินท์

ทันตแพทย์ชำนาญการ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ปุณทรา จินตรุ่งเรืองชัย

ทันตแพทย์ชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กวิยา มาณะวิท

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

นายแพทย์ชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

สารบัญ

บทที่ 1	ชีวิตผู้ต้องขังและบริการสุขภาพในเรือนจำ	7
	กุลภา วจนสาระ	
บทที่ 2	สภาวะสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง	23
	ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	
บทที่ 3	แนวคิดและการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง	32
	ทันตแพทย์พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ ทันตแพทย์เพิ่มรตนะ สรีระเทวิน	
บทที่ 4	การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ: หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุและผู้พิการ	42
	ทันตแพทย์หญิงพัชรวรรณ สุขุมาลินท์	
บทที่ 5	การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ : ผู้ต้องขังซึมเศร้า	58
	ทันตแพทย์หญิงปุณทรา จินตรุ่งเรืองชัย	
บทที่ 6	การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ : ผู้ต้องขังเสพยา	66
	ทันตแพทย์หญิงกวิยา มาณะวิท	
บทที่ 7	การสื่อสารเพื่อการรักษาผู้ต้องขัง	75
	นายแพทย์ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์	
ภาคผนวก		85
	หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ(อสรจ.) วิชาสุขภาพช่องปากและการดูแล	

บทที่ 1

ชีวิตผู้ต้องขังและ
บริการสุขภาพในเรือนจำ

กุลภา วจนสาระ

ชีวิตผู้ต้องขังและบริการสุขภาพในเรือนจำ

Life and Health Care Service in Thai Prison

1. นำเรื่อง

“คุก” หรือเรือนจำ เป็นอีกหนึ่งสถานที่ซึ่งคนส่วนใหญ่ในสังคมไม่อาจนึกภาพหรือจินตนาการถึงชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนที่อาศัยอยู่ภายในรั้วลวดหนามหลังกำแพงสูงเหล่านั่นได้ คุกเป็นสถานที่ที่ลึกลับสำหรับคนในสังคมส่วนใหญ่เสมอ ภาพโดยทั่วไปที่พอจะอยู่ในความคิดคำนึงเมื่อพูดถึงคุกก็คือ เป็นสถานที่สำหรับจำกัดอิสรภาพคนกระทำความผิดกฎหมาย ชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในนั้นไม่น่าจะดีนัก แออัดหนาแน่น รวมทั้งเต็มไปด้วยความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ และภาพเหมารวมที่มักเกิดขึ้นควบคู่กันเสมอก็คือ คนที่ติดคุกคือคนไม่ดี กระทำความผิดกฎหมายและถูกลงโทษให้อยู่ในเรือนจำจึงไม่ควรจะอยู่อย่างสบาย คนภายนอกไม่ควรยุ่งเกี่ยวปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่จำเป็นต้องรับรู้เรื่องราวภายใน ฯลฯ ไม่ว่าในทางใด ภาพจำข้างต้นนี้ยิ่งทำให้คุกและผู้ต้องขังถูกผลักไปอยู่ชายขอบของสังคมอย่างไม่อาจเลือกเป็นอื่นได้

สถานการณ์คนล้นคุกในเรือนจำไทย

ในภาพรวมทั่วโลก ประชากรที่เป็นผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำทั่วโลก มีจำนวนเข้าใกล้ 11 ล้านคน เข้าไปทุกที กว่า 2 ล้านคนเป็นผู้ต้องขังที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา รองลงมาคือประเทศจีน บราซิล รัสเซีย อินเดีย สำหรับประเทศไทยนั้น มีจำนวนผู้ต้องขังสูงคิดเป็นอันดับที่ 6 ของโลก สูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน ด้วยจำนวนกว่า 3.6 แสนคน และเมื่อเทียบจำนวนผู้ต้องขังต่อจำนวนประชากรหนึ่งแสนคนแล้ว อัตราเฉลี่ยของผู้ต้องขังทั่วโลกอยู่ที่ 145 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลก เป็นอันดับ 2 ของทวีปเอเชีย และอันดับ 1 ของภูมิภาคอาเซียน ด้วยอัตรา 526 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (Walmsley, 2018) ทั้งนี้เพียงช่วงเวลา 2 ปี นับจากรายงานของ World Prison Brief ข้างต้น ผู้ต้องขังในเรือนจำไทยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 377,070 ณ วันที่ 28 เมษายน 2563 ในจำนวนนี้เป็นผู้ต้องขังหญิง 47,936 คน ผู้ต้องขังชาย 329,134 คน โดยสัดส่วนระหว่างผู้ต้องขังหญิงและชาย คิดเป็นร้อยละ 12.7 : 87.3 ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ต้องขังที่กระทำความผิดในคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (กรมราชทัณฑ์, 2563)

ตัวเลขที่เพิ่มจำนวนข้างต้นนี้สะท้อนให้เห็นปริมาณของผู้ต้องขังที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอยู่อย่างแออัดในเรือนจำ แต่ความแออัดของเรือนจำทั่วประเทศนั้นเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น เมื่อพิจารณาความสามารถในการรองรับผู้ต้องขังของเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ ซึ่งพบว่า เรือนจำทั้ง 143 แห่ง

ในประเทศไทยนั้น มีพื้นที่ในเรือนนอนเพียง 305,312 ตารางเมตร ซึ่งตามความจุเฉลี่ยย้าย¹ ที่กรมราชทัณฑ์ คำนวณจากพื้นที่นอน (ชาย 1.2 ตร.ม./คน หญิง 1.1 ตร.ม./คน) เท่ากับว่า พื้นที่ที่มีอยู่ขณะนี้สามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพียง 254,302 คนเท่านั้น (isranews, 28 มกราคม 2563) ผู้ต้องขังอีกเกือบหนึ่งในสามหรือกว่า 1.25 แสนคน จึงต้องอยู่กันอย่างแออัดเกินความจุของเรือนจำ และมักต้องหาทางออกด้วยการปรับเพิ่มขึ้นลอยในเรือนนอน เพื่อขยายพื้นที่ให้สามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพิ่มขึ้น เต็มที่เท่าที่โครงสร้างอาคารจะสามารถรับได้



รูปที่ 1 ภาพแสดงความแออัดในเรือนนอนของแดนหญิง เรือนจำจังหวัดแห่งหนึ่ง

(ที่มา: กฤตยา และกุลภา, 2561, หน้า 4.)

ชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำ

เมื่อนึกถึงผู้ต้องขัง สายตาของสังคมส่วนใหญ่เห็นเป็นภาพของคนกระทำผิด หน้าตาทำทางดูร้าย ไม่น่าคบค้าสมาคมด้วย อาจจะเอะอะโผงผาง ก้าวร้าว ฯลฯ โดยไม่ทันมองเห็นพวกเขาในอีกมุมหนึ่งว่า ต่างก็เป็นลูก เป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นคนในครอบครัวของใครคนใดคนหนึ่ง ที่ส่วนหนึ่งอาจกระทำผิดโดยพลาดพลัง มีองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ซึ่งรวมถึงความสามารถในการจัดการชีวิต การตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆที่ผ่านมา ในลักษณะที่เรียกว่าจำกัศ เข้าไม่ถึงทรัพยากรและสวัสดิการ

¹ ความจุมาตรฐานที่องค์การสหประชาชาติกำหนด คำนวณจากพื้นที่นอน 2.25 ตารางเมตรต่อผู้ต้องขัง 1 คน กรมราชทัณฑ์คำนวณความจุผู้ต้องขังออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) ความจุเฉลี่ยย้าย คำนวณจากพื้นที่นอน ชาย 1.2 ตร.ม./คน หญิง 1.1 ตร.ม./คน และ (2) ความจุเต็มที่ คำนวณจากพื้นที่นอนรวมชั้นลอยด้วย (ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง สำนักทัณฑวิทยา กรมราชทัณฑ์, 2558)

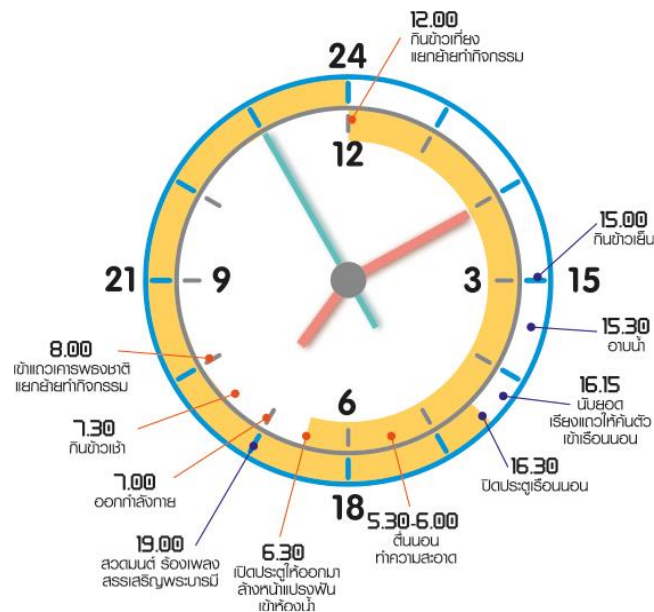
ของรัฐในหลายด้าน โดยในจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำทั่วประเทศไทย 3.77 แสนคนนั้น เกือบ 3 แสนคน หรือราวร้อยละ 80 ของผู้ต้องขัง เป็นผู้ที่มีกระทำความผิดในคดีที่เกี่ยวข้องกับพ.ร.บ.ยาเสพติดฯ ที่เหลืออีกประมาณ ร้อยละ 20 นั้นเป็นความผิดในคดีอื่นๆ เช่น ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน จราจร ชีวิตและการทำร้ายร่างกาย เพศ เสรีภาพและชื่อเสียง เป็นต้น ในจำนวนนี้มีผู้ต้องขังที่ถูกพิพากษาให้รับโทษจำคุกตลอดชีวิตทั้งสิ้น 5,988 คน และประหารชีวิตอีก 340 คน (กรมราชทัณฑ์, 2563)

ส่วนใหญ่ผู้ต้องขังอยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงาน หรือช่วงอายุระหว่าง 20-39 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 35 ปีเท่านั้น และมักเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์หรือมีครอบครัวมาก่อนเข้าเรือนจำ (กฤษดา, 2561) โดยงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาผู้ต้องขังต่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นคนด้อยโอกาสในลักษณะต่างๆ ทั้งในด้านการศึกษา โดยมากเข้าถึงการศึกษาเพียงระดับพื้นฐาน และยังคงมีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่างระดับประถมศึกษาและมัธยมต้นเท่านั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ค่อยดี และอาจเรียกได้ว่าไม่สูงนักเช่นกัน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน ทั้งในภาคการผลิตและเกษตรกรรม บางส่วนมีกิจการค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ และอีกจำนวนหนึ่งไม่มีอาชีพแน่นอน (กฤษดา, 2561; กฤตยา และกฤษดา, 2561; นภาพรณ, เพ็ญศิริ, ธีรวัลย์, กำจัด และจิรภา, 2555)

กิจวัตรของผู้ต้องขังในเรือนจำ

ในเวลา 24 ชั่วโมงของแต่ละวันนั้น ผู้ต้องขังต่างต้องทำกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลาที่กำหนด โดยไม่อาจเลือกทำอย่างอื่นตามใจตัวเองได้ โดยต้องใช้เวลาอยู่ในเรือนนอนวันละ 14 ชั่วโมง และนอกเรือนนอน 10 ชั่วโมง เริ่มต้นเมื่อตื่นนอนประมาณ 5.00-5.30 น. แต่ละคนต้องเก็บที่นอนให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ตรวจเช็คจำนวนในแต่ละห้อง ก่อนเจ้าหน้าที่จะเปิดกุญแจประตูให้ออกจากเรือนนอนประมาณ 6.30 น. เพื่อไปอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน เข้าห้องน้ำอย่างรีบเร่งให้ทันเวลาไปกินอาหารเช้าตอน 7.00-7.30 น. ในระหว่างนี้บางเรือนจำอาจมีช่วงเวลากำหนดให้ออกกำลังกาย หรือทำกายบริหารตอนเช้าบ้าง หลังจากนั้นทุกคนต้องไปเข้าแถวเคารพธงชาติตอน 8.00 น. แล้วอาจมีการแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์เรื่องต่าง ๆ ในเรือนจำจากเจ้าหน้าที่ ก่อนผู้ต้องขังจะแยกย้ายไปทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ เช่น เข้าทำงานตามหน้าที่ในกองงานต่าง ๆ ช่วยงานเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ เรียนหนังสือ ฝึกอบรมต่างๆ (สำหรับวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ผู้ต้องขังสามารถใช้เวลาดังกล่าวนี้นักพักผ่อน หรือทำกิจกรรมส่วนตัวอย่างอื่น) จนกระทั่งพักกินอาหารกลางวันในเวลา 12.00 น. ผู้ต้องขังจะได้พักประมาณ 1 ชั่วโมงก่อน จะแยกย้ายทำกิจกรรมต่อในช่วงบ่าย ซึ่งจะหมดเวลาประมาณ 15.00 น. ทุกคนจะต้องรีบเร่งเก็บข้าวของ เพื่อกินอาหารเย็น และเตรียมตัวอาบน้ำ ชักผ้า ตากผ้า ให้เสร็จก่อนเวลา 16.00 น. เพื่อจะเตรียมตัวเข้าเรือนนอนอีกครั้งในเวลา 16.30 น.

ดังนั้นชีวิตอีก 14 ชั่วโมงที่เหลือของวันอยู่ในเรือนนอนที่อยู่กันอย่างแออัด นิ่งๆ นอนๆ พุดคุย กับเพื่อนร่วมห้องหรืออยู่กับตัวเองในความแออัดนั้น ทั้งนี้ส่วนใหญ่เรือนจำจะจัดรายการบันเทิงให้ดูทีวีในช่วงค่ำก่อนจะสวดมนต์เข้านอนประมาณเวลา 21.00 น. อย่างไรก็ตาม ยังมีเรือนจำอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีการโทรทัศน์วงจรปิดในเรือนนอน



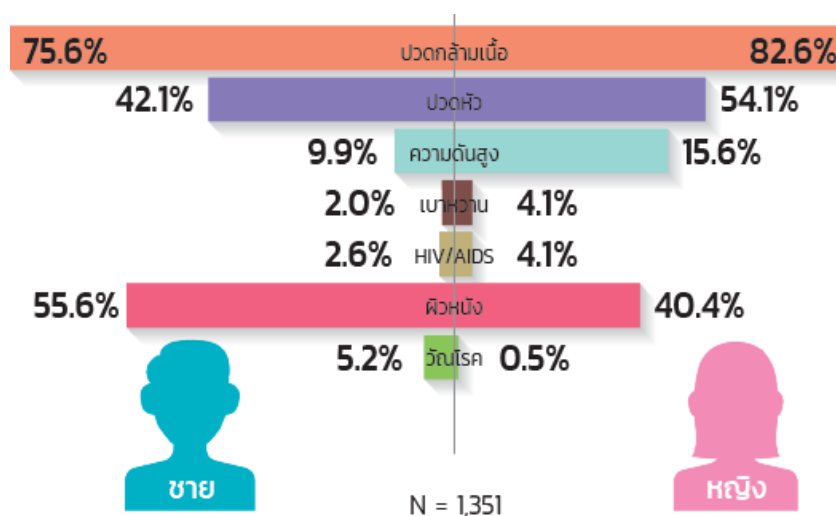
รูปที่ 2 ภาพแสดงกิจวัตรในชีวิตประจำวันของผู้ต้องขังในเรือนจำ

(ที่มา: กฤตยา และกุลภา, 2558, หน้า 15.)

2. ภาพรวมความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้ต้องขัง

จากองค์ประกอบชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ต้องขังที่มีความเป็นมาแตกต่างหลากหลาย ส่งผลต่อภาวะด้อยโอกาส ทางเลือกในชีวิต ต้นทุนหรือช่องทางในการเข้าถึงทรัพยากร ความสามารถในการตัดสินใจเลือกหรือกำหนดชีวิตตัวเองไม่เท่ากัน เมื่อเข้ามาใช้ชีวิตอยู่ภายในสภาพแวดล้อมและระบอบการควบคุมของเรือนจำ/ทัณฑสถานภายใต้สถานการณ์คนล้นคุกในปัจจุบัน ที่อาคารสถานที่คับแคบ ยากต่อการจัดสรรพื้นที่และสภาพแวดล้อมที่ต้อนรับผู้ต้องขังที่ล้นเกินได้ ลักษณะการบริโภคและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารทั้งที่เรือนจำจัดให้และความสามารถทางเศรษฐกิจในการเลือกซื้อสินค้าต่างๆ ในเรือนจำ สุขอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่วนบุคคล ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานพยาบาลของเรือนจำ/ทัณฑสถาน ฯลฯ เหล่านี้ต่างร่วมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ผู้ต้องขังจำนวนไม่น้อยจึงมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคและความเจ็บป่วยบางอย่างที่สัมพันธ์กับการใช้ชีวิตในเรือนจำ/ทัณฑสถาน

ดังข้อค้นพบในงานวิจัยที่ว่า โรคและความเจ็บป่วยบางอย่างเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ทั่วไปของผู้ต้องขังได้แก่ (1) *อาการปวดกล้ามเนื้อ* ปวดเมื่อยเนื้อตัว ปวดหลัง ปวดเอว โดยเฉพาะในเรือนจำขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ต้องขังอยู่กันอย่างแออัดในพื้นที่แคบ ๆ อย่างเรือนนอนเป็นเวลานาน 14 ชั่วโมงต่อวัน (2) *โรคผิวหนัง* โดยเฉพาะหิด กลากเกลื้อน และผื่นคันผื่นแพ้ต่าง ๆ (3) *ปวดหัว* (4) *เครียด นอนไม่หลับ* และ (5) *โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ* (กุลภา, 2561) โดยความเจ็บป่วยข้างต้นนี้มีความแตกต่างระหว่างเพศบ้าง ในบางโรค กล่าวคือ ผู้ต้องขังชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคผิวหนัง โดยเฉพาะหิด กลากเกลื้อน ฯลฯ รวมทั้งวัณโรค สูงกว่าผู้ต้องขังหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ต้องขังชายอยู่กันอย่างแออัดมากกว่า การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีเท่าผู้ต้องขังหญิง ขณะที่พบว่าผู้ต้องขังหญิงนั้นรายงานว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดัน รวมทั้งมีอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดหัวสูงกว่าผู้ต้องขังชาย ดังรูป (กุลภา, 2561) สอดคล้องกับข้อมูลในระบบบันทึกของเรือนจำ/ทัณฑสถานที่มีส่วนใหญ่ต้องรับมือกับโรคหรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ปวดกล้ามเนื้อ เช่น ปวดคอ ปวดขา ปวดหลัง ฯลฯ ปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน โรคผิวหนัง เช่น ผื่นคัน/ผื่นแพ้ หิด กลากเกลื้อน รวมทั้งโรคทางจิตเวช (กุลภา, 2561)



รูปที่ 3 ภาพแสดงร้อยละของปัญหาสุขภาพผู้ต้องขังระหว่างหญิงและชาย

(ที่มา: กุลภา, 2561 (รูปที่ 4.12 หน้า 115).

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ต้องขังในบางเรือนจำและทัณฑสถานป่วยด้วยโรคบางประเภทที่สัมพันธ์กับบริบทของพื้นที่และสภาพแวดล้อมนั้นๆ เอง เช่น พบผู้ต้องขังป่วยเป็นโรคแขนขาอ่อนแรงค่อนข้างสูงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเนื่องมาจากภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายบางอย่าง โดยเฉพาะวิตามิน B1 โปตัสเซียม บางเรือนจำมีผู้ต้องขังป่วยและเสียชีวิตด้วยอาการของไทรอยด์เป็นพิษ ซึ่งปนเปื้อนในอาหารดิบที่ผู้ประมุขส่งเข้าเรือนจำ ผู้ต้องขังในเรือนจำในพื้นที่ภาคใต้มีปัญหาเรื่องโรคผิวหนังมาก

เนื่องจากความอับชื้นของสภาพอากาศ ขณะที่เรือนจำในพื้นที่ชายแดนก็จะพบบางโรคที่พบได้ยากในประเทศไทยแล้ว เช่น โรคเท้าช้าง โรคกาฬหลังแอ่น เป็นต้น (กุลภา, 2561)

ขณะที่สถานการณ์ภาพรวมของความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้ต้องขังระดับประเทศ ตัวเลขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่าส่วนใหญ่ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยและได้รับการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในฐานะผู้ป่วยนอก ในปี 2560 นั้นด้วยกลุ่มโรคปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ² มากที่สุด ทั้งหญิงและชาย รองลงมา ผู้ต้องขังชายเข้ารับบริการด้วยกลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิตบางโรค ขณะที่ผู้ต้องขังหญิงเข้ารับบริการด้วยเรื่องโรกระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ ยังพบว่าในปีงบประมาณ 2560 ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยในเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อและปรสิตบางโรคสูงที่สุด ทั้งผู้ชายและผู้หญิง รองลงมาผู้ชายป่วยและเสียชีวิตด้วยโรกระบบไหลเวียนเลือดและโรกระบบหายใจ ผู้หญิงป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากเนื้องอกซึ่งรวมมะเร็ง โรกระบบไหลเวียนเลือดและโรกระบบหายใจ ขณะที่สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วไปนั้นเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ เลือดออกในสมอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มะเร็ง เป็นต้น ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างแออัดของผู้ต้องขังนั้นเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ทำให้โรคติดต่อและการติดเชื้อเป็นภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ต้องขังอย่างชัดเจน

3. ภาพรวมสถานการณ์การให้บริการสุขภาพในเรือนจำ

ทุกเรือนจำและทัณฑสถานมีหน้าที่หลักในการควบคุมดูแลสวัสดิภาพของผู้ต้องขังทุกคน โดยจัดให้มีสถานพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบและให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง แต่กล่าวได้ว่าการไม่เจ็บไข้ได้ป่วยขณะที่อยู่ในเรือนจำนั้นเป็นความปรารถนาสูงสุดของผู้ต้องขังแทบทุกคน ด้วยว่าการเจ็บไข้ไม่สบายในเรือนจำนั้นเป็นภาวะที่สร้างความยากลำบากให้กับชีวิตในเรือนจำมากขึ้นหลายเท่า อีกทั้งการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไม่อาจเกิดขึ้นได้ง่ายหรือสะดวกตามต้องการเสมอไป การขอออกไปรับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลข้างนอกยิ่งเป็นเรื่องยากลำบากอย่างที่สุด มีเพียงสถานพยาบาลในเรือนจำที่อาจจะพอเข้าถึงได้บ้างเมื่อเจ็บป่วยและต้องการการตรวจรักษาเบื้องต้น

เรือนจำ/ทัณฑสถานแต่ละแห่งมีโครงสร้างและองค์ประกอบในการทำงานด้านสุขภาพแตกต่างกันทั้งในด้านโครงสร้างทางกายภาพ เรือนจำขนาดใหญ่บางแห่งสามารถจัดสรรพื้นที่ส่วนหนึ่งของเรือนจำเป็น

² กลุ่มโรครหัส 99 หมายถึงกลุ่มโรคที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เมื่อเข้าไปรับบริการสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์จำเพาะบางประการ และเมื่อสภาพแวดล้อมหรือปัญหาที่ไม่ใช่ความเจ็บป่วยมีผลต่อสถานะสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจคัดกรอง ตรวจเพื่อรับเข้าเรือนจำ หรือตรวจเพื่อสังเกตและประเมินทางการแพทย์ การดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นต้น (กันธีร์ และคณะ, 2559, น. 709)

สถานพยาบาลได้ตามมาตรฐาน มีบุคลากรด้านสุขภาพเพียงพอ มีนักจิตวิทยา มีนักสังคมสงเคราะห์ มีระบบบริการสุขภาพที่สามารถรองรับผู้ต้องขังได้ตามสมควร มีห้องแยกโรค มีห้องพักผู้ต้องขังป่วย มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี และสามารถจัดหาแพทย์จากภายนอกเข้าตรวจรักษาเป็นประจำได้ ขณะที่เรือนจำขนาดเล็กบางแห่งไม่มีพื้นที่เป็นสัดส่วนตามมาตรฐานสถานพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดในการรับมือกับโรคและความเจ็บป่วยในเรือนจำ ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามสมควรไปจนถึงอาจไม่มีแพทย์เข้าตรวจเป็นประจำ เป็นต้น

นอกจากนี้ ในแต่ละเรือนจำ/ทัณฑสถานจะมีระบบการบริหารจัดการและกำหนดแบบแผนในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังแตกต่างกัน เช่น จัดระบบคัดกรองเบื้องต้นในแต่ละแดนเพื่อไม่ให้ผู้ต้องขังเข้าไปสถานพยาบาลมากเกินไปจนเกินจำนวนที่จะรับได้ต่อวัน บางแห่งกำหนดวันให้ผู้ต้องขังแต่ละแดนแตกต่างกัน บางแห่งจัดบริการคลินิกเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ในแต่ละวัน เป็นต้น และเมื่อสถานพยาบาลในเรือนจำ/ทัณฑสถานไม่สามารถดูแลรักษาผู้ต้องขังป่วยได้และต้องส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผิดชอบดูแลเรือนจำ/ทัณฑสถานนั้น ๆ ซึ่งต้องติดต่อประสานงานกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอน ตั้งแต่ขอความเห็นแพทย์เพื่อส่งตัวออกไปรักษาประกอบการทำเรื่องขอเนาตัวผู้ต้องขังป่วยออกจากเรือนจำไปโรงพยาบาล จัดสรรกำลังเจ้าหน้าที่ควบคุม จัดรถรับส่ง ประสานโรงพยาบาล นำตัวผู้ต้องขังออกไปตรวจตามนัด จนถึงรอรับยา ฯลฯ และความแตกต่างขององค์ประกอบเชิงโครงสร้าง สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในแต่ละเรือนจำ/ทัณฑสถานข้างต้นนี้เองที่กลายเป็นเงื่อนไขปัจจัยที่ไปกำหนดสุขภาพของผู้ต้องขังขณะอยู่ในเรือนจำที่แตกต่างกัน (กุลภา, 2561)

สถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศนั้นมีทั้งหมด 142 แห่ง ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อเพียงแห่งเดียว³ มีสถานพยาบาลในเรือนจำ 6 แห่งที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴ และมีสถานพยาบาลในเรือนจำกลางนครราชสีมาแห่งเดียวที่ขึ้นกับโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลโกลเด้นเกท) สำหรับสถานพยาบาลในเรือนจำอีก 127 แห่งมีทั้งที่เป็นสถานพยาบาลขนาดกลาง มีพยาบาลวิชาชีพ 2-4 คน มีห้องพักรองรับผู้ต้องขังป่วย 10-30 เตียง และสถานพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังจำกัด และตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานทั้งหมดเป็น

³ รับผิดชอบดูแลหน่วยบริการในเรือนจำ/ทัณฑสถาน 7 แห่ง คือ ทัณฑสถานหญิงกลาง ทัณฑสถานหญิงธนบุรี ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำพิเศษมีนบุรี เรือนจำพิเศษธนบุรี และเรือนจำพิเศษกรุงเทพฯ

⁴ ได้แก่ เรือนจำกลางบางขวางและเรือนจำจังหวัดนนทบุรี ขึ้นกับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เรือนจำจังหวัดอยุธยา เรือนจำกลางอยุธยา ทัณฑสถานบำบัดพิเศษอยุธยา และทัณฑสถานวัยหนุ่มอยุธยา ทั้ง 4 แห่งนี้ขึ้นกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแม้ส่วนใหญ่จะยังไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดครบถ้วนทุกมาตรฐาน แต่การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหมายถึงการพัฒนาโครงสร้าง ระบบการจัดบริการ การสนับสนุนทรัพยากร การพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งในที่สุดแล้วคือการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังนั่นเอง

4. ความท้าทายของงานบริการสุขภาพในเรือนจำ

แม้การดูแลให้บริการด้านสุขภาพผู้ต้องขังจะเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบของเรือนจำและทัณฑสถาน แต่โดยทั่วไปแล้วเรือนจำ/ทัณฑสถานทุกแห่งต่างถือว่าภารกิจหลักในการทำงานคือการควบคุมตัวผู้ต้องขังไว้ในเรือนจำตามคำสั่งศาล การควบคุมผู้ต้องขังให้อยู่ในระเบียบวินัยจึงมักถูกให้ความสำคัญกว่าเรื่องอื่นๆ ที่กลายเป็นภารกิจรองและมักดำเนินไปภายใต้หลักการควบคุมให้อยู่ในระเบียบวินัยเสมอ ดังนั้น หนึ่งในความท้าทายของงานให้บริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่ง จึงเป็นเรื่องการปะทะต่อรองกันระหว่างสองแนวคิดพื้นฐานในการทำงานบริการสุขภาพผู้ต้องขัง นั่นคือ “ควบคุมเป็นหลัก รักษาเป็นรอง” ทั้งระหว่างสถานพยาบาลในเรือนจำกับฝ่ายควบคุมและฝ่ายบริหารของเรือนจำ/ทัณฑสถาน และระหว่างเจ้าหน้าที่ของเรือนจำ/ทัณฑสถานกับโรงพยาบาล (กุลภา, 2561) ดังคำสัมภาษณ์ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่ง และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ในเรือนจำจังหวัดภาคเหนือแห่งหนึ่ง ที่ว่า

“ต้องยอมรับว่าเรือนจำก็ไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องพวกนี้ [การรักษาพยาบาลผู้ต้องขัง] การบริหารหลักของเรือนจำมุ่งเน้นในเรื่องการควบคุม พุดง่าย ๆ ว่าเราไปให้ความสำคัญกับเรื่องตรวจหายาเสพติด ตรวจหาโทรศัพท์ เราต้อง clear ต้อง clean ทุกวันนี้ [ผู้ต้องขัง] ออกไป เข้ามาต้องตรวจฉี่ เพราะว่าถ้าแค่ป่วย เจ็บป่วยยังไม่ถึงตาย ผบ.ยังไม่ย้าย แต่ถ้ามีโทรศัพท์ ตรวจแล้วมีฉี่ [ม่วง] ย้ายไปเลยทันที... การดูแลสุขภาพยังไม่เป็นภารกิจหลัก มันคือรายละเอียด มันพื้นฐานเกินไป เจ้าหน้าที่ก็ยังไม่ค่อยได้รับเท่า ดังนั้นมันก็ยังห่างไกลในเรื่องของสุขอนามัย สุขภาพะนัก” (กุลภา, 2561, หน้า 34)

“ตามระเบียบคือมันต้องเป็นไปตามขั้นตอน ต้องทำตามระเบียบ พยาบาลเขาก็อยากส่งไปเร็ว ๆ แต่ทางผู้คุมเขาก็ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกฎระเบียบเขา เขาต้องเป็นห่วงเรื่องความปลอดภัยไว้ก่อน มันต้องทำงานร่วมกับหลายฝ่าย งานหลักของผู้คุมก็เน้นควบคุมผู้ต้องขังไม่ให้หลบหนีเป็นหลัก พยาบาลก็เน้นเรื่องการรักษา มันต้องปรับจูนกันให้ได้ในการปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละฝ่าย” (กุลภา, 2561, หน้า 35)

สองทัศนคติข้างต้นที่เกิดขึ้นในการทำงานด้านบริการสุขภาพผู้ต้องขังนั้น ส่งผลสืบเนื่องไปสู่ข้อจำกัดในทางรูปธรรมที่เกิดขึ้นในเรือนจำ/ทัณฑสถานหลายแห่งหลายประการด้วยกัน ดังนี้

(1) **ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ** เป็นข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ทำงานด้านบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ ทั้งที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำเรือนจำ/ทัณฑสถาน แพทย์ที่เข้าตรวจ และบุคลากรสาธารณสุขต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผิดชอบดูแลสถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศ

สำหรับพยาบาลที่ประจำอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานนั้น เมื่อความรับผิดชอบหลักของเรือนจำ/ทัณฑสถานคือการควบคุมผู้ต้องขัง การดูแลคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ต้องขังเป็นภารกิจรอง บุคลากรส่วนใหญ่จึงเป็น “ผู้คุม” หรือเจ้าหน้าที่ที่ควบคุมผู้ต้องขัง “หมอ” หรือพยาบาลในเรือนจำ/ทัณฑสถานเป็นเพียงฝ่ายสนับสนุนที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง เพื่อให้การควบคุมตามระเบียบวินัยนั้นดำเนินไปได้อย่างราบรื่น แต่การทำงานภายใต้สถานการณ์คนล้นคุกทำให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของเรือนจำ/ทัณฑสถานมีภาระงานและความรับผิดชอบล้นมือ รวมทั้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพของผู้ต้องขัง เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล ต่างต้องทำงานท่ามกลางสถานการณ์อันจำกัดหลายประการ ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ หรือไม่สอดคล้องกับภาระงาน บ่อยครั้งที่แม้จะมีภาระรับผิดชอบตามวิชาชีพ ตั้งแต่การตรวจร่างกายผู้ต้องขังเมื่อแรกรับเข้าเรือนจำ ดูแลสุขภาพ ทั้งป้องกันและตรวจรักษาเบื้องต้น ประสานงานขอความเห็นแพทย์เพื่อส่งต่อการรักษา และควบคุมผู้ต้องขังป่วยออกไปรับบริการจากโรงพยาบาลในพื้นที่ ทำงานเอกสาร เช่น แบบคัดกรองผู้ต้องขังและรายงานต่าง ๆ ฯลฯ เจ้าหน้าที่เหล่านี้ยังต้องร่วมรับผิดชอบงานควบคุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์อื่น ๆ โดยเฉพาะการอยู่เวรยามกลางคืน หรือเตรียมพร้อมรับเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังความเห็นของพยาบาลวิชาชีพในเรือนจำแห่งหนึ่งที่ว่า

“เจ้าหน้าที่เราขาดแคลนมาก อัตราส่วนไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ต้องขัง ไม่สามารถใช้เหมือนประชากรที่อยู่ภายนอกได้ [พยาบาล 1 คนต่อประชากร 1,250 คน] เนื่องจากว่าประชากรที่อยู่ภายนอกเขามีโรงพยาบาลรัฐ มีโรงพยาบาลเอกชน มีคลินิก มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาสามารถบริหารจัดการได้ แล้วอีกอย่างเราเป็นสถานพยาบาลเดียวที่อยู่ในนั้น” (กุลภา, 2561, หน้า 40)

หลายเรือนจำขาดแคลนแพทย์ที่เข้าตรวจรักษาผู้ต้องขังเป็นประจำ โดยเฉพาะเรือนจำ/ทัณฑสถานที่อยู่ห่างไกลหรือตั้งอยู่ในพื้นที่การดูแลของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มักไม่สามารถจัดหาแพทย์ที่สามารถเข้าไปตรวจในเรือนจำได้เป็นประจำ เนื่องจากแพทย์ประจำโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นมีจำนวนน้อยและภาระงานในแต่ละวันล้นมืออยู่แล้ว การเข้าตรวจผู้ต้องขังจึงกลายเป็นภารกิจรอง และไม่สามารถกำหนดเวลาแน่นอนได้ และยังเป็นข้อจำกัดมากขึ้นเมื่อต้องการแพทย์เฉพาะทางในบางสาขาซึ่งขาดแคลนอยู่แล้ว รวมทั้งไม่มีสถาบันการแพทย์เฉพาะทางตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น ทันตแพทย์ จิตแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วยังมีประเด็น

เรื่องทัศนคติบางประการที่ทำให้แพทย์ไม่ยอมเข้าไปทำงานในเรือนจำ ทั้งภาพเหมารวมของผู้ต้องขังและเรือนจำ ความปลอดภัยขณะทำงาน ไปจนถึงการเผชิญกับข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ฝึกแพทย์ห่างออกจากเรือนจำ ดังความเห็นของพยาบาลในเรือนจำแห่งหนึ่งว่า

“หมอทั้งโรงพยาบาลมีอยู่คนเดียวเท่านั้นที่เข้าตรวจ [ในเรือนจำ] คนอื่นไม่เข้า ถ้าเกิดไม่วางติดราซการ ก็คือเลื่อนไปเรื่อย ๆ ไม่มีกำหนด หมอคนอื่นไม่เข้า บางคนเขาไม่กล้า เขามีความรู้สึกว่าไม่ได้รับความปลอดภัย ไม่ได้รับการดูแลคุ้มครอง เขาแทบจะเดินถอยหลังเข้าทุกวันเลย แล้วเขาก็กลัวมาก ‘อย่าให้ฉันเข้าไปได้ไหม มันเป็นดินแดนอันตราย’ ผอ. โรงพยาบาลก็บังคับให้เขาเข้าไม่ได้ หมอเขาก็มีฐานะ บางคนก็เป็นเรื่องทัศนคติ กลัวเรื่องคดีความ กลัวผู้ต้องขังข่มขู่อีก” (กุลภา, 2561, หน้า 51)

(2) พื้นที่จำกัดและคับแคบ หมายถึงโครงสร้างพื้นที่กายภาพของเรือนจำเองที่เป็นข้อจำกัดในการทำงานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะเรือนจำเก่า หรือเรือนจำขนาดเล็กที่ไม่สามารถจัดแบ่งพื้นที่สำหรับให้บริการสุขภาพได้ตามมาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาล หรือห้องตรวจ ห้องแยกโรค ห้องเก็บสารองยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ห้องทำฟัน ฯลฯ ขณะที่เรือนจำใหม่หรือเรือนจำขนาดใหญ่มีการจัดสรรอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่งรองรับเรื่องบริการสุขภาพผู้ต้องขัง คือมีสถานพยาบาลเป็นสัดส่วน มีโครงสร้างและการจัดสรรพื้นที่สำหรับการสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ความแตกต่างของพื้นที่และโครงสร้างเรือนจำเช่นนี้กลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ต้องขัง

(3) เครือข่ายสุขภาพผู้ต้องขัง หมายถึงการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อต้องส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ เป็นอีกจุดหนึ่งที่มีมักจะเผชิญการต้อรอนกันระหว่างการควบคุมและการรักษา เนื่องด้วยภารกิจสำคัญยิ่งของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์คือการควบคุมตัวผู้ต้องขังไม่ให้หลบหนี จึงมักต้องใส่ตรวนที่ขาผู้ต้องขังชาย และนั่งรอรับบริการอยู่ร่วมกับประชาชนทั่วไป ซึ่งมักเกิดความกระอักกระอ่วน ทั้งกับตัวผู้ต้องขัง เจ้าหน้าที่ควบคุม เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล รวมทั้งตกเป็นเป้าสายตาของสาธารณชนเสมอ ช่องทางด่วนหรือช่องทางพิเศษในการรับบริการที่โรงพยาบาลจึงเป็นการช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ต้องขังป่วยใช้เวลาตรวจรักษาสั้นที่สุดเพื่อกลับเข้าเรือนจำเร็วที่สุด แต่ทว่า การจัดช่องทางพิเศษให้ผู้ต้องขังเช่นนี้อาจกลายเป็นประเด็นละเอียดอ่อนต่อการให้บริการในโรงพยาบาล และอาจสร้างความไม่พอใจให้แก่ผู้ป่วยอื่นที่รอตรวจ ด้วยมองว่าข้อจำกัดด้านการควบคุมว่าเป็นอภิสิทธิ์ของผู้ต้องขัง การจัดช่องทางด่วนพิเศษรวมทั้งห้องพักเฉพาะที่มีการควบคุมเป็นพิเศษนี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับการติดต่อประสานงานและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลของเรือนจำและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในแต่ละแผนก ที่จะจัดระบบให้บริการแก่ผู้ต้องขังเป็นพิเศษได้มากน้อยเพียงใด

อย่างไรก็ดี อีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังคือศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลเรือนจำ/ทัณฑสถานแต่ละแห่ง ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายมากในแต่ละพื้นที่ เรือนจำ/ทัณฑสถานซึ่งขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น สถาบันมะเร็ง หรือโรงพยาบาลจิตเวช อยู่ในพื้นที่หรือใกล้เคียงก็สามารถรองรับให้บริการผู้ต้องขังป่วยได้มากกว่าเรือนจำที่ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือโรงพยาบาลตั้งอยู่ห่างไกลเรือนจำ ที่ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์พอเพียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง หรือไม่มีเตียงที่จะสามารถรับผู้ต้องขังป่วยหนักไว้ในการดูแลได้ และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ

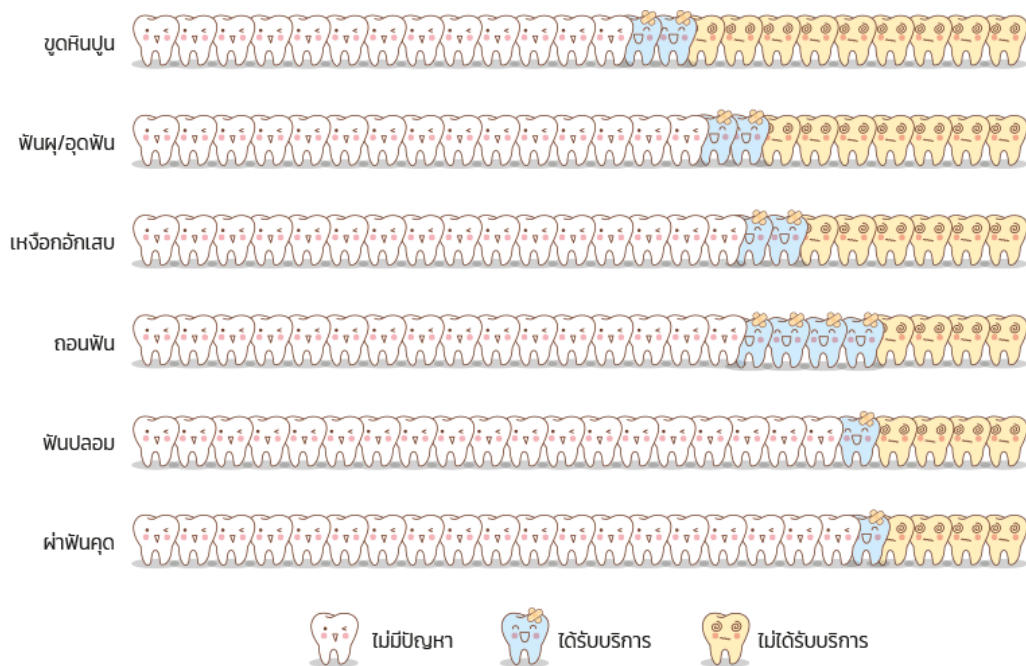
5. ผู้ต้องขังกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในเรือนจำ

ผู้ต้องขังทุกคนจะได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นเมื่อแรกเข้าเรือนจำ เพื่อบันทึกเป็นประวัติสุขภาพ คัดกรองและส่งต่อการรักษาในกรณีเป็นโรคเรื้อรัง และโอนย้ายสิทธิการรักษาเมื่อคดีถึงที่สุดมีสถานะเป็นผู้ต้องขังเด็ดขาด ในทุกเรือนจำมีบริการสุขภาพพื้นฐานด้านต่างๆ อยู่แทบทุกแห่ง แม้ศักยภาพในการให้บริการอาจจะไม่เท่ากันบ้างก็ตาม อย่างไรก็ตาม เมื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในเรือนจำเป็นเรื่องยากลำบาก ผู้ต้องขังส่วนใหญ่มักพยายามดูแลตัวเองไม่ให้ป่วย เมื่อมีอาการไม่สบายบ้าง ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางใจ ก็มักเลือกที่จะเก็บไว้กับตัวเอง ไม่บอกใคร หรือพูดคุยปรึกษาเพื่อนผู้ต้องขังด้วยกันมากกว่า ไม่ถึงหนึ่งในสามเท่านั้นที่กังวลกับอาการเจ็บป่วยและไปปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ที่สถานพยาบาลในเรือนจำ และมีผู้ต้องขังจำนวนหนึ่งที่เคยถูกปฏิเสธไม่ให้ออกไปรักษาที่โรงพยาบาลข้างนอก ด้วยเหตุผลต่างๆ กัน ส่วนใหญ่บอกว่ารักษาในสถานพยาบาลของเรือนจำก็เพียงพอแล้ว รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอหรือไม่สะดวกในการควบคุมตัวออกไปโรงพยาบาล และก็เป็นปัญหาเรื่องสิทธิสุขภาพ (กุลภา, 2561)

โดยทั่วไปแล้วบริการสุขภาพที่ผู้ต้องขังได้รับขณะอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานนั้นมีสองลักษณะ คือ *บริการสุขภาพพื้นฐานในสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน* โดยมากมีแพทย์ทั่วไปเข้ามาตรวจรักษาเป็นประจำ มีแพทย์เฉพาะทางเข้าตรวจบ้างในบางสาขาเป็นระยะ เช่น ทันตแพทย์ จิตแพทย์ เข้าตรวจทุก 3-6 เดือน อีกลักษณะหนึ่งคือ *บริการสุขภาพจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามโครงการพิเศษต่างๆ* ซึ่งมีกำหนดเวลาในการเข้าตรวจแตกต่างกันไปไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการประสานงานและความพร้อมของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ บางพื้นที่มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปทำพินให้ผู้ต้องขังปีละ 1-2 ครั้ง ขณะที่บางพื้นที่ไม่มีเลยถึงแม้จะมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปจัดบริการในเรือนจำไม่บ่อยครั้งนัก แต่พบว่าหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เป็นช่องทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้ทั่วถึงมากขึ้น โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เต้านม ฯลฯ และสุขภาพฟัน แต่ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพจากจิตแพทย์และจักษุแพทย์นั้นยังเป็น

ช่องว่างของการให้บริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เนื่องจากมีผู้ต้องขังประมาณเพียงร้อยละ 10-13 เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในสองสาขาเฉพาะทางนี้ ไม่ว่าจะโดยแพทย์ที่มาประจำหรือแพทย์เคลื่อนที่ก็ตาม (กุลภา, 2561)

สำหรับการให้บริการทันตกรรมนั้นกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างหลากหลายมากในแต่ละเรือนจำ/ทัณฑสถาน บางแห่งไม่มีทันตแพทย์เข้าตรวจเลยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และต้องประสานหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ให้เข้ามาตรวจผู้ต้องขัง บางแห่งมีทันตแพทย์เข้าเป็นประจำปีละ 2-3 ครั้ง ขณะที่บางแห่งมีบริการตรวจสุขภาพเหงือกและฟันเป็นประจำทุกเดือนแต่ก็ไม่เพียงพอกับความต้องการ แม้ว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาสุขภาพเหงือกและฟัน แต่สำหรับผู้ที่ต้องการทำฟันนั้นพบว่า บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้ต้องขังต้องการคือ ขูดหินปูน (ร้อยละ 36) รองลงมาคือปัญหาฟันผุและต้องการอุดฟัน (ร้อยละ 27) ปัญหาเหงือกอักเสบและเลือดออกตามไรฟัน (ร้อยละ 23) มีผู้ต้องขังที่ต้องการทำฟันปลอม ร้อยละ 17 ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 13 คือผู้ต้องขังที่มีต้องการผ่าฟันคุด และถอนฟัน (กุลภา, 2561)



รูปที่ 4 ภาพแสดงปัญหาสุขภาพฟันและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ต้องขัง

(ที่มา: กุลภา, 2561 (รูปที่ 4.14 หน้า 125))



รูปที่ 5 ภาพแสดงหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการทันตกรรมผู้ต้องขัง (ที่มา: กุลภา, 2561, หน้า 124.)

สุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพใหญ่ประการหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการให้บริการในเรือนจำและทัณฑสถาน ทั้งขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่จะรองรับผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิต ความรู้ความเข้าใจและทักษะของเจ้าหน้าที่ควบคุม ขาดแคลนนักจิตวิทยา ขาดเครือข่ายจิตแพทย์และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ เป็นต้น สถานพยาบาลในสถานพยาบาลของแต่ละเรือนจำและทัณฑสถานต่างพยายามรับมือกับผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิต หลากหลายรูปแบบเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยส่วนใหญ่พยาบาลในเรือนจำจะเป็นผู้ตรวจและประเมิน สุขภาพจิตของผู้ต้องขังตั้งแต่แรกเริ่ม สังเกตอาการ พูดคุยปรึกษาแพทย์ที่มาประจำ หรือส่งตัวออกไปหา จิตแพทย์ที่โรงพยาบาลในพื้นที่ หากผู้ต้องขังจิตเวชนั้นเกินขีดความสามารถที่จะรับมือได้ก็ต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลจิตเวชในเขตใกล้เคียง เพื่อให้ได้รับการรักษา เรือนจำและทัณฑสถานหลายแห่งจึงกำลังรับภาระ ดูแลผู้ป่วยทางจิต ทั้งที่เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการได้

6. ข้อเสนอต่อแนวทางการทำงานสุขภาพผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขังกว่า 377,000 คนที่อยู่ในการควบคุมดูแลของเรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศ ปัจจุบันนี้ ไม่เพียงกำลังต้องโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลด้วยการถูกจำกัดอิสรภาพ ทั้งยังกำลังใช้ชีวิตอยู่ในความจำกัดด้านอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เนื่องจากเรือนจำและทัณฑสถานหลายแห่ง สามารถจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขังได้เพียงเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดมากมาย ทั้งงบประมาณ กำลังคน สภาพแวดล้อมและพื้นที่อันจำกัด ภาระรับผิดชอบ และผู้ต้องขังที่เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง

จนความแออัดกลายเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของโรคและความเจ็บป่วยในเรือนจำ/ทัณฑสถาน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี แนวคิดพื้นฐาน ที่อาจเป็นประโยชน์ในการทำงานสุขภาพผู้ต้องขังมีหลายประการด้วยกัน ดังนี้

(1) ใช้แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพผู้ต้องขังในการทำความเข้าใจองค์ประกอบชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ต้องขัง มองทะลุให้พ้นตัวโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายและหาทางรับมือกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ชีวิตในเรือนจำ เข้าใจบริบทสภาพแวดล้อมที่ผู้ต้องขังใช้ชีวิตอยู่ มากกว่าเห็นโรคและการรักษาหรือควบคุมโรคเท่านั้น งานบริการสุขภาพผู้ต้องขังเป็นการช่วยให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะมีส่วนทางกฎหมายอย่างไรก็ตาม

(2) ใช้ความเป็นพื้นที่เฉพาะของเรือนจำทำงานส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ต้องขังมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพตัวเอง ลดความเสี่ยงหรือปัจจัยที่กำหนดสุขภาพในเรือนจำ เพื่อลดภาระในการจัดการปัญหาสุขภาพในเรือนจำ มองเรือนจำ/ทัณฑสถานเป็นชุมชนแห่งหนึ่ง ที่มีลักษณะการใช้ชีวิตและความเป็นอยู่เฉพาะตัว มีข้อจำกัดในการกิน การนอน การทำกิจกรรมต่างๆ มีความเจ็บป่วย มีภาระโรคเหมือนชุมชนอื่นๆ มีความเปราะบางหรือความเสี่ยงทางสุขภาพบางอย่างเฉพาะตัว เป็นต้น

(3) เปลี่ยนคุกที่เคยเป็นสถานที่เพื่อการลงโทษให้เป็นเรือนจำสุขภาพ ด้วยการปรับกระบวนการทัศนคติในเรื่องการควบคุมให้อยู่ในระเบียบวินัยอย่างเคร่งครัดกับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังตามสิทธิพื้นฐานที่ควรจะได้รับ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพ ให้งานบริการสุขภาพในเรือนจำสามารถรับมือกับความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้ต้องขังได้อย่างเท่าทัน และช่วยให้ภาวะเจ็บไข้ได้ป่วยในเรือนจำไม่โหดร้าย ทรมาณเกินไปนัก

ในที่สุดแล้ว บริการสุขภาพในเรือนจำเป็นภาพสะท้อนความสามารถของประเทศไทยในการดูแลคนด้อยโอกาสหรือคนชายขอบที่ถูกกันออกไปจากสังคม ซึ่งจำนวนไม่น้อยมีความเปราะบางด้านสุขภาพอยู่แล้ว และการที่ผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพด้านต่างๆ นั้น กล่าวได้ว่าเป็นการถมช่องว่างของความเหลื่อมล้ำหรือไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพในรูปแบบหนึ่งของไทย ประเทศซึ่งได้ชื่อว่ามียุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพที่ดีที่สุดในโลกแห่งหนึ่งในโลก

เอกสารอ้างอิง

- กรมราชทัณฑ์. (2563, 28 เมษายน). สรุปข้อมูลผู้ต้องขัง ณ วันที่ 28 เมษายน 2563. ค้นเมื่อ 29 เมษายน 2563, จาก <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2558). *ผู้ต้องขังหญิง: สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย*. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2560). เรือนจำสุขภาวะกับการเปลี่ยนผ่านกระบวนการทัณฑ์. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (บรรณาธิการ). *การขับเคลื่อน 'คุกไทย' ไปสู่ 'เรือนจำสุขภาวะ'* (หน้า 17-54). นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2561). *สารานุกรมสุขภาวะ: พื้นฐานสุขภาวะผู้ต้องขังหญิง*. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม.
- กุลภา วจนสาระ. (2561). *ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร หะวานนท์, เพ็ญศิริ จีระเดชากุล, อีรวัลย์ วรรณโนทัย, กำจัด พ่วงสวัสดิ์, และจิรภา สินธุาวา. (2555). *คำให้การของผู้หญิงซึ่งถูกพิพากษาจำคุกในคดียาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระราชดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.
- นภาพร หะวานนท์, เพ็ญศิริ จีระเดชากุล, อีรวัลย์ วรรณโนทัย, พิศมัย รัตนโรจน์สกุล, และกิตติกร สันคติประภา. (2555). *ชีวิตที่ถูกลืม: เรื่องเล่าของผู้หญิงในเรือนจำ*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระราชดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.
- ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง สำนักทัณฑ์วาทิตา กรมราชทัณฑ์. (2558, 16 กรกฎาคม). ความจุผู้ต้องขังของเรือนจำ และทัณฑสถานทั่วประเทศ ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2558.
- Isranews. (2563, 28 มกราคม). เปิดแผนเร่งด่วนแก้ปม 'คนล้นคุก' ทุ้มพ่น. สร้างห้องขัง 2 ชั้น-ซื้อกำไล EM 3 หมื่นอัน. สำนักข่าวอิศรา. ค้นเมื่อ 4 เมษายน 2563, จาก <https://www.isranews.org/isranews-scoop/85003-prison-em.html>
- Walmsley, Roy. (2018). *World Prison Population List*. Twelfth Edition. London: Institute for Criminal Policy Research.



บทที่ 2

สภาวะสุขภาพช่องปาก
ผู้ต้องขัง

ณัฐพงศ์ ก้นทะวงศ์

สภาวะสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

Oral Health of Prison Inmate

สุขภาพที่ดี คือสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้

ผู้ต้องขังเป็นอีกหนึ่งกลุ่มของผู้ที่ด้อยโอกาสที่ไม่ได้รับการดูแลและเข้าบริการสุขภาพตามสิทธิพื้นฐานที่มนุษย์พึงได้ ชีวิตความเป็นอยู่ในเรือนจำนั้นถูกจำกัดหลายด้านอันส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย

ปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบยังคงเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยในช่องปากของคนไทยและผู้ต้องขัง สาเหตุหลักของการเกิดโรคก็คือ การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสม และการไม่ได้รับการทันตสุขภาพและส่งเสริมป้องกันในกลุ่มผู้ต้องขังนั้นยังมีสาเหตุของการเกิดปัญหาอาจเกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งในเรื่องพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของตัวผู้ต้องขัง สภาพแวดล้อมภายในของเรือนจำ ความแออัดและทรัพยากรที่มีจำกัด

ข้อมูลจากสถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562 พบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศมีมากถึง 362,985 คน เพิ่มขึ้นมากจากปี 2559 ถึง 41,638 คน อันนำมาสู่ปัญหาความแออัดและผู้ต้องขังล้นคุก ในขณะที่ศักยภาพและขีดความสามารถในการให้บริการทางสาธารณสุขมีจำกัด อีกทั้งข้อจำกัดของเรือนจำเอง ส่งผลให้การเข้าถึงทรัพยากรด้านต่างๆของผู้ต้องขังเป็นไปได้ยากขึ้น

ผู้ต้องขัง เป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้ต้องขังทุกคนควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่พึงได้และสามารถดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากตนเองได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ต้องขังยังมีไม่มากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยเอง ผู้เขียนได้พยายามศึกษาค้นคว้า รวบรวม และสรุป นำเสนอ ดังจะกล่าวต่อไป

สุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

ปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังนั้น ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆของความเจ็บป่วยของผู้ต้องขัง จากผลการสำรวจ 10 อันดับความเจ็บป่วยแรกของผู้ต้องขังมาตรวจรักษาที่สถานพยาบาลเรือนจำ ประจำปี 2561 พบว่าโรคเหงือกและฟัน เป็นอันดับที่ 5 ของการเข้ารับตรวจการรักษาที่สถานพยาบาลเรือนจำ

โรคฟันผุและการสูญเสียฟัน

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 6.6 ซี่/คน ฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 43.3 และมีสภาวะการสูญเสียฟัน คิดเป็นร้อยละ 85.3 แต่มีประชากรเพียงร้อยละ 5.2 เท่านั้นที่ใส่ฟันเทียมอยู่ โดยเกือบทั้งหมดเป็นฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนและส่วนใหญ่ใส่ในฟันบนร้อยละ 3.4 ของผู้จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดต่างๆ

จूरिटันและคณะ (2551) ได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ จังหวัดปทุมธานี พบว่า มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 95 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 81 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 8.66 ± 6.58 ซี่ ต่อคน โดยพบว่ากลุ่มช่วงอายุ 45-66 ปีมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดสูงสุด คือ 14.14 ± 9.28 ซี่ ต่อคน มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมสูงถึงร้อยละ 75.8 โดยพบว่ามีความจำเป็นต้องใส่ฟันล่างมากกว่าฟันบน ในกลุ่มที่ต้องการใส่ฟันปลอมพบว่า ร้อยละ 8 มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Anup และคณะ (2014) พบว่า ผู้ต้องขังมีความต้องการใส่ฟันปลอมขากรรไกรบน ร้อยละ 44.3 และความต้องการใส่ฟันปลอมขากรรไกรล่างเพียงร้อยละ 46.4

อุมาพร และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาสภาวะโรคในช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 323 คน พบว่าผู้ต้องขังมีปัญหาฟันผุร้อยละ 81.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.01 ซี่ /คน ค่าเฉลี่ยฟันผุ 3.44 ซี่ ต่อคน โดยเพศหญิงพบว่า มีฟันผุมากกว่าเพศชาย ความจำเป็นในการอุดฟัน 1 ด้าน ร้อยละ 74.6 เฉลี่ย 2.79 ซี่ /คน ความจำเป็นในการถอนฟันร้อยละ 46.2 เฉลี่ย 1.01 ซี่ /คน สภาวะการสูญเสียฟันร้อยละ 12.1 โดยมีสาเหตุของการสูญเสียฟันเนื่องจากฟันผุ และอุบัติเหตุ เป็นส่วนใหญ่

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังประเทศต่างๆ พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เป็นดังนี้ ประเทศฟินแลนด์ ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุดมีค่าเท่ากับ 16.8 ประเทศจีน 22.5 สหรัฐอเมริกา 16.8 อังกฤษ 12.2-14.2 ฝรั่งเศส 12.8 บราซิล 19.7-20.4, ออสเตรเลีย 20.4 อิตาลี 9.8 แอฟริกาใต้ 15.5 เป็นต้น ความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างทางภูมิภาคและวัฒนธรรม (Raija Vainionpaa et al., 2019).

โรคปริทันต์

อุมพรและคณะ (2557) พบว่าเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานีมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 88.9 จุรีรัตน์และคณะ(2551) พบว่าผู้ต้องขังชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษชาย จังหวัดปทุมธานี มีสภาวะหินน้ำลายและร่องปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 36.9 และร้อยละ 28.7 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และอายุ 45-66 ปีตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พบว่า ประชากรกลุ่มวัยทำงาน(35-44ปี) ร้อยละ 62.4 มีปัญหาเหงือกอักเสบโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 51.0 พบว่าเกิดร่วมกับการมีหินน้ำลาย ส่วนโรคปริทันต์อักเสบที่มีทำลายอวัยวะปริทันต์เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์ สามารถพบได้ร้อยละ 25.9

พฤติกรรมทันตสุขภาพ

Raija และคณะ (2017) ได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้ต้องขังในฟินแลนด์ พบว่าร้อยละ 98 ของกลุ่มผู้ต้องขังมีพฤติกรรมแปรงฟันทุกวัน แต่แปรงฟันวันละสองครั้งมีเพียงร้อยละ 40 ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานทุกวันเท่ากับร้อยละ 60 แต่พบว่าร้อยละ 72 แทบจะไม่ได้ดื่มน้ำอัดลม ด้านผู้ต้องขังที่มีประสบการณ์ใช้ยาเสพติดมาช่วงชีวิตมีถึงร้อยละ 62 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกสัปดาห์ก่อนจะเข้าคุกมีมากถึงร้อยละ 40.8

สำหรับเรือนจำในประเทศไทยมีการสนับสนุนอุปกรณ์ของใช้เพื่อสุขภาพช่องปากและฟัน โดยรายการเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ต้องขังที่ได้รับแจกต่อคนต่อปี ประกอบไปด้วย แปรงสีฟัน 2 อันและยาสีฟัน 3 หลอด ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษาของสุพัตราและคณะ (2560) พบว่าร้อยละ 90.8 ผู้ต้องขังมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากเพียงพอ



รูปที่ 1 และ 2 ภาพแสดงกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพผู้ต้องขัง จังหวัดปทุมธานี

ผู้ต้องขังที่สามารถที่จะซื้ออาหารและเครื่องดื่มบางอย่างเป็นประจำเกือบทุกวันหรือวันเว้น ตัวอย่างเช่น กาแฟสำเร็จรูป นมเปรี้ยว (ร้อยละ 61) รองลงมาคือ ร้อยละ 35 ซื้อเครื่องปรุงอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสต่างๆ และร้อยละ 29 บริโภคขนมที่สำเร็จรูปเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน (กุลภา, 2561)

Rouxel และคณะ (2013) ได้ทำการสำรวจสถานะทันตสุขภาพประเทศสกอตแลนด์ พบว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ก่อนถูกจับกุม มักจะเป็นกลุ่มพวกที่มีการดื่มสุราและไม่ค่อยได้ไปพบทันตแพทย์ กลุ่มผู้ต้องขังจะมีสถานะทันตสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปในแง่ของฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาและเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ความไม่สะอาดของสุขภาพช่องปากและการใช้ยาสูบกำลังซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ต้องขังพฤติกรรมเสี่ยงทางทันตสุขภาพ เช่นการฝังเพชรติดฟันเขี้ยว หรือเจาะลิ้นใส่ลูกตุ้ม พฤติกรรมเหล่านี้เสี่ยงการติดเชื้อในช่องปาก เสี่ยงต่อฟันผุและการทำลายเนื้อฟันดี อันนำไปสู่การสูญเสียฟัน การติดเพชรฝังที่ฟันเขี้ยวบนนั้น จะทำการโดยใช้สว่านเจาะที่ฟัน แล้วใช้กาวตราข้างยึดเพชรเทียมเข้ากับเนื้อฟัน วัสดุและอุปกรณ์ทั้งหมดหาได้จากการกองงานฝึกออาซีฟ (อุมาพรและคณะ, 2557)



รูปที่ 3 ภาพกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในจังหวัดฉะเชิงเทรา

สุขภาพช่องปากผู้ต้องขังสูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนผู้ต้องขังสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากสถิติกรมราชทัณฑ์ ปี 2558 พบว่า มีผู้ต้องขังสูงอายุถึง 4,490 คน เป็นผู้ต้องขังชาย 3,403 คน และผู้ต้องขังหญิง 1,087 คน ผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่นั้นต้องโทษกระทำความผิดคดีอาญาเสพติด ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ต้องขังสูงอายุก็น่าเป็นเรื่อง การสูญเสียฟันและไม่มีฟันปลอม เวลาปวดฟันก็จะหาวิธีถอนฟันกันเอง

ด้านอาหารและโภชนาการในเรือนจำนั้นยังคงเป็นอีกมิติคุณภาพชีวิตของสุขภาพช่องปากคือ ผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยพบว่าการสูญเสียฟันฟัน หรือไม่มีฟันปลอม จึงไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ปกติ ทำให้การย่อยอาหารไม่ดี ท้องอืด ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด นอกจากนี้ บ่อยครั้งผู้ต้องขังบางรายหันไปพึ่งบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ซื้อมาเคี้ยวง่าย (กฤตยาและกุลภา, 2560)

การสูญเสียฟันทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารทำให้ประสบปัญหาในการรับประทานอาหาร ไม่ได้รับสารอาหารครบถ้วน ส่งผลต่อระบบการย่อยอาหารและระบบการขับถ่ายต่อไป จากตัวอย่างดังกล่าว บ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปาก สามารถบ่อนทำลายคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังด้านอื่นๆด้วย นโยบายการพัฒนาดูแลสุขภาพช่องปากนั้นผู้ต้องขังนั้นยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องขังให้ดีขึ้น (กฤตยาและกุลภา, 2560)



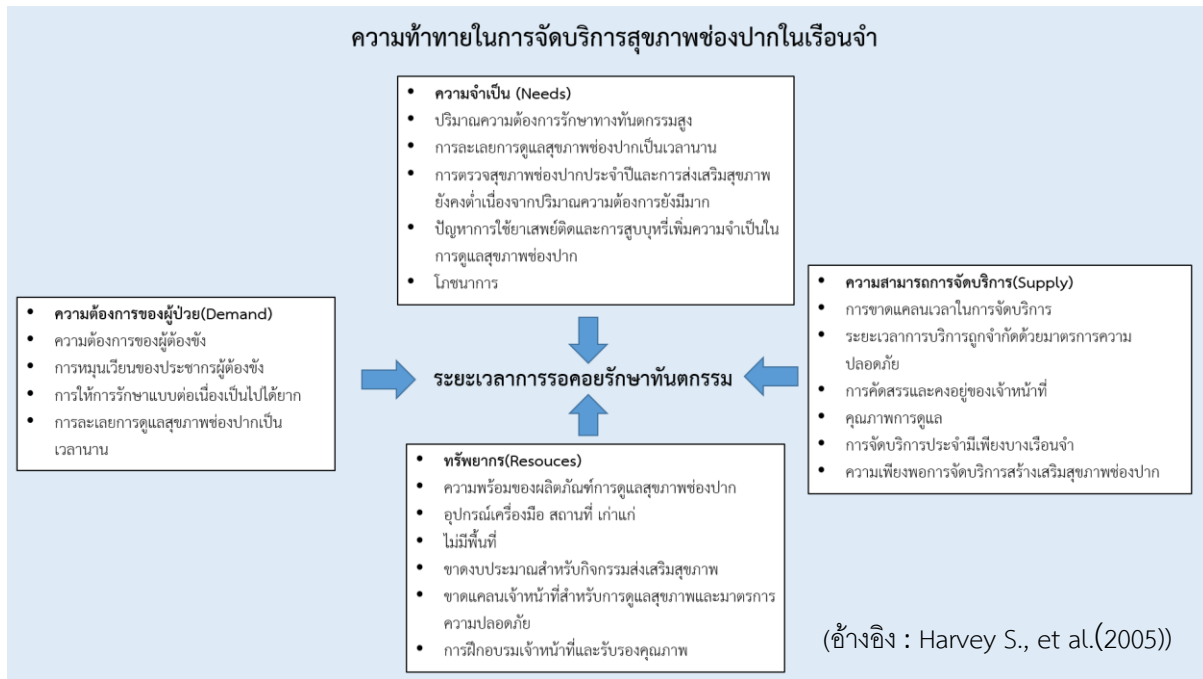
รูปที่ 4 ภาพกิจกรรมการออกหน่วยบริการทันตกรรมในเรือนจำของจังหวัดนครปฐม

การเข้าถึงบริการทันตกรรม

สำหรับการให้บริการทันตกรรมนั้นกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างหลากหลายมากในแต่ละเรือนจำ การบริการทันตสุขภาพนั้น มี 2 รูปแบบ คือรูปแบบที่หนึ่งจัดให้มีทันตแพทย์เข้าไปให้บริการ ณ สถานพยาบาล เรือนจำเป็นประจำ และรูปแบบที่ 2 คือ จัดให้หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการ แต่บริการที่ให้ เกือบทั้งหมดก็เป็นบริการด้านการถอนฟันอย่างเดียว

จากการศึกษาของสุพัตราและคณะ (2560) พบว่าผู้ต้องขังร้อยละ 72.7 ที่มีประสบการณ์ ได้รับการบริการรักษาทางทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยบริการรักษาส่วนใหญ่ที่ได้รับจะเป็นการถอนฟัน (ร้อยละ 64.18) รองลงมาเป็นการอุดฟัน (ร้อยละ 43.28)

กฤตยาและกุลภา (2561) ได้ทำการสอบถามผู้ต้องขังหญิงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพฟันและ อนามัยช่องปาก พบว่า ผู้ต้องขังหญิงมีความต้องการอุดฟันมากที่สุดร้อยละ 53.8 และปัญหาได้รับการ บริการเพียงร้อยละ 17.8 ความต้องการถอนฟันร้อยละ 47.4 และปัญหาได้รับการบริการร้อยละ 37.6 ซึ่งนับได้ว่าเป็นการบริการที่ได้รับมากที่สุด ความต้องการอุดฟันเพราะฟันผุร้อยละ 43.8 และปัญหาได้รับการ บริการเพียงร้อยละ 18.8 ความต้องการจัดฟันร้อยละ 1 และปัญหาได้รับการบริการเพียงร้อยละ 1.7 ความต้องการอุดฟันมากที่สุด ร้อยละ 18.8 และปัญหาได้รับการบริการเพียงร้อยละ 3.3 ความเหลื่อมล้ำ และความแตกต่างในการจัดบริการทางทันตกรรมในเรือนจำแต่ละแห่งค่อนข้างสูง เรือนจำบางแห่งพบว่า ไม่มี ทันตแพทย์เข้าตรวจเลยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา บางแห่งมีทันตแพทย์เข้ามาประจำ ปีละ 2-3 ครั้ง ขณะที่บางแห่งมีบริการเป็นประจำทุกเดือน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังนั้นค่อนข้างเป็นไปได้ยาก แต่หากผู้ต้องขังเจ็บป่วยและมีอาการรุนแรงจนต้องนำส่งสถานพยาบาลนอกเรือนจำนั้นก็จะมีข้อจำกัด อีกหลายประการ เช่น ระยะทางระหว่างเรือนจำกับสถานพยาบาลภายนอก การประสานงาน กับสถานพยาบาล และอัตรากำลังในการควบคุมผู้ต้องขัง การนำผู้ต้องขังออกไปสถานพยาบาลต้องมี เจ้าหน้าที่ควบคุมอย่างน้อย 2 คน ติดตามตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยไปรับการรักษา นอกเรือนจำจึงต้องเป็นความเจ็บป่วยที่จำเป็นอย่างมากหรือในกรณีวิกฤติจริงๆ เท่านั้น



บทสรุป

ผู้ต้องขังเป็นอีกกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความเปราะบางทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพของตัวผู้ต้องขังทั้งก่อนและหลังติดคุก ย่อมส่งผลและกำหนดสถานะสุขภาพของตัวผู้ต้องขัง อัตราโรคฟันผุ เหงือกอักเสบและการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้ต้องขังอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนเข้าเรือนจำ เมื่อผู้ต้องขังเข้าไปอยู่ในเรือนจำ แม้ว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพผู้ต้องขัง (Determinant of prison health) เปลี่ยนไป การควบคุม ภาวะเครียดและตารางชีวิตที่เป็นแบบแผนมากขึ้น แต่อัตราการเกิดโรคในช่องปากและสถานะปัญหาสุขภาพช่องปากยังคงอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องด้วยปัญหาทันตสุขภาพที่สะสมมาก่อนเข้าเรือนจำ จำนวนผู้ต้องขังที่ล้นคุกและการเข้าถึงบริการรักษาเป็นไปอย่างจำกัด ดังนั้นการมุ่งเน้นให้ผู้ต้องขังมีความรอบรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง หรือการพัฒนามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ ดูเหมือนจะเป็นวิธีการที่จะช่วยลดปัญหาสุขภาพและเพิ่มความเท่าเทียมการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ต้องขังได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2561). *สาธารณสุขมูลฐาน: พื้นฐานสุขภาพของผู้ต้องขังหญิง*. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม.
- กุลภา วจนสาระ. (2561). *ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2560). *การขับเคลื่อน ‘คุกไทย’ ไปสู่ ‘เรือนจำสุขภาพ*. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จूरรัตน์ ทะนงศักดิ์สกุล และพลินี เดชสมบูรณ์รัตน์. (2551). การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี. *วารสารทันตแพทยสมาคม*, 58, 255-261.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุพัตรา วัฒนเสน, อัยลา จันทะพา และคณะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 28, 101-113.
- อุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ. (2557). สถานการณ์โรคในช่องปากเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 19(2): 22-33.
- กรมราชทัณฑ์. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลด้านสาธารณสุขในเรือนจำ 15 ตุลาคม 2562.
- Anup N., Biswas G., et al.,(2014). Oral health status and treatment needs of inmates in district Jail of Jaipur city – a cross study. *Journal of Nursing and Health Science*, 3, 22-31.
- Harvey S et al.,(2005). Reforming prison dental services in England. *A guide to good practice*. London, Department of Health.
- Osborn M., Butler T. & Barnard PD. (2003). Oral health status of prison inmates-New South Wales, Australia. *Australia Dental Journal*, 48(1), 34-38.
- Raija Vainionpaa, Arto Peltokangas et al.,(2019). Erosive tooth wear and use of psychoactive substances among Finnish prisoners. *BMC Oral Health*, 1-8.
- Rouxel P., Duijster D., Tsakos G & Watt R G.,(2013). Oral health of female prisoners in HMP Holloway: implications for oral health promotion in UK prisons. *British Dental Journal*, 214(12), 627-632.



บทที่ 3

แนวคิดและการสร้างเสริม
สุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์
เพิ่มรัตน์ะ สรีระเทวิน

แนวคิดและการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง

การส่งเสริมสุขภาพ : ญญแจสู่การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่องปากในเรือนจำ
“ Health promotion as a tool to reduce oral health inequalities in prison ”

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (Oral health promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Health promotion ที่มีมิติเกี่ยวข้องกับการทำให้คนมีสุขภาพที่ดี ด้วยกระบวนการต่างๆ เพื่อสร้างให้บุคคลมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กระบวนการต่างๆ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ ทักษะคิด ให้กับตัวบุคคล รวมถึงการสนับสนุนผลักดันให้เกิดสังคมสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ดีและสุขภาพดี เช่น การเข้าถึงระบบการศึกษา การออกแบบผังเมือง การปรับโครงสร้างภาษีหรือปรับปรุงกฎ ระเบียบต่างๆ ที่เอื้อต่อการจำกัด หรือลดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลทางสุขภาพและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่กระตุ้นบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถบ่งบอกและเกิดความตระหนักที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Edelman and Mandle, 1994)

เพนเดอร์ (Pender, 2011) กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงกิจกรรม คือ การจูงใจหรือการกระทำใดๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล กล่าวคือมีองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การให้ความรู้ (Health Education) การป้องกัน (Health Prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health Protection)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้นิยามที่ครอบคลุมในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไว้ว่า “ เป็นกระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ”

จะเห็นว่านิยามต่างๆ ล้วน สอดคล้องกัน กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการจัดการระดับปัจเจกบุคคล และ ระดับสังคม สิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ได้ 2 ประเด็น คือ ประเด็นการให้บริการที่ตัวบุคคล ได้แก่ การให้บริการทางการแพทย์ (เช่น ทันตกรรมป้องกัน) และกลวิธีการปรับพฤติกรรมรายบุคคล (เช่น ให้ความรู้(education) ให้คำปรึกษา Motivational interview) ส่วนประเด็นที่สอง เป็นกระบวนการสร้างความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ เพื่อเอื้อให้ประชาชนสามารถมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

ซึ่งในประเด็นที่สอง ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนทางสังคม การทำงานสร้างเสริมสุขภาพจะไม่ได้จำกัดอยู่ที่เฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และตัวบุคคลเท่านั้น แต่ขยายขอบเขตครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล อาทิ ครอบครัว องค์กร ที่ทำงาน และชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งสองประเด็นจึงเป็นทั้ง ศาสตร์และศิลป์ ที่จะต้องนำความรู้ทางวิชาการ เข้าไปสอดแทรกให้ได้ อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต และ บริบททางสังคม ผู้มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานจึงไม่ใช่เพียงบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงเจ้าของชุมชน ผู้มีอำนาจ มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่จะร่วมออกแบบให้ความรู้วิชาการเข้าสอดแทรกในสังคมนั้นได้อย่างเหมาะสม

ทำไม Health promotion จึงเป็นทางออก ? ทำไม health promotion จึงสำคัญ?

การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนในการจัดการ ทั้งสาเหตุจากต้นทุนชีวิตและสังคมเดิมของผู้ต้องขัง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มชนชั้นที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม (low socioeconomic status (SES)) สุขอนามัยพื้นฐานไม่ดี และการเข้าถึงบริการที่มีข้อจำกัดจากเศรษฐฐานะทางสังคม และระบบการใช้ชีวิต ทำให้คนกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ผู้ต้องขังมีความต้องการในการรับบริการทางทันตกรรมที่สูง (high demand) ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาโรคแล้ว ก็มีโอกาสสูงที่จะเกิดโรคขึ้นใหม่ การเกิดโรคและซ่อมแซมโรค จึงเกิดขึ้นอย่างเป็นวงจรที่ไม่จบสิ้น ซึ่งอาจเรียกว่าวงจรอุบาทว์แห่งการรักษา (Vicious cycle) (Edleman, C.L. & Mandle, C.L. ,1994) ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ แบ่งการดำเนินกิจกรรมได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับบุคคล
- 2.ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อม

1.ระดับบุคคล

1.1 บริการทางการแพทย์ บริการที่บุคลากรสาธารณสุขจัดให้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ (Wallace, 2006) ได้แก่

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ มาตรการที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค โดยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้วัคซีน การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น มาตรการทางทันตกรรมในระดับปฐมภูมินี้ หมายถึง การให้ทันตกรรมป้องกัน เช่น การให้ทันตสุขศึกษา การฝึกทักษะการแปรงฟัน หรือการใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การให้ฟลูออไรด์เสริม เป็นต้น โดยทันตบุคลากรควรเน้นย้ำตามความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ มาตรการที่ดำเนินการหลังจากมีการดำเนินของโรคแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ เช่น การตรวจคัดกรองโรค เพื่อที่จะจัดการกับโรคตั้งแต่วัยแรกในทางทันตกรรม เน้นที่การลดคราบจุลินทรีย์ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบและลดเชื้อในช่องปาก ซึ่งการขัดฟันทำความสะอาด และ/หรือขูดหินน้ำลาย ถือเป็นกิจกรรมป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิได้เช่นกัน

3. การป้องกันสมองเสื่อมระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) ได้แก่ มาตรการที่ดำเนินการหลังจากแสดงอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว เป็นขั้นของการชะลอหรือหยุดการดำเนินโรค เช่น การรักษาฟันฟู การคัดกรองการเกิดอาการแทรกซ้อนจากโรค

การใช้ฟลูออไรด์ในการป้องกันเป็นผลิตภัณฑ์สำคัญที่มีการนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ โดยมีการใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นเฉพาะที่ด้วยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professional applied fluoride) กลไกหลักที่สำคัญของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุคือ การส่งเสริมการสะสมของแร่ธาตุ (remineralization) ที่ผิวฟัน และทำให้เกิดการยับยั้งการละลายตัวของแร่ธาตุ (demineralization) นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในการควบคุมเชื้อจุลินทรีย์ด้วย ฟลูออไรด์ที่ใช้ทามีหลายชนิดหลายประเภท ณ ปัจจุบันที่แนะนำมี 2 ประเภทหลักๆ คือ ฟลูออไรด์วานิช (Fluoride vanish) และซิลเวอร์ไดอะไมน์ ฟลูออไรด์ (Silver diamine fluoride (SDF)) รายละเอียดนั้นจะกล่าวในบทต่อไป

1.2 ความรู้ทักษะส่วนบุคคล แม้ภารกิจในเรือนจำจะเน้น “ การควบคุม ” ของผู้คุมขัง และ “ การปฏิบัติตามระเบียบ ” ของนักโทษ แต่ในการดำเนินชีวิตแต่ละวันย่อมมีความสัมพันธ์กันในมิติต่างๆ การทำความเข้าใจในมิติความสัมพันธ์ดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลภายนอกสามารถจัดกระบวนการต่างๆที่จะร่วมพัฒนาศักยภาพ ทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้คนในเรือนจำได้อย่างเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม เทคนิคการแปรงฟันที่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ การบริโภคน้ำตาลด้วยปริมาณที่เหมาะสม

การแปรงเหงือก คืออะไร (สุตาตวง, 2560)

“ การแปรงเหงือกต้องทำอะไร ทำไมถึงเหมาะสมในเรือนจำ ”

- การแปรงเหงือก มีหัวใจสำคัญคือ “ spit don't rinse แปรงเสร็จ แค้วน ฅมฟองทิ้ง ”
- ฟันเหงือกตอนเริ่มแปรง ก่อนเริ่มแปรงการกำจัดเศษอาหารออกก่อน ด้วยการบ้วนน้ำแรงๆ แต่ถ้าไม่สะดวก ไม่สามารถทำได้ก็แปรงฟันได้เลย
- จากนั้นใส่ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บีบปริมาณเท่ากับหน้าตัดแปรง(ประมาณ 1 นิ้ว) แล้วแปรงให้ทั่วทั้งปากใช้เวลา 2 นาที
- พอแปรงเสร็จแล้วบ้วนฟองทิ้ง ไม่บ้วนน้ำตามถ้ารู้สึกไม่ชิน ใช้น้ำ 1 จิบ (ประมาณ 5 มิลลิตร หรือ 1 ช้อนชา) กลั้วปากแล้วบ้วนทิ้ง “ ยิงบ้วนน้ำเยอะฟันผุเยอะ บ้วนน้ำน้อยฟันผุน้อย ไม่บ้วนเลยฟันผุน้อยที่สุด ”
- งดรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงหลังแปรงฟัน

การแปรงฟันด้วยเทคนิคไหนดี

วิธีการแปรงฟัน...ภายใต้ข้อจำกัดในเรื่องจำที่มีผู้ต้องชั่งจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการควบคุมเรื่องเวลาในกิจกรรมส่วนต่างๆ การฝึกทักษะการแปรงฟันด้วยวิธีที่ไม่ซ้ำซ้อนจะส่งเสริมให้สามารถป้องกันโรคฟันผุได้มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีวิธีการแปรงฟันหลัก ๆ อยู่ 7 วิธีได้แก่

1. หมุนวงกลม (Fones/Circular) โดยวางขนแปรงที่ขอบเหงือก แล้วหมุนแปรงเป็นวงกลมคลุมทั้งฟันบนและล่างพร้อมกัน ด้านในถูไปมาในแนวซ้ายขวา
2. ถูแนวราบ (Scrub/Horizontal) วางขนแปรงขนานแนวเหงือกและถูในแนวราบ
3. ถูแนวตั้ง (Vertical) แปรงในแนวตั้งขึ้น ๆ ลง ๆ ระหว่างปลายฟันและขอบเหงือก
4. ปัด (Roll) ขนแปรงวางที่ขอบเหงือก หมุนข้อมือปัดแปรงจากเหงือกไปฟัน
5. ขยับที่คอฟัน/ร่องเหงือก (Bass/sulcular) วางขนแปรงเอียง 45 องศาเข้าหาตัวฟันให้ขนแปรงสอดในร่องเหงือก กดลงเล็กน้อยแล้วขยับหรือสั่นปลายขนแปรงเล็กน้อยในแนวราบสั้น ๆ
6. ขยับบนเหงือก (Stillman) วางขนแปรงบนเหงือกส่วนที่คลุมรากฟัน กดขนแปรงเบา ๆ ขยับและหมุนเป็นวงกลม

แปรงตอนไหนดี “หลังอาหารเช้าและก่อนเข้านอน” การทิ้งระยะเวลาหลังแปรงฟันไว้ให้นานที่สุดโดยไม่กิน อาหารหรือดื่มน้ำใดๆ เป็นการเพิ่มระยะเวลาที่ฟลูออไรด์ ให้ทำการซ่อมแซมและเสริมสร้างผิวฟันนั่นเอง

“ หลักสำคัญ คือ spit don't rinse แปรงเสร็จ แค้วน ฝบฟองทิ้ง ”

ด้วยวิธีแบบนี้เราจะได้ประโยชน์จากฟลูออไรด์ที่คงเหลือในช่องปากอย่างมาก โดยปริมาณฟลูออไรด์ในช่องปากจะสูงมากหลังแปรงฟันเสร็จ แต่จะลดลงอย่างมาก (12-15 เท่า)ทันที เมื่อกินหรือดื่ม แต่หากปล่อยทิ้งไว้ปริมาณฟลูออไรด์จะค่อยๆ ลดลงภายใน ครึ่งชั่วโมงแรก หลังจากนั้นฟลูออไรด์ที่หลงเหลืออยู่ในช่องปากจะลดลงอย่างช้าๆ และใช้เวลาอีกหลายชั่วโมงกว่าจะหมดไป ดังนั้นครึ่งชั่วโมงแรกหลังแปรงฟันจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่จะคงระดับฟลูออไรด์ให้สูงไว้ เพื่อให้เกิดกลไกการซ่อมแซมผิวฟันอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้นหากการแปรงฟันเป็นสิ่งสุดท้ายก่อนเข้านอน โดยไม่กิน/ดื่मหลังจากแปรงฟันเสร็จ ฟลูออไรด์จะทำหน้าที่ซ่อมแซมผิวฟันอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งคืนเช่นกัน

หลังตื่นนอนตอนเช้า อาจ้วนปากด้วยน้ำเปล่าเพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น แล้วรับประทานอาหารเช้าแล้วแปรงฟันทำความสะอาดจะมีโอกาสทั้งช่วงระยะเวลาที่ฟลูออไรด์ออกฤทธิ์ซ่อมแซมผิวฟันได้นานกว่าอย่างไรก็ดีสามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละวันตามความเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าผู้ต้องชั่งในเรือนจำส่วนมากจะมีเวลาอาบน้ำและแปรงฟันจำกัด จึงแนะนำการแปรงฟันด้วยวิธีหมุนวงกลม (Circular/Fones Brushing) หรือ ถูแนวราบ (Scrub/Horizontal) เป็นวิธีที่แปรงได้ง่ายและใช้เวลาไม่นาน (Krisdapong, 2017, Maulana Azad Institute in Dental Science, 2010) โดยมีวิธีแปรงฟันดังนี้ (ชนินทร์, 2544)

- ด้านแก้มและริมฝีปากจะวางขนแปรงในแนวเกือบตั้งฉากกับแนวแกนฟัน คือทำมุมประมาณ 70-80 องศา แล้วถูแปรง เป็นวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-4 มม. จากนั้นจึงค่อยๆ ขยับไปเรื่อยๆ จนทั่วทั้งปาก
- ด้านบดเคี้ยวของฟันจะใช้วิธีถูไปมา



ภาพที่ 1 ภาพแสดงวิธีการวางและการขยับแปรงฟัน

ข้อดี (Krisdapong, 2017, Maulana Azad Institute in Dental Science, 2010, Hamacke et al., 2012, Janakiram et al., 2020)

เป็นวิธีที่ง่าย อาศัยทักษะไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน ประสิทธิภาพการกำจัดคราบจุลินทรีย์มีเท่ากับหรือมากกว่า Modified Bass technique

ข้อด้อย (Maulana Azad Institute in Dental Science, 2010)

เข้าถึงซอกฟันได้ไม่ดีนัก และอาจเกิดการทำอันตรายต่อเหงือก อย่างไรก็ตามการแปรงฟันด้วยวิธีไหนขึ้นอยู่กับความถนัดและสะดวก

“หลักสำคัญคือ ให้วางขนแปรงโดนคอฟัน และแปรงเบาๆ เพื่อไม่ให้ฟันสึก”

การเลือกอาหาร : การลดการบริโภคน้ำตาล (Reduce sugar consumption) สาเหตุที่สำคัญที่สุดของฟันผุ และฟันผุซ้ำซาก คือ การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น องค์การอนามัยโลกแนะนำล่าสุด (ค.ศ. 2015) ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 25 กรัม หรือ 6 ช้อนชา (จันทนา, 2555) แต่คนไทยบริโภคน้ำตาลวันละ 104 กรัม หรือ 26 ช้อนชา สูงมากกว่า 4 เท่าของปริมาณที่แนะนำ ถือว่าคนไทยโดยทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ดังนั้นผลิตภัณฑ์ในร้านค้าปลีกจึงควรมีการจำกัดประเภท และความถี่ในการรับประทานอาหารว่าง แต่มีให้เลือกได้อย่างหลากหลาย คือ มีการกำหนดปริมาณและประเภท

จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 กระบวนการจะเน้นที่การฝึกทักษะของแต่ละบุคคล ให้สามารถดูแลตัวเอง (Self-care) แต่ในการดำเนินงานอาจจะเริ่มนำร่องในกลุ่มผู้นำ หรือ อสรจ.ที่อาสาสมัครและมีความพร้อมในการดูแลสุขอนามัยช่องปากตามวิธีข้างต้น ซึ่งหากเน้นทั้งการพูดคุย และ สื่อสารประจำวันจากสื่อต่างๆ จะช่วยกระตุ้นกระบวนการดูแลตัวเองให้เกิดได้อย่างต่อเนื่อง

2.ระดับการจัดการสิ่งแวดล้อม

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ถึงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีสองประเด็น ในประเด็นที่สองที่เป็นการทำงานเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประชากรทุกคนที่อยู่ในสังคมนั้น (population approach) อาจจะไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะสามารถทำงานในลักษณะนี้ได้จริงในสังคมหรือชุมชนทั่วไป แต่ในเรือนจำซึ่งเป็นชุมชนปิด การจัดการปัญหาสุขภาพที่มีเป้าเป็นประชากรทั้งหมด หรือ มองเห็นการเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลว่ามาจากปัญหาเชิงสังคม แล้วมุ่งออกแบบให้เอื้อกับทุกคนในพื้นที่นั้นๆ ให้สามารถเข้าถึงกิจกรรม อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ ความรู้ หรือทักษะได้อย่างทั่วถึง และทุกคนสามารถทำได้

ภายใต้สิ่งแวดล้อมในเรือนจำที่มีข้อจำกัดหลายประเด็น ได้แก่ ความแออัดของเรือนนอน ความพอเพียงของน้ำสะอาด การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พอเพียง ตลอดจนเวลาอิสระในการจัดการตนเองของผู้ต้องขัง ทำให้เห็นแง่มุมในเชิงบวกในการที่บุคลากรสาธารณสุขจะเข้าไปดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขัง และผู้คุมมีสุขภาพที่ดีได้ สามารถนำเรื่องการควบคุมทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ มาช่วยจัดการ

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่จัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ต้องขัง ได้แก่ การสนับสนุนให้มีอุปกรณ์การแปรงฟันที่เพียงพอ การจัดระบบให้เกิดการแปรงฟันได้อย่างเหมาะสม การสร้างแรงจูงใจในการทำความสะอาดช่องปาก จนถึงการเลือกอาหารจำหน่ายในร้านค้าของเรือนจำ

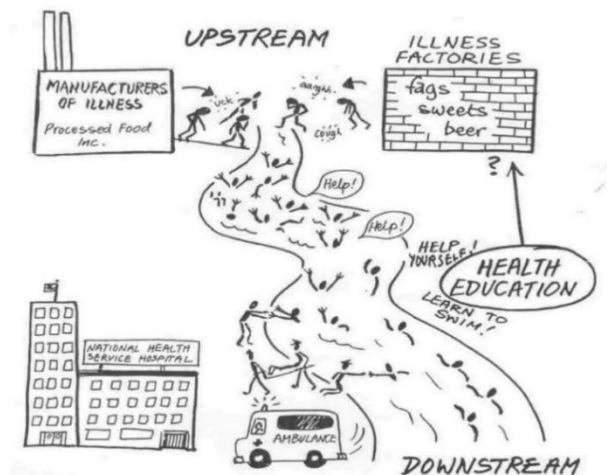
การดำเนินงานลักษณะเช่นนี้จำเป็นต้องมีการจัดการในระดับต่างๆตามแนวคิด เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) และ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับเชื่อมโยงกัน (Mckinlay J.,1979) คือ

1. **ระดับนโยบายหรือต้นน้ำ (Upstream)** คือ การจัดการเรื่องนโยบาย, กฎระเบียบ ข้อตกลง และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี การจัดให้มีอุปกรณ์ สถานที่ และ เวลาในการแปรงฟัน ต้องคำนึงถึงกระบวนการ ก่อกระแส (Advocate) , ชี้นำ (Lobby) ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในกรณีนี้ คือ ผู้คุมเรือนจำภายใต้สถานะ ทุกคนได้ผลประโยชน์ (win-win situation) เพื่อจะได้สามารถจัดการในระดับต่อมา ประเด็นหลักคือ การสื่อสารให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ความสูญเสียงบประมาณ และเวลา กำลังคนจากการมีปัญหาช่องปาก และการเตรียมให้มีอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก โดยผู้ต้องขังทุกคนต้องเข้าถึงแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพ มีแปรงที่มีคุณภาพดีใช้ได้ตลอดเวลา ยาสีฟันต้องจัดการให้มียาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ผสมอย่างน้อย 1000 ppm. และในอนาคตอาจต้องมีระดับ 1500 ppm. ในขณะที่การจัดการอาหารของร้านค้า จำเป็นต้องมีการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย และต้องมีลักษณะที่ดีให้ผู้ต้องขังยังเลือกซื้อ และรู้สึกดีในการได้ทาน ยังมีความสุข ความอร่อยที่ยังคงสร้างความชุ่มชื่นใจทดแทนการถูกจำกัดในเรือนจำโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่เสพยา อาจจำเป็นต้องหาสารทดแทนเพื่อลดอาการข้างเคียง ความอยากยาดังกล่าว

2. **ระดับกลางน้ำ (Midstream)** คือ การรณรงค์ การสร้างทัศนคติ ค่านิยมต่อการแปรงฟันผ่านสื่อที่เหมาะสม และกระตุ้นความสนใจ อาศัยการนำเสนอผ่าน คลิปVDO ที่มีเนื้อหาสนุก และได้สาระสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อาจใช้แนวคิด (Edutainment) “สนุกและได้ความรู้” (2E ,Education& Entertainment) ผู้เรียนจะได้เรียนรู้อย่าง สนุกสนาน ร่าเริง รื่นรมย์ มีอารมณ์ดี รู้สึกผ่อนคลาย ในขณะที่ซึมซับความรู้เข้าสู่สมองอย่างไม่รู้ตัว (เทียมยศ ปะสาวะโน, 2556)

3. **ระดับปลายน้ำ (Downstream)** คือ ทักษะ และความรู้ที่จะดูแลตนเองได้ ซึ่งได้กล่าวไปแล้วข้างต้นในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงเหง้า

การจัดการบนแนวคิด (3A) Availability คือการจัดให้มี หรือมีให้พร้อมทั้งแปรงสีฟันและยาสีฟัน Accessibility คือ ให้สามารถใช้แปรงสีฟันได้สะดวก ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดที่มี และ Affordability สามารถหาได้ในร้านค้าที่มีภายในเรือนจำ ราคาไม่แพงเมื่อต้องตัดสินใจเลือกซื้อ



ภาพที่ 2 ภาพแสดงตัวอย่างแนวคิด upstream-midstream-downstream

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อม

1. มาตรการการจัดระบบในเรือนจำ Population approach ได้แก่ การแบ่งห้องขังหรือเรือนไปอาบน้ำ อาศัยกติกาของเรือนจำในการคุมให้เป็นระเบียบ ทำให้เกิดการแบ่งทุกคนทำได้สะดวกและชัดเจน
2. การจัดการอาหารในเรือนจำ : แนวคิด Harm - reduction ทั้งประเภทและปริมาณอาหารในร้านค้าของเรือนจำแต่ยังคงผู้ต้องขังสามารถหาซื้อได้ตามอิสระ การจัดการลักษณะของอาหารว่างในเรือนจำมีข้อเสนอแนะ ดังนี้
 - 2.1. อาหารว่าง : แนะนำประเภทอาหารว่างที่ควรว่างขาย ไม่ควรมีน้ำตาล เกลือ ผงชูรสและสารปรุงแต่งมากเกินไป
 - 2.2. เครื่องดื่ม : เครื่องดื่มที่เหมาะสมควรเป็นลักษณะไม่หวานจัด แต่ในผู้ต้องขังบางรายอาจมีความต้องการความหวานมากเป็นพิเศษโดยเฉพาะผู้ที่ติดยาเสพติด
3. การจัดการเรื่องเวลาในการกินอาหารว่าง แนะนำให้เป็นช่วงหลังมื้ออาหารหลัก ไม่เกิน 30 นาที รวมถึงความถี่ในการกินโดยแนะนำให้มีย่อยอาหารว่างไม่เกิน 1 ครั้งในแต่ละวัน

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ แม้เป็นกิจกรรมที่ไม่อาจวัดผลลัพธ์ได้ตรงเหมือนเช่นหายปวดฟันจากการถอนฟัน แต่ในระยะยาวเป็นการเสริมพลังบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเมื่อดูที่ช่องปากก็คือ การที่สามารถมีฟันที่แข็งแรง เหงือกที่สะอาด สามารถใช้บดเคี้ยวอาหาร พุดคุย สื่อสาร ไม่มีความเจ็บปวดเกิดขึ้นใหม่ภายหลัง ซึ่งในการจัดการด้าน สิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องใช้กระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม และการจัดการเชิงอำนาจ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชน ที่กล่าวไว้คือตัวอย่างบางอย่างเท่านั้นที่อาจเป็นไปได้ ซึ่งอาจมีวิธีอื่นๆตามบริบทแต่ละเรือนจำ จึงจำเป็นต้องมีการประชุมสื่อสารของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง

- จันทนา อึ้งชูศักดิ์ (2555). *น้ำตาล สุขภาพ และการจัดการด้านการบริโภคที่เหมาะสม*. กรุงเทพฯ:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา. (2544). *โรคปริทันต์และกระบวนการรักษา*. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์.
- สุดาตวง ฤชาพงษ์ (2560) แปร่งแห่ง *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 26 (ฉบับเพิ่มเติม 2).
- เทียมยศ ปะสาวะโน (2556) เอดูเทนเมนต์:การศึกษาแนวใหม่ที่เน้นความบันเทิง.*วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 3(2) 159-167.
- Edleman, C.L. & Mandle, C.L. (1994). *Health Promotion Throughout the Lifespan* (3rd ed.). United State of America: Mosby-Year Book.
- Harnacke, D., Mitter, S., Lehner, M., Munzert, J., & Deinzer, R. (2012). Improving Oral Hygiene Skills by Computer-Based Training: A Randomized Controlled Comparison of the Modified Bass and the Fones Techniques. *PLoS One*, 7(5), 1-7.
- Janakiram, C., Varghese, N., Venkitachalam, R., Joseph, J., & Vineetha, K., (2020). Comparison of modified Bass, Fones and normal tooth brushing technique for the efficacy of plaque control in young adults- A randomized clinical trial. *J Clin Exp Dent*, 12(2), e123-129.
- Krisdapong, S. (2017). Which Toothbrushing Method is the Best? *Journal of Health Science*, 26, 1148-1155.
- Maulana Azad Institute of Dental Sciences. (2010). *Tooth Brushing Technique*. Retrieved March 5,2020 from <https://www.maids.ac.in/tooth-brushing.html>
- Mckinlay J.(1979) A case for focusing upstream: the political economy of health. In: Jaco E; editor. Patients, physicians and illness. Basingstoke: Macmillan., 96-120.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, A. M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Julie Levin Alexander.

บทที่ 4

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ:

หญิงตั้งครรภ์ , ผู้สูงอายุ

และผู้พิการ

พัชรวรรณ สุขมาลีนท์

การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ: หญิงตั้งครรภ์/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

Dental Health Service for Pregnant, Elderly and Disabled Prisoners

หญิงตั้งครรภ์

ในช่วงตั้งครรภ์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งทางสรีรวิทยาและพยาธิวิทยา (physiological and pathological change) โดยสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งทางระบบ (systemic change) และ เกิดขึ้นเฉพาะที่ (local change) เช่น ในช่องปาก ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราว และจะกลับสู่สภาวะปกติหลังคลอด อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงในช่องปากระหว่างตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการตั้งครรภ์ หากไม่ได้รับการดูแล เช่น ภาวะโภชนาการ ความเครียดจากความเจ็บปวดสาเหตุจากฟัน รบกวนการนอนหลับ เป็นต้น ปัญหาในช่องปากที่พบได้บ่อยขณะตั้งครรภ์ คือ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และฟันผุ

เหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 60-75 (Carpenter, Glick et al., 2009) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ทำให้คุณสมบัติของหลอดเลือดเล็กๆ นั้นเปลี่ยนไป สารต่างๆ ซึมผ่านได้ง่ายขึ้น จึงไวต่อการติดเชื้อในช่องปาก (Jared and Boggess 2008, Markou and Eleana et al., 2009) และเกิดการอักเสบง่ายขึ้น (Zachariasen, 1993, Raber-Durlacher, 1994, Jared and Boggess, 2008) อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถช่วยลดการอักเสบของเหงือกในช่วงตั้งครรภ์ได้ (Silness and Löe, 1964, Raber-Durlacher, Van Steenberg et al., 1994)

เกือบร้อยละ 40 ของหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคปริทันต์ (Lieff, Boggess et al., 2004) มีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ ซึ่งจะพบร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) หรือ เหงือกร่น (gingival recession) ได้นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของแร่ธาตุของกระดูกหุ้มรากฟัน (lamina dura) ทำให้สามารถพบฟันโยกได้ในระหว่างตั้งครรภ์ และอาการจะดีขึ้นหลังคลอด แม้จะมีทั้งการศึกษาที่พบความสัมพันธ์และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคปริทันต์อักเสบกับความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาทันตกรรมนั้น ไม่ได้ส่งผลเสียหรืออันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สิ่งสำคัญคือ ทันตบุคลากรควรทำความเข้าใจว่า แม้ประเด็นดังกล่าวจะยังหาข้อสรุปอย่างชัดเจนไม่ได้ แต่ประเด็นของการเปลี่ยนทางสรีรวิทยาระหว่างตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะในช่องปากนั้นเป็นที่ยืนยันแล้ว และการได้รับการรักษาทันตกรรมจะช่วยลดการอักเสบได้ (Little, J. W. (2008)). Dental management of the medically compromised patient, 7, 212-235.)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนแล้ว หญิงตั้งครรภ์มักจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหารหวานบ่อยขึ้น และในรายที่มี อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรงนั้น การแปร่งฟันอาจกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากอาเจียน ทำให้ไม่สามารถ ทำความสะอาดช่องปากได้ดีเช่นเดิม ส่งผลให้ในช่วงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดฟันผุง่ายขึ้น

เนื้องอกจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy tumor) เป็นผลจากการอักเสบหรือการระคายเคืองบริเวณ ลิ้น เพดานปาก หรือกระพุ้งแก้ม พบการงอกโตของเหงือกโดยเฉพาะบริเวณ เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental papillae) มีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อมะเร็ง (granulation tissue) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของหญิงตั้งครรภ์ รอยโรคมักมีขนาดเล็กลงเองหลังคลอด ในบางรายอาจต้องรักษาโดยการตัดออก (Sills, Zegarelli et al., 1996) อีกสิ่งหนึ่งที่สามารถพบได้คือ อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง (Hyperemesis Gravidarum) ในไตรมาสแรก และกรดไหลย้อน ซึ่งส่งผลให้ฟันสัมผัสกับกรดบ่อย ทำให้เกิดฟันกร่อนได้ (Carpenter, Glick et al., 2009)

คำแนะนำในการจัดบริการทันตกรรม

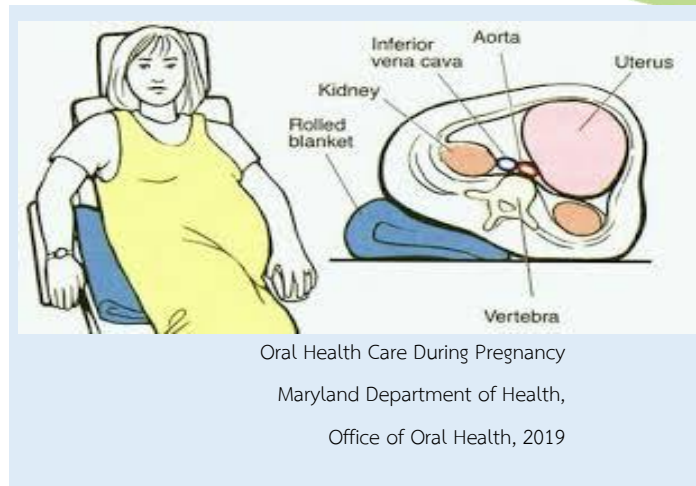
ปัจจุบันได้มีคำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ในช่วงไตรมาสแรกหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปาก

ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน และยังเป็นช่วงของการสร้าง อวัยวะต่างๆ ดังนั้น หากเป็นการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่เร่งด่วน (elective procedure) แนะนำให้เลื่อน หัตถการออกไปในไตรมาสที่ 2 แต่สามารถทำหัตถการได้หากมีอาการฉุกเฉินเร่งด่วน ควรเตรียมขนมหรือ อาหารว่างเผื่อไว้ให้ผู้ป่วย และพยายามใช้เวลาทำหัตถการให้น้อยที่สุด

ช่วงไตรมาสที่ 2 (อายุครรภ์ 14-20 สัปดาห์) ถือเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการทำหัตถการ เพราะเป็นช่วงที่ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด มักเป็นช่วงที่อาการแพ้ท้องลดลง หรือไม่มีอาการแพ้ท้องแล้ว และครรภ์ยังมีขนาดไม่ใหญ่มาก ผู้ป่วยยังสามารถนอนท่าพาดได้โดยไม่อึดอัด

ในไตรมาสสุดท้าย (อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์) ครรภ์มีขนาดใหญ่ขึ้นมาก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่า นอนหงายจะมีความเสี่ยงต่อการกดทับของมดลูกต่อเส้นเลือด Inferior Vena Cava ทำให้มีการไหลเวียนของ เลือดเข้าสู่หัวใจลดลง ผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ท่าที่เหมาะสม ในการให้บริการทันตกรรมควรเป็นท่าตะแคงหรือท่านั่งมากกว่าท่านอนหงาย ในท่าตะแคง ใช้หมอนหรือ ผ้าม้วนรองหนุนสะโพกด้านขวาให้สูงขึ้นประมาณ 10-12 เซนติเมตร (Hemalatha, Manigandan et al., 2013)

ในท่านั่ง จัดให้อยู่ในท่าที่ศีรษะอยู่สูงกว่าขาเสมอ (semi-seated position) ปรับเอนไม่เกิน 45 องศา และหัตถการที่ไม่เร่งด่วน ควรเลื่อนออกไปหลังคลอด (Giglio, Lanni et al., 2009)



รูปที่ 1 แสดงการจัดท่าในการให้บริการทันตกรรม ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

ผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะเกิดการเสื่อมถอยของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพ โรคทางระบบที่พบได้บ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคสมองและระบบประสาท ซึ่งสภาวะสุขภาพ และการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถส่งผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแล สุขภาพช่องปากตนเอง และการรักษาทางทันตกรรม

คำแนะนำในการจัดบริการทันตกรรม

ผู้ให้บริการควรซักประวัติ ตรวจช่องปาก เพื่อประเมินผู้ป่วยในเรื่อง สภาวะสุขภาพ สภาวะช่องปาก และประเมินความเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วย (risk assessment) เพื่อวางแผนในการให้บริการทันตกรรม อธิบายข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละทางเลือกในการรักษา รวมถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ด้วย ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

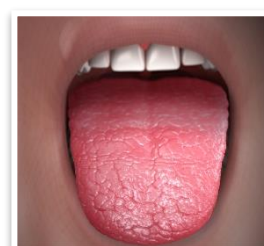
การประเมินสภาวะสุขภาพว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมหรือไม่ อาจใช้แนวทางการ ประเมิน เช่น American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS) Classification ช่วยในการตัดสินใจว่าควรทำหัตถการหรือไม่ และควรทำในสถานบริการระดับใด

ผู้สูงอายุอาจได้รับยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรคทางระบบ สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ 1) ยาที่ผู้ป่วยได้รับอาจ ส่งผลต่อการทำหัตถการบางอย่าง เช่น ยาด้านการแข็งตัวของเลือดและยาด้านเกล็ดเลือด ที่มีผลต่อการถอน ฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก 2) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งกับยาที่จะใช้ ระหว่างทำหัตถการ เช่น ยาชาเฉพาะที่ และยาที่จะจ่ายแก่ผู้ป่วยหลังทำหัตถการเสร็จ 3) ผลของยาต่อสภาวะ ช่องปาก เช่น ทำให้เกิดภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย (xerostomia), ภาวะเหงือกโตจากการใช้ยา ผู้ให้บริการ ควรทราบยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม หากเป็นไปได้ควรประสานงาน ขอประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยจากทางเจ้าหน้าที่เรือนจำ

ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการเตรียมในบางเรื่องก่อนทำหัตถการ เช่น การให้ยา premedication การงดยาหรือปรับวิธีรับประทานยาในวันที่ทำหัตถการ การตรวจค่า lab เช่น ระดับน้ำตาล ค่า INR เป็นต้น ระหว่างทำหัตถการ ควรสังเกตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องว่ามีสิ่งใดผิดปกติหรือไม่ ควรมีการเตรียมการล่วงหน้าในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น ยา/อุปกรณ์ช่วยชีวิต ระบบแจ้งขอความช่วยเหลือ ควรมีการซักซ้อมเป็นระยะ และมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน ผู้ให้บริการควรศึกษา สอบถาม และทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ก่อนทำหัตถการ (Queen, 2016)

หลังทำหัตถการ ควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย โดยอาจแจ้งเจ้าหน้าที่ด้วย ในกรณีที่พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยตนเองได้

ความเสี่ยงในการเกิดโรคช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุมักพบปัญหาโรคฟันผุ โดยเฉพาะบริเวณรากฟัน โรคปริทันต์ และการติดเชื้อในช่องปาก เนื่องจากสภาวะสุขภาพส่งผลให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองลดลง บางรายอยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยในการทำความสะอาดช่องปาก และยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร บุคคลรอบข้างอาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก จึงมักพบการลุกลามของโรคและการติดเชื้อในช่องปากได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ภาวะปากแห้งเหตุนี้ น้ำลายน้อยเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย จากการทานรับประทานยาต่างๆต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือ เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาทางการแพทย์ หรือ จากภาวะทางสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งภาวะน้ำลายน้อยถือเป็นความเสี่ยงให้เกิดโรคในช่องปากได้ง่ายขึ้น และยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร และการนอนหลับ (Dougall and Fiske, 2008)



รูปที่ 2 ภาพแสดงลักษณะของสภาวะช่องปากที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคฟันผุบริเวณรากฟันและปากแห้ง

ผู้พิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ได้ให้คำจำกัดความ “คนพิการ” หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นๆ ประกอบกับมีอุปสรรคด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยิน และความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการเห็น

ปัญหาเรื่องสายตา เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ต้องขัง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้เกิดความพิการทางการมองเห็น ซึ่งหมายรวมถึงการมองเห็นแบบเลือนรางและตาบอด บางรายอาจเป็นผลมาจากการลุกลามของโรคทางระบบอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน กลุ่มอาการโจเกรน (Sjogren's syndrome) เป็นต้น ความบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลกระทบในเรื่องสุขภาพช่องปาก เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะสูญเสียความสามารถในการประเมินสภาพช่องปากของตนเอง ไม่สามารถสังเกตเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปากได้ดีเท่าบุคคลทั่วไป จึงมีโอกาสจะเกิดโรคในช่องปาก หรือเกิดการลุกลามของโรคในช่องปากได้มากกว่า ปัญหาในช่องปากที่พบได้บ่อยสำหรับผู้พิการกลุ่มนี้ คือ อนามัยช่องปากที่ไม่ดี โรคฟันผุ โรคปริทันต์ รวมทั้งปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (post-operative complications) เนื่องจากอาจไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการรักษาได้ (Chávez and Ship, 2000, Pretty, Ellwood et al., 2014)

คำแนะนำในการจัดบริการทันตกรรม (Dougall and Fiske, 2008, Office for Disability Issues, 2018)

- ภายในห้องทันตกรรมควรจัดพื้นที่ให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน
- ในผู้ที่สูญเสียการมองเห็น ผู้ให้บริการสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการอธิบายด้วยวาจา หรืออ่านเอกสาร/ข้อมูลที่ต้องการสื่อสารให้ผู้ป่วยฟัง หรือ จัดให้มีสื่ออักษรเบลล์
- ในผู้ที่มีการมองเห็นเลือนราง หากมีเอกสารที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอ่าน ควรพิมพ์ด้วยอักษรขนาดใหญ่ (ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ขึ้นไป) เป็นตัวหนา (bold print) และแนะนำให้ใช้รูปประกอบร่วมด้วย
- ควรแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าเกี่ยวกับรายละเอียดบางอย่างของเหตุการณ์ เช่น ความรู้สึก กลิ่น รส หรือ เสียง ที่ผู้ป่วยอาจได้รับรู้ขณะทำเหตุการณ์ (Mahoney, Kumar et al., 2008) เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกใจและเคลื่อนไหวแบบฉับพลันทันที ซึ่งอาจทำให้ได้รับอันตรายจากเครื่องมือทางทันตกรรมได้
- การให้คำแนะนำหลังการรักษาหรือการให้ทันตสุขศึกษา อาจทำในรูปแบบอักษรเบลล์ หรือบันทึกเป็นไฟล์เสียงเปิดให้ผู้ป่วยฟัง
- เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก บุคคลกลุ่มนี้ควรได้รับฟลูออไรด์เสริม และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

ความพิการทางการได้ยิน

ความพิการทางการได้ยินนี้ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการได้ยินบางส่วน (หูตึง) หรือ ทั้งหมด (หูหนวก) ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการสื่อความหมาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิดความวิตกกังวล (anxiety) หรือ กลัว (fear) การรักษาทางพันธุกรรมได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ปัญหาในช่องปากที่พบได้บ่อยไม่ต่างจากกลุ่มผู้พิการทางการเห็น คือ ปัญหาอนามัยช่องปากที่ไม่ดี โรคฟันผุ โรคปริทันต์ (Chávez and Ship, 2000, Pretty, Ellwood et al., 2014)

คำแนะนำในการจัดบริการทันตกรรม

(Dougall and Fiske 2008, Pretty, Ellwood et al. 2014, Office for Disability Issues 2018)

- กรณีที่ผู้ป่วยสามารถอ่านริมฝีปาก (lip-reading) ได้ ผู้ให้บริการสามารถใช้การสื่อสารด้วยวาจา โดยผู้ให้บริการอยู่ในตำแหน่งที่หันหน้าเข้าหาแสงและอยู่ตำแหน่งหน้าต่อผู้ป่วย ถอดหน้ากากอนามัย (mask) เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นผู้ให้บริการ ควรพูดอย่างชัดเจนด้วยจังหวะการพูดและระดับเสียงที่ปกติ ไม่ควรตะโกน หรือพูดช้ากว่าปกติมากๆ หรือเน้นรูปปากมากกว่าปกติ เพราะจะทำให้การอ่านปากยากยิ่งขึ้น และไม่แนะนำให้ใช้วิธีพูดเหมือนการพูดกับเด็ก หากผู้ป่วยแสดงความไม่เข้าใจ ไม่แนะนำให้พูดซ้ำหลายรอบ แต่ควรหาวิธีการสื่อสารทางอื่นเข้ามาช่วย เช่น การเขียน การพิมพ์ หรือการใช้แอปพลิเคชันพิมพ์ด้วยเสียง เปลี่ยนเสียงพูดของผู้ให้บริการเป็นข้อความให้ผู้ป่วยอ่านได้
- ในผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถในการได้ยินไปเพียงบางส่วน การสื่อสารโดยใช้เสียงในโทนต่ำ (low-pitched sound) จะได้ผลดีกว่า เนื่องจากผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยินมักจะสูญเสียความสามารถในการได้ยินเสียงโทนสูง (high-pitched sound) ไปก่อน
- ระหว่างการสื่อสาร ควรใช้เวลาผู้ป่วยในการทำความเข้าใจ สังเกตปฏิกิริยาผู้ป่วย อาจทวนถามซ้ำ เพื่อให้มั่นใจว่าเข้าใจตรงกัน ใช้ท่าทางเข้ามาช่วย เช่น การยกนิ้วโป้งแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ดี หรือ เข้าใจถูกต้อง
- ข้อเสนอแนะหลังการรักษาหรือการให้ทันตสุขศึกษา ควรใช้รูปแบบสิ่งพิมพ์ เป็นเอกสารหรือแผ่นปลิวให้ผู้ป่วยอ่าน หรือ เป็นภาพเคลื่อนไหว/วิดีโอที่มีคำบรรยาย (subtitle)
- เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก บุคคลกลุ่มนี้ควรได้รับฟลูออไรด์เสริม และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 กล่าวว่านี้ ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึงการที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

ปัญหาสำคัญของความบกพร่องในด้านนี้ คือ การขาดความคล่องแคล่วในการใช้มือและแขน (manual dexterity) เช่น ไม่สามารถกำมือจับแปรงสีฟันได้ถนัดหรือไม่สามารถขยับแปรงได้ทั่วปาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง บางรายต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำทำความสะอาดช่องปาก จึงมักพบว่ามือนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ในส่วนการให้บริการทันตกรรม ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถนั่งบนเก้าอี้สนามหรือเก้าอี้ทำฟันตามปกติได้ หากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา ควรส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่

บุคคลกลุ่มนี้ นอกจากควรได้รับฟลูออไรด์เสริม การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ และการเฝ้าระวังการเกิดโรคในช่องปากแล้ว ควรได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน เช่น การปรับด้ามจับแปรงให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้จับถือได้สะดวก (Chávez and Ship, 2000, Pretty, Ellwood et al., 2014)

เนื่องจากการจัดบริการรักษาทางทันตกรรมในเรือนจำนั้น ยังมีปัญหาในเรื่องของการเข้าถึงบริการ ทั้งจากการขาดแคลนบุคลากร จากสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเอง และกฎระเบียบของเรือนจำ ดังนั้นควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมป้องกัน เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและการลุกลามของโรคในช่องปากซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสถานะสุขภาพโดยทั่วไป

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก

การให้บริการส่งเสริมป้องกัน ควรมีการตรวจช่องปากประเมินความเสี่ยง ให้บริการส่งเสริมป้องกันตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ให้ทันตสุขศึกษารวมถึงช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี (Department of Health, 2014, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ 2017)

การใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ

ในเรือนจำมีข้อจำกัดในเรื่องการใช้อุปกรณ์เสริม เช่น การใช้ไหมขัดฟัน ดังนั้น การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุควรได้รับฟลูออไรด์เสริมด้วย เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ผู้ที่มีภาวอนามัยน้อย ผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรม

แปรงสีฟัน : ควรใช้แปรงด้ามตรง ขนแปรงหน้าตัดตรง หัวแปรงขนาดพอเหมาะกับช่องปาก เพราะหัวแปรงที่ใหญ่เกินไปจะทำให้ไม่สามารถแปรงถึงฟันซี่ที่อยู่ด้านในได้ ความแข็งของขนแปรงระดับปานกลางหรือนุ่มขึ้นทั้งนี้ ทันตบุคลากรควรพิจารณาแนะนำตามสภาพช่องปากของผู้ป่วย ขนแปรงที่แข็งเกินไป อาจทำให้เกิดการสึกกร่อนของฟันได้ง่าย ในขณะที่ขนแปรงที่นุ่มเกินไปอาจไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกได้หมด

ยาสีฟัน : แนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

วิธีการแปรงฟัน :

- แปรงฟันตามหลัก 2-2-2 คือ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาที และภายใน 2 ชั่วโมงหลังแปรงฟัน ควรหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่ม
- แนะนำการแปรงฟันด้วยวิธีแปรงแห้ง และเน้นการกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอฟัน

น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (Fluoride rinses)

เป็นฟลูออไรด์เสริมที่แนะนำให้ใช้ควบคู่กับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ที่สามารถควบคุมการกลืนและบ้วนทิ้งได้ หากเป็น 0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ (Sodium fluoride, NaF) แนะนำให้ใช้วันละครั้ง และ 0.2% โซเดียมฟลูออไรด์ แนะนำให้ใช้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง โดยควรเลือกใช้ชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และควรใช้คนละเวลากับการแปรงฟัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสัมผัสฟลูออไรด์

วิธีใช้ : ใช้ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร อมกลั้วให้ทั่วปากเป็นเวลา 1 นาที แล้วบ้วนทิ้ง และไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารหลังใช้อย่างน้อย 30 นาที

ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish)

ฟลูออไรด์วาร์นิชเป็นฟลูออไรด์เสริมอีกชนิดหนึ่งที่มีหลักฐานทางวิชาการมากมายยืนยันว่ามีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุ โดยสามารถป้องกันฟันผุได้ 43% ในฟันแท้ ฟลูออไรด์วาร์นิชที่ใช้มากที่สุดคือ 5% โซเดียมฟลูออไรด์ ซึ่งมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 22,600 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ข้อดีของฟลูออไรด์วาร์นิชคือ ใช้งานง่ายและมีความปลอดภัยสูง ไม่จำเป็นต้องทำโดยทันตแพทย์ สามารถทำได้โดยทันตภิบาลที่ได้รับการฝึกทักษะ มีคำแนะนำให้ทาฟลูออไรด์วาร์นิชปีละอย่างน้อย 2 ครั้ง ในกลุ่มเสี่ยง



รูปที่ 3 ภาพแสดงอุปกรณ์ลักษณะฟลูออไรด์วาร์นิชและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทา

ข้อห้าม

- ผู้ที่มีประวัติการแพ้วัสดุที่มีสารโคโลโฟนี (Colophony) เป็นส่วนประกอบ ซึ่งพบได้ในวัสดุทางทันตกรรม เช่น วัสดุพิมพ์ปาก ยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal dressings) ซีเมนต์ (dental cements) สารยึดติดต่างๆ (adhesive) รวมทั้งพลาสติกปิดแผล และสารเคลือบวัสดุต่างๆ

- ผู้ที่มีแผลในช่องปาก หรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก
- ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด

วิธีใช้

- ทำความสะอาดฟันโดยเช็ดฟัน ขัดฟัน หรือแปรงฟัน จากนั้น กั้นน้ำลายด้วยสำลีหรือผ้าก๊อช เพราะผิวเคลือบฟันที่แห้งจะช่วยให้การดูดซึมของฟลูออไรด์ดีขึ้น

- ใช้ฟูกันทาฟลูออไรด์วานิชบางๆ บนผิวฟัน โดยเน้นการทาฟันที่เริ่มผุ และด้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ด้านประชิดและด้านบดเคี้ยวที่มีหลุมร่องลึก หลีกเลี่ยงการทาโดนบริเวณเหงือก เพื่อลดโอกาสการแพ้หรืออาการระคายเคือง

- ภายหลังการทาฟลูออไรด์วานิช ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันที่ทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติด และการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน

การป้องกันโรคปริทันต์

1. ให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการแปรงฟัน เน้นให้ผู้ป่วยสามารถกำจัดการบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการอักเสบของเหงือก

2. ตรวจช่องปากประเมินความเสี่ยง โดยการตรวจร่องลึกปริทันต์ ทั้งนี้ในเรือนจำอาจเริ่มดำเนินการจากกลุ่มเสี่ยงก่อน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด infective endocarditis

3. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ บุหรี่ โรคเบาหวาน และ ยา

- บุหรี่ โดยทางเรือนจำอาจจำกัดการเข้าถึง หรือจัดให้มี smoking cessation สำหรับผู้ที่สนใจ หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์

- การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

- ยาบางประเภทมีผลให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย และเหงือกบวม ซึ่งทำให้ยากต่อการทำความสะอาดช่องปาก จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ ทันตบุคลากรสามารถปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำในการเปลี่ยนยา หากเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากและแปรงฟันกำจัดการบจุลินทรีย์ได้ดี จะช่วยลดการบวมของเหงือกเหตุจากยาได้

4. สำหรับผู้ที่เป็โรครีทันต์และได้รับการรักษาแล้ว ควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจช่องปาก และการให้ทันตสุขศึกษา เพื่อกงสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

ข้อแนะนำอื่นๆ

- พยายามลดการรับประทานของหวาน หรือทานจุบจิบ เน้นการรับประทานผักและผลไม้เพื่อป้องกันฟันผุ
- ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครีทันต์
- ขัดฟันทำความสะอาด และ/หรือขูดหินน้ำลาย
- การป้องกันฟันสึกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หากที่ยังอยู่ในช่วงแพ้งท้อง หลังอาเจียนไม่ควรแปรงฟันทันที แต่ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ที่เป็นกลางชนิดเจือจาง หรือ บ้วนน้ำที่ผสมด้วย baking soda 1 ช้อนชา เพื่อลดความเป็นกรดในช่องปาก
- ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่จำเป็นใช้ยาฟันในช่องปากเป็นประจำ เช่น โรคหอบหืด ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยา เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดเชื้อราในช่องปาก

ทางเลือกในการรักษา

1. Simplified Modified Atraumatic Restorative Technique (SMART) (Phantumvanit, 2012)

กรณีที่มีข้อจำกัดทางด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น กรณีเป็นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ สามารถให้การบูรณะฟันด้วย Atraumatic Restorative Technique (ART) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้อุปกรณ์น้อย ไม่ต้องกรอฟัน หากไม่มียูนิตทำฟัน สามารถทำบนเก้าอี้สนามได้ นอกจากนี้ยังไม่ก่อให้เกิดอาการเสียวฟันหรือเกิดความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยจึงมักจะให้ความร่วมมือได้ดี อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ กระจกส่องปาก (mouth mirror), ปากคีบ (tweezers), ช้อนขูดโพรงฟัน (spoon excavator) และ สำลี (cotton roll)

วัสดุที่ใช้ในการบูรณะฟันเทคนิคนี้ คือ กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass ionomer cement) ซึ่งมีคุณสมบัติที่สำคัญคือ สามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ออกมาจากตัววัสดุได้ นอกจากนี้ยังสามารถยึดติดกับฟันด้วยพันธะทางเคมี มีความเข้ากันทางชีวภาพกับโครงสร้างของฟันอีกด้วย

วิธีการบูรณะ

1. ทำความสะอาดฟันบริเวณที่จะบูรณะ
2. กำจัดรอยโรคฟันผุโดยใช้ช้อนขูดโพรงฟันตักฟันผุ ในลักษณะตักขึ้นด้านบน โดยตักเนื้อฟันผุส่วนที่นิ่มออกจนกว่าจะเหลือเฉพาะเนื้อฟันที่แข็ง (firm dentin) ระวังระวังการกำจัดบริเวณรอยผุที่ใกล้โพรงประสาทฟัน
3. ทา dentin conditioner ให้ทั่วทั้งภายนอกและภายในรูผุ จากนั้นล้างน้ำ เป่าให้แห้ง หรือซับแห้งด้วยสำลี หากไม่มีอุปกรณ์ที่ใช้ล้างโพรงฟันและเป่าแห้งได้ สามารถข้ามขั้นตอนนี้ได้
4. ผสมวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ใส่แคปซูลในที่มืด และบิบให้วัสดุออกมาทางปลายวง
5. บิบวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ในรูฟันผุให้เต็ม และบิบวัสดุที่เหลือเล็กน้อยบนหลุมร่องฟันโดยรอบ

6. ใช้น้ำที่ใส่ถุงมือกดบนวัสดุที่อยู่บนรูฟันผุ และบริเวณหลุมร่องฟันโดยรอบแล้วรูดนิ้วออกจากฟันทางด้านข้างแต่งวัสดุส่วนเกินบนตัวฟันด้วยข้อขัดโพรงฟัน

7. ทาวาสลีนเคลือบทับบนวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์โดยรอบ ป้องกันการระเหยของน้ำในขณะวัสดุแข็งตัว ซึ่งทำให้คุณสมบัติของวัสดุเปลี่ยนแปลงได้

2. ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver diamine fluoride, SDF)

(Horst, Ellenikiotis et al., 2016, Crystal, Marghalani et al., 2017, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ 2017, Slayton, Urquhart et al., 2018)

สารที่ใช้คือ 38% ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ เป็นสารละลายที่ใช้ทาบนผิวฟันหรือฟันผุ เพื่อหวังผลในการยับยั้งและป้องกันฟันผุ รวมทั้งลด การเสียวฟัน โดยใช้ปริมาณ ไม่เกินครึ่งละ 1 หยด (25 ไมโครลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม ข้อดีของการใช้ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ คือ ทำได้ง่าย รวดเร็ว และไม่เจ็บปวด เนื่องจากไม่ต้องกำจัดรอยผุ

ข้อบ่งชี้

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมาก เช่น ผู้ที่มีภาวะน้ำลายน้อย
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหัตถการตามปกติได้ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยที่อาจต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ แต่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถดมยาสลบได้ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาตามปกติได้
- ผู้ป่วยที่มีรอยผุมากหลายตำแหน่งและไม่สามารถทำการรักษาได้ทั้งหมดในครั้งเดียว เป็นการชะลอการลุกลามของโรค
- รอยผุที่ทำการรักษาได้ยาก เช่น ฟันผุข้างบริเวณขอบของครอบฟัน ฟันผุบริเวณรอยแยกราก เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม

ข้อห้าม

- ผู้ที่แพ้โลหะเงิน
- ผู้ที่มีเหงือกอักเสบเป็นแผล หรือมีเยื่อช่องปากอักเสบ

ข้อควรพิจารณา

- รอยโรคฟันผุที่หยุดผุ (Arrested caries) จะมีสีน้ำตาล ดำ (ผิวหรือเนื้อฟันปกติจะไม่ติดสี) ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อน
- วัสดุอุดหรือครอบฟัน อาจจะติดสี แต่สามารถกำจัดออกโดยการขัดผิวที่ติดสีออกได้ ยกเว้นส่วนของหรือรอยต่อของวัสดุกับเนื้อฟันที่อาจจะไม่สามารถขัดออกได้
- เมื่อโดนเหงือกหรือผิวหนังจะติดสีฟ้าเทา ซึ่งล้างไม่ออก แต่จะหายไปเองใน 2-3 อาทิตย์
- หากซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ เปื้อนสิ่งของหรือเสื้อผ้า อาจจะเซ็ดหรือซักไม่ออก

- หลังจากชะลอการลุกลามของฟันผุแล้ว เมื่อผู้ป่วยและปัจจัยอื่นๆ มีความพร้อม สามารถทำการบูรณะฟันตามปกติต่อไปได้

- รอยผุควรได้รับการทาซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์ซ้ำโดยทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ไปจนกว่ารอยโรคจะหยุดผุหรือรอยผุได้รับการบูรณะ

วิธีการทา

- กำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์

- ทาวาสลินบริเวณรอบริมฝีปากและเหงือกบริเวณใกล้เคียงร่วมกับการกั้นน้ำลาย เพื่อป้องกันการติดสีและการระคายเคืองเนื้อเยื่อ

- เป่าฟันและรอยผุให้แห้ง

- ใช้พู่กันทาซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์บนรอยผุ โดยปกติ 1 หยด สามารถใช้ทาบนฟันได้ประมาณ 5 ซี่

- รอให้ ซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์ ซึมลงสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที

- ซับส่วนเกินออก

- หลังทา ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร 30 นาที

หลังทาซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์แล้ว ฟันจะหยุดผุ จะเห็นเป็นสีน้ำตาลดำบนรอยโรคฟันผุ ส่วนผิวหรือเนื้อฟันปกติจะไม่ติดสี



รูปที่ 4 ภาพแสดงลักษณะรอยโรคฟันผุก่อน (A) และหลังการทาซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์ (B)
(ที่มา Chu CH, Lee AH, Zheng L, et al. Arresting rampant dental caries with silver diamine fluoride in a young teenager suffering from chronic oral graft versus host disease post-bone marrow transplantation: a case report. BMC Res Notes. 2014;7:3)

■ ข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการในเรือนจำ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี บริการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก

- หากในพื้นที่ที่ตั้งอยู่ไม่มีทันตบุคลากรเพียงพอที่จะเข้ามาหมุนเวียนให้บริการเป็นประจำได้ ทางเรือนจำอาจประสานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้เข้ามาช่วย หรือจัดจ้างทันตแพทย์มาเป็นกรณีเฉพาะ
- ประสานงานกับโรงพยาบาลในเขตพื้นที่เพื่อจัดทำแนวทางการส่งต่อ ในกรณีที่ผู้ต้องขังมีอาการฉุกเฉินเร่งด่วน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
- มีการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปากในช่วงแรกรับ เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง ลดโอกาสเกิดการลุกลามติดเชื้อ หากมีความพร้อมทางด้านอุปกรณ์และบุคลากร กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการเฝ้าระวัง และบริการส่งเสริมป้องกันตามความถี่ที่เหมาะสม
- ให้การรักษาด้วยวิธี minimal intervention
- จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หรือ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ในช่วงเวลานั้นเนื่องจากปัญหาช่องปาก เช่น น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ หรือ คลอเฮกซิดีน (chlorhexidine) โดยมีผู้คุมกำกับขณะใช้น้ำยาหรืออุปกรณ์เสริมนั้น
- คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสจร.) ประสานให้ได้รับการอบรมโดยทันตบุคลากร เพื่อสามารถช่วยในการให้ทันตสุขศึกษาและการเฝ้าระวังโรคช่องปาก

การส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์

- จัดให้มีการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ (smoking cessation)
- จัดให้มีทางเลือกของอาหารสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุต่ำ จำหน่ายภายในร้านค้าในเรือนจำ เช่น อาหารว่างที่ไม่มีน้ำตาลผสม ในราคาที่เหมาะสม
- ให้การสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก เช่น การแปรงฟัน ซึ่งเป็นสุขอนามัยพื้นฐาน โดยอาจจัดให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ขายในร้านค้าในราคาถูก หรือจัดหาสำรองให้ ในกรณีที่ไม่สามารถซื้อได้

เอกสารอ้างอิง

- ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ (2017). "แนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2560."
- Carpenter, W., et al. (2009). American Dental Association Council on Access, Prevention, and Interprofessional Relations. *Women's Oral Health Issues*. November 2006.
- Chávez, E. M. and J. A. Ship. (2000). Sensory and motor deficits in the elderly: Impact on oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 60(4), 297-303.
- Crystal, Y. O., et al. (2017). Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. *Pediatric Dentistry*, 39(5), 135E-145E.
- Department of Health (2014). *Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention*, 3rd edition, London.
- Little JW, Falace DA, Miller CS, and Rhodus NL. (2008). *Dental management of the medically compromised patient*, 7th ed. St. Louis, 433-461. Dentistry, A. A. o. P
- Dougall, A. and J. Fiske.(2008). Access to special care dentistry, part 2. Communication. *British Dental Journal*, 205(1), 11-21.
- Dougall, A. and J. Fiske. (2008). Access to special care dentistry, part 9. Special care dentistry services for older people. *British Dental Journal*, 205(8), 421-434.
- Giglio, J. A., et al. (2009). Oral health care for the pregnant patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75(1). 43-48.
- Hemalatha, V., et al. (2013). Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 7(5), 948.
- Horst, J. A., et al. (2016). UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride: rationale, indications, and consent. *Journal of the California Dental Association*, 44(1),16.
- Jared, H. and K. A. Boggess (2008). Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: a review of the evidence and implications for clinical practice. *American Dental Hygienists' Association*, 82(suppl 1), 24-24.
- Lieff, S., et al. (2004). The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *Journal of Periodontology*, 75(1), 116-126.
- Mahoney, E., et al. (2008). Effect of visual impairment upon oral health care: a review. *British Dental Journal*, 204(2), 63.
- Markou, E., et al. (2009). The influence of sex steroid hormones on gingiva of women. *The open Dentistry Journal*, 3,114.

- Office for Disability Issues, U. K. (2018). *Guidance: Accessible communication formats*. Retrieved June 28, 2020, from <https://www.gov.uk/government/publications/inclusive-communication/accessible-communication-formats>.
- Phantumvanit P.(2012). SMART preventive restoration for primary dentition. *Int J Oral Health*, 8.
- Pretty, I. A., et al. (2014). The Seattle Care Pathway for securing oral health in older patients. *Gerodontology*, 31, 77-87.
- Queen, A. N. (2016). Evidence-based dentistry and its role in caring for special needs patients. *Dental Clinics*, 60(3), 605-611.
- Raber-Durlacher, J., et al. (1994). Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and microbiological aspects. *Journal of Clinical Periodontology*, 21(8), 549-558.
- Sills, E., et al. (1996). Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). *The Journal of Reproductive Medicine*, 41(7), 467-470.
- Silness, J. and H. Löe. (1964). Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, 22(1),121-135.
- Slayton, R. L., et al. (2018). Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: a report from the American Dental Association. *The Journal of the American Dental Association*, 149(10), 837-849. e819.
- Wallace, R. B. (2006) Encyclopedia of Public Health (online).
- Zachariasen, R. D. (1993). The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. *Women & Health*, 20(2), 21-30.

บทที่ 5

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ :

ผู้ต้องขังซึมเศร้า

ปณทรา จินตรุ่งเรืองชัย

การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ : ผู้ต้องขังซึมเศร้า

Dental Health Service for Depressive Prisoners

สาเหตุของโรคทางจิตเวช

สาเหตุของโรคทางจิตเวช เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ใช่สาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ละปัจจัยมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนได้รับผลจากปัจจัยเหล่านั้นมากน้อยไม่เท่ากัน

ปัจจัยที่น่าจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

1.1 พันธุกรรม (genetic) โรคทางจิตเวชที่เชื่อว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่

- โรคจิตเภท (schizophrenia)
- โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder)
- โรคติดสุรา (alcohol dependence)
- โรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

โดยพบว่าหากมีสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติสายตรงเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวช คนนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางจิตเวชได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว

1.2 ความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง จากการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters)

- โรคจิตเภท มีการทำงานของสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน (dopamine) มากเกินไป
- โรคซึมเศร้า มีระดับของสารสื่อประสาทชนิดนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และเซโรโทนิน (serotonin) ต่ำกว่าปกติ
- ผู้ป่วย mania มีระดับของสารสื่อประสาทชนิด norepinephrine และ serotonin สูงกว่าปกติ

1.3 ภาวะสมอง เช่น จากการทำ brain imaging ในสมองของผู้ป่วยจิตเภท พบมีความผิดปกติหลายแห่งในสมอง และขนาดช่องน้ำสมองกว้างกว่าในคนปกติ ผู้ป่วยบางรายพบมีประวัติสมองได้รับความกระทบกระเทือน บาดเจ็บ ขาดออกซิเจนขณะคลอด เคยเจ็บป่วยจากการติดเชื้อในเนื้อสมอง การเสพติด แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด นอกจากนี้แล้วการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง หรือการได้รับสารพิษ เช่น สารตะกั่ว เป็นต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบท่อสมอง การทำงานของระบบประสาทและสมอง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้

- ชีวิตในวัยเด็กมีปัญหา เช่น เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กถูกทารุณกรรม พ่อแม่เลี้ยงดูแบบมีปัญหา ครอบครัวแตกแยก กำพร้าพ่อแม่ ขาดความรัก ความอบอุ่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในวัยเด็ก เป็นต้น
- ผู้ป่วยจิตเภท อาจมีความไวต่อความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสม
- ความเครียดต่างๆในชีวิต ปัจจุบันเชื่อว่าความเครียดและความกดดันในชีวิตอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคในคนที่มีแนวโน้มว่าจะป่วย แต่อาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรง

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

สังคมและวัฒนธรรมอาจมีส่วนทำให้เกิดภาวะกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าโรคจิตเภท (schizophrenia) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มคนยากจนมากกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะดี และพบว่ามีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและสังคมของผู้ป่วยที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการผิดปกติทางจิตใจได้ เช่น

- การหย่าร้าง การตายจากกัน
- ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีปัญหา เช่น การสื่อสารที่ผิดปกติ สื่อสารแบบคำถามไม่แน่นอน การสื่อสารทางลบ การใช้อารมณ์ต่อกัน เป็นต้น
- การย้ายโรงเรียน ย้ายงาน ย้ายที่อยู่ ย้ายที่ทำงาน
- ความคาดหวังของสังคม และวัฒนธรรมนั้นๆ ค่านิยมในสังคม รวมไปถึงการนำเสนอสื่อต่างๆ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

มีลักษณะอาการสำคัญ คือ

- อารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้ บางคนมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม สิ่งที่เคยทำ ชอบทำ ก็จะไม่อยากทำไปหมด ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ
- ในช่วงนี้จะมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่อร่อยเหมือนเดิม บางคนบอกกินไม่ลง รับประทานอาหารน้อยลงจนทำให้น้ำหนักลด มีส่วนน้อยที่รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นในช่วงซึมเศร้า
- มีปัญหาในการนอนหลับ มีอาการนอนไม่หลับ หลับยากหรือตื่นนอนเช้าเกิน เช่น ตื่นช่วงตี 2 ถึง ตี 3 แล้วหลับต่อไม่ได้ หลับๆตื่นๆ ในบางรายนอนหลับมากไป ต้องการนอนทั้งวัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร การเคลื่อนไหวช้าลง ทำอะไรช้ากว่าเดิม ไม่มีชีวิตชีวา ดูเฉื่อยชา พูดน้อย คิดช้า บางรายอาจมีลักษณะกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง

- มีอาการคิดอะไรไม่ออก สมาธิลดลง ทำให้ทำอะไรไม่ค่อยได้ หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มั่นใจตัวเอง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมองโลกในแง่ลบ มองตัวเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระคนอื่น ไม่มีใครรัก ไม่มีใครต้องการ มองชีวิตไม่มีความหมาย เบื่อชีวิต คิดเรื่องความตาย คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย คิดฆ่าตัวตาย บางราย ทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า

1. การรักษาด้วยยา ยาสำคัญที่ใช้ คือ ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) เช่น ยากลุ่ม SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors), AAs (atypical antidepressants)
2. การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด การบำบัดทางด้านความคิด และการทำพฤติกรรมบำบัด

แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวหรือความกังวลในการรักษา ทันตแพทย์จึงควรเผื่อเวลาในการรักษาสำหรับการพูดคุย ปรับความเข้าใจกับผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการถามถึงอาการซึมเศร้าหรือปัญหาส่วนตัวของผู้ป่วยอันจะทำให้อาการซึมเศร้ากำเริบขึ้นได้ ควรพูดด้วยน้ำเสียงราบเรียบ ช้าๆ ละมุนละม่อม พยายามกระตุ้นถึงความเข้าใจ และรอการตอบสนองของผู้ป่วย

สิ่งสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวช คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างทันตบุคลากรและผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมตามแผนการรักษา โดยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ เข้าใจปัญหาในช่องปาก และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยที่ไม่มีอาการเจ็บปวดของโรคในช่องปาก มีฟันที่สวยงามช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเข้าสังคมได้อีกทาง

การสร้างสัมพันธภาพด้วยเทคนิค 8 ไจ 8 แสดง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความยอมรับ เชื่อฟังและร่วมมือ ในการรักษารวมถึงดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

1. เทคนิค 8 ไจ

- 1.1 เต็มใจ ให้การรักษา และช่วยเหลือ
- 1.2 เห็นใจ ในความทุกข์ หรือปัญหาของผู้ป่วย
- 1.3 เข้าใจ พยายามสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
- 1.4 จริงใจ มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย
- 1.5 ตั้งใจ ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจและมีความมุ่งมั่น

1.6 น้ำใจ มีความเอื้ออาทรและให้กำลังใจทุกครั้งที่มีโอกาส

1.7 หน้าต่างใจ แสดงออกด้วยสายตาที่เป็นมิตร

1.8 ร่วมใจ ทันทุบคลากรและทีมสหวิชาชีพมีความร่วมมือร่วมใจในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย

2. เทคนิค 8 แสดง

เป็นการแสดงออก ดังต่อไปนี้

2.1 การพูดคุยและรับฟัง (talking and listening) เป็นการสร้างความคุ้นเคย ช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สุกภาพ และเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าอาการ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจ และเห็นใจ

2.2 การสาธิต (demonstration) หากผู้ป่วยเกิดความสงสัย หรือกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในการรักษา ควรอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายร่วมกับการแสดงเพื่อสาธิตให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในการรักษา การสาธิตทำได้โดยใช้รูปภาพประกอบ หรือให้ผู้ป่วยส่องกระจกเพื่ออธิบาย

2.3 การกระทำ (action) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามที่อธิบายไว้ โดยอาจให้ผู้ป่วยส่องกระจกดูได้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และไว้วางใจ

2.4 การสัมผัส (touch) การใช้มือสัมผัสบริเวณไหล่ขวา หรือต้นแขนผู้ป่วย ขณะพูดคุยในจังหวะที่ต้องการให้กำลังใจ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความเป็นกันเอง อบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย

2.5 น้ำเสียง (voice) การอธิบาย ให้ข้อมูลการรักษา และคำแนะนำต่างๆ ควรใช้คำพูดในการอธิบายที่เข้าใจได้ง่าย เสียงดังชัดเจน น้ำเสียงอ่อนโยน ผู้ป่วยรายที่ต้องมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ควรแจ้งให้รับทราบและร่วมตัดสินใจในการรักษาด้วย

2.6 ความจริงใจ (sincerity) ใช้คำพูด น้ำเสียง ท่าที สายตาที่เป็นมิตร จริงใจ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ

2.7 ความรัก (love) ทำงานด้วยความรัก ความเมตตา และเห็นใจผู้ป่วย ปฏิบัติงานด้วยความสนใจ กระตือรือร้น โดยไม่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือจำใจต้องทำ

2.8 ความชื่นชม (admiration) กล่าวชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีโอกาส เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ควรหลีกเลี่ยงคำพูดในเชิงตำหนิ ตีตีสอน

การรักษาโรคทางจิตเวชต้องใช้การรักษาที่ซับซ้อน แนวทางการรักษาประกอบด้วย การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) เช่น การรักษาด้วยจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการเฉียบพลัน เพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว เป็นการป้องกันอันตราย

ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระยะเวลาที่ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงที่จะกลับเป็นซ้ำอีก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคจิตเป็นระยะยาว และมีผลข้างเคียงต่อร่างกายผู้ป่วย ทันตแพทย์ จึงควรให้ความสำคัญและระมัดระวังการใช้ยาทางทันตกรรม เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยารักษาโรค จิตกับยาที่ใช้ทางทันตกรรม (drug interaction) รวมทั้งผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตต่อระบบร่างกายด้วย

ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressant) ที่มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

1.1 ยาในกลุ่ม SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors)

- ฟลูออกซีทีน (fluoxetine)
- ไซตาโลแพรม (citalopram)
- ฟลูว็อกซามีน (fluvoxamine)
- พาร็อกซีทีน (paroxetine)
- เซอร์ทราลีน (sertraline)

ผลข้างเคียงทางระบบ - คลื่นไส้ อาเจียน (neusea), นอนไม่หลับ (insomnia), วิดกกังวล กระวน-กระวาย (anxiety or agitation), ปวดศีรษะ (headache), มือสั่น (tremor), ง่วงนอน ไม่มีความรู้สึกทางเพศ บางรายอาจเลือดหยุดไหลช้า (prolonged bleeding time)

ผลข้างเคียงในช่องปาก - น้ำลายแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง (dysgeusia), มีการอักเสบของเยื่อช่องปาก (stomatitis), ลิ้น (glossitis) และต่อมน้ำลาย, เหงือกบวม, มักมีการกัดแน่นฟันหรือนอนกัดฟัน (clenching or bruxism)

ยาทางทันตกรรมที่มีผล Drug interaction กับยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยากลุ่มโคเดอีน (codeine), อีริโทรมัยซิน (erythromycin), คาร์บามาซีปีน (carbamazepine), เบนโซไดอะเซพีน (benzodiazepine) ซึ่งยา กลุ่ม SSRIs จะลดการกำจัดยาที่ใช้ทางทันตกรรมลง ทำให้ความเข้มข้นของยาเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการปรับขนาดยาที่ใช้ทางทันตกรรมให้น้อยลง

1.2 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มใหม่ (atypical antidepressant)

- บูโพรพ็อน (bupropion)
- เมอร์ทาซาปีน (mirtazapine)
- เวนลาแฟกซีน (venlafaxine),
- เมอร์ทาซาปีน (mirtazapine)

ผลข้างเคียงทางระบบ - ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง, หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachycardia), ภาวะแกรนูโลไซตส์น้อย (agranulocytosis), ภาวะนิวโทรพีเนีย (neutropenia) โดยเฉพาะยาเมอร์ทาซาป็น, ความดันโลหิตสูงขึ้น

ผลข้างเคียงในช่องปาก - เหมือนกลุ่ม SSRIs

ยาทางพันธุกรรมที่มีผล Drug interaction กับยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยาชาที่มีส่วนผสมของอะดรีนาลีน (adrenaline) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยา, รีบ็อกซีติน (reboxetine), เวนลาแฟกซีน (venlafaxine), เดสเวนลาแฟกซีน (desvenlafaxine) ซึ่งยาจะเพิ่มความดันซิสโตลิก (systolic pressure)

1.3 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มทีซีเอ (tricyclic antidepressants : TCA)

- อะมิทริปไทลีน (amitriptyline)
- อิมิพรามิน (imipramine)
- นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline)
- โคลมิพรามิน (clomipramine)

ผลข้างเคียงทางระบบ

- ผลจากฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกสูง เช่น น้ำลายน้อย คอแห้ง ตาพร่ามัว ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว สับสน สมารถสิ้น

- ช่วงพีอาร์และคิวอาร์เอสของคลื่นไฟฟ้าหัวใจยาวขึ้น อาจเกิดภาวะการสับสนผิดจังหวะของหัวใจไม่ประสานกัน (heart block) หรือหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular dysrhythmias)

- ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง
- น้ำหนักเพิ่ม โดยเฉพาะยาอะมิทริปไทลีน

ผลข้างเคียงในช่องปาก น้ำลายแห้ง (พบร้อยละ 50) , การรับรสเปลี่ยนแปลง, อาจพบต่อมน้ำลายอักเสบ เยื่อช่องปากอักเสบ หรือลิ้นขาว

ยาทางพันธุกรรมที่มีผล Drug interaction กับยากลุ่มนี้ ได้แก่ อีพิเนฟริน (epinephrine), ลิโวโนรดีเฟริน (levonordefrin) ซึ่งยาจะเพิ่มความดันซิสโตลิก และเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac dysrhythmia) ดังนั้นถ้าใช้ยาชาที่มี epinephrine 1:100,000 สามารถใช้ได้ไม่เกิน 0.04 mg หรือไม่เกิน 3 หลอด และระวังการฉีดเข้าเส้นเลือด โดยแนะนำให้ใช้การฉีดยาชาแบบวิธี ดูกกลับ

1.4 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเอ็มเอโอไอ (MAOIs) : ม็อกโคลบีไมด์ (moclobemide)

ผลข้างเคียงทางระบบ - ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง, เวียนศีรษะ (dizziness) ปวดศีรษะ, นอนไม่หลับ, น้ำหนักขึ้น ตัวบวม, ความดันโลหิตสูงวิกฤต (hypertensive crisis : เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติมากๆ ในช่วงระยะเวลาอันสั้น ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลกระตุ้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติ หรือกินอาหารที่มีไทรามีนสูง เช่น แอลกอฮอล์ ชีส ก๊วย ถั่ว เป็นต้น)

ผลข้างเคียงในช่องปาก - น้ำลายแห้ง แต่พบได้น้อยกว่ากลุ่ม TCA

ยาทางพันธุกรรมที่มีผล Drug interaction กับยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งเป็นชนิดเสพติด (narcotic analgesic) เช่น เมเพอริดีน (meperidine : Demerol®) เป็นต้น จะทำให้เกิดภาวะตัวร้อนเกิน หรือ ภาวะไข้สูง (severe hyper- thermia), ความดันโลหิตสูง (hypertension), หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachycardia) จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มเมเพอริดีนที่รู้จักกันในชื่อ Demerol®

พฤติกรรมและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชบางรายร่างกายภายนอกดูปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ด้วยผู้ป่วยมีอารมณ์และจิตใจที่ไม่คงที่ จึงมีพฤติกรรมแสดงออกและมีแนวความคิดที่ผิดปกติแตกต่างจากคนทั่วไป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก มักชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติหวาน เนื่องจากการรับรสของผู้ป่วยลดลง และมีภาวะน้ำลายน้อย เนื่องจากผลข้างเคียงของยา จึงพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีฟันผุมาก (rampant caries) นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากยาในกลุ่ม SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) และ AAs (atypical antidepressants) ยังทำให้ผู้ป่วยนอนกัดฟันและเค้นฟัน ในผู้ป่วยที่มีอาการเครียดอาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดบริเวณใบหน้า ข้อต่อขากรรไกร เยื่อช่องปาก และลิ้น ซึ่งเกิดจากการรบกวนการส่งกระแสประสาท นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายที่สูบบุหรี่จัด จะยังเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคปริทันต์มากขึ้นอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). หนังสือแนวทางการรักษาทางพันธุกรรมผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี

บทที่ 6

การจัดบริการสุขภาพช่อง
ปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ
: ผู้ต้องขังเสพยา

กวียา มาณะวิท

การจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังในกลุ่มเฉพาะ : ผู้ต้องขังเสพยา

Dental Health Service for Drug Abused Prisoner

จากรายงานเวิลด์ดรัก(World Drug Report) 2018 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติด และปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่ายาเสพติดมีการแพร่กระจายไปทั่วโลก พื้นที่ที่พบการแพร่ระบาดมากที่สุดจะอยู่บริเวณประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปยุโรป โดยในปี ค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก 275 ล้านคน คิดเป็น 5.6% ของประชากรโลกตลาดยาเสพติดสังเคราะห์มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะยาเสพติดสังเคราะห์ที่มีส่วนผสมของแอมเฟตามีน (Amphetamine – type stimulants : ATS) ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์และเอ็กซ์ตาซี (MDMA) รวมไปถึงสารออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ (New Psychoactive Substances : NPS) มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562)

จากรายงานประจำปีผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ปี 2561 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2561) ผลการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศมีจำนวน 220,286 คดี ผู้ต้องหาจำนวน 230,984 คน จำแนกเป็นคดียาบ้า 171,678 คดี คดีไอซ์ 19,313 คดี เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติผลการจับกุมยาเสพติดภาพรวมในปี 2560 กับ ปี 2561 พบว่ายาเสพติดที่สำคัญ เช่น ยาบ้า ไอซ์ มีการจับกุมและตรวจยึดปริมาณของกลางเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะคดียาบ้าสามารถยึดของกลางได้เพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่า ส่วนคดีไอซ์จับกุมและตรวจยึดของกลางเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

สารกระตุ้นประเภทกลุ่มแอมเฟตามีนที่แพร่ระบาดในประเทศไทย ได้แก่ แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน และไอซ์สำหรับแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้า แพร่ระบาดอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีนซัลเฟต(amphetamine sulfate) เมทแอมเฟตามีน(methamphetamine) และ เมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (methamphetamine hydrochloride) จากผลการตรวจพิสูจน์เมทแอมเฟตามีนปัจจุบันที่พบในประเทศไทย พบว่าเกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์และแคฟเฟอีนจากการวิเคราะห์องค์ประกอบในเม็ดยาบ้าในช่วงปีงบประมาณ 2550 -2556 พบเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์อยู่ในช่วงร้อยละ 15.01 - 20.00 มากที่สุด(วลัยลักษณ์, พชรินทร์, วิรดา, และอดิศักดิ์, 2559) อีกทั้งยังมีสารเสพติดและยาแผนปัจจุบันอื่นๆ เช่น เอ็น,เอ็น-โดเมทิลแอมเฟตามีน อีเฟดรีน พาราเซตามอลคลอเฟนิรามีน มาลีเอต และโดเฟนไฮโดรามีนวิธีการเสพยาทำได้หลายวิธีเช่น รับประทาน หรือนำไปผสมลงในเครื่องดื่ม ครั้งละ ¼, ½ หรือ 1-2 เม็ด หรือบางครั้งอาจใช้วิธีฉีดเข้าเส้น แต่ไม่ค่อยได้รับความนิยม วิธีที่นิยมมากที่สุด

ได้แก่วิธีสูบ หมายถึง การใช้หลอดสูบเอาควันที่ได้จากการเผาไหม้เม็ดยาเข้าทางปากคล้ายกับการสูบบุหรี่ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่มีอันตรายต่อร่างกายอย่างยิ่งเพราะตัวยาคะออกฤทธิ์ต่อร่างกายอย่างรุนแรงและรวดเร็วกว่าวิธีการเสพในรูปแบบอื่น

สำหรับไอซ์ คือ เมทแอมเฟตามีนที่อยู่ในรูปผลึกเกลือไฮโดรคลอไรด์(hydrochloride salt) มีความบริสุทธิ์ประมาณร้อยละ 80-98 มักเสพโดยใช้วิธีสูดไอระเหย ฉีด กลืน สูดดม หรือสอดทางทวารหนัก (กรมการแพทย์, 2558)

กฎหมายของประเทศไทยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จัดเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 โดยร้อยละ 90 ของผู้ถูกดำเนินคดีและต้องโทษเกี่ยวกับวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท/ยาเสพติดให้โทษ เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีน และร้อยละ 11 ของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนกลายเป็นผู้ติดยาเสพติด (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559)

ผลของยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนต่อร่างกายและจิตใจ

เมทแอมเฟตามีนเป็นสารที่เป็นพิษต่อระบบประสาท(Neurotoxic effect) ออกฤทธิ์นาน 8-12 ชั่วโมง การเสพหลายๆครั้งในหนึ่งวัน ทำให้เกิดระดับสารสูง อยู่ในกระแสเลือดได้นานๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้

ยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน(Catecholamine) โดยเฉพาะนอร์เอพิเนฟริน(Norepinephrine) ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณซีรีบรัลคอร์เท็กซ์(Cerebral cortex)และระบบเรติคิวลา แอคติเวติง(Reticular activating system)มีฤทธิ์กระตุ้นทั้งแอลฟา(α)และเบต้า(β) รีเซปเตอร์ (Receptors)โดยตรง ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันเลือดสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้นและม่านตาขยาย การเสพเมทแอมเฟตามีนขนาดสูงอยู่นานๆ ทำให้ระบบเซินทรัล โมโนเอมีนเนอร์จิก(Central monoaminergic systems) เสียไป ทำให้มีการลดของนอร์เอพิเนฟรินในสมอง และการสร้างโดปามีน(Dopamine)ลดลง หรือความสามารถในการรับของโพสซินแนปติก โดปามีน รีเซปเตอร์(Postsynaptic dopamine receptors)ลดลง อันส่งผลต่อการเสียความสามารถ การเรียนรู้ (Cognitive) และพบความผิดปกติด้านอารมณ์ ความผิดปกตินี้ สัมพันธ์กับทั้ง ขนาดของสารที่เสพ วิธีการเสพ และความถี่ในการเสพ

อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดของสมอง พบว่า การเสพยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนนาน 5-6 เดือน จะทำให้สมองเสื่อม ลักษณะคล้ายกับโรคอัลไซเมอร์(Alzheimer's disease) จากการศึกษาโดยเมกเนติกเรโซแนนซ์สเปกโตรสโคปี(Magnetic resonance spectroscopy) และสารเคมีในสมอง พบว่าเซลล์สมองถูกทำลายโดยเฉพาะสมองที่ใช้ในการคิด (วิโรจน์ วีรชัย และ ลำชา ลักขณาภิชนชัย, 2548)

ผลทางด้านจิตใจ อาจพบภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการเสพยาบ้า ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนแบบเมเนีย โรคหวาดระแวง โรคจิตจากพิษของสาร (Toxic psychosis) เกิดหลังจากการใช้ยานาน และขนาดสูง ถึงแม้จะมีการหยุดเสพยามา 4-6 เดือน พบว่าอาจมีอาการแปรปรวนและยังมีการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings)

ยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนกับสภาวะสุขภาพช่องปาก

ผู้ที่เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีสุขภาพช่องปากที่แย่มากกว่าคนทั่วไป (Shetty et al., 2010) เนื่องจากฤทธิ์ของยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนทำให้ผู้ที่เสพยามีอาการปากแห้ง (xerostomia) (Goodchild and Donaldson, 2007) ซึ่งอาการปากแห้งนี้จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เนื่องจากเมื่อมีอาการปากแห้งทำให้ไม่มีน้ำลายเป็นตัวช่วยทำให้คราบจุลินทรีย์ที่เป็นกรดบริเวณผิวเป็นกลางได้ ฟันจึงผุได้ง่าย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งรูปแบบของโรคฟันผุในผู้ที่ใช้ยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพื้นผิวเรียบของฟันและพื้นผิวระหว่างฟัน รูปแบบของโรคมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการของ โจอเกรนซินโดรม (Sjogren's syndrome) แต่ความรุนแรงของโรคจะน้อยกว่าเนื่องจากมีช่วงการหยุดพักการเสพยา จึงทำให้การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (Hamamoto and Rhodus, 2009) สภาพฟันผุในผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนที่มีลักษณะฟันผุหลายซี่ เหงือกอักเสบ ผุบริเวณส่วนผิวที่เรียบของฟันและบริเวณด้านที่ติดกับซี่ข้างเคียงที่ตัวฟันมีสีดำ เปื่อยและหักง่าย มีการเรียกรูปแบบฟันผุแบบนี้กันว่า "เมทเมาท์" (meth mouth) (American Dental Association, 2005)

อีกทั้งกลุ่มผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนยังมีพฤติกรรมนิยมบริโภคน้ำอัดลม น้ำหวานเป็นจำนวนมากกว่าคนทั่วไป (Clague et al., 2017, Morio et al., 2008) เนื่องจากขณะที่เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนร่างกายจะมีกระบวนการเผาผลาญพลังงานที่มีมากขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากฤทธิ์ของยา ดังนั้นเมื่อหยุดเสพยาร่างกายจะมีอาการขาดน้ำ ทำให้ผู้เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีอาการปากแห้งเพิ่มขึ้น จึงมักจะมีการดื่มน้ำอัดลมเยอะเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งหลังจากการเสพยา ซึ่งจะยิ่งทำให้เพิ่มความเป็นกรดในช่องปาก อีกทั้งยังนิยมบริโภคอาหารจำพวกน้ำตาลสูงเพื่อมาทดแทนพลังงานที่สูญเสียไป

ด้านพฤติกรรมในการไปพบทันตแพทย์ขึ้นกับประสบการณ์ในการเคยไปพบทันตแพทย์ของแต่ละคน โดยหลายคนจะมีการเพิกเฉยการพบทันตแพทย์ เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการไปพบทันตแพทย์ ซึ่งหนึ่งในประสบการณ์ที่แย่ นั่นคือการฉีดยา (Robinson, Acquah, Gibson, 2005) ซึ่งตรงกับการศึกษาของรอมเมล (Rommel et al., 2015) พบผู้เสพยาไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 31 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 83 ถึงแม้ผู้ที่เสพยาจะรู้สึกว่ายู่ในสถานะที่จำเป็นต้องไปปรับปรุงสุขภาพช่องปากแล้วก็ตาม

การศึกษาของบราวและคณะ (Brown et al., 2012) พบค่าดัชนีผุ ถอน อุด ของผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนมีมากคนทั่วไป และการศึกษาของเซตตี้และคณะ (Shetty et al., 2015) ที่ศึกษารูปแบบของโรคที่เกี่ยวข้องฟันในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน พบว่ามีโรคฟันผุและโรคปริทันต์มากกว่าคนทั่วไป และในเพศหญิงพบฟันผุที่บริเวณฟันหน้าและฟันที่หายไปช่องปากมากกว่าเพศชายในกลุ่มผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน



รูปที่ 1 ภาพแสดงลักษณะฟันผุบริเวณคอฟันหลายซี่ (ที่มา <https://www.mouthhealthy.org>)



รูปที่ 2 ภาพแสดงสภาวะช่องปากของผู้ป่วยเสพยาไอซ์ จะเห็นได้ว่ามีรูปแบบฟันผุบริเวณของคอฟัน



รูปที่ 3 ภาพแสดงสภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี (poor oral hygiene) ของผู้ป่วยเสพติด
มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันหลายซี่

การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้ต้องขังใช้ยาเสพติด

ผู้ป่วยเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่เข้ามารับบริการทางทันตกรรมควรต้องซักประวัติโรคประจำตัวที่อาจเป็นโรคที่เกิดร่วมกับการเสพยา แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ โรคทางกายและโรคทางจิตใจ

โรคทางกาย : ผลต่อระบบประสาทและสมอง เช่น อาการชัก เส้นเลือดสมองตีบ ผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น เส้นเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะผู้ที่มีการเสพยามานานจะมีโรคทางระบบไหลเวียนเลือด (cardiovascular system) การใช้ยาชาเฉพาะที่ ที่มีส่วนผสมของตัวยาบิบหลอดเลือด อาจทำให้ความดันโลหิตการเพิ่มสูงได้ทางเดินหายใจและปอด เช่น ภาวะลมโป่งพองเรื้อรัง อันเกิดจากการเสพโดยการสูบมานาน

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะและลำไส้เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ไม่เป็นเวลาและรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการไม่ระมัดระวังขณะมีเพศสัมพันธ์

โรคทางด้านจิตใจ : โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนแบบเมเนีย และโรคหวาดระแวง

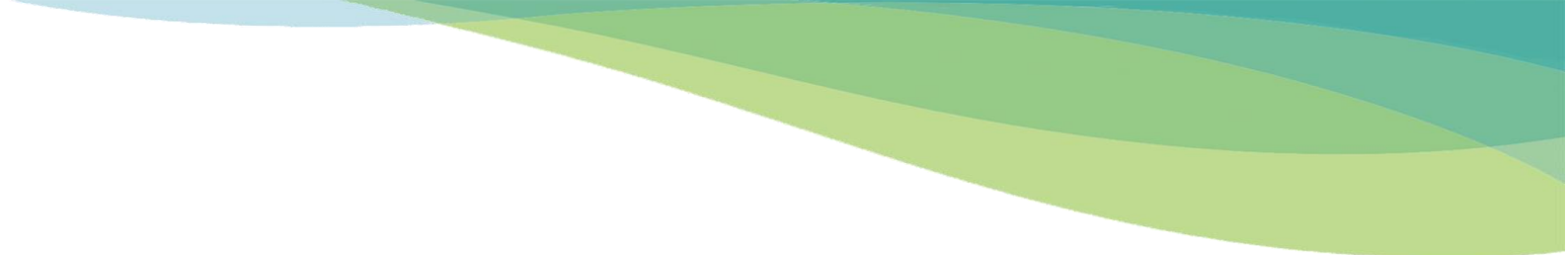
นอกจากโรคประจำตัวยังมีข้อควรระวังในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การให้ยาเฉพาะที่ ผู้ป่วยอาจมีอาการชาได้ยาก อาจต้องใช้ปริมาณยาที่มากกว่าปกติจึงควรใช้ยาเฉพาะที่แบบไม่มีตัวยาบิบหลุดเลือด อีกทั้งควรพิจารณาการให้ยากลุ่มต้านปฏิชีวนะประกอบในงานรักษาที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง (Kelsch, 2009)

การให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการรักษาแล้ว ควรให้ทันตสุขศึกษาและสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมด้วย ควรให้ผู้ป่วยระมัดระวังเรื่องการดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบที่มีน้ำตาลสูง

สำหรับงานทันตกรรมป้องกันแนะนำให้ใช้ฟลูออไรด์วานิช(fluoride vanish)หรือน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 5000 ppm เพื่อลดการสูญเสียแร่ธาตุของฟัน(demineralization)และเพิ่มการสะสมแร่ธาตุกลับที่ผิวฟัน(reminerlization)

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *หนังสือคู่มือคำแนะนำการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ*. กรุงเทพฯ: แบรินดีเพิล็กซ์ จำกัด.
- วิโรจน์ วีรัชย์, และ ลำซำ ลักขณาภิชนช. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด* นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วลัยลักษณ์ เมธาทิร, พิชรินทร์ เนืองสาย, วิรดา ชีรัตน์พันธ์, และ อติศักดิ์ หมั่นหลิน. การวิเคราะห์องค์ประกอบในเมื่อยาบ้า ปีงบประมาณ 2550-2556. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(3), 519-528
- สำนักงานปราบปรามยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม.(2561). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2561.
- สำนักงานปราบปรามยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม.(2562). แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และ บำบัดรักษาเสพติด ปี 2562.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข*
- American Dental Association. (2005). Methamphetamine use and oral health. *JADA*, 136 , 1491.
- Brown, C., Krishnan, S., Hursh, K., Yu, M., Johnson, P., Page, K., et al. (2012). Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting. *JADA* , 149(9), 992-1001.
- Clague, J., Belin, T., & Shetty, V. (2017). Mechanisms underlying methamphetamine-related dental disease. *JADA*, 148(6), 377-386.
- Goodchild, J., & Donaldson, M. (2007). Methamphetamine abuse and dentistry:A review of the literature and presentation of a clinical case. *Quintessence International*, 38, 583-590.
- Hamamoto, D., & Rhodus, N. (2009). Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Disease*, 15, 27-37.
- Kelsch, Noel Brandon. (2009). Methamphetamine abuse-oral implications and care. Retrieved from <http://www.noelkelsch.com/wp-content/uploads/2011/06/006/INEEDCE-METH.pdf>
- Morio, K., Marshall, T., Qian, F., & Morgam, T. (2008). Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers. *JADA* , 139, 171-176.
- Robinson, P., Acquah, S., & Gibson, B. (2005). Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, 198, 219-224.



Rommel, N., Rohleder, N., Wagenpfeil, S., Haertel-Petri, R., & Kesting, M. R. (2015). Evaluation of methamphetamine-associated socioeconomic status and addictive behaviors, and their impact on oral health. *Addictive Behaviors*, 50, 182-187.

Shetty, V., Harrell, L., Murphy, D., Vitero, S., Gutierrez, A., Belin, T. R., et al. (2015). Dental disease patterns in methamphetamine users: Findings in a large urban sample. *JADA*, 146(12), 875-885.

Shetty, V., Mooney, L., Zigler, C., Belin, T., Murphy, D., & Rawson, R. (2010). The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *JADA*, 141, 307-318.



บทที่ 7

การสื่อสาร
เพื่อการรักษาผู้ต้องขัง

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

การสื่อสารเพื่อการรักษาผู้ต้องขัง

Communication with prisoner during treatment

ตามข้อกำหนดขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners) หรือข้อกำหนดเนลสัน แมนเดลา (Nelson Mandela Rules) ปี 2558 กล่าวถึงการรักษายาบาลผู้ต้องขังไว้ว่า การให้บริการด้านการรักษายาบาลแก่ผู้ต้องขังเป็นความรับผิดชอบของรัฐ โดยผู้ต้องขังควรได้รับการรักษายาบาลตามมาตรฐานเช่นเดียวกับที่รัฐจัดให้กับประชาชนอื่น และจะต้องสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยไม่คิดมูลค่าและไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งสถานภาพด้านกฎหมายของตน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016) กล่าวโดยสรุปคือ แม้ว่าผู้ต้องขังจะถูกจำกัดสิทธิด้านอื่นอันเป็นผลมาจากการกระทำผิดกฎหมาย แต่ผู้ต้องขังยังมีสิทธิเข้าถึงการรักษายาบาล ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ให้การรักษายังต้องชัดเจนในบทบาทของตนว่าเป็นผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพ มีหน้าที่ให้การรักษาและส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่ได้มีหน้าที่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ต้องขัง การรักษาจึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ถูกแบ่งแยกหรือถูกกีดกัน แม้ว่าการรักษาบางอย่างจำเป็นต้องปรับให้เข้ากับบริบทของเรือนจำก็ตาม

ผู้ให้การรักษายังจำเป็นต้องสำรวจทัศนคติของตนเองก่อนเริ่มการสื่อสารกับผู้ต้องขัง ต้องชัดเจนในบทบาท ไม่ด่วนตัดสินด้วยอคติ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการตีความ ตัดสินอย่างอัตโนมติ และขาดการไตร่ตรอง รวมทั้ง ต้องไม่ก่อให้เกิดตราบาป (stigma) จากการถูกแบ่งแยก ตีตรา ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ หรือถูกกีดกันจากการให้บริการ

นอกจากนี้ ผู้ให้การรักษาศึกษาบริบทของเรือนจำแต่ละแห่งให้เข้าใจจุดแข็งและข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงการรักษา เมื่อผู้ให้การรักษาเข้าใจบริบทดังกล่าว จะลดการตำหนิหรือตัดสินผู้ต้องขังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง ในอีกทางหนึ่ง ผู้ให้การรักษามีส่วนให้การรักษาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท รวมทั้ง ผู้ให้การรักษามีส่วนสะท้อนปัญหา เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเชิงนโยบายได้อีกด้วย

ความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษาเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของการรักษา เนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา ส่งผลต่อความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา ผู้ให้การรักษายังจำเป็นต้องสะท้อนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้รับการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อันจะนำไปสู่การตัดสินใจรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995; Popa-Valea & Purcarea, 2014) พอสรุปได้ ดังนี้

1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา

มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับการรักษา ได้แก่ ทักษะด้านการรักษา ความเป็นมิตร การให้เกียรติ และการตรวจร่างกายอย่างระมัดระวัง (Biglu, Nateq, Ghajazadeh, & Asgharzadeh, 2017) การสื่อสารจะเป็นช่องทางให้ผู้ให้การรักษาได้แสดงทักษะทางคลินิก ความเป็นมิตร ความตั้งใจในการรักษา ความปรารถนาดีที่มีต่อผู้รับการรักษา การไม่ตัดสิน การให้เกียรติ และการให้ความสนใจของผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษาสามารถรับรู้เจตนาและทัศนคติที่ดีของผู้ให้การรักษาได้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

2. เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

ส่วนใหญ่ผู้ให้การรักษาต้องการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ส่วนผู้รับการรักษาต้องการทราบที่มาที่ไปของอาการ รวมทั้ง ต้องการให้ผู้ให้การรักษาเข้าใจและให้ความสำคัญกับความทุกข์ทรมานจากอาการ การสื่อสารจะช่วยให้ผู้ให้การรักษาได้สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้รับการรักษา เข้าใจอาการ สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำ และให้การรักษาคือถูกต้อง รวมทั้งเข้าใจความต้องการแบบองค์รวม มองเห็นผลกระทบด้านจิตใจจากความเจ็บป่วย และสามารถดูแลความรู้สึกของผู้รับการรักษา

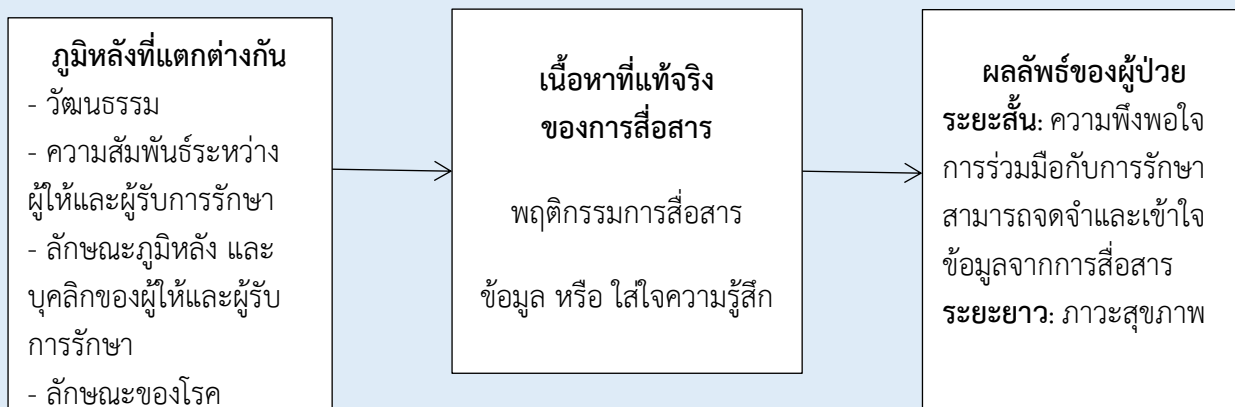
3. เพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์

ผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษามีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาร่วมกัน ผู้รับการรักษาควรได้รับข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง ประโยชน์หรือผลดีจากการรักษา ข้อควรระวังหรือผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้ง ข้อเสียของการไม่รับการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความยากของการสื่อสาร ได้แก่ ภูมิหลังและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มคน ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ธรรมชาติของโรค ซึ่งอาจทำให้สื่อสารความต้องการ และแปลความหมายของการสื่อสารได้ไม่ตรงกัน ส่วนปัญหาที่พบได้บ่อยในการสื่อสารของผู้ให้การรักษา คือขาดทักษะการสื่อสาร และมีการสื่อสารที่ไม่สมดุลระหว่างการให้ความสำคัญกับโรคและความทุกข์ทรมานใจจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจ วิจารณ์ หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน รวมทั้ง ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม (Popa-Valea & Purcarea, 2014)

การสื่อสารจึงต้องเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ให้และผู้รับการรักษา เริ่มต้นจากการรับฟังอย่างตั้งใจ จัดสมดุลระหว่างการสื่อสารข้อมูลด้านการแพทย์กับการสื่อสารระหว่างมนุษย์อย่างลงตัว มีการใช้ภาษาหรือภาษาพูด และอวัจนภาษา หรือภาษากาย เพื่อให้ผู้รับการรักษาได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กัน

แม้ว่าผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษามีภูมิหลังที่แตกต่างกัน การสื่อสารจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพของผู้รับการรักษา ดังแผนภูมิ



แผนภูมิ ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสาร ปัจจัยอื่น ๆ และผลลัพธ์ของผู้ป่วย
(ดัดแปลงจาก Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995)

ผู้ต้องขังบางราย อาจมีลักษณะเฉพาะบางประการ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าวหรือ กระสับกระส่าย สมองเสื่อม การสื่อสารที่เหมาะสมกับภาวะดังกล่าวจะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น ดังนี้

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอาการหลัก คือ มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน หรือขาดความสนใจ และความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ อาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ได้แก่ น้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่ม ความอยากอาหารลดลง หรือเพิ่มขึ้น นอนมากหรือนอนน้อยกว่าปกติ กระสับกระส่ายหรือเฉื่อยชา อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง เบื่อหน่าย สมาธิแยลง ทำงานได้ลดลง ยึดยากขึ้น ไม่หัวเราะ ไม่ร่าเริงเหมือนเดิม แยกตัวเอง ไม่ยุ่งกับใคร หรืออาจจะหงุดหงิดง่ายกว่าเดิม มีเรื่องทะเลาะกับคนอื่นได้มากกว่าเดิม เมื่ออาการรุนแรงขึ้นจะ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล มีความคิดเกี่ยวกับเรื่องการตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย อาการดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือกระทบกับการใช้ชีวิต (American Psychiatric Association, 2013) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงอาจพบอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ความคิดหลงผิด ร่วมด้วยได้ ผู้ป่วยหญิงบางรายมีอาการสัมพันธ์กับการมีประจำเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาจพบอาการอื่น ๆ เช่น อารมณ์หงุดหงิด หรือวิตกกังวล บ่นหรือรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการทางกาย หูแว่ว มีความคิดหลงผิด

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวทาง ดังนี้

- ผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายอาจดูแลตนเองน้อยกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลจากอาการของโรค ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ผู้ให้การรักษาคควรทำความเข้าใจว่าเป็นอาการของโรค และไม่ควรตำหนิผู้ต้องขัง

- ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ เชื่อมโยงกับความสุขทางใจ เช่น แปร่งฟันสะอาด แล้วสดชื่น อาจจะต้องเคี้ยวเคี้ยวให้ดูแลอนามัยในช่องปาก เนื่องจากผู้ที่มีอารมณ์เศร้านักจะละเลยไม่สนใจ การทำความสะอาดของร่างกายตนเอง โดยยกตัวอย่างที่จะทำให้เกิดโรคในช่องปากที่จะทำให้ปวดทรมาน กระทั่งการกินอาหารและการนอน เป็นต้น

- ชื่นชมข้อดีและชมเชยการดูแลสุขภาพ

- แสดงความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรค ผู้ให้การรักษาสสามารถให้กำลังใจและ ให้ความหวังที่เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้ ถ้ามีเวลาเพียงพอ ผู้ให้การรักษอาจเปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังได้ระบาย ความรู้สึกออกมาบ้าง

- อธิบายว่าจะทำอะไรกับผู้ต้องขัง เพื่ออะไร บอกให้ทราบก่อนว่าการรักษา อาจมีเสียงดัง อาจทำให้ รู้สึกเจ็บ ให้ผู้ต้องขังได้เตรียมใจว่าจะพบกับอะไร เช่น ฉีดยาชา เพื่อป้องกันความเจ็บปวดจากการถอนฟัน ผู้ต้องขังจะลดความกังวล หรือมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะวิตกกังวล

ผู้ต้องขังที่มีภาวะวิตกกังวลจะพบอาการเด่น ได้แก่ วิตกกังวลหรือกลัวอย่างไม่สมเหตุสมผล คิดไปล่วงหน้าในทางร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น ความคิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก จนเกินไป ผู้ป่วยอาจบอกผู้รักษาว่า คิดมาก คิดไม่ตก หรือฟุ้งซ่าน นอกจากนี้ ยังพบอาการอื่น ๆ ได้ เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีสมาธิ ใจลอย หรือพบอาการทางระบบประสาท อัตโนมัต เช่น ใจสั่น เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ภาวะวิตกกังวลอาจเกิดจากบุคลิกภาพเดิมซึ่งเป็นคนวิตก กังวลง่าย ได้รับข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัวว่าอันตรายจะมาถึงตนหรือจะไม่สามารถจัดการผลที่เกิดจาก เหตุการณ์นั้นได้ อาจเป็นประเด็นเกี่ยวกับคดี การพิพากษา การลดโทษ ปัญหาทางบ้าน หรือภาวะสุขภาพ

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะวิตกกังวลมีแนวทาง ดังนี้

- สอบถามถึงความกังวลของผู้ต้องขังว่ากังวลในประเด็นใด

- แสดงความเข้าใจในความกังวลของผู้ต้องขัง เช่น “หมอเข้าใจว่าคุณคงกังวลมาก” ผู้รักษาไม่ควร ละเลยความรู้สึกของผู้ต้องขังด้วยคำพูดว่า “จะคิดมากทำไม” “ไม่เห็นมีอะไรน่ากลัว” “โตแล้วยังกลัวอีกหรือ” เพราะอาจทำให้ผู้ต้องขังกังวลมากขึ้น

- ให้ผู้ต้องขังลองประเมินความวิตกกังวลว่าสมเหตุสมผลมากน้อยเพียงใด มีความเป็นไปได้หรือไม่ นอกเหนือจากสิ่งที่ผู้ต้องขังคาดคิดไว้หรือไม่

- ชีให้เห็นถึงประโยชน์ของความกังวลว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ต้องชังวางแผนดูแลตนเอง และต้องลงมือทำ ความกังวลนั้นจึงจะเกิดประโยชน์ ส่วนความกังวลที่มากเกินไปอาจทำให้สภาพร่างกายและจิตใจแย่ลง
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรุนแรง และพยากรณ์ของโรค รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และการดูแลตนเองตามบริบทที่สามารถทำได้และเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้ต้องชังมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์สุขภาพของตนเอง หากโรคนั้นไม่รุนแรงหรือรักษาได้ ควรให้ความมั่นใจกับผู้ต้องชัง
- ผู้ต้องชังบางรายอาจกลัวการทำหัตถการ ผู้รักษาต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการ ข้อบ่งชี้ ข้อดี และข้อควรระวัง รวมทั้ง แจ้งผู้ต้องชังเป็นระยะว่ากำลังทำหัตถการอยู่ในขั้นตอนใดแล้ว และประเมินความรู้สึกของผู้ต้องชังเป็นระยะ
- หากผู้ต้องชังกังวลมากขณะทำหัตถการ ผู้รักษาสามารถแนะนำผู้ต้องชังให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ ๆ ชยบร่างกายเล็กน้อย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จนอาการสงบแล้วจึงเริ่มทำหัตถการ

การสื่อสารกับผู้ต้องชังที่มีภาวะก้าวร้าวหรือกระสับกระส่าย

ผู้ต้องชังที่มีภาวะก้าวร้าวหรือกระสับกระส่ายมีสาเหตุได้หลากหลาย ได้แก่ ความเจ็บปวด การอดนอน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน ปวดปัสสาวะหรืออุจจาระ ความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือความเจ็บป่วยทางสมองที่ทำให้ผู้ต้องชังควบคุมตนเองได้น้อย เช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง เคยได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจมีส่วนกระตุ้นผู้ป่วยได้ เช่น เสียงดังรบกวน ความสับสนวุ่นวายของสิ่งแวดล้อม ท่าทีที่ไม่เป็นมิตร หรือทำให้ผู้ต้องชังรู้สึกอึดอัด เพราะถูกควบคุม การสื่อสารที่ดี และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้ต้องชังมีส่วนช่วยป้องกันภาวะดังกล่าวได้ (Harwood, 2017) ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เรือนจำจะคัดกรองผู้ต้องชังที่ส่งมาทำหัตถการว่าไม่มีภาวะก้าวร้าวหรือกระสับกระส่าย แต่อาจมีผู้ต้องชังบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ทันด่วนที่ หรือการทำหัตถการอาจกระตุ้นความรู้สึกหงุดหงิด ทำให้ผู้ต้องชังแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือกระสับกระส่ายได้ ผู้รักษาจึงควรมีความรู้และทักษะเบื้องต้นสำหรับการดูแลผู้ต้องชังในภาวะนี้

ลักษณะผู้ที่มีภาวะก้าวร้าวหรือกระสับกระส่าย ได้แก่ รู้สึกอึดอัดหรือเกรี้ยวกราด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบริบท ถูกกระตุ้นอารมณ์ได้ง่าย ไม่สามารถอยู่นิ่ง ๆ หรือเงียบ ๆ ได้ กัดฟัน ตาขวาง กำหมัด พูดเสียงดัง แสดงคำพูดที่ก้าวร้าวหรือคุกคาม หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เป็นต้น (Vieta et al., 2017) ผู้รักษาควรสังเกตอาการของผู้ต้องชังตั้งแต่ยังมีอาการไม่มาก เพื่อให้ตระหนักถึงสัญญาณเตือนที่จะต้องป้องกันภาวะอันตราย

การสื่อสารและจัดการผู้ต้องขังที่มีภาวะก้าวร้าวหรือกระสับกระส่ายมีแนวทาง ดังนี้

- ผู้ให้การรักษามีสติ และไม่ตื่นตระหนกจนเกินไป

- แจ้งหรือส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่เรือนจำและทีมผู้ให้การรักษาคืนอื่น ๆ ทราบ เพื่อให้ช่วยกันเฝ้าระวังและจัดการเหตุการณ์เฉพาะหน้า

- แสดงความปรารถนาดี พูดกับผู้ต้องขังอย่างนุ่มนวล สร้างความรู้สึกผ่อนคลายและความรู้สึกเป็นมิตร ไม่กระตุ้นอารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรือรู้สึกอึดอัด เทคนิคง่าย ๆ คือ การแนะนำตนเอง การแจ้งวัตถุประสงค์ของการตรวจรักษา การสะท้อนความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันของผู้ต้องขัง เช่น “คุณกำลังโกรธ กำลังไม่พอใจ มีอะไรที่จะให้ช่วยได้บ้าง” คำพูดในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ต้องขังมีสติมากขึ้น รับรู้ได้ว่ามีคนที่กำลังใส่ใจ เข้าใจตนเองอยู่

- เมื่อผู้ต้องขังอารมณ์สงบและพอจะร่วมมือในการรักษาแล้ว จึงจะสามารถให้ข้อมูลกับผู้ต้องขังเกี่ยวกับการรักษาได้ เช่น กำลังทำหัตถการอะไร ใช้เวลานานเท่าไร จะช่วยลดความเจ็บปวดด้วยวิธีใด ผู้ต้องขังจะได้ประโยชน์อะไรจากการรักษา

- ไม่ทำให้ผู้ต้องขังรู้สึกถูกคุกคาม รู้สึกอับอาย หรือใช้คำพูดต้อนให้รู้สึกจนตรอก

- ให้ถามความต้องการและความคาดหวังการรักษาของผู้ต้องขังด้วยเสมอ โดยใช้คำถามที่สั้นและกระชับ

- ตอบคำถามผู้ต้องขังอย่างสงบ ไม่แสดงท่าทีเกรี้ยวกราดหรือกระสับกระส่ายตามอาการของผู้ต้องขัง

- ยื่นข้อเสนอที่สามารถจัดให้ผู้ต้องขังได้ตามความต้องการและบริบทของเรือนจำ โดยเฉพาะวิธีการที่ลดความทรมานจากอาการ เช่น อาการเจ็บปวด

- หากจำเป็นต้องให้ยาหรือผูกมัด ต้องเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ ไม่ทำให้ผู้ต้องขังบาดเจ็บและสอดคล้องกับบริบทของเรือนจำ รวมทั้ง ติดตามอาการหลังผูกมัด

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีการทำงานของสมองลดลงอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่

- Complex attention (มีความยากลำบากในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถูกเบนความสนใจได้ง่าย)

- Executive function (การวางแผน การตัดสินใจ และความสามารถเชิงนามธรรมบกพร่อง)

- Learning and memory (ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง)

- Language (มีความยากลำบากในการสื่อสารและการเข้าใจภาษา)

- Perceptual-motor (ความสามารถในการใช้มือทำกิจวัตรหรือพฤติกรรมต่าง ๆ บกพร่องแม้ว่ากำลังของกล้ามเนื้อจะปกติ)

- Social cognition (มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ ความเข้าใจผู้อื่น และการปรับตัวตามบริบทของสังคม)

ความบกพร่องดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากน้อยตามระดับความรุนแรงของโรค (American Psychiatric Association, 2013)

ความบกพร่องด้านภาษาร่วมกับความบกพร่องด้านอื่น เช่น ความจำ สมาธิ ทำให้ผู้ต้องขังมีปัญหาด้านการสื่อสาร ทั้งการทำความเข้าใจ (receptive) และการแสดงออก (expressive) อาจแสดงอาการได้ ดังนี้ มีปัญหาในการเลือกใช้คำให้ถูกต้องเหมาะสม ขาดความสอดคล้องเชื่อมโยงในคำพูด พูดหรือคิดซ้ำ ๆ สมาธิจดจ่อกับการสื่อสารลดลง มีอาการหลงลืมสิ่งที่เพิ่งพูดหรือสิ่งที่เพิ่งได้ยิน อาการดังกล่าวส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ต้องขัง เช่น ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง อารมณ์แกว่งง่าย หรืออ่อนไหวง่าย หงุดหงิดง่าย แสดงอารมณ์น้อยหรือไร้อารมณ์ (de Vries, 2013) ดังนั้น การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงต้องใช้ทักษะบางประการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการสื่อสาร และไม่ทำให้ผู้ต้องขังสูญเสียความมั่นใจ หรือได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์

การสื่อสารกับผู้ต้องขังที่มีภาวะสมองเสื่อม (de Vries, 2013; Banovic, Zunic, & Sinanovic, 2018) มีแนวทาง ดังนี้

- สื่อสารในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด
- สื่อสารกับผู้ต้องขังทางด้านหน้า และสบตา เพื่อแสดงความเป็นมิตร
- ขณะสื่อสาร ต้องมั่นใจว่ากำลังให้ความสนใจกับคนที่อยู่ตรงหน้า
- ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ไม่กระชอกโหวกฮวก แต่เสียงต้องดังพอ โดยเฉพาะกรณีกับผู้ต้องขังมีปัญหาการได้ยิน
- พูดช้า ๆ อย่าพูดเร็วจนเกินไปนัก ให้เวลาผู้ต้องขังได้ทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้รักษาต้องการจะสื่อสาร
- ใช้ประโยคสั้น ๆ เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงประโยคที่ซับซ้อน เพราะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถจดจำข้อความได้ทั้งหมด ทำให้ประมวลผลและแปลความหมายไม่ได้
- ถามทีละคำถาม และถามทีละประเด็น
- ให้เวลาผู้ต้องขังได้คิดก่อนตอบคำถาม อย่าเร่งรัดเอาคำตอบมากจนทำให้ผู้ต้องขังอึดอัดและสูญเสียความมั่นใจ และอย่าเพิ่งรีบเดาคำตอบจนเกินไป
- อาจให้ตัวเลือก หรือใช้คำถามปลายปิด เมื่อผู้ต้องขังไม่สามารถตอบคำถามปลายเปิดได้
- อาจใช้ท่าทาง สิ่งของ หรือการวาดภาพประกอบการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ต้องขังเห็นภาพที่ผู้สื่อสารต้องการจะสื่อได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ชี้ส่วนของร่างกาย หรือทำท่าทางประกอบการอธิบายการดูแลสุขภาพ
- สรุปลความและถามทวนสอบความเข้าใจกับผู้ต้องขังเป็นระยะ ๆ
- หลีกเลี่ยงการปะทะหรือเถียงกับผู้ต้องขัง เพราะจะเถียงไม่ชนะ และทำให้ผู้ต้องขังหงุดหงิดมากขึ้น ควรใช้วิธีเบนความสนใจอย่างนุ่มนวลและแนบเนียน
- สามารถใช้การสัมผัส เพื่อแสดงความสนใจ และความใส่ใจผู้ต้องขัง แต่ต้องทำความสะอาดมือเพื่อป้องกันการกระจายของเชื้อโรคไปสู่ผู้ต้องขัง

- ก่อนจะทำหัตถการกับผู้ต้องขัง ควรแจ้งให้ผู้ต้องขังทราบก่อน และแจ้งผู้ต้องขังเป็นระยะ ๆ ในแต่ละขั้นตอน ผู้ต้องขังจะรู้สึกปลอดภัย ไม่ตระหนก และพร้อมจะให้ความร่วมมือ

กรณีที่ผู้ต้องขังมีปัญหาความจำและภาษาที่รุนแรง ผู้ต้องขังอาจจำเหตุการณ์ใหม่ ๆ หรือเรียนรู้เรื่องราวใหม่ ๆ ได้น้อย หรือไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ หากมีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ต้องขัง ควรแจ้งพยาบาล เจ้าหน้าที่ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำเรือนจำให้ทราบ เพื่อให้เกิดการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ

การสื่อสารดังกล่าว อาจประยุกต์ใช้กับผู้ต้องขังที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ต้องขังที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง รวมถึงผู้ต้องขังโรคจิตเภทที่เริ่มมีการถดถอยของสติปัญญา

สรุป

การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการรักษา ผู้ให้การรักษาจำเป็นต้องมีทักษะและทัศนคติที่ดีต่อผู้ต้องขังซึ่งเป็นผู้รับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารกับผู้ต้องขังในภาวะต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางให้ผู้ให้การรักษาได้ทดลองนำไปใช้ สามารถปรับวิธีการได้ตามลักษณะของผู้ต้องขังแต่ละราย ลักษณะธรรมชาติของผู้ให้การรักษาเอง บริบทของสถานพยาบาลในแต่ละเรือนจำ และสถานการณ์เฉพาะหน้า หากผู้ให้การรักษาได้คำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ ร่วมกับการใส่ใจผู้ต้องขังที่มารับการรักษา จะส่งผลดีต่อการบริการสุขภาพในเรือนจำ กระตุ้นให้ผู้ต้องขังตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง ร่วมมือในการรักษา และมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นจนสามารถเกิดสุขนิสัยต่อเนื่องไปจนถึงหลังจำนำจากเรือนจำ

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental health disorder, fifth edition*. Virginia: The Association.
- Banovic, S., Zunic, L. J., & Sinanovic, O. (2018). Communication difficulties as a result of dementia. *Materia Socio-Medica*, 30(3), 221-224.
- Biglu, M. H., Nateq, F., Ghofazadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Materia Socio-Medica*, 29(3), 192-195.
- De, Vries K. (2013). Communicating with elder people with dementia. *Nursing Older People*, 25(4), 30-37.
- Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings, *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176-182.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Popa-Valea, O & Purcarea V. L., (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of Medicine and Life*, 7(4), 39-45.
- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., ... Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 328.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela rules)*. Retrieved April 10, 2020, from https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf



ภาคผนวก

หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

ชื่อวิชาหลัก ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ชื่อวิชาย่อยที่ 1.2 สุขภาพช่องปากและการดูแล

วัตถุประสงค์รายวิชา

- เพื่อให้อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติ บอกต่อองค์ความรู้
ด้านทันตสุขภาพ โดยอสรจ. ต้องสามารถ

1. อธิบายการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก
2. อธิบายปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือก โรคปริทันต์ และโรคฟันผุ
3. อธิบายการทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี
4. อธิบายการประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้น

มาตรฐานรายวิชา

1. สุขภาพช่องปากต่อสุขภาพร่างกาย
 - โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก
2. พฤติกรรมที่มีผลเสียต่อทันตสุขภาพ
 - การรับประทานอาหาร ขนมน้ำผลไม้
 - การทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม
3. โรคฟันผุ
 - สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค
 - แนวทางการรักษาและการส่งเสริมและป้องกันฟันผุ
4. โรคปริทันต์ เหงือกอักเสบ
 - สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค
 - แนวทางการรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรคปริทันต์ และเหงือกอักเสบ
5. ข้อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี

คำอธิบายรายวิชา

1. สุขภาพช่องปากต่อสุขภาพร่างกาย

ปากเป็นประตูสู่สุขภาพ ปัญหาสุขภาพช่องปากอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ร้ายแรงหรือเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องด้วยมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือโรคฟันผุ และโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งพบในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และส่งผลกระทบต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในประชากรเกือบทุกช่วงวัย ดังนั้นทีมสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว เพื่อให้รู้วิธีการป้องกัน เข้าใจแนวทางการรักษา สามารถตรวจให้คำแนะนำ บำบัด ดูแล และส่งต่อเพื่อการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก

ฟันธรรมชาติของมนุษย์มี 2 ชุด ชุดแรกคือ ฟันน้ำนม (primary teeth) อยู่ในช่องปากช่วงวัยเด็ก (ตั้งแต่อายุประมาณ 6 เดือน – 12 ปี) ลักษณะเป็นฟันซี่เล็กๆ สีขาว มีทั้งหมด 20 ซี่ ฟันธรรมชาติชุดที่ 2 เรียกว่า ฟันถาวร (permanent teeth) มีขนาดใหญ่และมีสีเหลืองกว่าฟันน้ำนม มีจำนวนทั้งหมด 32 ซี่ ฟันถาวรที่ดูแล้วรากฟันจะอยู่และใช้งานได้ตลอดชีวิต ทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวร มีโครงสร้างภายนอกและภายในเหมือนกัน ดังนี้

โครงสร้างภายนอก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ตัวฟัน และ รากฟัน ตัวฟัน คือส่วนของฟันที่โผล่พ้นเหงือกปรากฏให้เห็นในช่องปาก ส่วนรากฟันจะฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกรและมีเหงือกปกคลุมอีกชั้น ทำให้ไม่สามารถมองเห็นได้จากในช่องปาก สำหรับแนวเส้นที่เชื่อมต่อจุดที่ ตัวฟันและรากฟันมาบรรจบกันเรียกว่า แนวคอฟัน ซึ่งในคนที่มีเหงือกปกติจะอยู่ประมาณแนวเส้นขอบเหงือก

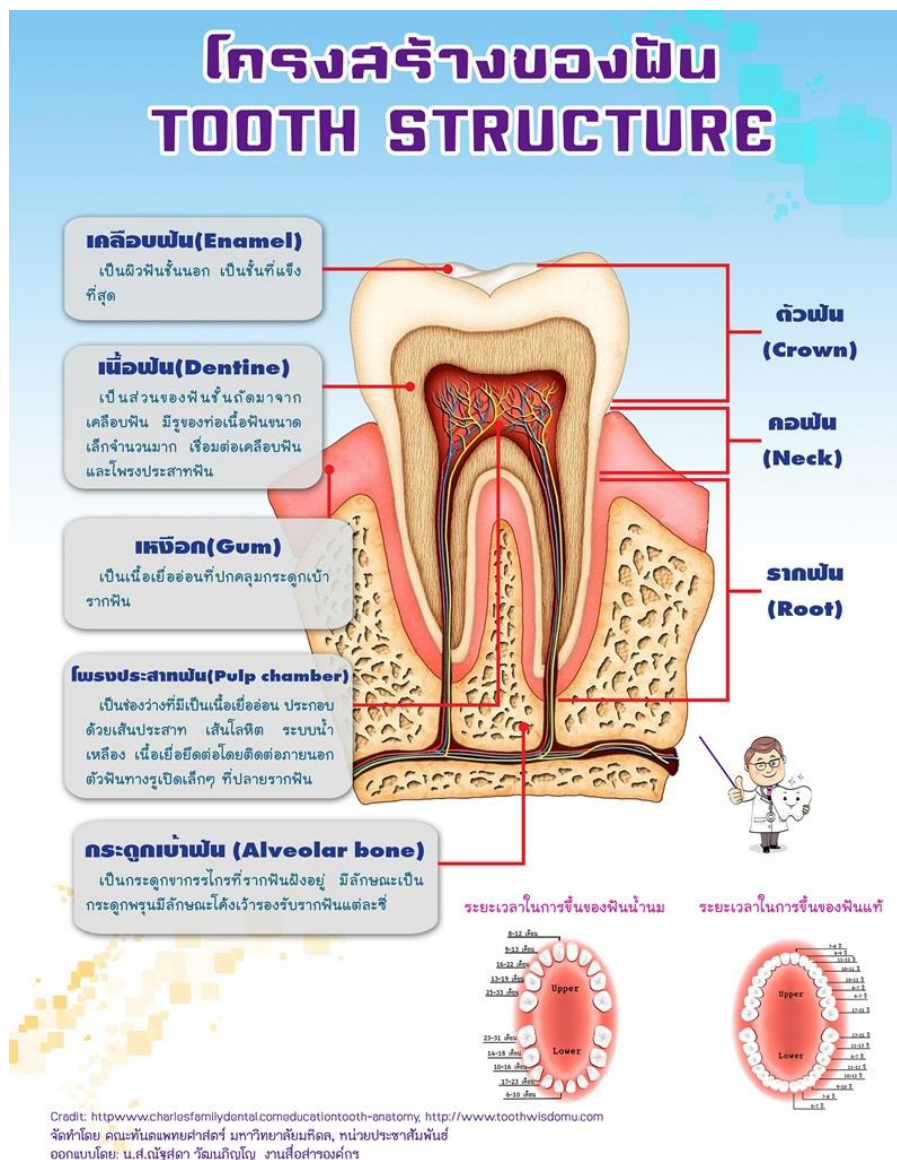
โครงสร้างภายใน แบ่งออกเป็น 3 ชั้น แบ่งออกเป็น 3 ชั้น คือ

ชั้นนอก คือ ชั้นเคลือบฟัน (enamel) และเคลือบรากฟัน (cementum) เคลือบฟันมีสีขาวใสเป็นมันวาว ส่วนเคลือบรากฟันมีสีเหลืองอ่อน ทึบแสง

ชั้นกลาง คือ ชั้นเนื้อฟัน (dentine) มีสีเหลือง มีโครงสร้างเป็นท่อเล็กๆ เรียงเบียดอัดกันแน่น

ชั้นใน คือ ชั้นเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (dental pulp) เป็นเนื้อเยื่ออ่อน ประกอบด้วย เส้นเลือด ท่อน้ำเหลือง และเส้นประสาทเล็กๆ มีหน้าที่หล่อเลี้ยงให้ฟันมีชีวิต และรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้

เคลือบฟัน เนื้อฟัน และเคลือบรากฟัน มีส่วนประกอบส่วนใหญ่เป็นสารอนินทรีย์ เมื่อสัมผัสกับกรด จะเกิดกระบวนการสูญเสียและคืนกลับของแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบเคลือบฟันเป็นส่วนที่แข็งที่สุด ประกอบด้วย ผลึกของสารแคลเซียมไฮดรอกซีอะพาไทต์ ประมาณร้อยละ 96 ส่วนเนื้อฟันประกอบด้วยผลึกของสารแคลเซียมไฮดรอกซีอะพาไทต์ประมาณร้อยละ 70 มีความแข็งน้อยกว่าเคลือบฟัน สำหรับเคลือบรากฟันมีผลึกของสารแคลเซียมไฮดรอกซีอะพาไทต์ ประมาณร้อยละ 45 – 50 มีความแข็งน้อยกว่าเนื้อฟัน



หน้าที่หลักของฟันคือ ตัดและบดเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ นอกจากนี้ฟันยังเป็นส่วนประกอบที่ทำให้ใบหน้าสวยงามและช่วยให้พูดออกเสียงได้ชัดเจน ประโยชน์ของการใช้ฟันบดเคี้ยวอาหาร นอกจากทำให้อาหารเป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อให้อวัยวะในระบบย่อยอาหารที่อยู่ถัดไปย่อยต่อไปได้ง่ายและสมบูรณ์มากขึ้น การเคี้ยวยังทำให้กระดูกใบหน้าและกระดูกขากรรไกรเจริญเติบโตสมบูรณ์ กระตุ้นให้ต่อมน้ำลายหลั่งน้ำลายเพิ่มมากขึ้นและช่วยกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

2. โรคฟันผุ

โรคฟันผุ หมายถึง สภาวะที่ฟันมีการสูญเสียเคลือบฟันและเนื้อฟัน ทำให้ผิวฟันเกิดเป็นหลุมหรือโพรง เรียกว่ารูผุของฟัน โรคฟันผุเป็นปัญหาที่พบมากในประชากรตั้งแต่วัยเด็กและเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประชากรกลุ่มวัยนี้ ฟันที่ผุแล้วไม่อาจกลับคืนมาเป็นฟันปกติ แต่สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการลุกลามและบูรณะให้ใช้งานได้ สำหรับวัยทำงานและผู้สูงอายุ อัตราฟันผุใหม่จะน้อยลง ฟันที่ผุส่วนใหญ่จะเป็นฟันที่ผุสะสมมาก่อนหน้าและพบการผุบริเวณรากฟันเพิ่มขึ้น

สาเหตุ และกลไกการเกิดโรคฟันผุ

กลไกการเกิดโรคฟันผุทางชีวเคมีเกิดจากแบคทีเรียที่รวมกลุ่มกันอยู่บนผิวฟัน (คราบจุลินทรีย์หรือชีฟัน) ย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลทำให้เกิดกรด กรดจะไปทำปฏิกิริยากับแร่ธาตุที่อยู่ในฟัน ทำให้สูญเสียแร่ธาตุออกไปจากฟัน หากสภาพความเป็นกรดเกิดขึ้นต่อเนื่องจะทำให้ฟันสูญเสียแร่ธาตุมากขึ้นจนเคลือบฟันและเนื้อฟันอ่อนตัวหลุดไป ทำให้เกิดรูผุขึ้น การเกิดกรดและการละลายเกลือแร่ออกจากฟันต้องเกิดภายใต้คราบจุลินทรีย์เสมอผิวฟันที่สะอาดไม่มีคราบจุลินทรีย์จะไม่เกิดฟันผุ

การวินิจฉัยความรุนแรงของโรคฟันผุแบ่งการลุกลามของโรคฟันผุ เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การผุในชั้นเคลือบฟัน จะเห็นเคลือบฟันเป็นรอยขุ่นขาว ไม่มีรูผุ ผู้ป่วยยังไม่มีอาการใดๆ หากหยุดยั้งปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุและเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุที่ผิวฟัน รอยโรคจะหยุดและกลับไปมีลักษณะเหมือนเคลือบฟันปกติหรือเป็นสีขาวหรือสีน้ำตาล

ระยะที่ 2 การผุถึงชั้นเนื้อฟันแต่ไม่ถึงโพรงประสาทฟัน เป็นระยะที่เห็นรอยโรคชัดเจน เพราะเกิดหลุมหรือโพรงบนผิวฟันและเนื้อฟัน ซึ่งอาจเห็นได้โดยตรง หรือเป็นเงามืดใต้เคลือบฟัน ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือมีอาการเสียวฟัน ปวดฟันบ้าง เป็นระยะที่ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีอุดฟัน เพื่อให้ฟันใช้งานได้ตามปกติและหยุดการลุกลามของโรคฟันผุ

ระยะที่ 3 การผุลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดฟันมาก เชื้อโรคอาจลุกลามเกิดฝีที่ปลายรากฟัน รวมทั้งอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง ทำให้ใบหน้า ลำคอบวม เจ็บปวดมาก บางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การรักษาเพื่อเก็บฟันไว้ใช้งานต้องรักษารากฟัน และทำครอบฟัน ซึ่งยุ่งยาก เสียเวลา และมีค่าใช้จ่ายสูงหรือบางครั้งอาจทำไม่ได้ ต้องถอนฟันซี่นั้นทิ้ง



การป้องกันโรคฟันผุ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของ การเกิดโรคฟันผุ ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคฟันผุทำได้หลายแนวทาง เช่น การทำให้ฟันและผิวเคลือบฟันสมบูรณ์ แข็งแรงยากต่อการกัดกร่อนของกรด การลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในช่องปากและผิวฟัน การลดโอกาส ในการสร้างกรดของจุลินทรีย์หรือการทำให้สภาพความเป็นกรดเกิดเพียง ช่วงสั้นๆ แล้วกลับคืนสู่ภาวะปกติ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาปากแห้งน้ำลายน้อยในบางคน ซึ่งโดยรวมแล้ว ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคล 2 ประการคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การดูแลรักษาอนามัยช่องปาก

แนวทางการดูแลรักษาโรคฟันผุ

ฟันผุระยะที่ 1 เป็นการผุในชั้นเคลือบฟัน หากตรวจพบควรแนะนำให้ใส่ใจดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากให้มากขึ้น โดยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแปรงบริเวณที่มีรอยขาวขุ่น หรือ เป็นจุดสีน้ำตาลให้สะอาดทั่วถึง กรณีที่สามารถทาฟลูออไรด์ให้ได้ ควรทาหรือเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่บริเวณนั้น ผิวฟันจะกลับแข็งแรงขึ้นและหยุดการลุกลามของโรคได้ นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมด้วย เช่น ลด ละ เลิก การรับประทานจุบจิบ

ขนมหวานควรรับประทานพร้อมอาหารมื้อหลัก แล้วแปรงฟันให้สะอาดและแนะนำให้รับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง เพื่อลดโอกาสที่ฟันจะผุเพิ่มขึ้น

ฟันผุระยะที่ 2 และ 3 เป็นระยะที่เกิดรูผุแล้ว บางครั้งเห็นเป็นรูผุชัดเจน บางครั้งเห็นเป็นรอยดำ และอาจลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟันแล้ว หากตรวจพบฟันผุระยะนี้ แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการอักเสบรุนแรง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรีบเข้ารับการรักษาก่อนทันตบุคลากร เพราะหากทิ้งไว้การผุจะลุกลามจนต้อง ถอนฟันทิ้ง หรืออาจเกิดการอักเสบที่รุนแรงได้ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการปวด ควรให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเชียวเศษอาหารออกจากกรู ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำให้สะอาด ใช้สาลีสะอาดปั่นเป็นก้อนเล็กๆ ชับน้ำในรูผุให้แห้ง ฉายยาระงับปวดและส่งต่อไปทำฟันและได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก และให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมด้วย

3. โรคปริทันต์

โรคปริทันต์ เป็นพยาธิสภาพที่เกิดกับเหงือก กระดูกเบ้าฟัน เอ็นยึดปริทันต์ และเคลือบรากฟัน โรคนี้เกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่เป็นชนิดเรื้อรัง โรคปริทันต์แบ่งตามลักษณะอาการ และความรุนแรงได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคเหงือกอักเสบ (gingivitis) เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณขอบเหงือก ลักษณะอาการที่ตรวจพบคือ เหงือกบวมแดง มีเลือดออกเวลาแปรงฟัน แต่ไม่มีอาการเจ็บปวด การอักเสบของเหงือกจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถแปรงฟันตนเองได้สะอาดและทั่วถึง โรคเหงือกอักเสบพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บปวด จึงถูกปล่อยปละละเลย ทำให้โรคดำเนินต่อไปจนเข้าสู่การเป็นโรคปริทันต์ อักเสบในวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2. โรคปริทันต์อักเสบ (periodontitis) เป็นภาวะที่การอักเสบลุกลามจากเหงือกไปทำลายกระดูกเบ้าฟัน เอ็นยึดปริทันต์ และเคลือบรากฟัน ทำให้การยึดติดของฟันกับกระดูกเบ้าฟันลดลง ฟันโยกจนไม่อาจใช้งานได้ เนื้อเยื่อปริทันต์ที่ถูกทำลายไปแล้ว เทคโนโลยีปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้คืนกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ การรักษาจะช่วยยับยั้งไม่ให้โรคลุกลาม หากมีการปลูกกระดูกก็อาจช่วย ช่อมแซมกระดูกที่ถูกทำลายไปได้บ้าง โรคปริทันต์อักเสบส่วนใหญ่เป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดจึงปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา ลักษณะที่ตรวจพบคือ สภาพช่องปากไม่สะอาด มีคราบจุลินทรีย์มาก กลิ่นปากรุนแรง มีหินน้ำลาย ฟันยื่นยาว ฟันห่าง หากใส่ฟันปลอมอาจเป็นสาเหตุให้ฟันปลอมไม่พอดี บางครั้งมีหนอง ในกรณีที่เกิดการอักเสบเฉียบพลันจะมีอาการปวด บวม ฟันโยก มีฝีหนองที่ปลายรากฟัน ทำให้เจ็บปวดทรมาน โรคปริทันต์อักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟันในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ภาพแสดงลักษณะความรุนแรงของการเกิดเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์



ความสัมพันธ์ระหว่าง โรคปริทันต์กับ โรคทางระบบ

ในปัจจุบันพบว่า การที่อวัยวะปริทันต์ติดเชื้อและมีการอักเสบเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรคทางระบบหลายโรครุนแรงมากขึ้น เพราะเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคปริทันต์สามารถเข้าสู่กระแสโลหิต และก่อให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ ผลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบความเกี่ยวข้องกันระหว่างโรคปริทันต์กับโรคทางระบบ หลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของระบบสมองและประสาท เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคเกี่ยวข้องกับการอักเสบของข้อต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้โรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ลูกคลอดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่าปกติ

การป้องกัน การวินิจฉัย และแนวทางการดูแลรักษาโรคปริทันต์

โรคปริทันต์มีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บริเวณขอบเหงือกและคอฟัน ดังนั้นหลักการสำคัญที่จะป้องกันและหยุดยั้งโรคปริทันต์ได้ คือการขจัดคราบจุลินทรีย์ในบริเวณนี้ออกไป อย่าให้สะสม พอกพูนจนเชื้อจุลินทรีย์ชนิดที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์เพิ่มจำนวนมากขึ้นและก่อให้เกิดโรคได้ วิธีที่ดีที่สุดคือ การแปรงฟันให้สามารถทำความสะอาดได้ทั่วถึงทั่วทั้งปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่บริเวณคอฟันและต้องแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย เมื่อตรวจสุขภาพหรือให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ควรสังเกตสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยด้วย เช่น ดูเรื่องความสะอาดของช่องปาก ดูสภาพฟันและเหงือก เหงือกปกติมีสีชมพูอ่อน

หรือสีชมพูคล้ำตามสีผิว มีเนื้อแน่น ขอบเหงือกบางรัดแน่นรอบคอฟัน ในภาวะที่เกิดเหงือกอักเสบ เหงือกจะบวม แดง เมื่อมีแรงกด หรือเมื่อแปรงฟันจะมีเลือดออกได้ง่าย

4. ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพช่องปาก

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยบ่อนทำลายสุขภาพร่างกายหลายระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและภาวะความผิดปกติในช่องปากหลายอย่าง ทั้งต่อตัวฟัน อวัยวะปริทันต์ เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก และต่อมน้ำลาย รวมทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นในผู้สูบบุหรี่ สารเคมีที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่จะไปจับและสะสมบนคราบ จุลินทรีย์ทำให้เกิดคราบดำที่ติดแน่นบนตัวฟัน แลดูสกปรกและทำให้มีกลิ่นปาก ผลของการสูบบุหรี่ยังทำให้การขับน้ำลายลดลง น้ำลายข้นและมีค่าความเป็นกรดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลไกการชะล้างทำความสะอาดช่องปากลดลง มีเศษอาหารตกค้างมากขึ้น จึงมีโอกาเป็นโรคฟันผุมากขึ้น

พบว่า โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งเป็นโรคเหงือกอักเสบแบบเนื้อตายเฉียบพลันมากกว่าปกติ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ความสามารถในการรับรส และกลิ่นเลวลง ผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นแผลในปากง่ายแต่แผลหายยาก ทั้งนี้เนื่องจากการระคายเคือง อันเป็นผลมาจากความร้อนและสารเคมีในควันบุหรี่ เช่น น้ำมันดิน (tar) ซึ่งสามารถถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากได้ พบผู้สูบบุหรี่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ความร้อนและสารเคมีในควันบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อช่องปากต่อเนื่อง และเรื้อรัง จนนำมาสู่การเป็นมะเร็งในช่องปาก นอกจากนี้ การใช้ยาเส้น ยาฉุนที่ทำจากใบยาสูบ จุกไว้ในปากหรือเคี้ยวเป็นประจำ ก็นำไปสู่การเป็นมะเร็งในช่องปากได้

5. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก

อาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั่วไปด้วย การบริโภคแป้งและน้ำตาลจำนวนมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วน โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ น้ำตาลเป็นสารที่เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากใช้สร้างกรด และสร้างสารที่ช่วยให้เชื้อจุลินทรีย์ยึดติดกับผิวฟัน น้ำตาลที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากที่สุดคือน้ำตาลซูโครส หรือน้ำตาลทราย คนไทยส่วนใหญ่มักจะบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก ซึ่งอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุ ดังนั้นเราจึงควรหลีกเลี่ยงหรือลดความถี่ในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาลหรือมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ และควรรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น ถั่วหรือผลไม้ เพราะมีเส้นใยช่วยทำความสะอาดฟันไปในตัวระหว่างรับประทานอาหารเช่น พุทรา มันแกว ฝรั่ง ชมพู ผลไม้เปรี้ยวๆบางชนิดเช่นมะยม มะขาม มะม่วง จะมีความเป็นกรดสูงภายหลังรับประทานแล้วจะรู้สึกเข็ดฟันหรือเสียวฟันได้เพราะกรดไปละลาย

ผิวเคลือบฟันออก ทำให้ประสาทฟันรับรู้สึกรู้สึไขึ้น ทำให้เสียวฟันควรบ้วนน้ำแรงๆหรือแปรงฟันหลังรับประทานเพื่อชะล้างเอากรดต่างๆออกก็จะเป็นการดี ความสามารถของน้ำตาล ที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ ขึ้นกับเวลาที่น้ำตาลอยู่ในปาก ความเข้มข้นของน้ำตาลที่รับประทานและความถี่ของการรับประทาน คือ ยิ่งนาน ยิ่งมาก ยิ่งบ่อย เท่าไรโอกาสที่จะเกิดโรคฟันผุจะมีมากขึ้นตามไปด้วย ขนมถุงสำเร็จรูป กรูบกรอบพวกแป้ง ผสมน้ำตาลหรืออาหารที่มีความเหนียวติดฟันง่าย เช่น ขนมปังกรอบ พวกวุ้นเฟอว์ รสต่างๆ

เพื่อสุขภาพที่ดีของเราควรทำดังนี้

- ลดจำนวนครั้งของการรับประทานน้ำตาล
- ลดความเข้มข้นของน้ำตาลที่ใช้ผสมในอาหาร
- ควรรับประทานอาหารหวานให้อยู่เฉพาะอาหารมื้อหลักเพื่อลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ
- การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงได้แก่ ผักและผลไม้บางชนิด เช่น แดงกวา ฝรั่ง มะเขือเทศ ชมพู จะช่วยทำความสะอาดฟัน
- ควรหลีกเลี่ยงการเคี้ยวอาหารที่แข็งมากเช่น น้ำแข็ง กระดุก เพราะอาจทำให้ฟันสึกหรอ และแตกได้
- ไม่ควรรับประทานจุบจิบเพื่อลดการตกค้างของเศษอาหารในช่องปากที่จะเปลี่ยนเป็นกรด ซึ่งสามารถทำลายผิวเคลือบฟันทำให้ฟันผุ



6. การดูแลอนามัยช่องปาก

วิธีดูแลรักษาอนามัยช่องปากขั้นพื้นฐานที่บุคคลต้องปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน คือการแปรงฟัน การแปรงฟัน มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความสะอาดช่องปาก จัดเศษอาหารตกค้างกำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันทำให้รู้สึกปากสะอาดสดชื่น การแปรงฟันเป็นวิธีการป้องกันโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่มีประสิทธิภาพ เพราะการแปรงฟันทำให้ปากสะอาด จัดเศษอาหารไม่ให้ตกค้างในช่องปาก และช่วยลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก รวมทั้งยาสีฟันส่วนใหญ่มีฟลูออไรด์ซึ่งเป็นสารป้องกันฟันผุรวมอยู่ด้วย และเพื่อให้การแปรงฟันเกิดประสิทธิผลด้านการป้องกันโรคปริทันต์ จึงต้องให้ความสำคัญกับการแปรงบริเวณคอฟัน เพราะคราบจุลินทรีย์ในบริเวณดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ

ข้อแนะนำสำหรับบุคคลทั่วไป คือ

1. ให้แปรงฟันวิธีขยับปิดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ที่สำคัญเวลานอนไม่ควรมีเศษอาหารตกค้างในช่องปาก และแปรงฟันให้ทั่วถึงทุกซี่ทุกด้าน
2. ใช้เวลาแปรงฟันแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 2 - 3 นาที
3. การเลือกใช้แปรงสีฟัน ควรเลือกแปรงขนอ่อน มีจำนวนกระจุกขนแปรงมาก ปลาย ขนแปรงมน หรือแปรงที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากกรมอนามัย
4. แต่ละคนควรมีแปรงสีฟันเป็นของตนเอง ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น
5. หลังการใช้แต่ละครั้งควรล้างให้สะอาด ผึ่งให้แห้ง ไม่เก็บแปรงสีฟันในที่อับชื้นเพราะจะทำให้ขึ้นราได้ง่าย และควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อขนแปรงขึ้นรา รูปทรงบิดเบี้ยว หรือบานจากปกติ ขนแปรงที่เสียรูปอาจทำอันตรายต่อเหงือกได้ โดยทั่วไปแปรงสีฟันมีอายุการใช้งานประมาณ 3 - 4 เดือน
6. ข้อควรระวังคือ ถ้าใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็งหรือเวลาแปรงฟันออกแรงกดมากเกินไป จะทำให้คอฟันสึก เหงือกเป็นแผลและเหงือกกร่น การวางขนแปรงสีฟันไม่ถูกต้อง จะทำให้ประสิทธิผลของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ลดลง
7. ยาสีฟันมีส่วนผสมฟลูออไรด์ ให้เลือกใช้ตามข้อแนะนำข้างต้น
8. สิ่งสำคัญคือ ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจวัตรประจำวันทุกวัน

การแปรงฟันสูตร ๒๒๒

การแปรงฟันตามสูตร ๒ ๒ ๒ คือ แปรงฟันวันละ ๒ ครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เช้าและก่อนนอน แปรงฟันนานอย่างน้อย ๒ นาที เพื่อให้สะอาดทั่วทั้งปากทุกซี่ทุกด้าน และให้ฟลูออไรด์ได้ใช้เวลาทำปฏิกิริยากับฟันเพื่อป้องกันฟันผุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงปล่อยให้ปากสะอาดไม่กินขนมหวาน น้ำอัดลมหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง



1. การแปรงฟัน โดยฝึกวิธีแปรงฟันแบบ ขยับ-ปัด (Modified Bass Technique) ซึ่งเป็น วิธีที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ ซึ่งหมายถึง แปรงได้สะอาด (ครบจุลินทรีย์เหลือน้อยที่สุด) แปรงได้ทั่วถึง (แปรงฟันทุกซี่ ทุกด้าน เน้นขอบเหงือก คอฟัน) แปรงนาน 2 นาทีเพื่อให้ฟลูออไรด์มีผลในการป้องกันฟันผุและแปรงสม่ำเสมอ (แปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง) เมื่อแปรงฟันหลังอาหารมื้อเย็นหรือก่อนนอนแล้วต้องไม่รับประทานอะไรอีก ควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่มหรือนุ่มพิเศษเพื่อไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน (แปรงแล้วไม่ทำให้ลิ้นหรือเหงือกเป็นแผล และไม่ทำให้ฟันสึก)
2. วิธีแปรงฟันด้านในและด้านนอก ให้วางขนแปรงเอียง 45 องศาตรงรอยต่อระหว่างขอบเหงือกและฟัน ขยับแปรงไปมาสั้นๆ ในแนวนอน แล้วปัดขนแปรงไปทางปลายฟันให้แปรงทั้งฟันบนและฟันล่าง ทั้งด้านซ้ายและขวา

ฟันกรามบน ด้านแก้มและฟันหน้าบนด้านริมฝีปาก หายแปรงสีฟันขึ้น ให้ขนแปรงอยู่เหนือคอฟันเล็กน้อย เอียงแปรงเข้าหาเหงือกประมาณ ๔๕ องศา ปลายของขนแปรงจะแทรกเข้าไปในร่องเหงือกได้เล็กน้อยออกแรงถูแปรงไปมาสั้นๆ ๓-๔ ครั้ง แล้วปัดลงไปทางปลายฟัน ทำเช่นนี้ ๕-๖ ครั้ง จึงเปลี่ยนที่ใหม่ ให้ทับซ้อนกับบริเวณเดิมเล็กน้อยแล้วขยับทำซ้ำต่อไปจนครบทุกซี่

ฟันหน้าบนด้านเพดาน ให้หางแปรงขึ้นวางแปรงสีฟันให้ขนานกับแนวของซี่ฟันกดปลายขนแปรงส่วนสุดท้ายให้แนบกับบริเวณคอฟัน แล้วดึงแปรงลงมาโดยให้ขนแปรงสัมผัสกับผิวฟันตลอดทำเช่นนี้ ๕-๖ ครั้ง



ฟันกรามล่าง ด้านแก้มและฟันหน้าล่างด้านริมฝีปาก คว่ำแปรงสีฟันลง ให้ขนแปรงถึงบริเวณคอฟัน เอียงแปรงเข้าหาเหงือกประมาณ ๔๕ องศา ปลายของขนแปรงจะแทรกเข้าไปในร่องเหงือกได้เล็กน้อยออกแรงถูไปมาสั้นๆ ๓-๔ ครั้ง แล้วปัดขึ้นไปด้านปลายฟัน ทำเช่นนี้ ๕-๖ ครั้ง จึงเปลี่ยนที่ใหม่ ให้ทับซ้อนกับบริเวณเดิมเล็กน้อย แล้วขยับทำซ้ำต่อไปจนครบทุกซี่

ฟันหน้าล่างด้านลิ้น ให้แนวของด้ามแปรงสีฟันขนานกับแนวของซี่ฟันกดปลายขนแปรงส่วนสุดท้ายให้แนบกับบริเวณคอฟัน แล้วดึงขึ้นบนโดยให้ขนแปรงสัมผัสกับผิวฟันตลอด ทำเช่นนี้ ๕-๖ ครั้ง



การแปรงลิ้น

แปรงฟันทุกครั้งควรแปรงลิ้นให้สะอาด เพราะโคนลิ้นมีปุ่มรับรสเล็กๆ มากมาย บางรายลิ้นมีร่องลึกเป็นที่กักเก็บคราบจุลินทรีย์และคราบอาหาร ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย สาเหตุที่ทำให้ช่องปากมีกลิ่นเหม็นเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย ดังนั้นการแปรงลิ้นทุกครั้งหลังแปรงฟันจะเป็นการทำความสะอาดขั้นตอนสุดท้ายของการแปรงฟัน ที่ทำให้สุขภาพช่องปากสะอาดทั่วทั้งปาก

วิธีการแปรงลิ้น หลังแปรงฟันทุกซี่ทุกด้านแล้ว ให้วางแปรงสีฟันบริเวณโคนลิ้นให้ขนแปรงสีฟันตั้งฉากกับลิ้น ลากแปรงสีฟันออกมาทางปลายลิ้น ทำ 4-5 ครั้ง

สำหรับผู้ที่ชอบขย้อนหรือชอบอาเจียนแนะนำให้แปรงลิ้นก่อนแปรงฟันโดยไม่ต้องใช้ยาสีฟันและแปรงเบาๆ



ขั้นตอนการแปรงฟันแท้

1. บีบยาสีฟันแล้วแปรงได้เลย ไม่ต้องเอาแปรงจุ่มน้ำและไม่ต้องบ้วนปากก่อนแปรง
2. แปรงฟันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที
3. แปรงเสร็จแล้วถ่มฟองทิ้ง จากนั้นแปรงลิ้นเบาๆ เพื่อลากเศษฟองยาสีฟันที่ตกค้างบนลิ้นออกแล้วถ่มทิ้ง
4. แปรงเสร็จแล้ว ถมน้ำลายและเศษฟองยาสีฟันที่ตกค้างออกจนรู้สึกสบายปาก แต่หากต้องการใช้น้ำล้าง ควรใช้น้ำเพียงจิบเล็กน้อย เศษฟองยาสีฟันที่ตกค้างเพียงเล็กน้อยนั้น จะเป็นแหล่งเก็บกักฟลูออไรด์ชั้นดีที่จะปล่อยฟลูออไรด์ระดับสูงในช่องปากในระยะครึ่งชั่วโมงแรกหลังการแปรงฟัน เพื่อช่วยในการป้องกันฟันผุเป็นอย่างดี



แบบตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก

การตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นวิธีการเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ทราบสภาพ ว่าเรามีสิ่งผิดปกติอะไรในช่องปาก (ให้ทำเครื่องหมาย ถูก V ตรงช่อง ☐ ที่ตรวจพบ และเติมจำนวนขึ้นในช่องว่าง)

1. ความสะอาดฟัน ยังมีเศษอาหารคราบจุลินทรีย์(ขี้ฟัน) ติดตามตัวฟันอยู่หรือไม่



เหงือกปกติ จะมีสีชมพูอ่อน ยอด
เหงือกมีปลายแหลม และขอบ
เหงือกบางเรียบ ไม่มีเลือดออก

☐ เหงือกปกติ



คราบจุลินทรีย์ ขี้ฟัน สีเหลือง
หรือขาว ติดฟัน หรือมีเศษอาหาร

☐ ไม่สะอาด

2. สุขภาพเหงือกเป็นอย่างไร มีหินปูน เหงือกอักเสบหรือไม่



เหงือกอักเสบ ขอบเหงือกมีลักษณะ
บวมและมีสีแดงเห็นชัดเจน เลือดจะ
ออกง่าย

☐ เหงือกอักเสบ



ปริทันต์อักเสบ เหงือกอักเสบรุนแรง
อาจฟันโยก ฟันห่าง หรือฟันโยกยาว พบ
ร่องเหงือกลึก (ต้องรีบไปพบหมอฟัน)

☐ ปริทันต์อักเสบ



หินปูน ตรวจพบหินปูนปกคลุมบริเวณ
ฟันหน้าล่าง หรือบริเวณอื่น
(ต้องรีบไปพบหมอฟัน)

☐ หินปูน

3. พบพบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับฟันจะได้แก้ไข หรือไปรับการรักษา



ฟันปกติ / ไม่ผุ (มันดูแลสุขภาพช่อง
ปากให้ดีและสม่ำเสมอ)

☐ ฟันปกติ



ฟันหน้าผุ เป็นรูหรือเป็นรอยโรคสี
ดำ (ต้องรีบไปพบหมอฟัน)

☐ ฟันหน้าผุ.....ซี่



ฟันหลังผุ เป็นรูหรือเป็นรอยโรคสี
ดำ (ต้องรีบไปพบหมอฟัน)

☐ ฟันหลังผุ.....ซี่



วัสดุอุดแตกร้าว หรือวัสดุอุดหลุด
หรือผุค่อ (ต้องรีบไปพบหมอฟัน)

☐ วัสดุอุดหลุด.....ซี่



คอฟันสึก เป็นลิ่มเข้าไปในเนื้อฟัน
ทำให้มีอาการเสียวฟันได้ เนื่องจาก
แปรงฟันแรงไม่ถูกวิธี (ต้องรีบไป
พบหมอฟัน)

☐ ฟันสึก.....ซี่



ฟันคุด ฟันกรามซี่สุดท้ายบ่อยครั้งที่
ขึ้นได้บางส่วน (ต้องรีบไปพบหมอ
ฟัน)

☐ ฟันคุด.....ซี่

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2540) หลักการและแนวคิดของเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา.

กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย(2549) ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชน

ไทยกลุ่มอายุต่างๆในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย(2559) คู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2556) การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประดู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

วิชาย่อยที่ 1.2 สุขภาพช่องปากและการดูแล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/แนวคิดรวบยอด	แนวทางการจัดกิจกรรมเรียนรู้	สื่อ อุปกรณ์	เวลา	การประเมิน
1.เพื่อให้อาสาสมัคร เรือนจำ (อสรจ.) มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติ บอกต่อองค์ความรู้ ด้านการทันตสุขภาพ	1.สุขภาพช่องปากต่อสุขภาพ ร่างกาย 2.โครงสร้างและหน้าที่ของ อวัยวะในช่องปาก 3.พฤติกรรมที่มีผลเสียต่อ ทันตสุขภาพ - การรับประทานอาหาร ขนม ลูกอม น้ำอัดลม - บุหรี่ 4.โรคฟันผุ - สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค - การส่งเสริมและป้องกัน ฟันผุ 5.โรคปริทันต์ เหงือกอักเสบ - สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค - การส่งเสริมป้องกันโรค ปริทันต์ และเหงือก อักเสบ 6.ข้อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ช่องปาก - การแปรงฟันที่ถูกวิธี - การแปรงฟันแห้ง 7.การตรวจคัดกรองโรค ในช่องปาก - เหงือก-ฟัน-รอยโรค	ภาคทฤษฎี 1. การบรรยาย 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภาคปฏิบัติ 3.ให้ผู้เข้าอบรมฝึก ปฏิบัติจริงในการแปรง ฟันและตรวจช่องปาก 4.ให้ผู้เข้าอบรมจับคู่ และสำรวจช่องปาก และเรียนรู้ไปพร้อมกัน	1. Power Point 2. แผ่นภาพพลิก 3. สื่อการสอน 4. ใบงาน	40 นาที 30 นาที	- ผู้อบรมสามารถ เล่า และสอน ผู้ต้องขังได้ -ผู้อบรมสามารถ ตอบคำถามได้ - ผู้อบรมสามารถ ปฏิบัติได้จริง




กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ชุดสื่อการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรม อสรจ.




กรมราชทัณฑ์
DEPARTMENT OF CORRECTIONS



๑. คู่มือครูฝึก อสรจ.





๒. หลักสูตรฝึกอบรม
อสรจ.





๓. สื่อการเรียนการสอน
ตามหลักสูตร อสรจ.





๔. ติ่ง VDO สื่อช่วยสอน “วิดิทัศน์ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)”

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLGEKN3EQXdbcjtd3ZGbYUyG5xWLq8-J>

