

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุ
ในกลุ่มเด็กปฐมวัย

Comprehensive Oral Health
Promotion Model to Reduce Early
Childhood caries (ECC)

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ
กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

สนับสนุนทุนวิจัยโดย
องค์การอนามัยโลก

ก อ ง บ ร ร ณ า ทิ ก า ร

ทพ.ญ.สุณี	วงศ์คงคาเทพ
ทพ.ญ.บุปผา	ไตรโรจน์
นางสาวลลิกา	เมธนาวิณ
นางสาวอลิสสา	ศิริเวศสุนทร
นางสุภาวดี	พรหมมา
ทพ.ญ.ปิยะดา	ประเสริฐสม
ทพ.ญ.จันทนา	อึ้งชูศักดิ์
ทพ.ญ ศรีสุดา	ลีละศิธร
นางชนิษฐ์	รัตนรังสิมา

ที่ ป รึ ก ษ า

ทพ.สุธา	เจียมณีโชติชัย
ทพ.ญ.เพ็ญทิพย์	จิตต์จันทน์
ทพ.ญ.บุญเชื้อ	ยงวานิชากร

จัดพิมพ์โดย : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : ออนพรีนซ์ 02-688-5869

จำนวนหน้า : 144 หน้า

ISBN : 974-515-660-4

สารบัญตาราง	ก
สารบัญรูปภาพ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สรุปสาระสำคัญ	ง
Executive Summary	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	3
ขั้นตอนดำเนินการ	3
บทที่ 2 องค์ความรู้และวิทยาการที่เกี่ยวข้องของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	5
สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	5
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	8
ผลกระทบของปัญหาฟันผุต่อคุณภาพชีวิตเด็กไทย	17
มาตรการส่งเสริมป้องกันและควบคุมปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย	23
สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กปฐมวัยไทยในอดีต	32
ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพไทย สำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี	36
อัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี	37
กลยุทธ์การจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ	37
ความสำเร็จของการแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย ต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก	49
การใช้ Family approach and Community approach ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	53

บทที่ 3	สรุปสถานการณ์การที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพดูแลช่องปาก ในเด็กไทยอายุ 0-5 ปี	62
	บทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของพ่อแม่/ผู้เลี้ยงที่คาดหวัง	62
	สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู การบูรณาการบริการการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	63
	ในระบบบริการสาธารณสุขของไทย	69
	ตัวอย่างการบูรณาการบริการสุขภาพช่องปาก	
	อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย	76
	บทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุน การดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน	81
	ตัวอย่างองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญในการพัฒนา สุขภาพช่องปากในศูนย์เด็ก	93
บทที่ 4	ข้อเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน หลักการสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพช่องปากผสมผสาน	97
	องค์ประกอบและต้นทุนชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปี	98
	รูปแบบและเงื่อนไขการจัดบริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน	101
	แนวทางการให้บริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพผสม ระดับพื้นฐานในเด็ก 0- 5 ปี	104
	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน	105
บรรณานุกรม		111

สารบัญตาราง

ตารางที่		
2.1	สภาวะโรคฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2532, 2537 และ 2543-44	6
2.2	สภาวะโรคฟันผุในเด็ก อายุ 5-6 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527, 2532, 2537 และ 2543-2544	7
2.3	ประสิทธิผล (Effectiveness) ในบริการทันตกรรมป้องกัน	40
2.4	ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมบางประเทศ ในเครือสหภาพยุโรป	42
2.5	สาระความรู้ใน Counseling schedule	58
2.6	กิจกรรมทันตกรรมดำเนินการที่บรรจุใน Chart audits	61
3.1	กรอบงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในบริการกลุ่มแม่และเด็ก ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	71
3.2	รายชื่อองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ศึกษา	82
3.3	กรอบประเด็นแผนยุทธศาสตร์ในอบต.ที่ศึกษา	86
4.1	รายการในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานจำแนกตามอายุเด็ก	102
4.2	ต้นทุนในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานจำแนกตามรายการ	103
4.3	ต้นทุนของชุดบริการส่งเสริมสุขภาพผสมผสานระดับพื้นฐาน ในเด็ก 0-5 ปีจำแนกตามอายุ	104
4.4	แนวทางการประเมินพัฒนาการ 13 ช่วงอายุ	106
4.5	แบบคัดกรองโรคคอทิสซิมในเด็กอายุ 1-5 ปี	109
4.6	แบบคัดกรองความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี	110
4.7	ประเด็นการให้ทันตศึกษาและคำปรึกษาในคลินิกเด็กดี (WBC) ตามช่วงอายุ	117

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		
2.1	ร้อยละของเด็กที่เป็นโรคฟันผุจำแนกตามภาคและปีการสำรวจ	7
3.1	ความเชื่อมโยงระหว่างเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยสนับสนุน 3 กลุ่ม กับกิจกรรมการบูรณาการ	74
4.1	กรอบการดำเนินการ Comprehensive oral health promotion model	113

คำนำ

การดูแลสุขภาพช่องปากถือเป็นสิทธิของเด็กที่ระบุในรัฐธรรมนูญ ปัจจุบันพบแนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นจนน่าเป็นห่วง เป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กที่มีปัญหาฟันผุนรุนแรง นอกจากเกิดอาการปวดบวมเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ การพัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาการด้านบุคลิกภาพในวัยนี้เป็นอย่างมาก กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างกิจกรรมสำคัญ 4 กลุ่ม คือการบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ การขยายบทบาทครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพและเป็นองค์รวม การขยายบทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขระดับพื้นที่ และการพัฒนามาตรการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

คณะทีมวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารรายงานวิจัยนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ ที่สนองตอบต่อการลดอัตราฟันน้ำนมผุในอนาคต

คณะทีมวิจัย

กรกฎาคม พ.ศ. 2548

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากทีมงาน 3 กลุ่ม คือ 1) ทีมงานสุขภาพในบริการคู่สัญญาปฐมภูมิที่แสดงความคิดเห็นเรื่องการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็ก 2) กลุ่มผู้ปกครองเด็กอนุบาล 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนละอออุทิศ และโรงเรียนประเทืองทิพย์วิทยา ที่แสดงความคิดเห็นเรื่องบทบาทพ่อแม่กับการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย และ 3) ทีมงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ให้ข้อเสนอแนะเรื่องการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก และขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกประเทศไทยที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

สรุปสาระสำคัญ

การศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน เพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้และวิทยาการที่เกี่ยวข้องในการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย 2) สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานทุกมิติอย่างเป็นระบบ โดยการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย และมาตรการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 2 กลุ่ม 1) ทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ผู้ปกครองโรงเรียนอนุบาล 2 แห่ง และการสัมภาษณ์เจาะลึกความคิดเห็นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ต่อประเด็นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า

- ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 5 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อปัญหาฟันน้ำนมผุในเด็กปฐมวัยไทย คือ การทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการอมข้าว การบริโภคขนมที่เสี่ยงสูงประจำ พฤติกรรมดุนนมหลับคาขวด ตามลำดับ และพฤติกรรมการไม่กินผัก ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู
- บริการส่งเสริมป้องกันที่สำคัญในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ คือ 1) การตรวจช่องปากและคัดกรองปัจจัยเสี่ยง 2) การให้ความรู้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในคลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์ และ ศูนย์เด็กเล็ก 3) การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน 4) การลดความถี่ในการบริโภคน้ำตาล 5) การให้บริการฟลูออไรด์วานิช และใช้สารเคลือบหลุมและร่องฟัน
- ให้ความสำคัญในการสร้างความตระหนักและการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจากทุกภาคส่วน อันประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสำคัญอย่างน้อย 5 กลุ่ม คือ 1) ผู้กำหนดนโยบาย 2) ผู้ให้บริการในระบบบริการ 3) องค์กรท้องถิ่นและชุมชน 4) พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก และ 5) สื่อมวลชน
- รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก คือ
 - มาตรการดำเนินการในชุมชน โดยประสานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เพื่อสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ทุกภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ ครอบครัวและผู้เลี้ยงดูชุมชน/ท้องถิ่น สื่อมวลชน จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็ก ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- มาตรการส่งเสริมสุขภาพในระบบบริการ โดยพัฒนาโยบายการให้บริการแบบบูรณาการที่ชัดเจน พัฒนาระบบการจัดบริการแบบบูรณาการให้เข้มแข็ง และให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการในงานอนามัยแม่และเด็ก ด้วยทีมสุขภาพแบบสหสาขาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ 1) การให้บริการตรวจคัดกรองฟันผุตั้งแต่ฟันน้ำเริ่มขึ้น 2) การให้ความรู้ระดับครอบครัวเพื่อเพิ่มความตระหนักต่อปัญหาฟันน้ำนมผุและพัฒนาการดูแลเด็กให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี 3) ให้บริการเพื่อการป้องกันโดยใช้ฟลูออไรด์วานิช 4) การส่งต่อเพื่อรับบริการอุดฟันเพื่อป้องกันการลุกลาม

- มาตรการดำเนินการในระดับครัวเรือน โดยสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ตามบัญญัติ 10 ประการ คือ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บริโภคนมรสจืด งดติ่มน้ำหวานจากขวดนม การเลิกนมมือเด็กเมื่ออายุ 6 เดือน เลิกใช้ขวดนมในช่วงอายุ 12-18 เดือน การแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นแรกขึ้น ฝึกบริโภคอาหารที่มีผัก ฝึกวินัยการบริโภคอาหาร จำกัดความถี่ในการบริโภคขนม การตรวจฟันประจำปี

- พัฒนากลไกเพื่อเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการ โดย 1) มีนโยบายให้เด็กที่เกิดใหม่ทุกคนต้องลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิรับบริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน ที่ระบุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การส่งเสริมสุขภาพช่องปากถือเป็นส่วนประกอบหนึ่งในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน 3) ใช้กลไกทางการเงินเป็นตัวผลักดันให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามผลงานบริการ 4) พัฒนาระบบการติดตามและกำกับผลงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปีของแต่ละเครือข่ายบริการคู่สัญญา

- พัฒนาศักยภาพของทีมนักส่งเสริมสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ โดย 1) พัฒนาลัทธิศรัทธาอบรมระยะสั้นในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 2) มีหน่วยงานที่มีบทบาทและงบประมาณการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน 3) จัดทำคู่มือและแนวทางการช่องปากดำเนินการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ 4) จัดทำสื่อการให้ความรู้ที่จำเป็นในการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี

Executive Summary

This study is aimed at model of comprehensive oral health promotion by reviewing technical evidences related to children's oral health and early childhood caries and proposing appropriate strategies and interventions for comprehensive child oral health under the universal health insurance policy. Literature review, Focus groups discussion among stakeholders including dental service providers, parents and caretakers were conducted for the study. In-depth interview to community leaders to identify local government's role in child oral health promotion was added.

The result

Development of comprehensive oral health promotion in childhood should pursue the following principles.

1. Enabling parents to identify and control the five risk factors associated to childhood caries is crucial to sustainability. These include oral hygiene, prolonged rice keeping in the mouth, frequent consumption of high-risk snacks, prolonged use of a nursing bottle at sleep time and vegetable denying behaviour.

2. Prevention and promotion measure for child oral health should technically rely on 1) oral screening and oral health risk assessment, 2) educating parents or caretakers regarding dental caries in antenatal clinic, well baby clinic and child care centers, 3) plaque control by tooth brushing and flossing, 4) reducing intake and frequency of sugar consumption, and 5) using fluoride vanish and dental sealant.

3. Creating community awareness and partnership to build up participation for oral health promotion actions. Stakeholders should involve local policy makers, health service providers, local authorities and community, parent and caretakers and mass media.

4. Comprehensive oral health promotion strategies will consist of 3 approaches:

4.1 Community-based approach

It is necessary to work with local authorities and community groups to create oral health promotion activities in child care centers and to enhance environmental support such as food and canteen service, tooth brushing, and role model building.

4.2 Service-based approach

This is based on professional oral health promotion intervention. Adopting integrated oral health care policy in MCH service, strengthening managerial process, and providing standard oral health service with early intervention at primary care level are the main strategies. The provision of service need to cover 1) oral screening and oral health risk assessment by age of 6 months or after first tooth eruption, 2) oral health education, 3) individualized preventive dental health program with fluoride vanish, and 4) referral system for secondary prevention if necessary.

4.3 Home-based approach

Creating awareness and enabling parents and caretakers to apply the 10 preventive recommendations including breast feeding, sugar-free milk feeding, bottle-free sweetened drinks, avoiding feeding while sleep, stop bottle feeding, tooth brushing, avoiding high-risk snacks, well-trained food habit, vegetable meal, and regular oral examination.

5. Increasing Coverage and accessibility to oral health promotion service by 1) registration policy for every new baby to obtain basic oral health promotion service at primary care level. 2) Introducing oral health promotion as one of the essential benefit packages under the UC for under 5-aged group. 3) Applying financial mechanism to improve service efficiency, and 4) developing mechanism to monitor and evaluate the productivity and output of the service.

6. Building the capacity of primary care providers by 1) providing basic short course training in child oral health care, 2) adequate funding for staff development, 3) developing a manual or guideline in oral health promotion for community nurse and health personnel at primary care level, and 4) producing oral health education kids for ANC and WBC services.

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี พบว่าในปี 2543-2544 เด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีอัตราฟันน้ำนมผุเฉลี่ยกว่าร้อยละ 67.9 ขณะที่กลุ่มอายุ 5-6 ปีพบอัตราฟันน้ำนมผุเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 77.4 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 87.6 ในปี 2543-2544 อีกทั้งทวีความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้น จากค่าเฉลี่ยผุถอนอุดเพิ่มจาก 4.9 ซี่ต่อคนในปี 2527 เป็น 6.1 ซี่ต่อคนในปี 2543-2544

ปี 2545 กรมอนามัยมีนโยบายให้ทุกจังหวัดดำเนินการสำรวจอัตราฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี พบว่ามีเพียง 8 จังหวัดที่มีอัตราฟันผุต่ำกว่าร้อยละ 60 จังหวัดส่วนใหญ่พบอัตราฟันผุร้อยละ 70-80 มีค่าเฉลี่ยอัตราฟันผุ ร้อยละ 72 และมีจำนวนจังหวัด 15 จังหวัดที่เด็กกลุ่มนี้ผุสูงมากกว่าร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่า ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กเล็กมีปัญหามากจนน่าเป็นห่วง เป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กที่มีปัญหาฟันผุนรุนแรงจนเกิดการปวดบวม อันจะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ พัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาการด้านบุคลิกภาพในวัยปฐมวัยเป็นอย่างมาก

โรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยใช้มาตรการการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เช่นการใช้สารฟลูออไรด์ การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ภายใต้การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ครอบคลุมการดูแลไปถึงกลุ่มเด็กเล็กตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โครงการแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 1) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ 0-3 ปี ประกอบด้วย การให้ทันตสุขภาพและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ การให้ทันตสุขภาพแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กที่ของรัฐ มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี) และให้ยาฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง และ 2) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ 3-5 ปี มีการดำเนินการส่วนใหญ่ในสถาบัน เช่น ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลของรัฐ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่ผ่านมา พบข้อจำกัดในการดำเนินการ แนวทางบริการส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับ เด็ก 0-3 ปี มีโอกาสได้พบบุคลากรสาธารณสุขเพียง 1 ครั้ง และได้รับบริการที่ได้ค่อนข้างผิวเผิน

จากสภาพเงื่อนไขบริบททางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้แบบแผนและภาวะการดำรงชีพของประชาชนเปลี่ยน ทำให้พ่อแม่จำนวนมากต้องมุ่งหาเลี้ยงชีพ ทำงานนอกบ้านไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้เอง หรือมีเวลาเลี้ยงดูน้อยลง และต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเลี้ยงแทนโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก 0- 3 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดู

ประกอบกับการแพร่ของแบบแผนวิถีชีวิตอย่างวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา ความเจริญและวิวัฒนาการทางเทคโนโลยี ความเจริญทางการสื่อสารต่างๆ เหล่านี้ส่งผลทางอ้อมให้เกิดการบริโภคทั้งกลุ่มแป้งและน้ำตาลสูงขึ้น ขณะเดียวกันพัฒนาการของรูปแบบขนมหวานอันได้แก่ ของว่าง ของขบเคี้ยวต่างๆ ในกลุ่มแป้งและน้ำตาล และเครื่องดื่มจำพวกน้ำหวาน น้ำอัดลม ฯลฯ ได้ทวีจำนวนชนิดมากขึ้นด้วยรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น

เพื่อให้การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยมีหลักประกันตามสิทธิที่รัฐธรรมนูญระบุ ในการรับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสามารถลดปัญหาฟันผุในอนาคต จึงมีความจำเป็นต้องการบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ ขยายบทบาทครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวม และชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขของพื้นที่ ในลักษณะการทำงานผสมผสานเชิงรุกอย่างจริงจัง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยจึงได้ดำเนินการ

โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานอย่างเป็นระบบในกลุ่มเด็กปฐมวัย เพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์

1. ทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้และวิทยาการที่เกี่ยวข้องในการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย
2. สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานอย่างเป็นระบบในกลุ่มเด็กปฐมวัย เพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนดำเนินการ

1. จัดประชุมที่มงานวิจัยเพื่อกำหนดประเด็นขอบเขตและรูปแบบการศึกษา 1 ครั้ง 2 วัน
2. จัดจ้างผู้เชี่ยวชาญทบทวนองค์ความรู้และวิทยาการที่เกี่ยวข้องในการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย
3. จัดประชุมนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาข้อสรุปมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย 1 ครั้ง 3 วัน เพื่อพิจารณาเรื่อง
 - 1) สถานการณ์ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยและมาตรการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง
 - 2) บทบาทของครอบครัว / ชุมชนและแนวทางดำเนินการในการปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย
 - 3) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบการจัดการทางการเงินการคลังที่เอื้อต่อการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย
 4. จัดเวทีภาคีเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและพิจารณาความเป็นไปได้ ในประเด็นมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย 2 ครั้ง ๆ ละ 2 วัน
 - 4.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ภาคีกลุ่มผู้ให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ทันตแพทย์ พยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ทันตภิบาลในศูนย์สาธารณสุขชุมชน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย 2 วัน
 - 4.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เครือข่ายพ่อแม่และ

ผู้เลี้ยงดูกลุ่มเด็กอนุบาล 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนละอออุทิศ และโรงเรียนประเทืองทิพย์วิทยา เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องบทบาทพ่อแม่กับการลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

5. การสัมภาษณ์เจาะลึกความคิดเห็นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรการการก่อสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ในการสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่ โดยดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คือ นายกององค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในศูนย์เด็กเล็กซึ่งอยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เจ้าหน้าที่ในฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 4 อำเภอใน 4 จังหวัด คือ 1) องค์การบริหารตำบล 3 แห่ง ในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 2) องค์การบริหารตำบล 3 แห่ง ในอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 3) องค์การบริหารตำบล 3 แห่ง ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และ 4) องค์การบริหารตำบล 3 แห่ง ในอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์เจาะลึกดังนี้

- บทบาทและแผนงานของอบต. ในการสนับสนุนงานด้านสาธารณสุข
- แนวคิดและแผนงานของอบต. ในการดูแลสุขภาพเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ
- การสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยของอบต.
- ความคิดเห็นและความเป็นไปได้ต่อ ข้อเสนอกิจกรรมในการดำเนินการของอบต. ดังนี้ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การจัดซื้อชุดแปรงฟันให้เด็กในศูนย์ การซื้อชุดบริการเพื่อการป้องกันให้เด็กในความรับผิดชอบ การจัดระเบียบร้านค้าให้ลดการขายขนมที่เป็นโทษต่อฟัน

6. สรุปและสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน เพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

บทที่ 2

องค์ความรู้และวิทยาการ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัย

สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย¹

การเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการดำรงชีวิตของเด็ก เด็กเล็กในวัยก่อนเรียนปัจจุบันมักพบว่ามี การผุของฟันในช่องปากแล้วและมีลักษณะการผุหลายๆซี่ในปาก สภาวะโรคฟันผุนี้ เราเรียกว่า Early Childhood Caries (ECC) ซึ่งตามนิยามของ National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) 1999 หมายถึง การมีฟันผุทั้งที่เป็นรู ฟันผุชัดเจนและยังไม่เป็นรูฟันผุ การมีฟันหายไปเนื่องจากฟันผุ หรือการมีการบูรณะ ฟันในฟันน้ำนมซี่ใดๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป สำหรับโรคฟันผุนรุนแรงในเด็กปฐมวัย (severe early childhood caries) หมายถึงการมีฟันผุที่มีรูปแบบแตกต่างจากปกติ มีการลุกลามรุนแรงรวดเร็ว หรือเป็นการผุนด้านของฟันที่ไม่พบการผุตามปกติ เช่น ผุหลายตำแหน่งทั้งฟันหน้าและฟันหลัง (Drury et al., 1999)

ประเทศไทยเริ่มมีการสำรวจสภาวะฟันผุที่สามารถสะท้อนภาพของการเป็นโรคฟันผุในเด็กเล็ก โดยทำการสำรวจเด็กกลุ่ม 3 ปี เป็นครั้งแรกในการสำรวจ

สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2532 ข้อมูลจากการสำรวจครั้งนั้นพบว่า มีความชุกของโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 66.5 โดยเฉลี่ย 4 ซี่/คน ข้อมูลความชุกนี้มีค่าค่อนข้างคงที่ในการสำรวจอีก 2 ครั้งต่อมา คือในพ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2544 แต่พบว่า แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในเขตชนบทจากร้อยละ 66.8 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 67.8 และ 70.3 ในปี 2537 และ 2544 ตามลำดับ (ตารางที่ 1,2)

ตารางที่ 2.1 สภาวะโรคฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2532 2537 และ 2543-44

พื้นที่ (เขต/ภาค)	ความชุกโรค			ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด		
	2532	2537	2543-2544	2532	2537	2543-2544
เขตเมือง	62.6	59.4	64.0	3.9	3.2	3.6
เขตชนบท	66.8	67.8	70.3	3.9	3.8	4.0
กลาง	82.6	70.4	67.7	5.2	4.2	3.8
เหนือ	66.4	60.4	67.0	3.8	3.1	3.8
ตอ./เหนือ	56.7	58.1	70.1	3.2	3.0	3.9
ใต้	73.6	66.8	71.2	4.4	3.9	4.0
ทั่วประเทศ	66.5	61.7	65.7	4.0	3.4	3.6

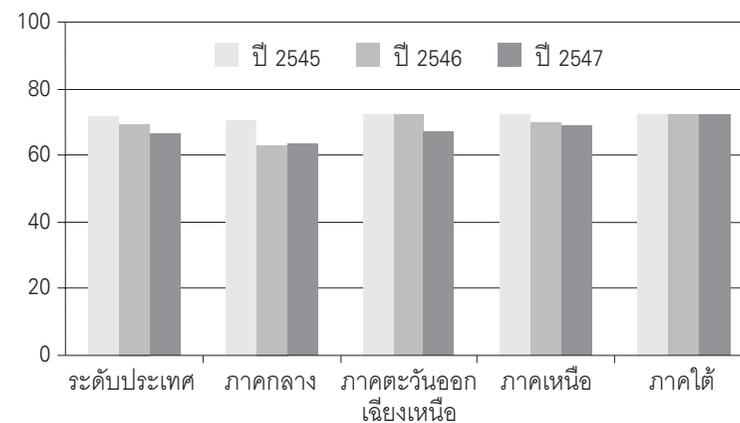
นับแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทางกองทันตสาธารณสุขได้มีมาตรการในการติดตามสถานการณ์การเกิดโรคฟันผุในชุดฟันน้ำนมอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการสนับสนุนให้ทุกจังหวัดทำการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็ก 3 ปี ทุกปี ซึ่งจากรายงานการสำรวจในช่วงปี 2545-2547 (เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง 2547) พบว่า สถานการณ์การเป็นโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ยกเว้นภาคใต้ (รูปที่ 2.1) ข้อมูลรายงานจาก 71 จังหวัดที่ทำการสำรวจในปี 2547 พบเพียง 3 จังหวัดที่ยังคงมีความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มนี้สูงมากกว่าร้อยละ 50

¹ ปิยะดา ประเสริฐสม กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย แนวโน้มปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 2.2 สภาวะโรคฟันผุในเด็ก อายุ 5-6 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527, 2532, 2537 และ 2543-2544

พื้นที่ (เขต/ภาค)	ความชุกโรค				ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด			
	2527	2532	2537	2543-2544	2527*	2532	2537	2543-2544
เขตเมือง	92.1	93.4	88.5	86.1	7.1	6.9	6.1	5.7
เขตชนบท	68.9	80.8	84.1	89.0	4.6	5.2	5.7	6.2
กลาง	87.3	94.4	92.7	87.9	6.5	6.9	6.8	5.8
เหนือ	72.4	86.1	78.8	85.7	5.7	5.8	5.0	5.7
ตอ./เหนือ	53.1	65.5	91.0	89.0	2.7	3.6	5.0	6.2
ใต้	92.8	91.5	92.9	91.4	7.2	7.0	6.9	6.9
ทั่วประเทศ	71.6	83.1	85.1	87.4	4.9	5.6	5.7	6.0

*เฉพาะฟันผุ อุด



รูปที่ 2.1 ร้อยละของเด็กที่เป็นโรคฟันผุจำแนกตามภาคและปีการสำรวจ

การมีฟันผุหลายซี่ ซึ่งในช่องปากของเด็กเล็กโดยเฉพาะฟันหน้าบน 4 ซี่ เป็นลักษณะการเกิดโรคที่เป็นแบบแผนเฉพาะ การลุกลามของโรคฟันผุในเด็กเล็กนี้พบมีความรุนแรงมาก ในบางจังหวัด ค่าเฉลี่ยของการเป็นโรคฟันผุในช่องปากสูงถึง 8 ซี่/คน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544) ซึ่งเป็นสภาวะที่เด็กไม่สามารถ

เคี้ยวอาหารได้ อุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กจะมีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะใน 2 ขวบปีแรกของชีวิต การศึกษาอัตราการเพิ่มขึ้นในฟันน้ำนมของเด็กจังหวัดศรีสะเกษในปี 2544 (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ 2545) พบว่าเด็กอายุ 1-5 ปีมีอัตราเพิ่มของฟันผุแต่ละปีเป็นร้อยละ 27.0, 56.5, 89.4, 97.7 และ 86.0 ตามลำดับ การศึกษาของ Vachirarojipisan T (2004) ในเด็กอายุ 6-19 เดือน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เด็ก 9-10 เดือน มีฟันผุร้อยละ 20.8 อายุ 11-14 เดือน ผุร้อยละ 51.5 และอายุ 15-19 เดือน พบร้อยละ 82.8 และการศึกษาของจังหวัดสกลนคร ในเด็ก 1-3 ปี พบการเพิ่มขึ้นของฟันผุแต่ละช่วงปี เป็นร้อยละ 2.8, 18.4, และ 55.0 ตามลำดับ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียฟันในเวลาอันเร็ว เศวต ทัศนบรรจง 2530 ได้รายงานว่าการไทยเริ่มมีการสูญเสียฟันน้ำนมตั้งแต่อายุเพียง 2 ปี

ข้อมูลจากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ 2547) ได้อธิบายการเกิดฟันผุในกลุ่มวัยนี้ว่าจะเริ่มที่บริเวณฟันหน้าบนก่อน ตามด้วยฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 1 บน และล่าง ฟันเขี้ยว และฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองตามลำดับ ในกรณีของเด็กที่มีอายุมากขึ้นจะพบว่า หากไม่มีการดูแลบริเวณฟันหน้า จะพบการผุบนด้านบดเคี้ยวและด้านประชิดของฟันน้ำนม ซึ่งการผุในระยะนี้มักจะเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารว่าง ที่มีแป้งและน้ำตาล ร่วมกับการไม่ได้ทำความสะอาดฟัน และลักษณะการสัมผัสด้านประชิดที่กว้างและแน่นร่วมกับการไม่ได้ทำความสะอาดซอกฟันทำให้มีโอกาสเกิดฟันผุมากขึ้น การลุกลามของโรคฟันผุในวัยนี้จะเป็นไปอย่างรวดเร็ว พบว่ารอยโรคฟันผุระยะแรกจะลุกลามเป็นรูฟันผุในระยะเวลา 6-12 เดือน (Weinstein P et al., 1994, Grindeford M et al., 1995) ทั้งนี้เนื่องจากเคลือบฟันและเนื้อฟันของฟันน้ำนมบางกว่าฟันแท้ ทำให้เกิดการลุกลามของโรคสู่รากฟันเร็วขึ้น นอกจากนี้เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมักพบว่าจะมีผลให้มีการลุกลามไปในฟันน้ำนมซี่อื่นๆ และมีผลต่อการเกิดฟันผุในฟันแท้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในชุดฟันน้ำนมของเด็กสามารถแบ่งระดับเป็น 3 ปัจจัยหลักๆ คือ

1. ปัจจัยระดับปัจเจก

1.1 ตัวฟัน

โดยธรรมชาติแล้วฟันน้ำนมจะมีเคลือบฟันบาง (ประมาณ 0.5 มิลลิเมตร ในฟันตัดบนเทียบกับ 1 มิลลิเมตรในเคลือบฟันของฟันกรามแท้) และบริเวณคอฟัน

ของฟันตัดบนนี้เป็นบริเวณที่มีเคลือบฟันบางที่สุดและจะเป็นบริเวณที่มีการสูญเสียแร่ธาตุเป็นอันดับแรก เด็กมีฟันที่สร้างไม่สมบูรณ์ (enamel hypoplasia) ซึ่งพบได้ในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือเด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย เด็กขาดสารอาหารเด็กที่มีการติดเชื้อ (Seow WK, 1998) ฟันลักษณะเช่นนี้จะมีโอกาสผุได้ง่ายเช่นกัน นอกจากนี้ความผิดปกติของตัวฟันจะส่งเสริมให้เชื้อยึดเกาะบนตัวฟันได้ดี และเกิดการสะสมของอาหารทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย (Milgrom P et al., 2000, Li Y et al., 1994) การศึกษาเด็กอายุ 1-4 ปีในประเทศทานซาเนีย พบว่าเด็กที่มี enamel hypoplasia จะเกิดฟันผุสูงกว่าในฟันปรกติถึง 14.5 เท่า (Matee, van't-Hof, Masselle, Mikx, and van Palensyein-Helderman, 1994) ซึ่งพบปรากฏการณ์เช่นเดียวกันในการศึกษาที่ทำในเด็กจีน (Li, Navia, and Bian, 1996)

1.2 อาหาร

อาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ (cariogenic diet) เป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิด ECC อาหารชนิดนี้จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อ Streptococcus mutans อย่างรวดเร็ว เด็กที่ชอบบริโภคอาหารเหล่านี้จะมีปริมาณของเชื้อชนิดนี้มากกว่าร้อยละ 60 ของเชื้อในช่องปาก ซึ่งในระบบนิเวศของช่องปากเช่นนี้จะก่อให้เกิดการย่อยสลายแร่ธาตุออกจากตัวฟันอย่างรวดเร็ว

อาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในฟันน้ำนม ได้แก่ นม และ อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล นมเป็นอาหารหลักสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี หลังจากนั้นนมถือเป็นอาหารเสริม นมสำหรับเด็กอาจจะเป็น นมมารดา หรือนมผงดัดแปลง ซึ่งส่วนใหญ่ทำมาจากนมวัว เช่น นมดัดแปลงสำหรับทารก นมสูตร ต่อเนื่อง เป็นต้น ถึงแม้ว่านมส่วนใหญ่มี lactose เป็นส่วนประกอบ ซึ่งแบคทีเรียสามารถใช้น้ำตาลนี้ทำให้เกิดกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่นแต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติช่วยในการป้องกันฟันผุ เช่น โปรตีน แคลเซียมและฟอสเฟต ซึ่งจะช่วยชะเทินความเป็นกรดและช่วยให้เกิดการคืนกลับแร่ธาตุสู่ตัวฟัน (remineralization) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า นมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัวจัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย (Levine 2001) หากแต่สิ่งสำคัญที่จะทำให้การเลี้ยงเด็กด้วยนมแล้วทำให้เกิดโรคฟันผุได้คือวิธีเลี้ยงและการเติมสารอื่นๆเพิ่มเข้าไปในนม เช่น น้ำตาล น้ำผึ้ง กลูโคส เป็นต้น การศึกษาในหนูด้วยการเติมน้ำตาลซูโครสร้อยละ 2 ลงในนมพบว่าทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเติมน้ำตาลเป็นร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ (Bowen and Pearson 1993) Dini et al ; 2000 ทำการศึกษาในเด็ก 3-4 ปี พบว่า การเติมน้ำตาลใส่เครื่องดื่มให้เด็กดูจากขูดร้อยละ 80

และตรวจฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 46 ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ ระวีวรรณ บุญญาภาม (2539) รายงานว่า เด็กที่ดื่มนมหวานในช่วงอายุ 0-2 ปี มีฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะแปรงฟันเป็นประจำและกลุ่มที่ดื่มนมจืดจะแปรงฟันไม่สม่ำเสมอก็ตาม

วิธีการเลี้ยงเด็กด้วยนมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการก่อให้เกิด ECC การให้เด็กหลับคาขวดนมเป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Reisine and Douglass ;1998) การศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจ และ คณะ 2547 ซึ่งทำการศึกษาในเด็กอายุ 6-30 เดือนที่มาใช้บริการในคลินิกเด็กดีพบว่า มีพฤติกรรมการหลับคาขวดนมร้อยละ 26.2 และเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดูดนมจนหลับคาขวด 1.4 เท่า ในกรณีของเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยทั่วไปแล้วมักจะพบว่าเมื่ออัตราการเกิดโรคฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยนมขวด หากแต่มีรายงานว่าเด็กที่แม่ให้การเลี้ยงดูโดยที่เด็กสามารถดูดนมแม่ได้ตลอดเวลาตามต้องการ ก็จะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุอย่างรุนแรงได้เช่นเดียวกัน (Matee et al., 1992) นอกจากนี้การเติมน้ำตาลชนิดต่างๆ ลงในนมจะทำให้เกิดฟันผุได้มากขึ้นด้วย (Stacey MA and Wright FAC 1991, Bowen WH and Pearson SK, 1993, Thorild I et al., 2002) การดูคาน้ำตามหลังการดูดนมจะช่วยทำให้การเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมลดลงได้ ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล และ รพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) ทำการศึกษาเด็กอายุ 2-6 ปี พบว่า เด็กกลุ่มที่ไม่ได้ดูคาน้ำตามหลังดูดนมมีอัตราฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ยเป็นด้านต่อคน สูงกว่าเด็กที่ดูคาน้ำหลังดูดนม

การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ปริมาณน้ำตาลที่บริโภคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ได้มีการทำการศึกษาระดับประเทศเพื่อหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ Sreebny 1982 ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับโรคฟันผุ โดยใช้ข้อมูลจาก 47 ประเทศ พบว่า การบริโภคน้ำตาลสามารถอธิบายการเกิดโรคฟันผุได้ถึง 50% และได้นำเสนอว่า ปริมาณน้ำตาลที่สามารถบริโภคได้อย่างปลอดภัยไม่ควรเกิน 50 กรัม/วัน หรือ 18.5 กิโลกรัมต่อปี ในขณะที่ Sheiham 1992 ได้นำเสนอตัวเลข 40 กรัม /วัน สำหรับพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคพอเพียงและ 30 กรัม/วันในพื้นที่ที่ไม่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค

Vanobbergen et al., 2001 พบว่า การดื่มเครื่องดื่มผสมน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารทุกวันและการรับประทานนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การกินนมหมอมืออาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคฟันผุ เด็กที่กินนมมากกว่า

3 ครั้ง/วันจะมีสถานะฟันผุน้อยกว่าเด็กที่กินน้อยกว่า(Tsubouchi et al., 1995, Grytten, Rossow, Holst, and Steele, 1998, สมนึก ชาญด้วยกิจ และ คณะ 2547, ปิยะดา ประเสริฐสม และ คณะ 2546) ปัจจุบันเด็กกินนมมากเกินไปมีผลต่อสุขภาพกายโดยรวมเนื่องจากพลังงานที่ได้จากนมเป็นพลังงานที่ไม่มีคุณค่า การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก อายุ 3-15 ปี โดยอุไรพร จิตต์แจ้ง และ คณะ 2547 พบว่าในเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กได้รับพลังงานจากขนมเป็นสัดส่วนร้อยละ 27 ของพลังงานที่แนะนำในหนึ่งวัน ขนมที่เด็กนิยมบริโภคส่วนใหญ่ คือ ขนมปังนิ่มมีไส้ ขนมแป้งกรอบบรรจุถุง เยลลี่ และไอศกรีม ซึ่งในการศึกษาของสุธา เจียรณณีโชติชัย และคณะ 2546 พบว่า ขนมเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ และการศึกษาของบุญเชื้อ ยงวานิชากกร 2546 ซึ่งทำการสำรวจขณะนมในโรงเรียนเขตจังหวัดนนทบุรี พบว่า ขนมบรรจุถุงเหล่านี้ ร้อยละ 80.86 มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบและแบ่งที่เป็นองค์ประกอบหลักของขนมเหล่านี้เป็นคาร์โบไฮเดรตที่เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากสามารถย่อยสลายเกิดเป็นกรดได้

การกินอาหารหรือขนมที่มีปริมาณน้ำตาลสูงในขวบปีแรกของเด็กจะทำให้เกิดโรคฟันผุที่ลุกลามมากขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับการเกิดโรคฟันผุทำได้น้อยลงเนื่องจากการใช้ฟลูออไรด์อย่างกว้างขวางมากขึ้น ในการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบของ Burt and Pai (2001) พบว่า มีรายงานการวิจัยเพียง 2 ฉบับจากเอกสารที่สามารถค้นหาได้ทั้งหมด 809 เรื่อง ในปี 1980-2000 ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับการเกิดโรคฟันผุในระดับสูง (OR,RR ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป) รายงานการวิจัย 16 ฉบับพบความสัมพันธ์ในระดับกลาง (OR,RR 1.5-2.4) และ 18 ฉบับ พบความสัมพันธ์น้อยหรือไม่พบความสัมพันธ์ (OR,RR น้อยกว่า 1.4)

1.3 เชื้อจุลินทรีย์

เชื้อ Streptococcus mutans เป็นจุลินทรีย์หลักที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ จากรายงานการทบทวนเอกสารของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ คณะ 2547 อาจสรุปบทบาทของเชื้อจุลินทรีย์ต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กได้ดังนี้ ในคราบจุลินทรีย์ของเด็กที่มีฟันผุจะตรวจพบเชื้อ Streptococcus mutans ในช่องปากในปริมาณที่แตกต่างจากเด็กที่ไม่มีฟันผุอย่างชัดเจน ปัจจุบันพบว่า แลคโตบาซิลไล (lactobacilli) เป็นจุลินทรีย์ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการลุกลามของรอยโรค โดยปกติจะตรวจพบ แลคโตบาซิลไลในช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนได้ไม่บ่อยนัก แต่หากตรวจพบทั้งมิวแทนส์ สเตรปโตค็อกคัสและแลคโตบาซิลไลในช่องปากจะมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคฟันผุสูง

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าในช่องปากของเด็กที่ไม่มีฟันขึ้นจะตรวจไม่พบ มิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซ และจะตรวจพบได้เมื่อมีฟันขึ้นมาในช่องปาก ซึ่งอาจเป็นเพราะ มิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซ จะต้องเกาะติดและตั้งถิ่นฐานบนพื้นผิวที่ไม่มีการหลุดลอก (non-shedding surface) จึงตรวจพบได้เมื่อมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นมาในช่องปากหรือเมื่อมีการใส่เครื่องมือ เช่น ในเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ อัตราการติดเชื้อ มิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซ จะเพิ่มขึ้นตามอายุและจำนวนฟันที่ขึ้นมาในช่องปาก ช่วงอายุเฉลี่ยของเด็กที่ตรวจพบ มิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซ เข้ามาอยู่ในช่องปากในช่วงอายุต่ำกว่าขวบปีแรก ซึ่งเป็นระยะเวลาพอดีกับที่มีฟันหน้าขึ้นมาในช่องปาก จากการศึกษาพบว่า มิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซ เข้ามาในช่องปากเร็วเท่าใดโอกาสเกิดโรคฟันผุ จะสูงขึ้นเท่านั้น

การศึกษาเรื่องเชื้อจุลินทรีย์ในประเทศไทย พบในการศึกษาของ Vachirarojipisan T (2004) ซึ่งทุกการศึกษาในเด็กอายุ 6-19 เดือน พบว่า เด็กที่มีปริมาณเชื้อมิวแทนส์ สเตริฟโตค็อกไซสูง จะมีฟันผุสูงด้วย จำนวนเชื้อเป็นตัวทำนายที่ดีของการเกิดฟันผุโดยมีค่า OR เท่ากับ 4.5 นอกจากนี้ การศึกษาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอายุเฉลี่ย 41 เดือน พบว่าจำนวนเชื้อแลคโตบาซิลไลและคราบจุลินทรีย์ในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญโดยวันเพียงเรื่องจิตทวิกุล (2532)

1.4 การดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

การทำความสะอาดช่องปากเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก วิธีที่ใช้เพื่อการทำมาสะอาดฟันเด็ก คือการแปรงฟัน โดยที่อายุเริ่มต้นที่แปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน และการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก Eronat and Eden, 1992 พบว่า เด็กที่มี nursing caries จะมีจำนวนผู้ไม่แปรงฟันมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุมที่ไม่มี nursing caries และความถี่ในการแปรงฟันมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ (Vanobbergen et al., 2001; Ashley et al., 1999; Gibson and William, 1999) โดยที่การแปรงฟันบ่อยๆมีผลช่วยลดฟันผุเนื่องจากป้องกันการก่อตัวของเชื้ออ็อกซิจีสที่สามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุระยะแรกได้ (Moss, 1996) Gibson and William, 1999 พบว่า การแปรงฟันประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร ผลของการแปรงฟันมาจากยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และวิธีการแปรงที่จะต้องสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ อย่างไรก็ตามในเด็กเล็กที่พัฒนาการของกล้ามเนื้อยังไม่ดีพอมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเด็ก

ผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้เด็กจะควบคุมความสะอาดได้ดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง (Freeman et al., 1989) หากแต่ในเด็กไทยผู้ปกครองมักจะปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองเนื่องจากไม่มีเวลา และคิดว่าเด็กสามารถดีพอในการแปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งเด็กไม่ยอมให้แปรงจึงปล่อยให้เด็กแปรงเอง (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545) และมักจะมีทัศนคติในการดูแลความสะอาดในช่องปากเพื่อการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงพอใจให้เด็กแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า (สุทธิสุขเจริญโกศล, 2545) อายุที่เริ่มต้นในการแปรงฟันเป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวหนึ่งในการทำความสะอาดช่องปาก เด็กที่เริ่มแปรงฟันหลังอายุ 1 ปี จะทำให้ฟันผุเพิ่มมากขึ้น (Vanobbergen et al., 2001; Wendt et al., 1994) แต่สถานการณ์โดยทั่วไปมักพบว่าเด็กจะเริ่มแปรงฟันช้ากว่าที่ควร ในการศึกษาของ วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545, สุณีย์ พลภาณุมาศ., 2546 พบว่า ผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เนื่องจากเด็กต้องการที่จะเลียนแบบผู้ใหญ่ เหตุที่ผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กในช่วงวัยนี้เนื่องจากเข้าใจว่า ให้แปรงฟันเมื่อเด็กมีฟันขึ้นเต็มปากแล้วโดยผู้ปกครองจะฝึกให้ระยะหนึ่งแล้วปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ครอบครัวที่เด็กฟันไม่ผุผู้ปกครองคอยช่วยดูแลหรือแปรงซ้ำให้ ปัญหาสำคัญที่มักพบคือ เด็กไม่ยอมแปรงฟัน ประกอบกับความคิดว่าเด็กแปรงฟันเองได้แล้วจึงปล่อยให้เด็กแปรงเอง ผู้ปกครองมักให้เด็กแปรงตอนเช้าส่วนตอนเย็นแปรงพร้อมกับอาบน้ำ เนื่องจากเด็กสนใจแปรงเองไม่ต้องการบังคับ (ฉลองชัย สกลสันต์, 2547)

2. ปัจจัยระดับครอบครัว

2.1 ผู้เลี้ยงดูเด็ก

การที่เด็กอยู่ในการดูแลของแม่จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในการดูแลของญาติ กันยา บุญธรรม (2539) เกี่ยวกับการรับรู้ในวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าลูกอมและขนมหวานเท่านั้นที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ แต่ไม่คิดว่านมที่ตกค้างในช่องปากขณะที่เด็กนอนหลับจะเป็นผลให้เกิดโรคฟันผุ ผู้ดูแลเด็กที่เป็นมารดารับรู้ในการทำความสะอาดช่องปากเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่มารดาหากแต่ในปัจจุบันเนื่องจากพ่อแม่มีความจำเป็นในการทำมาหากินทำให้เด็กอยู่ในการเลี้ยงดูของญาติมากขึ้น ปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ 2546 รายงานว่าร้อยละ 15.6 ของเด็กอยู่ในการดูแลของญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่ เด็กเล็กจะถูกส่งเข้าฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเมื่ออายุไม่เกิน 2 ขวบเพื่อให้ผู้ใหญ่สามารถประกอบกิจการงานหาเงินช่วยครอบครัว (ฉลองชัย สกลสันต์, 2547)

จึงทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสกับนมและอาหารที่มีศักยภาพในการทำให้ฟันผุเร็วขึ้น

2.2 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก

1) พฤติกรรมการให้นมซึ่งขึ้นกับชนิด วิธีการเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นม การที่เด็กดูดนมอยู่เป็นเวลานานๆ การดูดนมมดื่อกและการใช้ขวดนมเป็นเครื่องมือ กล่อมนอนหรือการหลับคาขวดนม เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ นอกจากนี้ของเหลวที่ใสในขวดนมให้เด็กดูด เช่น น้ำหวาน น้ำ ผลไม้ หรือ การเติมน้ำตาล น้ำผึ้งลงในนมและน้ำดื่มก็มีส่วนทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ทั้งนี้สัมพันธ์กับปริมาณและความถี่ที่ได้รับ (Davenport ES, 1990)

ระยะเวลาในการเลี้ยงดูด้วยนม เป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดฟันผุ ในเด็ก Derkson and Ponti 1982 รายงานว่า เด็กที่มี ECC จะถูกเลี้ยงด้วยนมเฉลี่ยวันละ 8.3 ชั่วโมงเทียบกับเด็กที่ไม่มี ECC ซึ่งจะถูกเลี้ยงด้วยนมเฉลี่ยวันละ 2.2 ชั่วโมง การที่เด็กเข้าอนพร้อมขวดนมและหลับคาขวดนมเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มระยะเวลาการดูดนมของเด็กและทำให้เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า 24 เดือนจะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 24 เดือน (Dini et al., 2000) ในขณะที่ Febres et al., 1997 พบว่า เด็กที่เลิกดูดนมจากขวดหรือหยุดกินนมแม่หลังอายุ 14 เดือน จะมีโอกาสฟันผุได้สูง ปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ 2546 พบว่า เด็กมักจะถูกเลี้ยงด้วยนมแม่ในช่วง 3 เดือนแรก และตามด้วยนมขวด และอายุเฉลี่ยที่เลิกนมขวดคือ 39.31 เดือน

2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและขนม

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารของเด็กไม่ถูกต้อง และบางครั้งมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก ผู้ปกครองมักมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในระดับต่ำ (วรรณศรี แก้วปิ่นตาและคณะ 2538) บางครั้งมารดาเองก็มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น รับประทานจุบจิบ ขอบเติมน้ำตาลในอาหารที่บริโภคเป็นประจำ (สุวิภา อนันต์ ธนสวัสดิ์และสถาพร ม่านไข่มุกด์ 2535) นอกจากนี้มารดาได้หยิบยื่นน้ำอัดลมและขนมกรอบให้ลูกตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปี

3) พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

ในการศึกษาของสุนีย์ พลภานุมาศ พบว่า แม่เริ่มแปรงฟันให้เด็กครั้งแรกเมื่ออายุ 1 ปี ร้อยละ 71.8 และเริ่มให้เด็กแปรงฟันเองที่อายุ 1-2 ปี ร้อยละ 63.9 3 ปี ร้อยละ 24.8 และเด็กกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุ 4-5 ปี แปรงฟันเองโดยไม่มีผู้ใหญ่อุปการะ ร้อยละ 87 เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะดา ประเสริฐสมและคณะ 2546 ที่

รายงานว่าการแปรงฟันเองครั้งแรกเมื่ออายุ 25 เดือน

2.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

ปัญหาการย้ายถิ่นทำงานของพ่อแม่เป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการศึกษาสุขภาพช่องปากของเด็ก การที่แม่ต้องออกไปทำงานต่างหมู่บ้านและต้องออกไปแต่เช้า จำเป็นต้องฝากเด็กให้อยู่ในรับผิดชอบของญาติ จึงไม่ค่อยเข้มงวดในการแปรงฟันให้เด็ก ในขณะที่เดียวกันเด็กจะเรียนรู้ที่ทำให้สามารถไปซื้อขนมจากร้านค้าในหมู่บ้านโดยเจ้าของร้านไปเก็บเงินพ่อแม่หรือย้ายไปในภายหลัง (หฤทัย สุขเจริญโกศล., 2545, พัชรลักษณ์ เกื้ออนนาดีและสุปรีดา อุดุลยานนท์ 2542) การศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนมักพบว่า อาชีพและการศึกษาของแม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของเด็ก Reidy et al., 2001 พบว่า อาชีพมีผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะระยะเวลาในการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ แม่ที่ทำงานนอกบ้านจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียง 2-3 เดือน ในขณะที่แม่ที่อยู่บ้านไม่ได้ทำงานจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 18-24 เดือน Peterson (1992) ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 6 ปี ในเคนเนดีย์ พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กขึ้นกับ รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาของพ่อแม่ Khan and Cleanton-Jones (1998) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กอายุ 3-5 ปี

การศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ เด็กที่มารดามีการศึกษาสูงมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มารดาการศึกษาต่ำ (Mattila ML et al., 2000) วรธนา สุขวัฒนานันท์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาของพ่อแม่จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง

ความเครียดในครอบครัวเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ (Reisine and Douglass, 1998) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยความเครียดของครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ปกติระหว่างผู้ปกครอง แม่มีระดับการศึกษาต่ำ การมีผู้ปกครองคนเดียว และลูกมีลำดับเกิดหลังๆ (Quinonez et al., 2001)

เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก การศึกษาของ Wendt et al., 1995 ได้ทำการศึกษาไปข้างหน้าในเด็กตั้งแต่อายุ 1 ปีถึง 3 ปี มีการตรวจสภาวะช่องปากเด็กตอนอายุ 1 ปี และ 3 ปี พบว่า การมีวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว

เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว และดื้อรั้น ทำให้ครอบครัวควบคุมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ยาก ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก และ Marcenes et al., 1992 พบว่าปัญหาชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีอาการในช่องปากทั้งเรื่องรังและเจ็บปวด ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุในฟันหน้า (Freire et al., 2001) และครอบครัวที่แม่มีความผูกพันสูงจะมีฟันผุน้อยกว่าครอบครัวที่แม่มีความผูกพันต่ำ และมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (Freire et al., 2002) กลุ่มผู้ปกครองและเด็กที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะสัมพันธ์กับจำนวนซี่ฟันผุ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้ปกครองย่อมแสดงออกด้วยการดูแลเอาใจใส่และฝึกรอบม ทำให้เด็กมีสุขภาพดี (Quinonze et al., 2001)

3. ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารรวดเร็วขึ้น ทำให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อของโฆษณา และไม่รู้เท่าทันทำให้การเลือกใช้สินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคเป็นไปตามการโฆษณา เด็กๆตกเป็นทาสของขนมที่กอบปรด้วยสารปรุงแต่งกลิ่นและรสซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระธรรมปิฎก (2545) ได้กล่าวว่า เดิมครอบครัวเป็นดินแดนที่พ่อแม่ลูก เป็นผู้ปกครอง เป็นผู้นำลูก แต่ขณะนี้พ่อแม่สูญเสียอำนาจการปกครองนี้ไป ครอบครัวถูกสื่อ เช่น โทรทัศน์และวิดีโอเข้ามายึดครอง มาทำหน้าที่แทนพ่อแม่ในการนำเสนอสิ่งต่างๆและชักนำลูก สื่อโทรทัศน์จะมีอิทธิพลต่อการเลือกชนิดนมให้เด็กรับประทาน วิภาพร ล้อมศิริอุดม 2545 พบว่าแม่จะเลือกซื้อนมหวานผสมน้ำผึ้ง รวมทั้งมีการซื้อนมอัดเม็ดให้ลูกเพื่อให้ลูกตัวสูงเหมือนที่เห็นจากโฆษณา ทั้งที่นมทั้งสองชนิดมีราคาแพงกว่านมปกติทั่วไปและต้องออกไปหาซื้อนอกหมู่บ้าน สื่อโทรทัศน์และสื่อบุคคลคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังได้สร้างให้เกิดวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กด้วยอาหารซีเรียลแทนการเคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทาน นอกจากนี้ตัวสินค้าเองได้ถูกทำให้มีคุณค่ามากกว่าสินค้าจริง ถูกเปลี่ยนให้เป็นสัญลักษณ์ของการแสดงความทันสมัย

ความสะดวกของการคมนาคม ทำให้แม่ในชุมชนที่ห่างไกลก็สามารถหาซื้อขนมและน้ำอัดลมได้โดยง่าย การศึกษาของทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541 พบว่า ชุมชนใดที่สามารถเข้าถึงอาหารดัดแปลงรูปยุคใหม่ได้ง่ายจะพบอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนีย์ พลภานุมาศ (อ้างแล้ว) ที่ระบุว่า การป้องกันฟันผุในเด็กทำได้ยากเนื่องจากเด็กดูโฆษณาขนมขบเคี้ยว ลูกอม จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ซึ่งจูงใจให้เด็กซื้อมารับประทาน (ร้อยละ 49.4) และโรงเรียนขายขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลมแก่เด็กนักเรียน (ร้อยละ 44.2) การศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์ของเด็กพบว่า ในวันธรรมดา เด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 10 นาที และสูงขึ้นถึง 9 ชั่วโมง

47 นาที ในวันหยุด ตกปีละ 2,236 ชั่วโมงใน 1 ปี มากกว่าเวลาที่ใช้ในโรงเรียน 1,600 ชั่วโมงถึง 636 ชั่วโมง การสำรวจในเวลา 1 วัน ในรายการการ์ตูน 9 มีโฆษณาถึง 101 ครั้ง ล้วนแต่เป็นโฆษณาเชิญชวนและปลุกฝังให้มีความนิยมในขนมและของเล่นที่เพิ่มความรุนแรงทั้งสิ้น สื่อเหล่านี้ทำให้เด็กเพิ่มการบริโภคขนมและอาหารที่ไร้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น (สันติ จิตระจินดา 2546)

สื่อเหล่านี้ชักจูงให้เกิดค่านิยมที่เป็นสังคมบริโภคนิยม การบริโภคขนมและของหวานมีอัตราสูงมากขึ้นเรื่อยๆ การศึกษาถึงค่าขนมของเด็กโดยโครงการเด็กไทยรู้ทัน พบว่า เด็กอายุ 5-14 ปี ได้รับค่าขนมเฉลี่ย 29 บาท/วัน และหากกำหนดให้เด็กอายุ 15-24 ได้รับค่าขนมเป็นเท่าตัว คือ 58 บาท เด็กและเยาวชนจะมีอำนาจการซื้อสูงถึง 317,550 ล้านบาทต่อปี การใช้จ่ายเงินค่าขนมของเด็กจะมีสัดส่วนสูงสุดเป็นค่าขนมและของเล่น ที่ร้อยละ 44.83 หรือ มูลค่าเท่ากับปีละ 142,357 ล้านบาท เหล่านี้เป็นการสูญเสียให้กับการบริโภคที่ไม่เกิดผลดีต่อสุขภาพ ยังไม่นับรวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมาจากการบริโภคขนม ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนอย่างยิ่งคือ การเป็นโรคฟันผุในเด็กและเยาวชน (สันติ จิตระจินดา 2546) สถานการณ์ทำนองเดียวกันนี้พบว่ามีแนวโน้มแบบเดียวกันในเด็กเล็กเช่นกัน พบว่า เด็กเริ่มบริโภคขนมกรุบกรอบตั้งแต่อายุเพียง 6 เดือน พบว่าเด็กเล็กบริโภคขนมตั้งแต่ 1-25 รายการ/วันที่เดียว เด็กส่วนใหญ่กินขนม 1-2 รายการรวมร้อยละ 64.6 เมื่อจำแนกความถี่ในการกินขนมตามอายุ เด็กอายุ 6-12 เดือนส่วนใหญ่กิน 1 รายการต่อวัน (ร้อยละ 53.6 และ ค่าขนมเฉลี่ย 7.1 บาท) ขณะที่เด็กอายุ 13-24 เดือนกิน 1-2 รายการ (ร้อยละ 61.6) และค่าขนมเฉลี่ย 11.9 บาทต่อ 2 รายการ) และกลุ่ม 25-30 เดือนกิน 2-3 รายการต่อวัน (รวมร้อยละ 62.7 และค่าขนมเฉลี่ย 17.6 บาทต่อ 3 รายการ) (สมนึก ชาญด้วยกิจ 2547)

ผลกระทบของปัญหาฟันผุต่อคุณภาพชีวิตเด็กไทย²

จากผลการศึกษาวิจัยต่างๆในต่างประเทศ พบผลกระทบแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้คือ

² อจ.ดร.ทพ.ทรงชัย สฐิตโสเมกุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ผลกระทบของปัญหาฟันผุต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัย รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

1. ผลกระทบของฟันผุ และการติดเชื้อในช่องปากที่มีต่อการเจริญเติบโตของเด็ก

การศึกษาของ Acs และคณะ (1992) พบว่า เด็กที่มีโรคฟันผุของฟันหน้าบนที่เกิดจากพฤติกรรมมารดาที่นมในวัยเด็ก (nursing caries) จะมีน้ำหนักน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุชนิดนี้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ผู้ทำการวิจัยให้ความเห็นว่า nursing caries ทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องปาก และสร้างความเจ็บปวดให้กับเด็กซึ่งทำให้ร่างกายมีการหลั่ง glucocorticoid มากขึ้น ในขณะที่มีการสร้าง growth hormone ลดลงอันเป็นผลมาจากการหลั่งน้อยลง ความเจ็บปวดจากสภาวะฟันผุไม่เพียงแต่จะทำให้หลั่งน้อยลง ยังทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงาน (increase metabolic rate) อันเนื่องมาจากการติดเชื้อในช่องปากยังผลให้การเจริญเติบโตของเด็กลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การติดเชื้อและการอักเสบเรื้อรังจากโรคฟันผุในเด็กเล็ก อาจนำมาซึ่งการอักเสบในหูร่วมกับ (otitis media) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาของ Acs และคณะเป็นการศึกษาแบบ case control ซึ่งยังมีจุดอ่อนในด้านการหา causal relationship ระหว่าง การเกิดโรคฟันผุกับการเจริญเติบโตของเด็กเนื่องจากไม่สามารถระบุให้ชัดเจนลงไปว่า ระหว่างโรคฟันผุ กับการเจริญเติบโต ปัญหาใดเกิดก่อน

การศึกษาของ Ayhan และคณะ (1996) แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มี Rampant caries จะมีน้ำหนักตัวและส่วนสูงน้อยกว่าเด็กที่ไม่เป็น Rampant caries โดยการสำรวจพบว่าเด็กที่มี Rampant caries จะมีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง Percentile ที่ 25-50 แต่เด็กที่ไม่ใช่ Rampant caries จะมีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง Percentile ที่ 50-75 การศึกษาของ Ayhan และ คณะยังพบว่า ร้อยละ 7.1 ของเด็กที่เป็น Rampant caries มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่ Rampant caries มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติเพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบเด็ก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็น Nursing caries และ กลุ่มที่ไม่ใช่ Nursing caries ก่อนการรักษากลุ่ม Nursing caries จะมีน้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง Percentile ที่ 25 และ 50 ในขณะที่กลุ่มไม่มี Nursing caries จะมีน้ำหนักอยู่ในช่วง Percentile ที่ 75 และ 90 หลังจากการรักษาโรคฟันผุผ่านไปแล้ว พบว่าตำแหน่ง Percentile เปลี่ยนไปโดยกลุ่ม Nursing caries มีตำแหน่ง Percentile ที่สูงขึ้น และเปลี่ยนไปมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ Nursing อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการรักษา Nursing caries จะช่วยทำให้อัตราการเพิ่มน้ำหนักตัวของเด็กเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ในเด็กไทย

ในบททบทวนวรรณกรรมของ Ritchie และคณะ (2002) แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียฟันไปก่อนกำหนดทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร แม้ว่าการศึกษาของเขาไม่ทำในเด็กก็ตาม แต่สิ่งที่แสดงให้เห็นคือ ในหมู่ผู้ที่มีการสูญเสียฟันไปโดยไม่มีฟันทดแทนจะมีจำนวนชนิดของอาหารที่รับประทานลดน้อยลง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้นในขณะที่ได้รับใยอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ลดลง ผลการศึกษานี้ยืนยันโดยการศึกษาของ Johansson และคณะ (1994) ซึ่งพบว่าน้ำหนักตัวผู้ที่สูญเสียฟันไปมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทแป้งมากขึ้น คนเหล่านี้เมื่อรับประทานอาหารที่มาจากแป้งมากขึ้นก็มีแนวโน้มว่าจะทำให้มีปัญหาฟันผุที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันในที่สุด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้ให้ข้อสังเกตว่า ระหว่างการมีปัญหาฟันผุ กับการมีปัญหาน้ำหนักตัวสูงเกินไป อย่างไรก็ดีเกิดก่อนกัน หรือเกิดขึ้นพร้อมๆกัน ดังนั้นการศึกษาที่ทำให้ทราบกลไก และความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้จึงยังคงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

2. ผลกระทบของระบบบดเคี้ยวกับการพัฒนาการของสมอง

มีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนหนึ่งที่ทำการศึกษาในหนู พบว่าความแข็งแรงอ่อนของอาหารที่ใช้เลี้ยงหนูมีผลการต่อการเจริญเติบโตของขากรรไกร (Maeda et al., 1987; Beecher and Corricini, 1982) โดยพบว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารอ่อนจะมีขนาดของขากรรไกรที่เล็กกว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารแข็ง นอกจากนี้ยังพบว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารอ่อนจะมีขนาดของสมองโดยรวมเล็กกว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารแข็ง 1-2% (Nakata, 1998) นอกจากนี้ การศึกษาของ Abram and Hammel ในปี 1964 และ Rampone และ Shirasu ในปี 1964 ที่กล่าวอ้างถึงในบททบทวนวรรณกรรมของ Nakata (1998) รายงานว่า พบการเพิ่มขึ้นของ neuronal activity ในสมอง และ การเพิ่มของ cerebral blood flow ในหนูที่มีการบดเคี้ยวสูง (muscular activity of mastication) ไม่ว่าหนูจะเลี้ยงด้วยอาหารที่มี แคลอรีสูงหรือต่ำ อย่างไรก็ตามยังไม่มียผลการวิจัยในมนุษย์ที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการสมองมีความสัมพันธ์กับความอ่อนแอของอาหารที่รับประทาน หรือประสิทธิภาพการบดเคี้ยว โดยเฉพาะในเด็กที่มีโรคเรื้อรังในช่องปาก เช่นโรคฟันผุที่ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวแยลง อาการปวดฟันจากฟันผุที่รบกวนการรับประทานอาหาร รวมถึงการสูญเสียฟันก่อนกำหนด และการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก Nakata (1998) ให้ความเห็นว่าขณะที่บดเคี้ยวอาหารแข็ง สัญญาณประสาทที่ส่งออกไปสมอง (afferent impulses) จะมาจาก อวัยวะปริทันต์ (periodontal tissues) เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก (oral soft tissues) กล้ามเนื้อบดเคี้ยว

(muscle spindle in masticatory muscle) และการรับรสที่ลิ้น ทำให้มีการเจริญเติบโตทางสมองที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการเคี้ยวอาหารอ่อน สมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาที่พบว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารผงมีความสามารถในการเรียนรู้ (learning ability) ดีกว่าหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารแข็ง เพราะปริมาณของ Cholecystokinin ที่ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความจำของสมองหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารต่างชนิดกันมีค่าไม่เท่ากัน กล่าวคือในสมองหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารแข็งจะมี Cholecystokinin สูงกว่าในหนูที่เลี้ยงด้วยอาหารผง ในการศึกษาที่ยังพบว่าการศึกษาการเคี้ยวอาหารแข็งจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของ Gastrointestinal hormones ซึ่งจะมีผลไปกระตุ้นเส้นประสาท Vagal ไปทำให้มีการหลั่งของ Cholecystokinin ในสมอง (Akiyama et al., 1991) การศึกษา Electrophysiology ของ Hippocampus ในห้องทดลองของหนู โดย Hori ปี 1997 ในบทบทวนวรรณกรรมของ Nakata แสดงให้เห็นว่าการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการด้านการทำงานของสมอง

3. การสับสนกับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ

การศึกษาของ Kobayashi และคณะ (1996) และของ Takeda (1983) ในผู้ป่วยที่มีภาวะการสับสนผิดปกติ เช่นผู้ที่มีความผิดปกติของชากรรไกรและใบหน้า ผู้ที่ไม่มีฟันเหลือในช่องปาก และผู้ที่การสับสนสะกด (occlusal interference) พบว่าการสับสนผิดปกติเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การทรงตัว การทำงานของระดับน้ำในหู รวมถึงการได้ยิน เมื่อได้แก้ปัญหาด้านการสับสนไปแล้วพบว่าปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมากลับดีขึ้นเป็นปกติ นอกจากนี้ Takeda ยังระบุอีกว่าการสับสนผิดปกติที่ส่งผลให้เกิดการนอนกัดฟัน และการทำงานที่ไม่ปกติของชากรรไกรในระยะยาวอาจนำมาซึ่งความเครียดและรบกวนการนอนหลับได้ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนกัดฟันจะเกิดภาวะ sleep apnea ร่วมด้วย

4. ผลของสภาวะทันตสุขภาพต่อสุขภาพโดยรวม

ในด้านโภชนาการ มีการศึกษาหลายการศึกษาที่รายงานว่าฟันผุจำนวนมากมีผลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ เป็นผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะผลต่อน้ำหนัก โดยพบว่าเด็กเล็กที่มีฟันผุ (Early childhood caries) จะมีน้ำหนักต่ำกว่าอายุเมื่อเทียบกับเด็กกลุ่มที่ไม่มีฟันผุ (Ayhan et al., 1996; Acs et al., 1992; Acs et al., 1998) ซึ่ง Acs และคณะ (1992) ได้ตั้งสมมติฐานว่า เด็กเล็กที่มีฟันผุระยะเริ่มแรกและบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงจนการผุลุกลามทำให้เกิดการปวดเด็กก็จะเริ่มลดการรับประทานอาหารจนมีผลต่อการเจริญเติบโต และเมื่อได้รับการบูรณะฟันทั้งปากเด็กก็จะมีอาการเจริญเติบโต (catch up growth) จนเท่ากับกลุ่มที่

ไม่มีฟันผุ (Acs et al., 1999) แต่จากการศึกษาของ Casamassimo (2000) รายงานผลที่แตกต่างไป โดยพบว่าเด็กที่มีฟันผุจนมีอาการปวดเรื้อรังจะมีลักษณะคือ 1) มีภาวะโภชนาการบกพร่อง (malnourished) และอ่อน 2) ไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างสมดุล และมักรับประทานอาหารเหลวรสหวาน 3) อาจพบว่าน้ำหนักปกติ แต่สารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม 4) การที่เด็กมีการเจ็บปวดเรื้อรัง มีผลต่อแคทีโคลามีน (catecholamines) และการปรับ growth hormone หรือเมื่อเด็กถูกถอนฟันไปเนื่องจากฟันผุพบว่าเด็กส่วนใหญ่รับประทานอาหารลำบากและเคี้ยวไม่สะดวก (Koroluk and Riekman, 1991; Acs et al., 1999) การที่เด็กมีสุขภาพช่องปากไม่ดีจึงมีผลต่อการเลือกชนิดอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมได้ (Hollister and Weintraub, 1993)

5. ผลของการอักเสบเรื้อรังในช่องปากต่อการติดเชื้อในอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย

ผลของโรคในช่องปากที่มีผลต่อโรคทางระบบยังมีการศึกษาน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ใหญ่ เช่นการศึกษาซึ่งพบความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์กับการเกิดโรค Obstructive pulmonary disease โดยผู้ป่วยหลักเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์เข้าไปในปอด (Acs et al., 1999; Koroluk and Riekman, 1991; Mojon et al., 1997) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา (Scannapieco and Genco, 1999; Scannapieco, 1999) ที่มีหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ของการเกิดโรคปอดบวมที่มีผลมาจากเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคปริทันต์ ดังนั้นการให้การป้องกัน และรักษาโรคในช่องปากจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็นโรคทางระบบอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่พบว่าอาจมี infective bacterial endocarditis ที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ในช่องปาก นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ การติดเชื้อในช่องปากอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่นในรายที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน (periapical periodontitis) พบว่ามีความชุกของการเกิด systemic allergies ได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brummer and van Wyk, 1987)

6. ผลของสภาวะทันตสุขภาพต่อคุณภาพชีวิต

ผลของโรคหรือความผิดปกติในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ความเจ็บปวด ปัญหาความสวยงามของฟัน และใบหน้า ความบกพร่องทางการรับประทานอาหาร เคี้ยว การพูด ความไม่มั่นใจในการเข้าสังคม ความรู้สึกไม่สบายใจ มีกา

ศึกษาที่รายงานว่าฟันผุลุกลาม (rampant caries) มีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เด็กมักไม่สามารถอธิบายหรือบอกถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นแต่จะแสดงออกถึงการมีความเจ็บปวดเรื้อรังได้โดยไม่เอ่ยกรับประทานอาหาร รู้สึกหงุดหงิด นอนไม่หลับ จากการศึกษาลักษณะของโรคในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก (Thomas and Primosch, 2002; Primosch et al., 1996; Acs et al., 1999; Hollister and Weintraub, 1993) พบว่าในเด็กที่มีฟันผุลุกลาม เมื่อได้รับการบูรณะฟันทั้งปากภายใต้การดมยาสลบ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งแง่ความเจ็บปวด การรับประทานอาหาร และการนอน ผู้ปกครองส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาฟันผุในเด็กส่งผลให้สุขภาพโดยรวมของเด็กดีขึ้นอีกด้วย (Acs et al., 2001; Hollister and Weintraub, 1993)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของโรคในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ การสบฟันผิดปกติ และปากแห้งเพดานโหว่ต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยใช้เครื่องมือ Child Oral Health Quality of Life พบว่าปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อกิจวัตรของครอบครัว 53% ต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ของครอบครัว 44% ต่อความขัดแย้งในครอบครัว 32% และต่อภาวะการเงินของครอบครัว 32% ตามลำดับ (Locker et al., 2002)

การมีโรคหรือความผิดปกติในช่องปากเช่น การสบฟันผิดปกติ ฟันผุ ฟันเปลี่ยนสี การสูญเสียฟัน มักมีผลต่อความสวยงาม ความมั่นใจในตนเอง และมีผลต่อการเข้าสังคมกับผู้อื่น มีรายงานว่าเมื่อมีการการสูญเสียฟัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงคือจะมีการพบปะทางสังคมน้อยลง หัวเราะน้อยลง เขามือปิดปากขณะหัวเราะ เป็นต้น (Hollister and Weintraub, 1993)

7. สภาวะทันตสุขภาพต่อผลทางเศรษฐกิจ

โรคในช่องปากมีผลต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในระดับบุคคล โรคในช่องปากมีผลต่อการจ้างงาน ความก้าวหน้าในงาน และการถูกประเมินต่ำกว่าศักยภาพจริง ครอบครัวอาจได้รับผลกระทบเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแล ชุมชนก็จะได้รับผลกระทบจากการขาดงาน สังคมก็จะต้องรับภาระจากการสูญเสียผลผลิต มีรายงานว่า การขาดงานเนื่องจากโรคในช่องปากใกล้เคียงกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และอื่น ๆ (Hollister and Weintraub, 1993) โรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่เริ่มเกิดตั้งแต่อายุยังน้อยเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงมีผลให้สูญเสียเวลาเรียน เวลาทำงานมากกว่าโรคทั่วไปอื่น ๆ ทั้งการสูญเสียเวลาเพื่อการป้องกัน จากอาการของโรคที่เป็น และจากการรักษาทั้งเพื่อตนเอง และเพื่อพาเพื่อนหรือคนในครอบครัวไปรับการรักษา

มาตรการส่งเสริมป้องกันและควบคุมปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย³

1. การให้ทันตสุขศึกษากับผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก

พ่อแม่ที่ลูกฟันผุตั้งแต่เล็ก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพ่อแม่ขาดความรู้ หรือมีความรู้ที่น้อยเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ซึ่งต่างจากกลุ่มที่มีลูกฟันไม่ผุอย่างมีนัยสำคัญ (Febres C et al., 1997) การให้ทันตสุขศึกษาแก่พ่อแม่ตั้งแต่ต้น ช่วยทำให้พ่อแม่ นำเด็กเล็กมารับการป้องกันทางทันตกรรมมากขึ้น ถึงร้อยละ 37 (Schneider HS, 1993) ทศนีย์ มหาวาน 2540 ทำการศึกษาพฤติกรรมกรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก 2-3 ปี อ.สารณี เชียงใหม่ สัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็ก 282 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.01$ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน และความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็ก

การให้ทันตสุขศึกษากับผู้ปกครองเด็กจึงควรประกอบด้วยประเด็นสำคัญ และทักษะพื้นฐานในการตรวจฟันให้กับเด็กและการดูแลฟันน้ำนม ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กควรได้รับความรู้ในเรื่องธรรมชาติวิทยาของโรคฟันผุในฟันน้ำนม การขึ้นของฟันของเด็ก การศึกษาของสุนีย์ พลภานุมาศ (อ้างแล้ว) พบว่า การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน การแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน (4.2 เท่า) แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (4.0 เท่า) แม่ตรวจฟันเด็กเป็นประจำ (2.1 เท่า) การแปรงฟันให้เด็กเป็นประจำสำคัญที่ผู้ปกครองควรมีความรู้ ความสามารถที่จะแปรงฟันให้เด็กได้อย่างสะอาด หากแต่พ่อแม่ส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อเรื่องของการแปรงฟัน ได้มีความพยายามหาเทคนิคหรือวิธีการให้ความรู้เพื่อแก้ปัญหาการขาดความรู้ของผู้ปกครอง และมุ่งหวังที่จะเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของพ่อแม่ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดฟันผุ ส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคใช้มาตรการในการป้องกันฟันผุ ให้ตระหนักถึงปัญหา ความสำคัญของทันตสุขภาพและแสวงหาการป้องกันด้วยตนเอง (self-regulation) แต่ประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขศึกษานั้น Ismail (1998) ได้วิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวกับความพยายามในการให้ความรู้หรือการเปลี่ยนทัศนคติของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เขาให้ความเห็นว่า การเพิ่มความรู้อันแก่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูนั้นสามารถทำได้หลายวิธี นอกจากนั้นยัง

³ ปิยะดา ประเสริฐสม กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มาตรการส่งเสริมป้องกันและควบคุมปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

อาจเปลี่ยนทัศนคติของคนเหล่านั้นได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันไม่พบว่าวิธีการใดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นดูหรือการปฏิบัติได้ในระยะยาว แนวทางในการป้องกันฟันผุจึงควรมุ่งศึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อที่จะช่วยกระตุ้นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้เกิดการปฏิบัติมาตรการต่างๆในการป้องกันโรคฟันผุที่มีอยู่และหยุดหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ (Milgrom P, 2001) การสอนเด็กที่ดีควรเป็นการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการสอนและส่งเสริมให้ลูกกระทำตาม ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนั้น ผู้เลี้ยงดูโดยเฉพาะแม่จะเป็นต้นแบบในการถ่ายทอด และช่วยในการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็ก ถ้าแม่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีจะนำไปสู่ช่องปากและพฤติกรรมที่ดีของเด็กด้วย (Ismail, 1998) ได้มีการศึกษาโดยยึดหลักการของการตลาดเชิงสังคมมากขึ้น Sgan-Cohen และคณะ (2001) ทำการศึกษาแบบ randomized controlled clinical trial ถึงประสิทธิภาพการให้ทันตสุขศึกษาโดยมีวิธีการจูงใจ หรือแรงเสริมคือการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 6-12 เดือนจำนวน 727 คน ของศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก (Mother and child health centers) ในอิสราเอล โดยมีการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ โดยเฉพาะการแปรงฟันก่อนการศึกษารวมทั้งและภายหลัง 6 เดือน พบว่ากลุ่มศึกษาซึ่งมีการให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาพร้อมทั้งแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันให้ฟรี ส่งผลให้มารดาแปรงฟันให้เด็กทารกและเด็กเล็กเพิ่มขึ้นสูงที่สุด (ร้อยละ 60.3) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับทันตสุขศึกษาแต่ไม่ได้รับแจกแปรงและยาสีฟัน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับทันตสุขศึกษา ไม่ว่าจะได้รับแจกแปรงและยาสีฟันหรือไม่

ณ ปัจจุบัน คำแนะนำในการป้องกันฟันผุในเด็กเล็กยังคงเป็นเพียงหลักการทางทฤษฎี การแนะนำให้เด็กเลิกนมขวดตั้งแต่อายุ 12-18 เดือน รวมทั้งข้อควรปฏิบัติอื่นๆในการป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก ในทางปฏิบัติพบว่าเป็นไปได้ยาก หรือไม่ได้เลย ซึ่งหากการป้องกันไม่ได้ผลดี การพบโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกอาจเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่า ผู้ดูแลเด็กควรจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจฟันเด็กอย่างง่าย การศึกษาของ Alaluusua and Malmivirta 1994 ได้ระบุว่าคราบจุลินทรีย์ที่มองเห็นได้อย่างชัดเจนบริเวณคอฟันของเด็กอายุ 19 เดือน สามารถเป็นตัวทำนายการเกิดโรคฟันผุในอีก 18 เดือนข้างหน้าของเด็ก ดังนั้น จึงได้มีการคิดเทคนิคการตรวจฟันเด็กโดยการ ยกริมฝีปากเด็กเพื่อตรวจความสะอาดบริเวณฟันหน้าของเด็ก ("Lift the Lip")

การแนะนำแม่ให้ฝึกวินัยแก่เด็กซึ่งการเริ่มต้นฝึกวินัยให้เด็กสามารถจะทำได้เมื่อเด็กย่างเข้าขวบปีที่สอง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) องค์ประกอบในการสร้างวินัยให้เด็กประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก
2. การสร้างอำนาจปกครองขึ้นในบ้าน
3. การออกกฎระเบียบ
4. การออกคำสั่ง
5. การสอนเรื่องผลลัพธ์ของการกระทำและความรับผิดชอบ
6. การให้รางวัลและการลงโทษ

2. การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์

การแปรงฟันเป็นวิธีการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ง่ายและแพร่หลายที่สุดผลโดยตรงของการแปรงฟันคือ ช่วยกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นที่อยู่และอาหารของแบคทีเรีย และในขณะเดียวกันก็เป็นตัวนำฟลูออไรด์ชนิดเฉพาะที่เข้าไปสัมผัสผิวฟันช่วยส่งเสริมขบวนการเสริมสร้างแร่ธาตุกลับ (remineralization) การศึกษาความสัมพันธ์หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุชี้ให้เห็นว่าการไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันไม่มีประสิทธิภาพในเด็กเล็ก มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์เกิดฟันผุในฟันน้ำนมสูงอย่างชัดเจน (Petti S et al., 2000) และการศึกษาติดตามผลขององค์ประกอบแวดล้อมต่อการเกิดฟันผุในเด็กกลุ่มหนึ่งตั้งแต่เป็นทารกและดูผลการเกิดฟันผุที่อายุ 5 ปี พบว่าการแปรงฟันบ่อยๆตั้งแต่เล็ก มีผลป้องกันฟันผุ (Levy SM et al., 2003) Curnow และคณะ (2002) ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน เมื่อให้เด็กกลุ่มหนึ่ง อายุเฉลี่ย 5.3 ปีแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ภายใต้การควบคุมที่โรงเรียนเป็นเวลา 2 ปี พบว่าสามารถลดการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมแท้ซี่ที่หนึ่งได้ถึงร้อยละ 56 การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ของ Habibian และคณะ พบว่าเด็กที่ได้รับการแปรงฟันในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เมื่ออายุ 12 และ 18 เดือน มีโอกาสตรวจพบเชื้อมิวแทนเสตรปโตคอคไซ ในแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เริ่มแปรงฟันในขวบปีแรก และการที่พ่อแม่แปรงฟันให้เด็กจะกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าเด็กแปรงเอง (Habibian M et al., 2001, 2002)

ในการทบทวนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การใช้เม็ดขอมือสีฟันจะช่วยในการฝึกการแปรงฟัน ทำให้เด็กสามารถแปรงฟันได้สะอาดขึ้น และการใช้อุปกรณ์อื่น เช่น การใช้ไม้จิ้มฟันที่ได้รับการฝึกการใช้ร่วมกับการแปรงฟันจะทำให้การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ 2547)

3. การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ (cariogenic food)

Levy และคณะ (2003) ทำการศึกษาแบบระยะยาวติดตามรูปแบบการบริโภคของเด็กจำนวน 291 คนตั้งแต่อายุ 6 สัปดาห์ตลอดถึงอายุ 4 ปี พบว่าปริมาณน้ำตาล (น้ำเปล่าที่ไม่ได้ผสมกับอาหารหรือเครื่องดื่มอื่น) และนมในช่วงอายุที่มีซุดฟัน น้ำนมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการมีฟันผุ ซึ่งชี้แนะว่าการดื่มน้ำและนมมีผลในเชิงป้องกันฟันผุ (protective effects) Rodrigues และ Sheiham (2000) ศึกษาการลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลซูโครส (sucrose) แบบติดตามระยะยาว (longitudinal study) โดยติดตามผลการเกิดฟันผุต่อเนื่องไป 12 เดือน ในเด็กที่ฝากเลี้ยงอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็ก 29 แห่งในบราซิล อายุระหว่าง 36-47 เดือน พบว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ควบคุมการบริโภคน้ำตาลตามคำแนะนำของ International recommendation of sugar intake ซึ่งแนะนำให้ ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดของเด็กอายุ 3 ปี เป็น 32.6 กรัม เกิดฟันผุมากกว่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลถึง 3.6 เท่า และเด็กที่บริโภคน้ำตาลรับประทานกว่า 32.6 กรัมต่อวันในระหว่างอยู่ที่สถานรับเลี้ยงเด็กมีอัตราการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กอื่น 2.99 เท่า

ในกรณีที่การจำกัดความหวานในอาหารมีความเป็นไปได้ในเด็กบางคน ได้มีการผลิตสารให้ความหวานมาเพื่อทดแทนการใช้น้ำตาลซูโครส ซึ่งสารให้ความหวานเหล่านี้เชื้อจุลินทรีย์จะไม่สามารถนำไปใช้เผาผลาญได้ สารเหล่านี้ได้แก่ แอสปาแตม น้ำตาลแอลกอฮอล์ เช่น ซอร์บิทอล แมนนิทอล หากแต่น้ำตาลไซลิทอลเป็นน้ำตาลที่มีการศึกษายืนยันว่าช่วยลดปริมาณเชื้อ S. mutans โดยไปเปลี่ยนแปลงขบวนการเมตาบอลิซึม (metabolic pathway) ของเชื้อ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มขบวนการเสริมสร้างแร่ธาตุกลับ (remineralization) และสามารถยับยั้งการลุกลามของฟันผุในชั้นเนื้อฟันอีกด้วย (Makinen KK et al., 1995)

4. การใช้สารเคมีเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคและป้องกันโรคฟันผุ

สารเคมีที่เป็นที่นิยมใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุ คือ ฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์สามารถช่วยควบคุมการเกิดโรคฟันผุด้วย 3 วิธีการด้วยกัน คือ

การชะลอการสูญเสียแร่ธาตุจากตัวฟันและการเสริมให้เกิดกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุบนตัวฟัน (inhibit demineralization and enhance remineralization) กระบวนการนี้พลวัตในช่องปากตลอดเวลา และฟลูออไรด์จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการนี้ ซึ่งแสดงผลของฟลูออไรด์ภายหลังการขึ้นของฟัน (post-eruptive effect)

ฟลูออไรด์ช่วยเสริมสร้างเคลือบฟันให้แข็งแรง เป็นผลจากการได้รับฟลูออไรด์ในช่วงก่อนการขึ้นของฟัน (pre-eruptive effect) ฟลูออไรด์รับกวนเมตาบอลิซึมของเชื้อจุลินทรีย์ ฟลูออไรด์จะยับยั้งเอนไซม์ enolase ของแบคทีเรีย และทำให้เมตาบอลิซึมภายในเซลล์ของเชื้อจุลินทรีย์นำกลูโคสไปย่อยสลายได้ช้าลง

ฟลูออไรด์ถูกนำมาใช้ในหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุแตกต่างกัน ฟลูออไรด์ที่นำมาใช้เพื่อป้องกันฟันผุในฟันน้ำนมของเด็ก ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ฟลูออไรด์ในยาสีฟัน ฟลูออไรด์เสริม ฟลูออไรด์เจล/โฟม ฟลูออไรด์วานิช

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม

ประสิทธิภาพในการควบคุมโรคฟันผุด้วยวิธีการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่มได้รับการยอมรับว่าสามารถควบคุมโรคฟันผุได้สูง โดยสามารถควบคุมโรคฟันผุในฟันน้ำนมได้ 40-49% และ 50-59% (WHO 1994, Limeback H, 1999, The British Fluoridation Society 1998)

การใช้ฟลูออไรด์เสริมชนิดหยดหรือชนิดเม็ด (Drop and tablet)

ในระยะแรก การศึกษาถึงประสิทธิผลในการลดโรคฟันผุของฟลูออไรด์เสริมพบว่า สามารถลดโรคฟันผุในฟันน้ำนมได้ถึง 60% เมื่อเริ่มรับประทานฟลูออไรด์ตั้งแต่อายุ 2 ปีหรือน้อยกว่า ในขณะที่การลดโรคฟันผุในฟันแท้อยู่ระหว่าง 39-80% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต่อเนื่องของการรับประทานยา (WHO 1994) ปัญหาหลักของการใช้ฟลูออไรด์เสริม คือ ความต่อเนื่องในการบริโภคและความถูกต้องของขนาดการจ่ายฟลูออไรด์เสริม พบว่าแม้ในสหรัฐอเมริกาเอง ประมาณ 1/3 ของเด็กที่ได้รับฟลูออไรด์เสริมจากทันตแพทย์รับประทานฟลูออไรด์ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้พบว่าทันตแพทย์ส่วนหนึ่งละเลยที่จะแนะนำคนไข้ในการให้ฟลูออไรด์เสริมและ/หรือไม่สนใจที่จะตรวจปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคของคนไข้ก่อนการจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์ (Jenkins GN, 1999) ฟลูออไรด์เสริมไม่เหมาะที่จะใช้เป็นโครงการสาธารณสุขเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะฟันตกกระค่อนข้างสูง และมาตรการอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกอยู่อีกจำนวนมาก

ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Fluoride tooth paste)

ยาสีฟันฟลูออไรด์เป็นที่นิยมและมีการใช้อย่างกว้างขวางทั่วไป ส่วนประกอบของยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มักจะมีส่วนผสมของฟลูออไรด์อยู่ระหว่าง 500-2,500 ppm. โดยภาพรวมแล้วยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์มีประสิทธิผลในการลดโรคฟันผุประมาณ 25% (WHO 1994, Clarkson, et al., 1993) เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี อาจ

กลืนยาสีฟันทั้งหมดที่ใช้ได้ การกลืนนี้พบว่าจะแปรตามอายุ โดยพบว่า ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี จะกลืนยาสีฟัน ระหว่าง 24-60% (เฉลี่ย 44%) (Fomon SJ and Ekstrand J 1996, Zupan AB 2001, Levy, et al.,1995)ซึ่งหากการบิบบยาสีฟันเป็นการบิบบเต็มหน้าแปรงจะใช้ยาสีฟันประมาณ 1 กรัม หากเด็กกลืนยาสีฟันทั้งหมด จะกลืนยาสีฟันไปประมาณ 1 มิลลิกรัม ซึ่งเกินกว่าที่เป็นระดับเหมาะสมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน (Withford GM, 1992, Ophaug RH, Singer L, and Harlanf BF 1985) ดังนั้นจึงมีการแนะนำการใช้อย่างปลอดภัยสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ดังนี้ คือ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ควรเก็บให้พ้นมือเด็กเล็ก , รสชาติของยาสีฟันเด็กควรจะต้องทำให้ไม่สามารถกลืนได้ในปริมาณที่มากหากแต่ยังคงกระตุ้นการแปรงฟันในเด็กได้, เด็กวัยก่อนเรียน (6เดือน- 6ปี) ควรใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ในความเข้มข้นต่ำ (500 ppmF) , เด็กเล็ก (2-6 ปี) ควรใช้ยาสีฟันขนาดเท่าเม็ดถั่วเขียว “pea-sized” ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง

ฟลูออไรด์เจล/โฟม

ฟลูออไรด์เจลที่ผลิตขึ้นจะเป็นฟลูออไรด์ชนิด NaF และ APF ซึ่งมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์และค่า pH เท่ากัน โดยที่ประสิทธิผลในการลดโรคฟันผุอยู่ระหว่าง 28-32%ปัจจุบันพบว่าได้มีการผลิตฟลูออไรด์ที่ใช้ในการเคลือบนี้ออกมาในรูปแบบของโฟมซึ่งมีค่า pH 6.0 แต่ประสิทธิผลของฟลูออไรด์ชนิดนี้ยังไม่มีการยืนยัน

ฟลูออไรด์วานิช

ฟลูออไรด์วานิชประกอบด้วยโซเดียมฟลูออไรด์ 5% หรือ 26,000 ppm. (Duraflo[®], Duraphat[®])

สารฟลูออไรด์วานิชตัวแรก คือ Duraphat[®] Helfenstein 1994 ได้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Meta-analysis เพื่อประเมินการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ในการวัดประสิทธิผลของการลดโรคของ Duraphat[®] ระหว่างปี 1985-1991 พบว่า มีรายงาน 30 ฉบับ และในการศึกษาเหล่านี้ เขาพบว่า มีเพียง 9 ฉบับ ที่มีข้อมูลครบถ้วน ผลการวิเคราะห์พบว่า Duraphat[®] ลดโรคฟันผุได้ 38% (95% CI= 19-57%) การทาวานิชนั้นควรจะทำซ้ำทุก 3-6 เดือน ไม่พบข้อห้ามในการใช้วานิช (WHO1994) แม้ว่าปริมาณฟลูออไรด์จะสูงมากก็ตามแต่โอกาสในการที่จะเกิดการเป็นพิษเนื่องจากการกลืนฟลูออไรด์วานิชเป็นไปได้น้อยมาก (Ekstrand, Koch, and Peterson, 1980) ฟลูออไรด์ชนิดนี้เหมาะสำหรับเด็กเล็กที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และสามารถเลือกทาบนรอยโรคเฉพาะที่ได้

คลอเฮกซิดีนเป็นสารเคมีอีกตัวที่ได้มีการนำมาใช้เพื่อการลดเชื้อในช่องปากเด็กเล็กในรูปแบบของวานิช ได้มีการผลิต 1% คลอเฮกซิดีนและ 1% ไนโมล วานิช

(Cervitec, Vivadent, Schaan, Liechtenstein) ซึ่งการศึกษาของ Bratthal et al 1995 ว่า มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคฟันผุ การศึกษาคลอเฮกซิดีน วาร์นิช ที่ผลิตเองในประเทศไทย ในการลดปริมาณเชื้อสเตรปโตคอคคัส มิวแทนส์ โดยวางควาชนิดช่วงชัย พ.ศ. 2542 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อในน้ำลายและในแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบการติดคราบสีฟันหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรงอื่นๆ แต่เนื่องจากวิธีใช้งานที่ยุ่งยากและรสชาติทำให้ไม่มีการใช้สารนี้อย่างแพร่หลาย และยังคงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่ม

5. การสร้างเกราะป้องกันทางกายภาพ (Physical barrier)

ประสิทธิภาพของการฉีกหลุมร่องฟัน (Pit and fissure sealants)

สารเคลือบหลุมและร่องฟันมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุตรวจเท่าที่สารยังคงฉีกแน่นอยู่บนตัวฟัน รายงานการลดการเกิดฟันผุ ตั้งแต่ร้อยละ 25-90 ทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนมและประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันระหว่างในชุมชนที่มีฟลูออไรด์สูงและต่ำโอกาสการฉีกหลุมร่องฟันในฟันน้ำนมมีน้อยกว่าฟันแท้ที่อยู่แล้ว เพราะฟันผุในฟันน้ำนมเกิดในเด็กที่มีความเสี่ยงสูงและมักเกิดขึ้นเร็วในขณะที่เด็กมีอายุน้อยมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการรับการรักษาหรือทันตกรรมป้องกันมาก การศึกษาผลทางคลินิกของการฉีกหลุมร่องฟันในเด็กเล็กนั้นจึงมีรายงานน้อยมาก มีเพียงการรายงานของ Hotuman และคณะ (1998) ซึ่งใช้เรซินวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กเล็กอายุระหว่าง 2 ปี 11 เดือนถึง 4 ปี 11 เดือน (อายุเฉลี่ย 3 ปี 7 เดือน) ติดตามผลประมาณ 3 ปี พบว่า ยังมีการยึดติดอย่างสมบูรณ์ร้อยละ 70 ในเรซินวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัวด้วยปฏิกิริยาเคมี (autopolymerized sealant) และร้อยละ 76 ในเรซินวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัวด้วยแสง (light polymerized sealant) ซึ่งความแตกต่างเล็กน้อยนี้อาจเป็นเพราะวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัวด้วยแสงต้องการเวลาในการควบคุมความชื้นสั้นกว่า จึงมีแนวโน้มให้ผลดีกว่าในเด็กเล็ก

วัสดุที่ได้รับความนิยมมากในระยะหลังคือ กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass ionomer cement) การศึกษาจำนวนมากพิจารณาความสำเร็จของการเคลือบหลุมร่องฟันจากอัตราการยึดติดกับผิวเคลือบฟัน Poulsen (2003) ซึ่งใช้ Fuji II LC ในการศึกษาซึ่งทำในคลินิกทันตกรรมที่มีเครื่องมือครบครัน ให้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยพบว่าภายหลัง 12 เดือน ร้อยละ 75 ของฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง และร้อยละ 50 ของฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่ง ที่ทำการศึกษายังคงมีวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันอยู่เต็มสมบูรณ์หรือบางส่วน และมีฟันผุเกิดขึ้นน้อยมากทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมจึงไม่สามารถวิเคราะห์อัตราการลดฟันผุของการฉีกหลุมร่องฟันได้ ในขณะที่ Motsei

(2001) ทำการศึกษาภาคสนาม พบว่าหลังจาก 12 เดือนวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 89.6% หลุดไปทั้งหมด อย่างไรก็ตามฟันเกือบทั้งหมดที่ทำการรักษา (ร้อยละ 98.9) ไม่เกิดฟันผุ ได้มีการพยายามนำเอาคุณสมบัติของฟลูออไรด์มารวมไว้ในวัสดุเคลือบหลุมและร่องฟัน แต่ไม่ได้รับความสนใจ ต่อมาเมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติมในฟันน้ำนม โดยการศึกษา in vitro ของ Hicks (1998) แสดงให้เห็นว่าวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันฟลูออไรด์ช่วยเพิ่มความต้านทานต่อการครูดของผิวเคลือบฟัน และ การศึกษาต่อมาของ Vrbic (1999) ในฟันกรามน้ำนม 195 ซี่ของเด็ก 36 คน อายุเฉลี่ย 4.5 ปี แสดงให้เห็นว่าวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันฟลูออไรด์ชนิดเรซิน (Helioclean-F) เมื่อใช้ร่วมกับการเตรียมผิวฟันด้วยกรดฟอสฟอริก 60 วินาที สามารถยึดติดกับผิวเคลือบฟันน้ำนมได้ดี หลังจากการทำ 3 ปียังคงมีวัสดุยึดติดอย่างสมบูรณ์ถึงร้อยละ 95

การเคลือบหลุมและร่องฟันเป็นมาตรการทางทันตกรรมป้องกันมาตรฐานหนึ่งที่สามารถควบคุมโรคฟันผุในเด็กเล็กได้ หากผู้ปกครองพาเด็กมาพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการตั้งแต่ขวบปีแรก และผู้ปกครองเองมีความสามารถในการค้นหาการบูรณะฟันของฟันน้ำนมได้

6. การลดการส่งผ่านเชื้อ

การลดการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูกเป็นวิธีการป้องกันฟันผุโดยลดปริมาณเชื้อในน้ำลายของแม่ ได้มีการศึกษาการใช้สาร chlorhexidine และฟลูออไรด์ ในการลดเชื้อในช่องปากของหญิงมีครรภ์ และติดตามปริมาณเชื้อมิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซในช่องปากของเด็ก ซึ่งพบว่า เด็กที่เป็นลูกของแม่ใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ และ 0.12% chlorhexidine มีปริมาณเชื่อน้อยกว่ากลุ่มแม่ที่ไม่ได้น้ำยาดังกล่าว (Brambilla และคณะ 1998) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ Tenovo และคณะ (1992) ที่ใช้ 1% chlorhexidine และ 0.2% Sodium fluoride ในรูปสเปรย์ในสภาพเคลือบฟันบนและฟันล่างพร้อมกันเป็นเวลา 5 นาที ปีละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณเชื้อและจำนวนฟันผุน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเด็กที่มี Colonization ของเชื้อมิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซหลังจากอายุ 3 ปี จะมีการเกิดฟันผุน้อยกว่า (Kohler B et al., 1984)

การศึกษาในแม่ที่มีเชื้อมิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซอย่างน้อย 10^8 CFU โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้ให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรักษาทางทันตกรรม การทำความสะอาดฟันโดยใช้ 2% Sodium fluoride และ fluoride varnish ถ้าปริมาณมิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซยังคงสูง จะใช้ 1% Chlorhexidine digluconate gel และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม โดยศึกษาขณะที่แม่มีทารกอยู่ในช่วงอายุ 3-8 เดือน

และติดตามผลจนกระทั่งเด็กอายุ 3 ปี แล้วตรวจฟันผุภายหลังการทดลอง 4 ปี โดยตรวจแม่ 58 คน และเด็ก 59 คนพบว่า เด็กที่มีแม่อยู่ในกลุ่มทดลองมีฟันผุถลอก (dmft) 5.2 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีฟันผุถลอก 8.6 (Kohler B and Andreen I 1994)

7. การบูรณะเพื่อควบคุมการลุกลามของโรค

ภาวะการเกิดลุกลามของโรคฟันผุในฟันน้ำนมมีสาเหตุหลักที่เกิดจากรูฟันผุ ซึ่งเป็นที่สะสมเชื้อโรคในช่องปากที่ไม่ได้รับการรักษา การบูรณะรูฟันผุในเด็กที่มีการลุกลามมากหรือที่เรียกว่า Rampant caries โดยการกำจัดเชื้อโรคในรูฟันผุจะสามารถควบคุมการลุกลามของโรคได้ เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่ได้มีการแนะนำให้เลือกใช้ คือ ART (Atraumatic- restorative technique) ซึ่งเป็นวิธีการบูรณะฟันที่สามารถทำได้จำนวนหลายซี่ในครั้งเดียวโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือที่เป็นพวก Hand Instrument เท่านั้นโดยกำจัดฟันผุที่เป็นชนิดที่มีการติดเชื้อออกให้หมดและอุดด้วยวัสดุที่สามารถปลดปล่อยสารฟลูออไรด์ที่ช่วยในการป้องกันฟันผุได้ (Glass-ionomer) ข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ ART ในการบูรณะฟันผุ พบว่า เป็นวิธีบูรณะฟันผุที่ทำได้ง่ายมีประสิทธิภาพสูงในรอยโรคฟันผุที่เป็นการผุด้านเดียว (single-surface cavities) ทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยพบว่า การสึกของวัสดุอุดจะเริ่มในปีที่ 2 (Frencken JE, Holmgren CJ 2004) การศึกษาการคงอยู่ของการอุดฟันด้วยเทคนิคนี้ในระยะเวลา 3 ปี 7 ประเทศ พบว่าอัตราการคงอยู่มีมากกว่า 70% ในทุกประเทศ (Frencken JE, Holmgren CJ 2004) การศึกษาของ Carvalho CKS., และ Bezerra ACB. 2003 ซึ่งทำการวัดปริมาณของเชื้อมิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซ ในน้ำลายของเด็กอายุ 5-7 ปี จำนวน 16 คนที่ได้รับการบูรณะฟันด้วย ART พบว่า ระดับเชื้อ มิวแทนส์ สเตริปโตค็อกไซ ลดลงถึง 95.95% ในสัปดาห์แรก 93.27% ในสัปดาห์ที่ 4 และ 95.56% ในระยะ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับปริมาณเชื้อก่อนการอุดฟัน อย่างไรก็ตาม การบูรณะฟันด้วย ART ยังพบมีข้อจำกัดอยู่ในประเด็น เรื่องความยอมรับของทันตบุคลากร เนื่องจากข้อจำกัดในแง่ความแข็งแรงของตัววัสดุ glass ionomer เอง ข้อจำกัดในการใช้ที่ยังคงอยู่เพียงรอยโรคขนาดเล็กและขนาดกลางเท่านั้น และความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือที่เป็น hand instrument (Frencken JE., Pilot T., Songpaisan Y., Phantumvanit P 1996)

สถานการณ์การให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยไทยในอดีต⁴

จากเอกสารทบทวนสถานการณ์ปัญหา และองค์ความรู้เรื่องโรคฟันผุในฟันน้ำนม ได้รายงานสถิติในปี 2546 ว่า เด็กวัย 0-5 ปีของไทยมีจำนวน 4,790,194 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ของประชากรทั่วประเทศ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ 2547) ข้อมูลจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย (2547) รายงานว่า เด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์เลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนอนุบาลของภาคเอกชน โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและสังกัดเทศบาล รวมทั้งหมดประมาณร้อยละ 75 จึงกล่าวได้ว่า เด็กวัย 2-5 ปี ส่วนใหญ่เลี้ยงดูอยู่ในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 2547)

สถานการณ์ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กชนบทเพิ่มสูงขึ้น ฟันผุเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการรักษา (กองทันตสาธารณสุข 2545) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับบริการน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ การรายงานในปี 2546 พบว่าเด็กร้อยละ 26.9 ได้รับการตรวจช่องปากเมื่อมารับวัคซีนจากสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กองทันตสาธารณสุข 2547) ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 3.2 และได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 20.2 ส่วนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านทันตสุขภาพ มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 83.1 อบต.จัดซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แก่เด็กในศูนย์ ร้อยละ 29.0 (กลุ่มสร้างเสริมทันตสุขภาพ กองทันตสาธารณสุข 2547)

ประเทศไทยได้เริ่มใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544 โดยมีหลักการว่า คนไทยทุกคนควรมีหลักประกันอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ระบบบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความสำคัญต่อการจัดการบริการในระดับปฐมภูมิ และได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนผู้ถือบัตรสามารถรับบริการสุขภาพได้โดยจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท ยกเว้นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สามารถรับบริการได้ฟรี

⁴ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย : วิเคราะห์ประสบการณ์ในประเทศไทยและต่างประเทศ รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

1. นโยบายการจัดการบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-5 ปี

การแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ปรากฏในแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยระบุให้กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี เป็นเป้าหมายหลักของการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุควบคู่ไปกับเด็กประถมศึกษา จึงเริ่มมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้สนับสนุนองค์ความรู้ งบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากร และชุดแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ให้แก่เด็กอายุ 1 1/2 ปีคนละ 1 ชุด

2. การจัดการบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-5 ปี

อาจแบ่งเป็น 2 setting คือ

1. การจัดการบริการในสถานบริการ ประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษา และตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ ให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี ตรวจช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่งและให้คำแนะนำเรื่องการแปรงฟันให้แปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง -2 ปี) และให้ยาน้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง (เพ็ญทิพย์ 2539, บุปผา 2543)

2. การจัดกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็ก สำหรับเด็กในกลุ่มอายุ 3-5 ปี กิจกรรมด้านทันตสุขภาพกำหนดอยู่ในมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายอยู่ ซึ่งผสมผสานกับการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ประกอบด้วยการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การจัดให้มีอุปกรณ์การแปรงฟันสำหรับเด็กทุกคนและมีสถานที่สำหรับล้างมือและแปรงฟัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2544)

ในปี 2543 ประเทศไทยเริ่มปรับเปลี่ยนระบบบริการโดยใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ ให้การจัดสรรงบประมาณลงไปอยู่ในหน่วยที่เป็นผู้ให้บริการเป็นหลัก การจัดการเป็นระบบเดียวโดยกองทันตสาธารณสุข จึงต้องปรับเปลี่ยนไป ในระบบใหม่นี้ กองทันตสาธารณสุข รับผิดชอบด้านการสนับสนุน วิชาการและการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สังคมเป็นหลัก ในปี 2545 ได้มีความพยายามกระตุ้นการทำงานด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนอีกครั้งหนึ่ง ภายใต้โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระย่า โดยเน้นการทำงานแบบผสมผสานในกลุ่มเด็ก 0-3 ปี ในคลินิกเด็กดี มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545-2548 (กองทันตสาธารณสุข 2545)

3. กิจกรรมการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 0- 5 ปี

3.1 การส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ (ที่คลินิก ANC และ

ชุมชน)

- 1) ให้ทันตสุขศึกษาขณะตั้งครรภ์ (plague control 2 ครั้ง)
- 2) ให้บริการทันตกรรม
- 3) ให้ทันตสุขศึกษาหลังคลอด เช่น สอนอาบน้ำให้ลูก สอนทำความสะอาด

ช่องปาก

- 4) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ
- 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย และอสม. ช่วยติดตามหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบให้ไปฝากครรภ์ เข้าโครงการแม่ลูกพันธุ์ดี และไปรับบริการตามนัด

- 6) กิจกรรมในโครงการโรงเรียนพ่อแม่

3.2 การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กต่ำกว่า 5 ปี (ที่คลินิก WBC และ

ชุมชน) ประกอบด้วย

- 1) การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูที่พาเด็กมารับวัคซีน
- 2) การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กรายบุคคล
- 3) การให้บริการฟลูออไรด์วานิช และจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์
- 4) การแจกแปรง และฝึกปฏิบัติกรการแปรงฟันให้เด็ก 9-12 เดือน
- 5) การออกเยี่ยมบ้านในรายไม่มาตามนัด เพื่อให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ตรวจฟันเด็ก นัดมารับบริการในสถานบริการ ให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชที่บ้าน
- 6) โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้การสนับสนุนทรัพยากรวิชาการ และสื่อการให้ความรู้แก่สถานีนามัย ร่วมกับการนิเทศ ติดตามงานตามเกณฑ์ มาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน
- 7) พัฒนาระบบการเรียนรู้อินกลุ่มผู้ปกครอง โดย
 - การ Share ประสบการณ์ มุมมอง ความเชื่อ การดูแลสุขภาพช่องปาก
 - การสำรวจหาปัจจัย Risk ของ และแลกเปลี่ยนแนวทาง Practice แม้
- 8) ส่งเสริมบริการเชิงรุกในโรงพยาบาล
 - ทำแผนงานปฏิบัติงานร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพให้เป็นระบบเดียวกัน
 - จัดทันตบุคลากรรับผิดชอบงานเชิงรุก
 - อบรมเจ้าหน้าที่และพันธมิตรที่เกี่ยวข้อง

- จัดบอร์ดให้ความรู้ในโรงพยาบาล
- จัดสถานที่บริการเชิงรุกให้เอื้อต่องานบริการ

9) การสร้างเครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน

- ประสานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งชมรมหรือร่วมกับชมรมเดิมที่มีอยู่
- จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านทันตสุขภาพนอกสถานที่โดยสร้างทีมงาน

ท้องถิ่น

4. ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-5 ปี

การประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกเด็กดี ในปี 2539 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำด้านทันตสุขภาพร้อยละ 60.5 (เพ็ญทิพย์ จิตต์จ้านงค์, 2539) การเก็บข้อมูลในปี 2547 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังคงได้รับการตรวจช่องปากในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 60.5 (ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวได้รับการทันตกรรมป้องกัน(ควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์) ร้อยละ 21 (กองทันตสาธารณสุข 2547)

ส่วนการได้รับบริการของเด็กในช่วงปี 2535-2540 พบว่าเด็กที่มารับวัคซีนได้รับการแจกแปรงและสอนแปรงฟันร้อยละ 34-72 (สสจ.เลย, 2539 สสจ.พังงา, 2539 สสจ.กาญจนบุรี, 2540 เหวดดี ต่อประดิษฐ์, 2541) ในปี 2547 มีการประเมินเรื่องการตรวจฟันให้เด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร พบว่า เด็กได้รับการตรวจช่องปากเมื่อไปรับภูมิคุ้มกันโรคร้อยละ 28.5 (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ 2547) แม้จะมีการตรวจเบื้องต้น แต่เด็กยังคงไม่ได้รับการทั้งด้านการป้องกันเฉพาะบุคคลหรือด้านการรักษา

การใช้ฟลูออไรด์เสริมในเด็กก่อนวัยเรียนในช่วงปี พ.ศ.2535-2541 มีการใช้ยาน้ำฟลูออไรด์กับเด็กแรกเกิดถึงอายุ 2 ปี โดยจ่ายให้แก่เด็กเมื่อมารับวัคซีน และเด็ก 3-5 ปี ในโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์เด็กเล็ก พบว่าการใช้ฟลูออไรด์เสริมในเด็กก่อนวัยเรียนในลักษณะชุมชน เป็นรูปแบบบริการที่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดความต่อเนื่อง (เพ็ญทิพย์ จิตต์จ้านงค์, 2537 มณฑนา ฉวรรณกุล, 2542) ด้านการจัดกิจกรรมแปรงฟันในศูนย์เด็กเล็ก พบว่าส่วนใหญ่มีการแปรงฟันสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (บุปผา ไตรโรจน์ 2543)

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลกระทบของโครงการในช่วงปี 2535-2542 พบว่าโครงการก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบางเรื่อง เช่นการจัดกิจกรรมในหญิงมีครรภ์ซึ่งเข้าโครงการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (พิมลพรรณ 2535, ก้องเกียรติ 2538, เพราะพริ้ง 2542) และแม่ที่ได้รับการตรวจช่องปาก

และทันตสุขศึกษาจะรู้จักการทำความสะอาดด้วยการเช็ดเหงือกและฟันให้ลูกสูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับ (สุพรรณลักษณะ 2540) การมอบแปรงสีฟันและยาสีฟันให้แก่เด็กในโครงการระยะต้นๆ ทำให้เด็กมีการใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41 มาเป็นร้อยละ 84 และ 72 ตามลำดับ เด็กที่ได้รับการแจกแปรงพ่อแม่จะแปรงฟันให้มากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับแจก (เวรดี, 2541) แม้ว่าประเทศไทยจะกำหนดการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-5 ปี เป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัย แต่ความกระตือรือร้นที่จะให้เด็กได้รับการบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษายังไม่ชัดเจน การประเมินผลชี้ให้เห็นว่า แม้มีการตรวจช่องปากเด็กซึ่งเป็นมาตรการที่ดีตามหลักการเฝ้าระวังโรค แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การให้บริการด้านทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาแก่เด็ก และการประเมินผลไม่ได้แสดงให้เห็นถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ไม่มีการให้บริการดังกล่าว

มาตรการด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กของประเทศไทย มักเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กเพื่อให้ดูแลช่องปากลูก แต่จากสภาพการเลี้ยงดูของครอบครัวที่แม่เป็นผู้ดูแลเด็กในตอนกลางวันเพียงร้อยละ 55 และปัญหาทันตสุขภาพยังไม่อยู่ในลำดับความสำคัญ จึงมีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิบัติอยู่มากระบบบริการจึงควรคิดถึงมาตรการการป้องกันที่เพิ่มขึ้นกับความร่วมมือมากนัก เช่นการใช้สารเคมีป้องกันฟันผุเฉพาะที่ประเภทฟลูออไรด์วานิชหรือสารปฏิชีวนะอื่นๆ ร่วมด้วย

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพไทยสำหรับเด็ก 0-5 ปี

ปัจจุบันจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ คือ

1. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวและผู้มีสิทธิจ่ายเพิ่ม 30 บาทต่อครั้งในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่กำหนดประกอบด้วย ถอนฟัน อุดฟัน รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เคลือบฟลูออไรด์ ตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันโดยใช้บริการกับสถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า

2. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงาน

รัฐวิสาหกิจ สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ เป็นการรักษารโรคของฟันและเหงือก สามารถเข้ารับการรักษาเฉพาะที่สถานพยาบาลรัฐเท่านั้น โดยรัฐจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายคืนผู้ใช้บริการ แบบ Fee for Service

อัตราการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี⁵

อัตราการให้บริการทันตกรรมปี 2546 โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 มาทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าปี 2546 มีกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีมีสิทธิรักษาพยาบาลร้อยละ 90.6 ส่วนใหญ่มีสิทธิ 30 บาท โดยมีสัดส่วนเพิ่มจากร้อยละ 66.1 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 80.5 ในปี 2546 อัตราการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มเด็กนี้พบเพียงร้อยละ 4 สถานบริการที่กลุ่มเด็กที่เคยใช้บริการทันตกรรมมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 41 ของตัวอย่างทั้งหมดที่เคยใช้บริการ เป็นการให้บริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และรพศ./รพท. รวมร้อยละ 66.1 เป็นการให้สิทธิรักษาพยาบาล 30 บาทสูงสุดร้อยละ 57.8 และใช้บริการทันตกรรมโดยไม่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลรวมร้อยละ 16.5

กลยุทธ์การจัดการทางเงินในระบบประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ⁶

ในการดูแลทันตสุขภาพในเด็กเล็ก 0-5 ปีนั้น การจัดการด้านการเงินการคลังเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากร และการจัดหาแหล่งทุนเพื่อการดำเนินการ เนื่องจากทรัพยากรทั้ง บุคลากร และงบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด ข้อเสนอที่เรียกร้องให้ภาคส่วนต่างๆ จัดสรรงบประมาณมายังกลุ่มเป้าหมายนี้ จึงต้องพิจารณาถึงต้นทุนและประสิทธิผลของโครงการต่างๆ ด้วย นอกจากนี้กลไกการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพ มีส่วนเสริมให้มีการขยายการเข้าถึงบริการได้อีกทางหนึ่ง

⁵ สุณี วงศ์คงคาเทพ อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2547; ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-2 : 7-20.

⁶ ศิริวรรณ พิชัยรังษุขย์ กลยุทธ์การจัดการทางเงินในระบบประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย ต่างประเทศ รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การประกันสุขภาพเป็นระบบที่ช่วยประกันความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และยังช่วยลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในประเทศไทยบริการทันตกรรมในเด็กเล็กได้รวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการควรคำนึงถึงความยั่งยืนของโครงการในแง่ของการเสริมสร้างสุขภาพช่องปากเพื่อลดภาระโรค และเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการลดภาระโรคทางช่องปากดังกล่าวสามารถทำได้โดยการป้องกันโรค การตรวจพบในระยะเริ่มแรกของการดำเนินโรค และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน หรือการให้สุขศึกษาเชิงมีกรรมและมารดาหลังคลอด

ดังนั้นกลไกการจัดการทางการเงิน จึงมีส่วนช่วยให้เกิดการบริหารจัดการเพื่อลดภาระโรคดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเสนอแนวคิดที่เอื้อต่อการป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก โดยเอกสารฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอวิสัยทัศน์ชนิดบริการที่โครงการประกันสุขภาพ ควรส่งเสริม และระบบการจัดการทางการเงินสำหรับการบริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กเล็ก โดยการทบทวน 1) ต้นทุนและประสิทธิผลของการบริการแต่ละประเภทที่ป้องกันฟันผุในกลุ่มเด็กเล็ก และ 2) การจัดการทางการเงินในการจัดบริการทันตกรรม นำมาสังเคราะห์ทางเลือกที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย เพื่อนำมาเป็นข้อเสนอเป็นแนวทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ซื้อบริการ และผู้จัดบริการ

จากการสืบค้นข้อมูลพบเอกสารที่เกี่ยวข้องมากมาย ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอและกรณีศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนน้อยที่มาจากประเทศอื่น ผู้วิเคราะห์ทบทวนได้บางส่วนที่ดูแล้วน่าสนใจ และไม่อาจทบทวนได้ทั้งหมดเนื่องจากเวลาที่จำกัด ซึ่งจะสรุปผลวิเคราะห์เป็น 3 ส่วนคือ

1. ประสิทธิภาพและต้นทุนของบริการรักษาและป้องกันฟันผุในเด็ก

การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพโดยคำนึงถึงต้นทุนประสิทธิผล เป็นแนวคิดสากลที่ใช้ข้อมูลมาเพื่อพิจารณา (Evidence based decision-making) จากการสำรวจเอกสารใน Cochrane Library พบว่ามีการศึกษาประสิทธิผล (effectiveness) ของบริการทันตกรรมหลายชนิด และมีมาตรฐานตัวชี้วัดที่หลากหลาย แต่การศึกษาต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness) และต้นทุน-ผลได้ นั้นมีน้อยมาก (Kallestål, C., et al, 2003) ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัด แต่อย่างไรก็ดี ผู้วิเคราะห์ใคร่เชิญชวนให้ นักวิเคราะห์นโยบาย และผู้บริหารกองทุนสุขภาพ พยายามมีการใช้ข้อมูลประเภทนี้ให้มากขึ้น

1.1 ต้นทุนของการบริการทางทันตกรรมในเด็กเล็ก

การศึกษาในประเทศไทย ไม่ได้แยกต้นทุนการรักษาทางทันตกรรมตามกลุ่มอายุ โดยในปีงบประมาณ 2546 มีต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากเฉลี่ย 437.83 บาทต่อผู้ใช้บริการต่อปี (รับบริการเฉลี่ย 1.58 ครั้ง ใน 1 ปี) ซึ่งการวิเคราะห์นี้ได้คำนวณต้นทุนรายหัวของประชากร เท่ากับ 51.58 บาทต่อคนต่อปี จากการเข้าถึงบริการทันตกรรมครอบคลุม ร้อยละ 11.78 (เพ็ญแข ลากยั้ง และบุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง 2004) ส่วนการวิเคราะห์ต้นทุนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของคณะกรรมการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพตั้งขึ้น (เอกสารยังไม่ตีพิมพ์) ระบุต้นทุนการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็ก 0-2 ปี เท่ากับ 66.51 บาทต่อคนต่อปี โดย เป็นการตรวจช่องปากและແຈກແປງ 3 ครั้งต่อปีต่อคน และต้นทุนการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็ก 3-5 ปี เท่ากับ 112.17 บาทต่อคนต่อปี โดยรวมการสอนแปรงฟัน การเคลือบหลุมร่องฟันปริมาณล่าง 2 ซี่ และการใช้ฟลูออไรด์เสริมตามความจำเป็น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในเด็ก โครงการ Medicaid (รัฐจัดประกัน ให้กับครอบครัวที่จน) คิดเป็น 2.3% ของค่าใช้จ่ายสำหรับสุขภาพเด็กทั้งหมด เท่ากับ 0.5% of overall program spending (Vargas, C., Crall, J., and Schneider, D.A., 1998) ซึ่งคิดเป็น 161 USD (6,440 บาท) ต่อเด็กที่ได้รับบริการ (Colmers, J.M., et al., 1999) ส่วนค่าใช้จ่ายที่ได้จากการคำนวณ เพื่อการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ที่รวมการป้องกันและควบคุมโรคด้วย คือค่าใช้จ่ายต่อหัวผู้รับประกันคือ ค่าบริการ 174 USD (6,960 บาท) ต่อ คน ต่อปี และค่าจัดการ 30 USD ต่อ คน ต่อปี (Colmers, J.M., et al., 1999)

ในประเทศในเครือสหภาพยุโรป ในเด็กที่มีโรคฟันผุ (Early childhood caries) เฉลี่ย 10 ซี่ต่อคน มีค่ารักษาเฉลี่ย 343 Euro (17,150 บาท) ต่อเด็กที่ได้รับบริการ โดยเด็กที่เริ่มมารับการรักษาเมื่ออายุตั้งแต่ 2 - 4.6 ปี (Dietrich, G. and Hetzer, G. 2001)

จากข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด มีข้อสังเกตว่าการรักษาโรคฟันผุในเด็กเล็กมีค่าใช้จ่ายสูง ถ้าเด็กมีฟันผุนรุนแรงถึงขนาดต้องใช้การดมยาในการรักษา ดังข้อมูลในประเทศพัฒนาแล้ว ดังนั้นโครงการของรัฐควรมุ่งเน้นไปสู่การป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ก่อนที่เด็กจะมีฟันผุที่รุนแรง

1.2 ประสิทธิภาพของบริการทันตกรรมป้องกัน

ตัวอย่างผลการศึกษาประสิทธิผลของบริการทันตกรรมป้องกันหลายประเภท แสดงไว้ใน ตารางที่ 1 ซึ่งสรุปได้ว่า

1) ฟลูออไรด์เฉพาะที่แต่ละประเภทสามารถป้องกันฟันผุ ได้พอๆ กับ

ประสิทธิผลของยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ (PF 14-26 %)

2) การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เช่น น้ำยาบ้วนปาก, วาณิช (ประเภททาบนผิวฟัน), หรือเจล เสริมกับแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ช่วยเพิ่มประสิทธิผล การป้องกันฟันผุได้อีก 10% ถือว่าน้อยมาก

3) ในกลุ่มที่มีฟันผุนรุนแรง มีบริการอย่างอื่นนอกเหนือจากบริการปกติ เช่น Silver diamine fluoride solution ที่ให้ผลดีและเป็นเทคโนโลยีใหม่ซึ่งอาจจะยังมีราคาแพง อาจจำเป็นต้องจัดให้มีบริการนี้ในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่นเด็กพิการ

4) การให้บริการเฉพาะกิจกรรมเดียว (single interventions) ไม่ส่งผลดีมากนักในการป้องกันฟันผุ เมื่อเทียบกับกลุ่มกิจกรรม หรือโครงการที่ดูแลกลุ่มเป้าหมายแบบถึงลูกถึงคน เช่นการให้สุขศึกษาหญิงมีครรภ์ ให้เกิดความตระหนักในการดูแลช่องปากตนเอง ไปจนถึงทารก รวมถึงการรักษาฟันของมารดา เพื่อลดปริมาณเชื้อ streptococcus mutans ที่อาจส่งต่อถึงทารก ในช่วงการเลี้ยงดูได้ การดูแลในชุดบริการนี้อาจจะติดตามจนถึง 2-3 ปี

5) ไม่ว่าจะมีการกำหนดบริการที่ควรส่งเสริมเป็นแบบใด การกำหนดเป้าหมาย และเครื่องมือ ในการควบคุมคุณภาพและความครอบคลุม เป็นสิ่งสำคัญ

ตาราง 2.3 ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ในบริการทันตกรรมป้องกัน

ประเภทบริการ / ที่มา	ต้นทุนหรือเวลาที่ใช้	ประสิทธิผล
1. Topical fluoride (toothpastes, or mouth rinses, or gels, or vanishes) (Cochrane Review 133 studies) (Marinho Vcc, H.J.P.T., Logan S., Sheiham A., 2004.)	ไม่มีข้อมูล	ป้องกันฟันผุได้เฉลี่ย 26% (DMFS PF 26% P<.0001) ประสิทธิภาพขึ้นกับประเภทของฟลูออไรด์เฉพาะที่ความเข้มข้น (intensity) ของฟลูออไรด์เฉพาะที่ ระดับความซุกโรคฟันผุ แต่ไม่ขึ้นกับระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม
- Topical fluoride versus non-placebo control		DMFS PF 14% (P=0.002)
- Fluoride varnish versus all others		DMFS PF 14% (ไม่มีนัยสำคัญ P=0.25)

ประเภทบริการ / ที่มา	ต้นทุนหรือเวลาที่ใช้	ประสิทธิผล
2. One topical fluoride (toothpastes, or mouth rinses, or gels, or vanishes) versus another topical fluoride for prevention in children upto 16 years (Cochrane Review from 15 studies) (Marinho Vcc, H.J.P.T.S.A.L.S., 2004)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปว่าฟลูออไรด์เฉพาะที่ชนิดใดป้องกันฟันผุได้ดีกว่าชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญ
- ยาสีฟัน เปรียบเทียบกับน้ำยาบ้วนปากหรือ เจล		DMFS PF 0%
- ยาสีฟัน กับ Varnish (1 การศึกษาในฟันน้ำนม)		dfs PF 5% (สรุปไม่ได้ว่ามีนัยสำคัญเนื่องจากไม่มี ค่า CI)
- Varnish กับ น้ำยาบ้วนปาก		DMFS PF 10% (ไม่มีนัยสำคัญ P=0.4)
- Varnish กับ เจล (1 การศึกษา)		DMFS PF 14% (ไม่มีนัยสำคัญ P=0.3)
- เจล กับ น้ำยาบ้วนปาก		DMFS PF -14% (ไม่มีนัยสำคัญ P=0.3)
3. Topical fluoride (mouth rinses, or gels, or vanishes) used in addition to fluoride toothpaste versus fluoride toothpaste alone (Cochrane Review from 11 studies) (Marinho Vcc, H.J.P.T.S.A.L.S., 2004)	ไม่มีข้อมูล	การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มจากยาสีฟันช่วยเพิ่มประสิทธิผลได้เล็กน้อย (10%) (p=0.01)
		การให้ฟลูออไรด์เจลร่วมกับน้ำยาบ้วนปาก เพิ่มประสิทธิผล 23% (P=0.02) จากการใช้ยาบ้วนปากอย่างเดียว

ประเภทบริการ / ที่มา	ต้นทุนหรือเวลาที่ใช้	ประสิทธิผล
4. For high caries children: Silver diamine fluoride solution -SDF (44,800 ppm F) versus NaF varnish (22,600 ppm F) and control group (Chu Ch, L.E.C.L.H.C., 2002. และ Lo Ec, C.C.H.L.H.C.)		The mean numbers of new caries surfaces followed for 30 month in the 3 groups were, 2.8, 1.5, and 1.3 respectively (p = 0.001).
5. การป้องกันฟันผุในเด็กเล็กโดยจัดกิจกรรมให้แก่วัยมีครรภ์และมารดาที่เพิ่งมีบุตร (ศึกษาในเด็ก 180 ราย 4 ปี) (Gomez, S.S. and Weber, 2001.)		97% caries free ในกลุ่มศึกษา เทียบกับ 77% caries free ในกลุ่มเปรียบเทียบ, dfs PF 83.3% (P<0.05)

2. ตัวอย่างข้อเสนอการจัดการและชนิดบริการ จากเอกสารในบริบทของต่างประเทศ

2.1 สิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมในบางประเทศในเครือสหภาพยุโรป (Europa, 2001)

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมบางประเทศในเครือสหภาพยุโรป

ประเทศ	สิทธิประโยชน์ในเด็ก 0-5 ปี	การเบิกจ่ายเงิน
เบลเยียม	ทันตกรรมป้องกัน และการรักษา เพื่อเก็บฟัน การถอนฟัน	ราคาตามรายการที่ตกลงไว้ (fee fixed schedule)
เนเธอร์แลนด์	ทันตกรรมป้องกัน และการรักษา เพื่อเก็บฟัน การถอนฟัน รวมถึงการให้ฟลูออไรด์เคลือบฟัน 2 ครั้งต่อปี	แพทย์ประจำครอบครัวรับเงินต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน
อิตาลี	รับบริการฟรีเฉพาะสถานบริการที่ขึ้นทะเบียน และทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการ	แพทย์ประจำครอบครัวรับเงินต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน

2.2 ประเทศไอร์แลนด์

ในประเทศไอร์แลนด์ (Ireland) การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็ก รวมอยู่ในบริการสาธารณสุขที่รัฐจัด ภายใต้โครงการที่ชื่อว่า “Treatment Benefit Scheme” (Oasis website, 2004) เด็กสามารถรับบริการกับทันตแพทย์ที่ถูกต้องโดยกรมการสุขภาพของท้องถิ่นนั้นๆ หรือทันตแพทย์เอกชนที่ทำสัญญากับกรมการสุขภาพในการจัดบริการ (มักจะให้แก่กลุ่มที่นอกเหนือจากเด็ก)

โครงการนี้บริหารโดย Department of Social and Family Affairs ซึ่งจะเก็บเบี้ยประกันจากประชาชน เข้าสู่กองทุนระดับชาติ แล้วจัดสรรมาให้พื้นที่สำหรับบริการสาธารณสุขที่กำหนด ซึ่งรวมถึง ทันตกรรม เว้นตา คอนแทกเลนส์ และเครื่องช่วยฟัง ผู้มีสิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในโครงการรวมถึง ผู้ถือบัตร (Medical card) และครอบครัว, ผู้ที่ติดเชื้อ Hepatitis C จากการได้รับถ่ายเลือด, หรือมีบัตร “Health Amendment Act Card”, เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กประถมที่อยู่ในโรงเรียนของรัฐ ที่ส่งต่อมาจากโครงการบริการสุขภาพเด็ก หรือการตรวจสุขภาพในงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งสามารถรับบริการได้จากคลินิกของกรมการสุขภาพและคลินิกในโรงเรียน

2.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประสบการณ์ระบบประกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา การบริการทันตกรรมแก่เด็กไม่รวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพของรัฐตั้งแต่เริ่มแรก เพิ่งจะมีอยู่ในโครงการ Children’s Health Insurance Program (CHIP) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 และมีข้อมูลว่า Medicaid ใช้จ่ายเพื่อการจัดบริการทันตกรรมในเด็กน้อยเป็นสัดส่วนที่น้อย เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในเด็กอเมริกันทั่วไป กล่าวคือ

Vargas, C., et al., 1998 ได้แสดงข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในเด็กอเมริกันสูงถึง 20% ของค่ารักษาพยาบาล ในเด็กทั้งหมด แต่โครงการ Medicaid (รัฐจัดประกัน ให้กับครอบครัวที่จน) มีค่าใช้จ่าย ด้านทันตกรรมในเด็กคิดเป็น 2.3% ของค่าใช้จ่ายสำหรับสุขภาพเด็กทั้งหมด (0.5% of overall program spending) ซึ่งคิดเป็น 161 USD ต่อเด็กที่ได้รับบริการ (Colmers, J.M., et al., 1999)

มีตัวอย่างข้อเสนอหนึ่ง ของ Reforming States Group (Colmers, J.M., et al., 1999) ได้เสนอในปี 2542 ให้รัฐต่างๆ เห็นความสำคัญของการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในเด็กเล็ก เพราะเด็กจำนวนหนึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสูงอันเนื่องมาจากโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมยังขัดขวางการเข้าถึงบริการป้องกันทางทันตกรรมอีกด้วย และชี้ให้เห็นว่าการจัดการที่ดี

ทั้งกลไกการจ่ายเงิน การดำเนินการเชิงรุก และความเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชน สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้ โครงการดังกล่าว ประกอบด้วยระดับการรักษา 4 ระดับ ตามความรุนแรงของโรค

ระดับ 1 ประกอบด้วย การตรวจ ป้องกัน และการควบคุมโรค

ระดับ 2 ประกอบด้วย การบูรณะฟันแบบพื้นฐาน

ระดับ 3 ประกอบด้วย การบูรณะฟันแบบขั้นสูง

ระดับ 4 ประกอบด้วย การดูแลในระยะรุนแรง และมีค่าใช้จ่ายสูง

ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ได้จากการคำนวณ คือ ค่าบริการ 14.5 USD (580 บาท) ต่อ คน ต่อเดือน และค่าจัดการ 2.5 USD ต่อ คน ต่อเดือน แต่ในบางรัฐเช่น Michigan ค่ารวมได้ 9 USD (360 บาท) ต่อสมาชิก 1 คน ต่อเดือน และเด็กกว่า 95 % ได้รับการดูแลตามความจำเป็น

ข้อเสนอนี้มีการกล่าวถึงการเบิกจ่ายแบบ ราคาที่ตกลงตามรายการบริการ (fee schedule) ซึ่งมักจะต่ำกว่าเป็นสัดส่วนของราคาปกติที่ทันตแพทย์จัดให้บุคคลทั่วไป ทำให้มีผู้ให้บริการภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการ Medicaid น้อย ส่วนการจ่ายแบบเหมาหัวให้แก่ทันตแพทย์ (capitated managed care) มักไม่ได้รับความนิยมจากผู้ให้บริการเพราะไม่มีปริมาณคนไข้มากพอต่อหนึ่งหน่วยบริการที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงินได้

ความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะเข้าร่วมโครงการ ขึ้นกับอัตราราคาที่ใช้กองทุนจ่ายให้, ความเชื่อมโยงกับโครงการในโรงเรียน และโครงการอุดหนุนร่องฟัน, การประชาสัมพันธ์เชิงรุกและการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่, วิธีที่จะสามารถลดการผลิต, และศึกษาแก่ครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงการมารับบริการ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อการเบิกเป็นรายการ คือ การจัดให้บริการเกินความจำเป็น กล่าวคือคนที่เข้าถึงบริการอยู่แล้ว มักได้รับบริการมากขึ้น แทนที่จำนวนคนที่ได้รับบริการเพิ่มขึ้น

สรุปจากตัวอย่างในต่างประเทศ มีข้อสังเกตดังนี้

1. งานบริการทันตกรรม รวมทั้งการป้องกันในเด็ก ที่เป็นงานปกติ ในประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการ รัฐได้จัดให้มีบริการนี้เป็นพื้นฐาน โดยผู้ให้บริการถูกจ้างโดยรัฐ มักจะเป็นรูปเงินเดือน

2. ในประเทศที่รัฐไม่ได้จัดบริการเอง ระบบประกันทั้งของรัฐและของเอกชน ใช้วิธีการซื้อบริการจากผู้ให้บริการเป็น 2 แบบใหญ่ๆคือ แบบเหมาจ่ายรายหัว กับแบบจ่ายตามราคาค่าบริการเป็นรายการ (fee schedule) ซึ่งอาจจะมีเพดาน

กำหนดวงเงินต่อผู้ป่วย หรือกำหนดครั้งต่อปี ชุดสิทธิประโยชน์ในประกัน มักจะบอกขอบเขตไว้กว้างๆ แต่มีประเภทรายการที่เบิกได้เป็นตัวกำหนดว่าจะอะไรเบิกได้เท่าไร

3. ข้อเสนอที่มีรายละเอียดแนวทางปฏิบัติ ไม่พบข้อเสนอการจ่ายเงินให้ไว้ด้วยจึงไม่แน่ใจว่าควบคุมให้เป็นไปตามแนวทางอย่างไร ถ้ามีการเบิกจ่ายเป็นรายการ

3. วิเคราะห์บริบทของประเทศไทย และทางเลือก

3.1 บริบทเดิม

ในประเทศไทย ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลรัฐได้รับงบประมาณจากเงินภาษี และจัดบริการทันตสุขภาพแบบไม่เก็บค่าใช้จ่าย ให้แก่กลุ่มเป้าหมายเด็ก อายุ 0-12 ปี เป็นหลัก รวมทั้งการให้ทันตสุขภาพศึกษา และตรวจช่องปากแก่หญิงมีครรภ์ และอาจรวมไปถึงมารดาของเด็ก ในคลินิกเด็กดีบางแห่งอยู่แล้ว ประเภทและคุณภาพการให้คำปรึกษา ไม่ได้ถูกกำหนดหรือควบคุม แต่เป็นการให้แนวทางปฏิบัติจากกรม กอง วิชาการ หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การจัดสรรบุคลากรและงบประมาณเพื่อการนี้ขึ้นกับการให้ความสำคัญของผู้จัดการซึ่งอาจจะเป็นงานทันตกรรม / ทันตสาธารณสุข หรือ งานส่งเสริมสุขภาพ และค่าใช้จ่ายก็ถูกรับกับระบบบริการสุขภาพโดยรวมของสถานพยาบาล ไม่มีแรงจูงใจในเรื่องรายได้ต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

3.2 บริบทเปลี่ยนไป

การเปลี่ยนแปลงภายหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ผู้ขอรับบริการตามความจำเป็นมากขึ้น ทำให้การจัดสรรบุคลากร มาทุ่มเทให้กับการรักษาตามอาการ จนบางแห่งอาจไม่สามารถดำเนินกิจกรรมในโรงเรียน ชุมชน หรืองานส่งเสริมป้องกันต่อไปได้

- การให้บริการของสถานบริการ มีแนวโน้มจะอิงชุดสิทธิประโยชน์ และไม่จัดบริการนอกเหนือที่กำหนดเนื่องจากไม่ได้เงินชดเชย ยกเว้นอาจจะจัดบริการที่สามารถเก็บเงินจากคนไข้ได้โดยตรง

- ไม่มีแนวปฏิบัติ (Clinical practice guideline) ที่ชัดเจนจากกองทุนหลักประกันในเรื่องกิจกรรมการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก แม้จะมีการคำนวณค่าวัสดุที่เกี่ยวกับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ และการป้องกันในต้นทุนชุดสิทธิประโยชน์งานส่งเสริมป้องกันแล้ว

จะเห็นได้ว่ามีประเด็นเกี่ยวกับ

1. การจัดสรรเวลาให้กับงานแต่ละประเภท ซึ่งอาจรวมไปถึงความไม่พอ

เพียงของอัตรากำลังของทันตบุคลากร

2. กลไกอื่นที่เคยมีแล้วดำรงอยู่หรือสูญหายไป ในการกำกับบริการไปในทิศทางทันตสาธารณสุขของประเทศ

ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องการจัดการ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดทางเลือกจากบุคคลในแวดวงทันตสาธารณสุข

3. ข้อเสนอทางเลือกในการจัดการด้านการเงิน

1) แยกกองทุนเพื่อบริหารสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน

ข้อดี:

- สามารถเพิ่มบทบาทของทันตแพทย์สภาและสมาคมวิชาชีพ เพื่อมาร่วมคิดและร่วมจัดการระบบบริการ

- สามารถใช้ประโยชน์จากทันตแพทย์ภาคเอกชนได้เต็มที่

- มีงบประมาณชัดเจน

- มีการคำนวณต้นทุนและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมอย่างชัดเจน

ข้อเสีย:

- เกิดธุรกรรมในการจัดการซื้อ-ขายบริการ เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องมีองค์กรที่มีประสิทธิภาพเป็นผู้จัดการ

- สมาคมวิชาชีพ ต้องมีตัวแทนทั่วประเทศ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการกระจายได้ทั่วถึง

- แยกการดูแลสุขภาพช่องปากออกจากการดูแลสุขภาพโดยรวม อาจเกิดผลกระทบในเรื่องการจัดบริการบูรณา คือ การเกิดสภาพบริการที่แยกส่วน

2) กองทุนจัดสรรเงินเพื่อซื้อบริการที่ควรส่งเสริมเพื่อขยายความครอบคลุมบริการ เป็นโปรแกรมเฉพาะ (Vertical program)

ข้อดี:

- สถานพยาบาลเต็มใจที่จะจัดบริการที่ควรส่งเสริมเพิ่ม โดยจ้างพนักงานเพิ่ม หรือถ้าเกินกำลัง ก็ให้เอกชนรับไปทำ

- สามารถกำหนดเป้าหมายแบบค่อยเป็นค่อยไปได้ ไม่ต้องปูพรม

- ผลประโยชน์ของการลดโรคในระยะยาวเพิ่มขึ้น

- มีการคำนวณต้นทุนของบริการที่ควรส่งเสริมชัดเจน

- ไม่เบียดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการตามความจำเป็น

ข้อเสีย:

- เกิดธุรกรรมในการจัดการซื้อ-ขายบริการ เพิ่มขึ้น

3) กองทุนระบุบริการที่ควรส่งเสริมไว้ในสัญญาซื้อขายกับคู่สัญญาหลัก โดยใช้มาตรการควบคุมกำกับปริมาณและคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ บริการที่ควรส่งเสริม ซึ่งผู้ให้บริการต้องจัดให้มีไว้ จะโดยการซื้อบริการจากภาคเอกชนอีกต่อหนึ่งก็ได้

ข้อดี:

- มีการรวมต้นทุนของบริการที่ควรส่งเสริมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ชัดเจน

ข้อเสีย:

- การกำกับอาจทำไม่ทั่วถึง และไม่มีการจัดบริการนี้ขึ้น รวมทั้งไม่มีการซื้อบริการต่อจากภาคเอกชน

- อาจเบียดเวลาการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการตามความจำเป็น

- ไม่มีการคำนวณต้นทุนของบริการที่ควรส่งเสริมชัดเจน

4) การซื้อบริการแบบเป็น package เหมารายหัว

ข้อดี:

- มองผลลัพธ์ที่สุขภาพช่องปากของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะตำแหน่ง

- บริการสามารถครอบคลุมหลายกิจกรรมตามความจำเป็น และทำให้ถึงลูกถึงคนได้

- การจ่ายเงินอาจแบ่งตามความรุนแรงเช่น ผลการประเมินสุขภาพช่องปากมารดา (ค่าทำฟัน รวมอยู่ในสิทธิประโยชน์เดิมอยู่แล้ว ไม่ต้องแยกมา)

ข้อเสีย:

- ทันตแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่เคยมีส่วนแบ่งคนไข้เดิมอยู่ก่อน อาจไม่ต้องการรับความเสี่ยงนี้

5) การซื้อบริการแบบเป็นจ่ายตามรายการ

กองทุนจะรับภาระค่าบริการเป็นอัตราตามรายการ แต่รวมแล้วไม่เกินวงเงินที่กำหนดต่อปี หรือครั้งต่อปี ผู้รับบริการจะรับผิดชอบส่วนต่างที่เกิดขึ้น วิธีการนี้คล้าย package ของประกันเอกชน: UNICARE Individual Dental PPO Plan

ข้อดี:

- ผู้ให้บริการไม่ต้องรับความเสี่ยง

ข้อเสีย:

- ผู้ป่วยรับความเสี่ยง ถ้ามีความจำเป็นสูงกว่าคนอื่น

5. ข้อเสนอการจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ

5.1 การจัดการทางทันตกรรมในกลุ่มเด็กเล็กควรเน้นการป้องกัน และลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก อย่าปล่อยให้สภาพฟันผุจนถึงขั้นรุนแรง ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งสุขภาพของเด็กและค่าใช้จ่ายของระบบประกัน

5.2 การป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก อาจทำได้หลายระดับ คือ

- การเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เช่นการลดน้ำตาลในนม รวมทั้งการให้มิลูออไรด์ในน้ำดื่ม ซึ่งควรเป็นมาตรการระดับสังคม และชุมชน ซึ่งแกนนำด้านทันตสุขภาพควรนำเสนอแนวทางที่เป็นเอกสารให้ชัดเจน และอาศัยแนวร่วมอื่นในสังคมเพื่อสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ทันตแพทย์สภา คณะทันตแพทยศาสตร์ และกองทันตสาธารณสุข ควรเร่งจัดทำแนวทางเหล่านี้ในนามหน่วยงานวิชาการแต่ละแห่ง

- การให้คำแนะนำผู้ดูแลเด็กในการเลี้ยงดูเด็ก อยู่ในความดูแลของบุคลากรสาธารณสุขหลายประเภท คือ กุมารแพทย์ พยาบาลดูแลมารดาหลังคลอด และพยาบาลที่คลินิกเด็กดี หรือคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งแกนนำด้านทันตสุขภาพ ควรทำเอกสารชี้แจงความรู้และแนวทางการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่ถูกวิธีให้กับบุคลากร ด้านสุขภาพเหล่านี้ โดยเฉพาะความรู้เรื่องการถ่ายทอดเชื้อโรคฟันผุจากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดพิมพ์เอกสารเหล่านี้

- ทันตบุคลากร ดำเนินการให้สุขศึกษาเอง ในคลินิกหญิงมีครรภ์ คลินิกเด็กดี คลินิกทันตกรรม รวมไปถึงการให้บริการทันตกรรมป้องกัน ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น การกระจายทันตภิบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิเช่นสถานีอนามัย เป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ความครอบคลุมบริการได้ทั่วถึงขึ้น

5.3 การขยายการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันในเด็กเล็ก อาจทำได้โดยให้ทันตแพทย์เอกชนเข้าร่วม โดยจัดทำเป็นสัญญาตกลงชนิดบริการ และ เงินที่จะสนับสนุนในอัตราต่อเด็ก 1 คน ที่ได้รับบริการ ตัวอย่างเช่น การดูแล การสอนแปรงฟัน พร้อมจ่ายแปรงสีฟัน และทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กอายุ 2-4 ปีที่มีฟันหน้าผุเกิน 4 ซี่ มีค่าใช้จ่าย 152 บาทต่อคนต่อปี (ตัวเลขสมมติ) เป็นต้น การที่เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลจากทันตบุคลากรอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ในช่วงฟันน้ำนม จะมิผลให้การดูแลความสะอาดช่องปากในช่องชีวิตของฟันแท้ดีขึ้น

ความสำเร็จของการแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก⁷

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการทำงานกับกลุ่มคนในชุมชน ตลอดจนทำงานกับเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อม และการเมือง ที่จะเอื้อให้อำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี นับเป็นทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกับการทำงานทางทันตสาธารณสุขที่ควรจะเป็นในอนาคต (ลักขณา เต็มศิริ กุลชัย และคณะ. 2541) ภายใต้แนวคิดการนำเอาแนวคิดมาสู่การปฏิบัติต้องคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และการเมืองที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขของการประยุกต์ใช้ในงานทันตสาธารณสุข ต้องพิจารณาถึงกระแสการทำงานถูกผูกขาดภายใต้วิชาชีพทันตกรรม และมีกระแสหลักที่คงให้นำหนักในเรื่อง “โรค (disease - oriented) การปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากการเน้นเรื่องโรค มาเน้นเรื่อง “สุขภาพดี” (อุทัยวรรณ กาญจนกมล. 2541) การพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” ถือเป็นการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงรากฐานทางความคิดอย่างยิ่งใหญ่ (paradigm shift) โดยมีแนวทางการทำงานที่อยู่ภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (health/มิใช่ disease) ซึ่งเป็นพื้นที่ (area) และที่สำคัญคือชาวบ้านสามารถเข้ามาเป็นผู้กระทำได้ทุกคน โดยผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนไปจากเดิมที่ทำหน้าที่เป็นผู้หยิบยื่นให้ (the giver) หรือ ผู้ทำให้/จัดตั้งให้ (the doer) มาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย กระตุ้น และสนับสนุน (the catalyst/ the facilitator) ให้ประชาชนทำงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเขาขึ้นมา ดังนั้นการทำงานแนวใหม่นี้ต้องการการเข้ามา่วมกันทำงานของหลายๆ ภาคี เน้นความเท่าเทียมและเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าเป็น “บทบาทแห่งยุคของทุกคน”

หลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพมิใช่เป็นการจัดการกับโรค โดยมองว่าสุขภาพเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดูแลทันตสุขภาพจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการมองแง่สุขภาพ (Health oriented) โดยมองว่าสุขภาพของบุคคลหนึ่งที่ปรากฏนั้น นอกเหนือจากพฤติกรรมของตัวเองแล้ว ยังมีผลจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง

⁷ สุณี วงศ์คงคาเทพ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ความสำเร็จของการแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

เศรษฐกิจ ตลอดจนระบบสาธารณสุข ในขณะที่การป้องกันโรคมุ่งเน้นไปที่การจัดการของโรค (Disease oriented) เช่นเมื่อพิจารณาจาก Host , Agent , Environment ว่าโรคฟันผุเกิดมีสาเหตุเกิดจาก เชื้อโรค อาหารหวาน การได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ลักษณะของน้ำลาย

ดังนั้นการแก้ไข ปัญหา จำเป็นต้องพิจารณาทั้งการส่งเสริมและการป้องกันโรคผสมผสานกัน เพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดในชีวิตจริงได้ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงการให้ทันตสุขศึกษา หรือการให้ความรู้ และฝึกอบรมเท่านั้น หากต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น วิถีชีวิตของคนในชุมชน ค่านิยม สภาพสิ่งแวดล้อม สังคม ตลอดจนกลไกต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ต่างกันไป ทั้งนี้การผสมผสานการดูแลสุขภาพควรคำนึงถึง ด้านร่างกาย จิตใจ และภาระการดำรงชีพ ในระดับปัจเจกบุคคล ร่วมกับการให้ความสำคัญต่อสังคม และสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) อย่างแท้จริง

2. การส่งเสริมสุขภาพ ต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน บุคลากรทางสาธารณสุขจึงเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงบทบาทของตนเองให้ชัดเจน เพื่อให้ดำเนินงานได้เหมาะสมกับลักษณะงานและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีรากฐานของความคิดว่า “การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิทธิของประชาชน” เสริมความสามารถและเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจการได้รับประโยชน์ ให้ประชาชนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้และเหมาะสม แทนที่หน่วยงานจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของหน่วยงานทั้งหมด เป็นการสนับสนุน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของประชาชน เปลี่ยนจากการนำกิจกรรมที่หลากหลายของหลายหน่วยงานมาผสมผสานกันไปแล้วบอกให้ประชาชนดำเนินการ เป็นการร่วมค้นหาสภาพจริง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และกำหนดการทำงานร่วมกันตั้งแต่ต้นให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน

3. การส่งเสริมสุขภาพ ควรยึดพื้นที่ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่กว้าง เช่น กลุ่มเป้าหมายตามโครงสร้างประชากรเป็นหลัก เช่นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มวัยเรียน การมองเรื่องสุขภาพให้เป็นภาพรวม ไม่ควรมองโรคในช่องปากอย่างแยกส่วน แต่ควรมองโรคในช่องปากที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิต

4. การเลือกกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพใดๆ ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อ สถานการณ์ความพร้อมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในชุมชน

และบุคลากรสาธารณสุข โดยการเลือกควรเกิดจากการยอมรับและมีการผสมผสานไปกับแนวความคิดในการจัดการโรค โดยอาศัยมาตรการการป้องกันโรคในช่องปาก โดยคำนึงถึงแนวการบริหารจัดการทรัพยากรที่จะช่วยการดำเนินการเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพ จึงมีองค์ประกอบที่กว้างขวางกว่างานป้องกันโรค เพราะเป็นงานที่ทำกับคน พฤติกรรมของคนและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมของคน องค์ประกอบของงานส่งเสริมสุขภาพ จะมีใช้เพียงงานสุขศึกษาแบบเดิมที่วงการสาธารณสุขคุ้นเคย แต่ต้องมีองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ทางสังคม ยุทธศาสตร์ทางการเมือง มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญกับปัญหา ให้ความสำคัญกับการสรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่มาสสนับสนุนให้คนลุกขึ้นมาประกอบตัวเอง และท้ายที่สุดเป็นเรื่องของการสร้างอำนาจให้กับองค์กรชุมชนเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพของพวกเขา (ศศิธร ไชยประสิทธิ์. 2544.)

กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรอตตาวา
(สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. 2541) ประกอบด้วย

1) การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ การจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะร่วมคิดร่วมทำ กระบวนการนี้หมายถึงการสร้างจิตสำนึกประชาชนร่วมกัน โดยหวังว่าจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น (A call for social action)

2) เอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable) โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำเนินชีวิต ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Self-efficacy)

3) เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ (Mediate) ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกลเกลี่ยปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

ซึ่งกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการจะนำไปสู่กิจกรรมหลักที่สำคัญ 5 ประการดังนี้คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น

มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษีหรือการปรับองค์กร ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกัน เพื่อนำไปสู่เรื่อง การมีสุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมถึงลดถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หม่อมวลสมาชิกในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) กระตุ้น (encourage) ประชาชนดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยนสังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง โดยหวังว่าจะไปถึงซึ่งการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (healthy society) สร้างสังคมเมืองที่มีสุขภาพดี (healthy city) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี (healthy workplace) สร้างครอบครัวที่มีสุขภาพที่ดี (healthy family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของทั้งครูและนักเรียน (healthy school)

3. การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action) เป็นการหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน ในประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชนมีส่วนร่วม และที่สำคัญโครงการส่งเสริมทั้งหลายนั้น ประชาชนเป็นคนทำและบุคลากรภายนอกเป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนนั้นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ในที่นี้มีได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย (เช่น การแปรงฟันถูกวิธี ของทันตแพทย์) แต่มีความหมายที่กว้างขวางกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวนสิ่งครอบงำในรูปแบบที่สลับซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพจึงควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา มีความรู้ มีทักษะชีวิต (life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งเฝ้ายวน และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน (self-empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่ผู้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันเน้นในเรื่องการรักษา หรือหากจะขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่

ในรูปแบบของการป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการตัดสินใจ ปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลายให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้รื้อฟื้น พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีหรือเคยมีอยู่ในการดูแล ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

การใช้ Family-based approach and Community-based approach ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก⁸

จากข้อเสนอ Evidence-based recommendations for oral health promotion intervention ของรัฐวิคตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย จัดแบ่งกลยุทธ์ในการดำเนินการ เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระบบบริการโดยกลุ่มวิชาชีพ คือ

- 1.1 การให้บริการโดยใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่รูปแบบต่างๆ ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
- 1.2 จัดให้มีบริการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) ในกลุ่มเสี่ยงระบบบุคคล
- 1.3 ให้ความรู้ของพ่อแม่ในเรื่องฟันผุในเด็กทารกและปฐมวัย
- 1.4 จัดระบบการตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

1.5 พัฒนามาตรการให้กลุ่มเด็กสามารถเข้าถึงระบบบริการ

1.6 พัฒนานโยบายส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในกลุ่มเด็กและให้บริการรักษาในรายความจำเป็น

1.7 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการแม่และเด็ก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานเฝ้าระวัง ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยชุมชน

สนับสนุนให้ชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่

- 2.1 การจัดอาหารด้านอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม

⁸ สุณี วงศ์คงคาเทพ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การใช้ Family-based approach and Community-based approach ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รายงานการทบทวนองค์ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- 2.2 จัดให้มีการแปรงฟันช่วงกลางวันที่สุดนัยเด็ก
- 2.3 พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเด็กปฐมวัย
- 2.4 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยชุมชนในลักษณะดูแลเป็น

เครือข่าย

3. การสนับสนุนสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของครอบครัว

3.1 สร้างกระแสให้สังคมตระหนักถึงบทบาทของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูให้
 ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก

3.2 ให้ความสำคัญในการดูแลการทำความสะอาดช่องปากเด็ก

3.3 ลดพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำตาลได้แก่อาหารหวาน/ขนม เครื่องดื่ม

พัฒนาศักยภาพของพ่อแม่ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก
 โดยพัฒนาทักษะในการดูแลเรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสม การทำความสะอาด
 ฟันที่ถูกหลัก รวมถึงมีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของรัฐวิโตเรีย ประเทศออสเตรเลีย

1. มาตรการพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของ
 ประชาชน โดย

- จัดทำชุดความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ
 สอดรับกับบริบทชุมชน
- พัฒนามาตรการถ่ายทอดความรู้และกลวิธีสู่กลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนาระบบการให้ความรู้โดยใช้ประเด็นที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนาระบบสนับสนุนให้เด็กเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและแหล่ง
 ข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สำคัญและจำเป็น

• พัฒนาคณะกรรมการของสังคมและครอบครัว ต่อการดูแลสุขภาพ
 ช่องปาก

2. มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อ
 ต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี

- พัฒนากลวิธีการดูแลส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน
- พัฒนามาตรการการลดการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย และหรือสิ่งยั่วยุ
 การเกิดฟันผุ

• จัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน/โรงเรียน และชุมชน ปลอดภัยขณะที่มีผล
 ต่อการเกิดฟันผุ

3. สนับสนุนให้เด็กเข้าถึงบริการฟลูออไรด์

- มีนโยบายมาตรการฟลูออไรด์ในน้ำประปา
 - สนับสนุนนโยบายการใช้ฟลูออไรด์เสริมที่เหมาะสม
4. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์การส่งเสริมทันต
 สุขภาพช่องปาก

• พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่
 จำเป็น

• พัฒนาการศึกษาวิจัยเรื่อง ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อสนับสนุน
 ระบบบริการ

5. พัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรและบุคลากรที่ทำงานชุมชนให้ทำงาน
 ส่งเสริมทันตสุขภาพในบริการปฐมภูมิ

- เพื่อทักษะและองค์ความรู้ที่จำเป็นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- พัฒนาในพื้นที่ศึกษาปัญหาฟันผุระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริม
 สุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

• พัฒนาเชื่อมโยงบริการระหว่างบริการ ส่งเสริมทันตสุขภาพกับบริการ
 สุขภาพทั่วไป

ตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

ประเทศออสเตรเลีย

1. โครงการ พัฒนาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กพื้นเมืองด้อยโอกาส โดย
 Bunurong (Aboriginal) Health Service

วัตถุประสงค์

พัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้มาตรการครอบครัวใน 8
 หน่วยบริการแม่และเด็กโดยใช้บริการเชิงรุกในชุมชน

กิจกรรม

โดยบูรณาการบริการสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยผ่าน
 บทบาทพยาบาลที่ผ่านการอบรม ดำเนินกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุข
 ศึกษา การพัฒนาชุดให้ความรู้ และมีการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรมใน 17 ชุมชน

2. โครงการ ABC-123 for koori Teeth ของ Murray valley Aboriginal Health
 Service and Mallee Division General Practice

วัตถุประสงค์

เพื่อลดปัญหาและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มพื้นเมืองในเมือง Robivale

Community

กิจกรรม

- พัฒนาโปรแกรมและหลักสูตรการแปร่งฟันในการดูแลเด็กพื้นเมือง Aborigine โดยบูรณาการให้ความรู้แก่พ่อแม่ในโครงการ ที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก

- พัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขชนพื้นเมืองกับบุคลากรทั่วไป ให้สามารถให้บริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่

3. โครงการ Teeth for life ของ Plenty Valley Community Health service

วัตถุประสงค์

สนับสนุนให้พ่อแม่ร่วมตัวและพัฒนากระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

กิจกรรม

- พัฒนาระบบส่งต่อระหว่างบริการแม่และเด็ก กับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

- พัฒนาชุดการอบรม, ชุดการให้ความรู้สำหรับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูและพยาบาล ผู้ให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก

ประเทศสหรัฐอเมริกา

1. โปรแกรม Dental home

เป็นการดูแลเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก โดยมีกิจกรรมให้ความรู้กระตุ้นผู้เลี้ยงดู ตั้งแต่ตั้งครรภ์ และมีการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 6 เดือน

หลักการดำเนินการ

1. เน้น preventive counseling and management
2. ทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ เอกชน และชุมชน
3. เริ่มต้นการดูแลให้เร็วที่สุด เพื่อปลูกฝัง Healthy habit
4. ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยใช้ DH staff : ใช้แบบสอบถาม
5. ใช้ counseling approach เพื่อให้ข้อมูลและความรู้

กลยุทธ์การดำเนินการ

1. เน้นการให้ความรู้เพื่อกระตุ้นผู้เลี้ยงดูให้มีศักยภาพในการดูแลอนามัยช่องปากตนเองและบุตรหลาน

2. สนับสนุนการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ
3. กระตุ้นสมาชิกในครัวเรือนลดและจำกัดการบริโภคน้ำตาล

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ

1. เด็กที่ต้องการดูแลพิเศษ เช่น พิกการ มีโรคประจำตัว
2. เด็กที่แม่มีอัตราฟันผุสูง
3. เด็กที่มีปัญหาฟันผุสูงและ อนามัยช่องปากไม่ดี
4. เด็กที่มีพฤติกรรม หลับคาขวดนม
5. เด็กในครอบครัวยากจน

กิจกรรมดำเนินการประกอบด้วย

1. การประเมินภาวะเสี่ยงของโรคฟันผุ ในกลุ่มแม่ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 หมวด คือ dietary practices fluoride exposure, oral hygiene, utilization of dental service, mother's decay potential, Frequent sugar intake
2. จัดบริการเพื่อป้องกันตามข้อมูลการประเมินภาวะความเสี่ยงของโรคฟันผุ
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก (Anticipatory guidance)
4. ให้บริการ Fluoride vanish ในกลุ่มเสี่ยง
5. ให้ข้อมูลข่าวสาร สถานที่ให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก แนวทางปฏิบัติทางโภชนาการเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากแก่กลุ่มเป้าหมาย
6. การทำ Focus group กลุ่มพ่อแม่เพื่อให้ข้อมูล ECC และให้ข้อเสนอแนะ

เพื่อบรรลุพฤติกรรม Dentally healthy

เงื่อนไขกำหนดความสำเร็จ

โปรแกรม Dental home ถือเป็นบริการทางการแพทย์สำหรับเด็กวัยทารก ซึ่งให้บริการโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม (well trained physicians) ที่มีบทบาทในการดูแลครอบครัวด้านสุขภาพช่องปากร่วมด้วย โดยมีระบบบริหารจัดการและส่งต่อไปรับบริการทันตกรรมกับทันตบุคลากร ตั้งแต่มีฟันซี่แรกขึ้น

2. Community-based OHP Program : ในชุมชนชาวเวียดนาม

หลักการดำเนินการ

1. ดำเนินการโดยพยาบาลชาวเวียดนาม
2. เป็นบริการที่เชื่อม Oral Health กับ General Health ใน Child health clinic
3. เน้น one-on-one counseling โดย Vietnams Lay health counselor
4. ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยใช้ Dental Health staff : ใช้แบบสอบถาม
5. ใช้ counseling approach เพื่อให้ข้อมูลและความรู้ (ตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5 สาระความรู้ใน Counseling schedule

อายุเด็ก	สาระให้พ่อแม่	ชุดของขวัญ
2	ความสำคัญฟันน้ำนม การใช้ soother	soother
4	การทำความสะอาดช่องปาก	จูลสาร
6	การทำความสะอาดช่องปาก การหลีกเลี่ยง ดูคนมขณะนอน	ชุดแปรงฟัน
12	ฟันผุจากดูนมหลับคาขวด เลิกนมขวดมา ดื่มนมจากแก้ว	แก้วฝึกดื่ม
18	ทุกหัวข้อ	ชุดแปรงฟัน

3. โครงการ Access to Baby and Child Dentistry : ABCD Program

หลักการดำเนินการ

1. มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
2. ดำเนินการโดย Central Washington Oral Health Foundation
3. Comprehensive preventive dental care ดูแลตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น
4. เน้นบทบาทแม่ดูแลฟันลูก:โครงการ Mom and Me
5. เป้าหมายเด็กแรกเกิด - 72เดือน

กิจกรรมดำเนินการประกอบด้วย

1. สัปดาห์ มีการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เรือน พุดคุยพ่อแม่ในชุมชน 5 รอบ
2. ให้ความรู้ผ่านสื่อ
3. มีระบบนัดหมาย/ติดตาม case และให้ข้อมูลทางโทรศัพท์
4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนพุดคุยปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขในกลุ่มพ่อแม่
5. สิทธิประโยชน์ F-vanish ปีละ 3 ครั้ง บริการอุดฟัน การให้ทันตศึกษาแก่ครอบครัวปีละ 2 ครั้ง
6. บริการ Outreach Effort โดย primary care provider เพื่อแจ้งข่าวบริการ ให้มารับการตรวจ Fluoride vanish และ ทันตศึกษา
เงื่อนไขกำหนดความสำเร็จ
คุณภาพและประสิทธิภาพของ Outreach and care management

4. โครงการ community-based Strategies ดำเนินการโดย san Ysidro Health center

เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก มีเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อ
1) เพิ่มความตระหนักของชุมชนในเรื่องสุขภาพช่องปาก 2) ทบทวนคู่มือในการดูแล
สุขภาพช่องปากในชุมชน ใช้ Public Health approach มีมาตรการหลักสำคัญ
4 มาตรการคือ

1. มีระบบเฝ้าระวังปัญหา เพื่อพิจารณาว่า ปัญหาคืออะไร มีลักษณะอย่างไร
โดยมีตัววัดในการเฝ้าระวังคืออัตราฟันผุ อัตราการได้รับฟลูออไรด์ ร้อยละคนจนได้
รับบริการทันตกรรม อัตราของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรมป้องกัน
โครงสร้างการจัดบริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กต่ำกว่า 5 ปี

2. มีการสำรวจหาปัจจัยเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากสาเหตุอะไร ได้แก่
ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการ
ทำความสะอาดช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพ
ช่องปากความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ อนามัยช่องปากของเด็ก

3. การพัฒนามาตรการแก้ปัญหา

4. การลงมือปฏิบัติการ

หลักการดำเนินการในกลุ่มเด็ก

1. เน้นให้บริการทันตกรรมตั้งแต่ฟันไม่ขึ้น
2. ให้บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กอายุ 1-2 ปี
3. เน้นให้พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูให้ความสนใจเรื่อง อนามัยช่องปากที่ดี
4. ทำงานให้บริการด้วยทีมสหสาขา
5. มีระบบสนับสนุนการให้บริการที่ชัดเจน

กิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มเด็ก

1. มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ
2. มีบริการเพื่อป้องกันฟันผุ
3. การพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติ
4. มีบริการอุดฟันถอนฟันในรายที่จำเป็น

5. โครงการ Watch your mouth ดำเนินการโดย Washington Dental Service

เป็นโครงการรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักของสาธารณะ ต่อเรื่องสุขภาพ

ช่องปากของเด็ก ที่มีลักษณะ ผสมผสานและบูรณาการการสื่อสารสู่สังคมและชุมชน กระตุ้นให้สนใจสุขภาพช่องปากของเด็ก

สาระที่ใช้กระตุ้นในการรณรงค์

ได้แก่ตัวเลขความชุกของโรค ผลกระทบของปัญหา, ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน

Watch your mouth ถูกออกแบบให้ใช้ media advocacy พัฒนาจาก Washington state campaign : A Pilot-project 'Watch for Kid' ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน การเข้ามาตรวจทางการเงินเพิ่มอัตราการใช้บริการในกลุ่มเด็ก การกระจายทันตบุคลากรที่เพียงพอ

มาตรการประกอบด้วย

1. ให้ฟลูออไรด์เสริมเพื่อการป้องกัน
2. ให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็กจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย
3. มีการตรวจคัดกรองในโรงเรียน
4. มาตรการจูงใจในเรื่องแต่ค่าตอบแทนสำหรับ ทพ.

องค์ประกอบสำคัญที่กำหนดความสำเร็จ

1. ความรู้เชิงประจักษ์ใช้ในประเด็นที่จะรณรงค์
2. การสื่อสารสู่สังคม/ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีนโยบายและการทำงานรวมกันทุกภาคีเครือข่าย

6. Primary oral health care program-best practice model

ดำเนินการโดยหน่วยงานชื่อ Open Door Family Medical Centers Broad ที่เมือง Rye Brook และ Portchester ด้วยข้อจำกัด 2 ประการ คือ การขาดแคลนทันตแพทย์และงบประมาณในการให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน ในลักษณะ Permanent facility จึงทำให้โครงการนี้พัฒนารูปแบบการให้บริการโดยใช้รูปแบบบุคลากรแบบสหสาขาเพื่อให้บริการทันตกรรม โดยกำหนดกิจกรรมทันตกรรมบรรจุใน Chart audits (ตารางที่ 2.6) ในชุดบริการที่หน่วยงานต้องให้บริการแก่ประชาชน ในลักษณะ completeness accuracy and appropriateness of care

หลักการในการดำเนินการ

ใช้รูปแบบบูรณาการบริการทันตกรรมในบริการทางการแพทย์โดยมีกระบวนการ internal referral and follow - up .ในระบบปกติ โดยคนไข้ที่ลงทะเบียนจะได้รับการตรวจทางการแพทย์ ทันตกรรม และบริการสุขภาพจิต โดยมีการสร้างระบบฐาน

ข้อมูลเชื่อมโยง และสามารถส่งต่อในลักษณะ Electronic referral system

ตารางที่ 2.6 กิจกรรมทันตกรรมดำเนินการที่บรรจุใน Chart audits

เป้าหมายของโครงการ	ขั้นตอน	ฐานข้อมูล	ตัววัดผลลัพธ์
1. คนไข้เด็กได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 80	1. ให้ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงความสำคัญในการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม 2. พัฒนาแผ่นพับให้ความรู้และสร้างกลไกการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	1. การประชุมของทีมสหสาขาในการทำงาน 2. รายงานส่งต่อ 3. รายงานผลงาน	1. ร้อยละการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม 2. ผลงานการนัดผู้ป่วย
2. 60% ของผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการตรวจและให้บริการทันตกรรม	1. พัฒนาระบบนัดเพื่อรับบริการทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ 2. กระตุ้นให้ทันตบุคลากรดำเนินการคัดกรองและให้บริการทันตกรรมป้องกัน	1. เวลาที่นัดหมายผู้ป่วย 2. ผลงานบริการ 3. ผลงานตรวจคัดกรองในโรงเรียน 4. ผลงานส่งต่อในระบบรายงาน	1. ผลงานการบริการทันตกรรม 2. การลดอัตราฟันผุในกลุ่มเป้าหมาย
3. 100% เด็กได้รับเคลือบร่องฟัน	1. มีนโยบาย/โครงการ....	1. ระบบรายงาน	1. ผลงาน Selant 2. การลดอัตราฟันผุ
4. 100% เด็กที่ส่งต่อแต่ไม่ได้รับการตรวจได้เข้าระบบนัดติดตาม	1. กำกับรายงานส่งต่อ 2. มีระบบติดตามให้รับบริการ	1. ผลงานให้บริการ	1. ระบบนัด/ควบคุมกำกับ

บทที่ 3

สรุปสถานการณ์การที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเด็กไทยอายุ 0-5 ปี

บทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของพ่อแม่/ผู้เลี้ยงที่คาดหวัง

ประกอบด้วยบทบาท 3 ด้าน คือ

1. การทำความสะอาดช่องปาก

โดยเริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นซี่แรก แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขนาดไม่เกิน 1000 P.P.M. สร้างบรรยากาศการแปรงฟันระหว่างแม่/คนเลี้ยงกับเด็กให้ดูเป็นเรื่องสนุก ให้ชินกับการแปรงฟันและรักการแปรงฟัน ฝึกทักษะการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันให้ลูกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วงตื่นนอนและก่อนเข้านอน รวมถึงการฝึกลูกบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังการรับประทานอาหารและอาหารว่าง ประเมินความสามารถของเด็กในการแปรงฟันของลูกพร้อมกับให้คำแนะนำ

2. การดูแลเรื่องอาหาร

2.1 การเลี้ยงนมขวดอย่างถูกวิธีไม่ให้เกิดฟันผุ

โดยเลือกนมที่เป็นสูตรไม่เติมน้ำตาลให้ลูก หรือไม่ควรเติมน้ำตาลลงใน

นมให้ลูกเพียงเพื่อต้องการให้เด็กกินนมเพิ่มขึ้น อย่าปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม หลังให้นมขวดควรให้เด็กดื่มน้ำตามเพื่อล้างปาก ฝึกลูกให้ลดการกินนมหลังเที่ยงคืน ตั้งแต่อายุ 6 เดือน ฝึกทักษะให้เด็กค่อยๆ เปลี่ยนการดื่มนมจากขวดนมเป็นดื่มนมจากแก้ว และเลิกนมขวดตั้งแต่อายุ 12-18 เดือน ฝึกเด็กให้ดื่มน้ำผลไม้/น้ำหวานจากแก้ว

2.2 การให้อาหารเด็กอย่างเหมาะสมตามวัย

โดยปรุงอาหารให้เด็กบริโภคด้วยรสชาติที่เหมาะสม ระวังอย่าให้อาหารหรืออาหารเสริมที่มีรสหวานแก่ทารกและเด็กเล็ก อันเป็นที่มาให้เด็กติดหวานได้ ค่อยๆ ฝึกเด็กกินอาหารหยาบขึ้นตามอายุแก่เนื้อสัตว์และผักที่เป็นชิ้นๆ สนับสนุนให้ลูกกินผักและผลไม้หลากหลายชนิดอย่างสม่ำเสมอ ให้เด็กกินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบทุกมื้อโดยไม่ตามใจเด็กถ้าเด็กปฏิเสธผัก พยายามคิดค้นวิธีกระตุ้นให้บุตรหลานกินผักอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ฝึกวินัยการกินอาหารบนโต๊ะอาหาร ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานสำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภค เป็นสิ่งแวดล้อมให้ลูกหลานกินข้าวเป็นเวลา เป็นการกินข้าวอย่างพร้อมหน้าสมาชิกในครอบครัว เป็นโอกาสกระตุ้นให้เด็กกินอาหารทุกชนิดบนโต๊ะอาหาร เป็นโอกาสฝึกและสอนการเคี้ยวอาหารไม่ช้าและไม่เร็วเกินไป อันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดนิสัยการอมข้าว ไม่ป้อนข้าวเด็กในลักษณะป้อนข้าวไปเที่ยวเล่นไป ไม่ปล่อยให้ลูกกินอาหารหรือขนมหน้าทีวี

2.3 การให้ขนมเด็กอย่างถูกวิธี

โดยจำกัดจำนวนรายการขนม ไม่ควรกินเกิน 2 รายการต่อวัน หลีกเลี่ยงและไม่เลือกขนมที่มีรสหวานและติดฟันง่าย พยายามให้เด็กกินขนมเฉพาะในมื้ออาหาร และไม่ตามใจให้เด็กกินขนมจุบจิบ ส่งเสริมการกินผลไม้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

3. การใช้ฟลูออไรด์ และรับบริการเพื่อการป้องกันฟันผุ

โดย มีการตรวจฟันลูกด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ กรณีพบความผิดปกติให้ปรึกษาทันตแพทย์พาเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีกับทันตบุคลากร และรับบริการฟลูออไรด์เสริมและเคลือบหลุมร่องฟันตามอายุ

สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู

งานวิจัยของสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) พบว่า

1. เด็กอายุ 6-12 เดือนเริ่มมีฟันขึ้น 4-8 เริ่มมีฟันผุแล้วร้อยละ 1.4 ขณะที่เด็กอายุ 12-24 เดือนมีฟันขึ้นเพิ่มเป็น 12 ซี่ พบผุเพิ่มเป็นร้อยละ 16.6 และเด็กกลุ่มอายุ 25-30 เดือน มีฟันขึ้นครบ 20 ซี่ พบผุสูงถึงร้อยละ 45.4 กว่าครึ่งของ

กลุ่มฟันผุเป็นการอยู่ที่ฟันหน้า 1-2 ซี่

2. การทำความเข้าใจของพ่อแม่ของเด็กอายุ 6-30 เดือนส่วนใหญ่มีการแปรงฟันเพียงร้อยละ 65 อายุเฉลี่ยที่เริ่มแปรงฟันคืออายุย่างเข้าปีที่ 2 ซึ่งถือว่าช้าเกินไป กลุ่มที่เคยแปรงฟันระบุว่ามีการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันวันละ 2 ครั้งเพียงร้อยละ 35 โดยแม่และผู้เลี้ยงดูกว่าครึ่งเป็นผู้แปรงฟันให้เด็ก และมีเด็กกว่าร้อยละ 15 ที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่มีผู้ใหญ่ตรวจความสะอาดและให้คำแนะนำ กลุ่มเด็กที่มีอนามัยช่องปากไม่สะอาดมีปัญหาฟันผุ (ร้อยละ 50.9) สูงกว่าและแตกต่างจากกลุ่มที่ช่องปากสะอาด (ร้อยละ 8.5) ถึง 6 เท่า

3. จากภาวะดำรงชีพในปัจจุบัน ทำให้แม่และผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 จำเป็นต้องเลี้ยงดูเด็กด้วยนมผสมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแม่มีภาระต้องทำงานนอกบ้าน เด็กมีพฤติกรรมติดนมขวด พบว่าเด็กอายุ 30 เดือนที่เคยดูดขวดเล็กนมขวดเพียงร้อยละ 20 ขณะเดียวกันมีแม่และผู้เลี้ยงดูถึงร้อยละ 25 ที่ปล่อยให้เด็กหลับคาหัตถ์นมในปาก เด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถูกเลี้ยงด้วยนมผสมสูตรเติมน้ำตาลกว่าร้อยละ 50 มีการให้เด็กดูดเครื่องดื่มน้ำตาลจากขวดร้อยละ 10 มีแม่และผู้เลี้ยงดูร้อยละ 8 ที่ให้เด็กดูดน้ำอัดลมจากขวด น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่ไม่ควรให้เด็กวัยนี้บริโภค เนื่องจากมีทั้งน้ำตาลและกรดเป็นส่วนผสม และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทำให้เกิดฟันผุ และโรคกระเพาะอาหาร ในกรณีที่ยกต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่ง

4. ร้อยละ 10-17 ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มให้อาหารที่มีรสหวานเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งไม่กินผัก หรือ เลือกผักกินเป็นบางชนิด ทั้งที่แม่และผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้ถึงประโยชน์ของผัก พบเด็กเคยที่มีนิสัยการอมข้าวร้อยละ 20 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดพฤติกรรมการเล่นที่ผู้เลี้ยงดูนิยมป้อนข้าวแบบเดินเล่นไปป้อนไป หรือกินข้าวหน้าทีวี รายการทีวีบางครั้งดึงความสนใจของเด็กจนนั่งอมข้าวหยุดเคี้ยว

5. มีเด็กในวัยนี้จำนวนมากที่กินขนมด้วยความถี่สูงกว่า 3 ครั้งต่อวันร้อยละ ซึ่งเป็นเกณฑ์ความถี่ที่มากพอที่ทำให้เกิดฟันผุ เมื่อพิจารณาถึงชนิดขนมที่บริโภค เด็กนิยมบริโภคขนมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ เด็กยิ่งอายุเพิ่มขึ้นยิ่งบริโภคขนมเสี่ยงสูงในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น และ ค่าขนมของเด็กอายุ 1 ปีเฉลี่ยเกือบ 10 บาท และเพิ่มขึ้นตามอายุ

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของกลุ่มเด็กอายุ 6-30 เดือน คือ อนามัยช่องปาก พฤติกรรมการอมข้าว การบริโภคขนมที่เสี่ยงสูง พฤติกรรมดูดนมหลับคาขวด และ พฤติกรรมการไม่กินผัก เมื่อวิเคราะห์เฉพาะการเกิดฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 30 เดือนคงเหลือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุ คือ อนามัยช่องปาก

ความถี่การกินขนมต่อวัน และ พฤติกรรมดูดนมหลับคาขวด ตามลำดับ

การศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง 2 โรงเรียน

โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่มโรงเรียน คือ โรงเรียนละอออุทิศ 7 ราย และโรงเรียนประเทืองทิพย์ 8 ราย โดยมีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ได้รับ โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ร่วมกับจัดเวทีแลกเปลี่ยนพูดคุยในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีประเด็นแลกเปลี่ยนตามโครงสร้างกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เริ่มทำเมื่อลูกอายุเท่าไร ทำอย่างไร ความร่วมมือจากเด็ก ความยากง่ายในการดำเนินการ รวมถึงปัจจัยอุปสรรค ที่พบ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ลักษณะประชากรของผู้ปกครองที่ศึกษา

จำนวนผู้ปกครองเด็กอนุบาล 2 โรงเรียนในพื้นที่กรุงเทพมหานครรวม 15 ราย ทั้งหมดมีแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน มีรายได้ครอบครัวเดือนมากกว่า 10000 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างแม่ทั้ง 2 โรงเรียนมีความแตกต่าง 2 เรื่อง 1) ระดับการศึกษาผู้ปกครองโรงเรียนละอออุทิศส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ขณะที่โรงเรียนประเทืองทิพย์ส่วนใหญ่จบการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี 2) อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ปกครองโรงเรียนประเทืองทิพย์เป็นแม่บ้านในสัดส่วนสูงกว่าโรงเรียนละอออุทิศ

2. ความรู้พื้นฐานของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน

แม่ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานในระดับปานกลาง

- ความรู้จากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะไปฝากครรภ์ และพาเด็กไปรับวัคซีน คือ การประเมินสุขภาพช่องปากของตนเอง ความสำคัญที่แม่ต้องมีสุขภาพช่องปากที่ดี แนวทางการป้องกันโรคในช่องปาก อาหารกับการเกิดฟันผุ แนวทางการทำความสะอาดฟัน

- ความรู้ที่ได้รับผ่านบทเรียนสุขศึกษาจากครูที่สอนในโรงเรียน คือ หน้าที่ของฟันน้ำนม ความสำคัญของฟันน้ำนม สาเหตุการเกิดฟันผุ

- ความรู้ที่ได้รับจากหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารรายสัปดาห์ คือ การขึ้นของฟันน้ำนม และ วิธีการใช้นมขวดที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

• ความรู้ที่ได้รับจากทีวีและวิทยุ คือ ผลกระทบจากการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย และ สาเหตุของการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย

ช่องทางการให้ความรู้ที่เหมาะสมในการให้ความรู้ ควรให้ในรูปแบบของวีดีโอ / VCD คู่มือพ่อแม่ และ บทความใน นสพ./นิตยสาร/วารสาร ขณะเดียวกันควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ผ่านทีวีและระบบโรงเรียน

3. แหล่งพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นประกอบด้วยหัวข้อการการแปรงฟันให้ลูก การฝึกให้เด็กเปลี่ยนการดูดนมจากขวดเป็นดื่มนมจากแก้ว การฝึกเด็กให้ดื่มน้ำผลไม้/น้ำหวานจากแก้ว การพาเด็กทารกมารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก การพาเด็กมารับบริการฟลูออไรด์เสริมตามอายุ ทักษะพื้นฐานเหล่านี้ได้รับการพัฒนาทักษะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

4. การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 การทำความสะอาดช่องปาก

แม่ทุกคนเคยมีประสบการณ์เช็ดฟันและแปรงฟันให้ลูกอายุที่เริ่มแปรงฟันให้ลูกเมื่ออายุต่ำกว่า 1 ปี ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีพ่อแม่ที่แปรงฟันให้ลูกทั้งช่วงเวลาเช้าและก่อนนอนทุกวันกว่าร้อยละ 71.4 ในกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนละอออุทิศ และร้อยละ 50 ในโรงเรียนประเทืองทิพย์ ส่วนใหญ่ระบุว่าแปรงฟันให้ลูกไม่ยาก มีเทคนิคการแปรงโดย

- เริ่มจากเช็ดเหงือกและลิ้นให้ใช้แปรงหวีเช็ดก่อนแล้วจึงใช้แปรงสีฟัน
- ใช้แปรงขนนุ่มๆ แปรงขึ้นแปรงลงเบา และใช้ผ้าสะอาดเช็ดอีกครั้ง
- แปรงฟันเราให้ลูกดู แล้วก็แปรงฟันให้ลูกแล้ว ให้ลูกแปรงเอง
- แรกเริ่มฟันขึ้นใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดฟัน เมื่อฟันขึ้นหลายซี่จึงใช้แปรงใส่

ยาสีฟันแปรง

• ใช้แปรงสีฟันแบบแปรงเหงือก ยางนุ่มๆ กัดได้ ยี่ห่อ พีเจ็น หรือ แปรงรูปแบบน่ารัก ตุ๊กตา ให้ลูกมีส่วนร่วมในการเลือกแปรงและยา

• ช่วง 6 เดือนให้ลูกกัดแปรงสีฟันยางตามที่ขายอยู่ทั่วไป หลังจากนั้นพยายามหาหนังสือนิทาน หรือ VCD เกี่ยวกับเรื่องการแปรงฟันมาให้ลูกดูบ่อยๆ และสอนให้เขาค้นเคยกับการแปรงฟัน

4.2 การเลี้ยงดูเรื่องนม

ส่วนใหญ่เลี้ยงด้วยนมแม่และต่อด้วยเลี้ยงนมขวดร้อยละ 66 แม่ของกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนละอออุทิศไม่เลี้ยงลูกด้วยนมรสหวานและไม่ให้อาหารเสริม

สำเร็จรูป ขณะที่แม่โรงเรียนประเทืองทิพย์ส่วนใหญ่เลี้ยงด้วยนมผงรสหวานหลังจากเด็กอายุ 1 ปี

สรุปเทคนิคที่ช่วยให้ลูกเลิกนมมือนม

• ให้ทานอาหารในมือเย็นให้อิ่มและประมาณ 2 ทุ่ม ให้ทานนมก่อนนอน มากินอีกทีตอนเช้า

• ยึดหลักให้ลูกกินนมแก้วก่อนนอน และแปรงฟันก่อนเข้านอน

• ให้ทานอาหารช่วงกลางวันให้อิ่มๆ ให้ดื่มนมก่อนนอน กรณีร้องขอนม จะตบกันกล่อมให้นอน

• ไม่มีกรปลุกลูกให้มาดูดนมตอนกลางคืน นอกจากจะหิวแล้วตื่นเอง แต่ก็ใช้วิธีอุ้มกล่อมให้หลับแล้วต่อ แทนการดูดนม นอกจากจะร้องไม่หยุดจริงๆ ถึงจะให้ดูดนม

ในระยะแรกเด็กจะนอนไม่หลับเนื่องจากความเคยชิน มีองแงตอนกลางคืนเหมือนนอนไม่อิ่ม ต้องอาศัยความใจแข็งของพ่อแม่ เด็กบางคนจะแก้ปัญหาด้วยการดูดนิ้วหรืออมนิ้วแทน

การเลิกนมขวด

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 รายพบมีปัญหาในการเลิกนมขวด คุณแม่บางท่านพยายามให้ดื่มนมจากแก้วแทนการดูดจากขวดนม แต่เด็กส่วนใหญ่จะเลิกนมขวดได้เมื่อเข้าโรงเรียนแล้ว เพราะอายุเพื่อน เพื่อนๆ ไม่นำขวดนมมาโรงเรียน และคุณครูช่วยพูดช่วยหลอกล่อให้เลิก โดยให้เหตุผลว่าเด็กโตแล้ว ไปโรงเรียนแล้ว ไม่ใช่ baby แล้ว เมื่อลูกทำได้จะให้กำลังใจและชมว่าเก่ง ส่วนใหญ่หลังไปโรงเรียน 1 สัปดาห์ลูกสามารถเลิกและไม่ร้องขอกินนมขวดอีก และเด็กเริ่มสนุกกับการดูดนมกล่อง เพราะคุณครูจะมีวิธีสอนให้ดูดนมจากกล่องได้ดี ส่วนการฝึกให้ดื่มนมจากแก้ว โดยให้ลองจิบน้ำและดูดนมจากหลอดเพื่อสร้างเสริมความคุ้นเคย และจูงใจโดยใช้ถ้วยเล็กๆ ลายการ์ตูน พูดให้กำลังใจ และชมเชย ให้ดูตัวอย่างจากพี่ๆ ในโฆษณาทางโทรทัศน์

4.3 การดูแลเรื่องอาหาร

ผู้ปกครองโรงเรียนละอออุทิศระบุว่า มีการให้อาหารเสริมที่หลากหลาย ชื่ออาหารเสริมแบบสำเร็จรูป และทำจากของสดต่างๆ เช่น ขนมปังกรอบต่างๆ “แรกๆ ก็ทำให้ละเอียดย ต่อมาก็ค่อยทำเป็นชิ้นๆ” เด็กส่วนใหญ่บริโภคอาหารรสชาติจืด โดยให้ลูกกินจำพวกต้มจืด เช่น ผักทองต้มผสมกับข้าว โดยไม่เติมน้ำตาลในอาหารทุกชนิด ใช้ความหวานจากผัก และน้ำซุบน้ำแทน แม่หลายคนให้ความสำคัญกับการ

กินผัก โดยเน้นกินผักตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ “เน้นกินปลาและผัก ลูกแข็งแรง” หลายคนมีความพยายามด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ลูกกินผักได้มากขึ้น เริ่มจากกล้วยบด เมื่อฟันขึ้นแล้วจึงเริ่มจากผักเป็นชิ้น เช่นแตงกวา ช่วงยังเล็กทำข้าวตุ๋น ใส่ผักในอาหาร สลับไม่ซ้ำทุกมื้อ ให้น้ำส้มคั้น แอปเปิ้ลแดงขาว สกัดเอาแต่น้ำ พยายามให้ทานผักผลไม้สด เลือกรับประทานผักผลไม้ที่มีสีสวยมาให้รับประทาน ก่อนที่ให้ทานผักผลไม้ที่มีสีเขียว แรกๆ ก็ทำให้ละเอียดหน่อย หลังๆ ก็ค่อยทำเป็นชิ้นๆ ต้มสุก ช่วยเด็กถือผักผลไม้เพราะเด็กชอบเอาของใส่ปาก ทำให้ลูกคุ้นกับกลิ่นผักผลไม้

เมื่อเด็กโตขึ้นฝึกให้ลูกมีส่วนร่วมในการจ่ายตลาด บางคนให้ทัศนะว่า “พฤติกรรมกินผักของเด็กเปลี่ยนแปลงได้เอง” บางรายว่า “เด็กโตขึ้นก็กินผักได้เอง” การเริ่มต้นการกินผักของลูกเป็นไปได้ดีในช่วงเล็กๆ โดยแม่ส่วนใหญ่บดผักให้ละรวมกับข้าว หรือตุ๋นให้ละ “อยากให้ลูกกินผัก ทำเป็นชิ้นเล็กๆ และตุ๋น” แม่บางคนแสดงความเห็นว่า “การให้เด็กกินผักและๆ ทำให้เด็กเกิดภาวะติดอาหารที่ต้องดื่มน้ำๆ ไม่ชอบกินอาหารหยาบ” ในเรื่องชนิดผักเด็กส่วนใหญ่สามารถกินผักใบขาวได้มากกว่าใบเขียว ได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ฟัก เป็นต้น รองลงมา คือ ผักบุ้ง ตำลึง ไซเท้า แต่จะต้องต้มให้สุกและค่อนข้างนิ่มเด็กจึงยอมกิน ส่วนผลไม้ไม่ค่อยมีปัญหา เด็กสามารถกินผลไม้ได้ ผลไม้ที่ชอบ คือ ส้ม ส่วนผลไม้ที่เด็กมักไม่ชอบจะเป็นผลไม้มีกลิ่น เช่น ทูเรียน ขนุน เริ่มหัดทานเผ็ดได้โดยเริ่มให้ทานผักจิ้มน้ำพริก ฝึกให้เด็กกินเอง เป็นต้น

4.4 การดูแลเรื่องการกินขนม แม่ของเด็กโรงเรียนละอออุทิศให้ลูกกินขนมไม่เกินวันละ 2 รายการ โดยเน้นกินได้เฉพาะในมื้ออาหาร ขนมที่ให้เด็กกินบ่อยคือขนมไข่ ผลไม้ เยลลี่ ส่วนเครื่องดื่มที่กินบ่อยคือ นมจืด นมเปรี้ยว ขณะที่แม่โรงเรียนประเทืองทิพย์ส่วนใหญ่ให้ลูกกินขนมมากกว่า 3 รายการต่อวัน ส่วนให้กินขนมหน้าทีวี ขนมที่ให้เด็กกินบ่อยคือขนมกรุบกรอบ ไอศกรีม ส่วนเครื่องดื่มที่กินบ่อยคือนมจืด นมเปรี้ยว และน้ำอัดลม

วิธีการดูแลเรื่องขนมเด็ก

แม่แต่ละคนมีวิธีการดูแลเรื่องขนมของลูกแตกต่างกันดังนี้

1) พยายามปลูกฝังค่านิยมการกิน เช่น การไม่กินน้ำอัดลม การเลือกขนมเน้นที่มีประโยชน์และอร่อย “ลูกคนเล็กไม่กินน้ำอัดลม พอเห็นโรงเรียนชายจะไปบอกแม่ มีคนให้กินก็จะบอกว่า น้ำอัดลมไม่ดีไม่กิน” “แม่เลือกซื้อขนมที่รสชาติอร่อยและมีประโยชน์จาก ร้าน Bakery ให้กินเป็นประจำ เมื่อเด็กอยากได้ขนมถุงก็ให้หยิบมาแล้วกินเปรียบเทียบกับทุกครั้งจะถามว่า อร่อยไหม มีประโยชน์ไหม”

- 2) สร้างกติกาการกินขนมในครอบครัว
 - ไม่ให้กินบ่อยๆ “ให้กินนานๆ ครั้ง พอไม่อยู่จะไม่ซื้อขนม”
 - ไม่ให้กินขนมระหว่างมื้ออาหาร โดยให้กินขนมเฉพาะหลังอาหาร “ให้กินขนมหลังอาหาร เช่น โกโก้ ช็อคโกแลต”
 - 3) สร้างข้อจำกัดในการซื้อขนม “ให้ซื้อขนมเวลาไปเรียนพิเศษ ซื้อได้ทีละชิ้น”
 - 4) ไม่ให้ค่าขนมไปโรงเรียน โดยพ่อแม่เป็นผู้ซื้อขนมให้เอง
 - 5) พ่อแม่ช่วยเลือกขนมให้ “ช่วงดูทีวีมาก จะขอซื้อขนมบ่อยๆ แม่จะช่วยเลือกว่าทำจากสิ่งที่มีประโยชน์”
 - 6) สอนลูกให้เข้าใจ “เช่นเรื่องน้ำตาลลม พ่อแม่สอนลูกก่อนว่าเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์”
- 4.5 การใช้ฟลูออไรด์และการรับบริการทันตกรรมเพื่อการป้องกันฟันผุ
- กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โรงเรียนเคยได้รับบริการทันตกรรมเพื่อการป้องกันฟันผุส่วนใหญ่เคยตรวจฟันตั้งแต่อายุ 3-4 ปี ซึ่งเป็นการตรวจฟันประจำปี

การบูรณาการบริการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระบบบริการสาธารณสุขของไทย

การบูรณาการให้บริการสุขภาพเป็นหลักการ (สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ) ที่เน้นการสร้างความร่วมมือในการดำเนินการส่งเสริมป้องกันทั้งจากหน่วยงานต่างๆ ในองค์กร และจากทุกภาคส่วนในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย โดยใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่ผสมผสาน ร่วมกับการใช้ในการพัฒนาศักยภาพประชาชน ที่เน้นความสำคัญในการมีสุขภาพและสุขภาพที่ดี

หลักการสำคัญ 3 ประการที่เป็นเงื่อนไขของการบูรณาการในระบบบริการ

1. มีการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน (Effective partnership) ได้แก่หน่วยงานย่อยต่างๆ ในหน่วยบริการ ครอบครัว และ ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ
2. มีการผสมผสานมาตรการต่างๆ ในการดำเนินการร่วมกัน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตลอดจนจัดทำแนวทางการปฏิบัติให้กับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ค้นหาผู้นำและกลุ่มที่มีอิทธิพลในการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพ อันได้แก่ กลุ่มครูในโรงเรียน กลุ่มเครือข่ายพ่อ-แม่ กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำทางธุรกิจ ในพื้นที่ ดำเนินการ โดยขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์จริงของพื้นที่

นियามการบูรณาการงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็ก

หมายถึงการให้บริการที่ผสมผสานงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เข้ากับงานบริการในงานอนามัยแม่และเด็ก ขอบเขตการบูรณาการในงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วยกิจกรรมบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในคลินิกหญิงมีครรภ์ (ANC) ในคลินิกเด็กดี (WBC) ในศูนย์เด็กและ เด็กนักเรียนประถมศึกษา ตลอดจนการเยี่ยมบ้านในชุมชน

แนวทางการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในงานแม่และเด็ก แบ่งได้ 3 มิติ คือ

1. การบูรณาการในหลักการทำงาน

1.1 ค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ปัจจัยภาวะการดำรงชีวิตของประชาชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ปัจจัยทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนากิจกรรมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ถูกต้อง (science base) โดยคำนึงถึงบริบททางด้าน เพศ วัฒนธรรม และสังคมที่แตกต่าง บนความหลากหลายที่ส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

1.2 สนับสนุนและกระตุ้นให้กลุ่มผู้บริโภคและชุมชน มีส่วนร่วมและร่วมตัดสินใจในการส่งเสริมสุขภาพ เปิดโอกาสให้มีบทบาทร่วมในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญในการสร้างความร่วมมือกันในทุกภาคส่วน เน้นการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานองค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ซ้ำซ้อน และแยกส่วน

1.3 เสริมพลังบุคคลและชุมชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ร่วมกับการพัฒนาทักษะ การรณรงค์ และ การพัฒนาโครงสร้างเชิงจัดการ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่วางบนฐานที่เข้าใจความต้องการของประชาชนเป็นที่ตั้ง และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเอง

2. การบูรณาการในเนื้อหาที่เป็นกิจกรรมการให้บริการ

ประกอบด้วยกิจกรรมบริการในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น การสำรวจข้อมูลตรวจช่องปาก การให้ทันตสุขศึกษา การให้บริการเพื่อการป้องกัน การส่งต่อ ตลอดจนการสนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการและร่วมแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข ดังรายละเอียดกรอบงานบริการส่งเสริมทันตสุขในตารางที่ 3.1 กิจกรรมการบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ต้องเป็นการจัดการให้บริการอย่างผสมผสานให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นบริการที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลในฝ่ายส่งเสริมพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และทันตบุคลากร เท่านั้น

ตารางที่ 3.1 กรอบงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในบริการกลุ่มแม่และเด็กในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสุขภาพช่องปาก 2. ให้ทันตสุขศึกษาได้แก่โรคฟันผุ ความสำคัญและวิธีการทำความสะอาดช่องปาก อาหารกับฟันผุ ฝึกนิสัยบริโภคให้ถูกน้อย สารป้องกันฟันผุ 3. การทำความสะอาดฟันโดยการขูดหินปูน 4. การฝึกการแปรงฟันถูกวิธีร่วมกับการทำ Plaque control 5. ส่งต่อเพื่อรักษาที่จำเป็น เช่นบริการ ทันตกรรมได้แก่ อุดฟัน ถอนฟัน ฯลฯ
กลุ่มเด็กปฐมวัยที่รับวัคซีนในคลินิกเด็กดี	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเก็บข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู 2. การให้ทันตสุขศึกษา ในเนื้อหา ดังนี้ อาการและสาเหตุของโรคฟันผุ นมแม่กับฟันผุ นมขวดกับฟันผุ การเช็ดฟัน การแปรงฟัน การบ้วนปาก การเลือกแปรงและยาสีฟัน อาหารกับฟันผุ ขนมกับฟันผุ ฝึกนิสัยบริโภคให้ถูกน้อย การตรวจฟัน สารป้องกันฟันผุ 3. การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 4. ส่งต่อเพื่อรักษาที่จำเป็น เช่นบริการอุดฟัน ถอนฟัน 5. บริการเพื่อการป้องกันในคลินิกได้แก่ เคลือบ ฟลูออไรด์ เจลทาฟลูออไรด์วานิช เคลือบหลุมร่องฟัน

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
	<p>6. การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ฝึกกินผัก กินขนมในมืออาหาร ไม่กินจุบจิบ ไม่กินขนมหน้าทีวี แปร่งฟันวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากหลังกินขนม</p> <p>7. แจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก</p>
3. เด็ก 2-4 ปี ในศูนย์เด็ก	<p>1. การตรวจช่องปากตามระบบเฟียร์ริง</p> <p>2. การให้ทันตสุขศึกษา เช่น โรคฟันผุ การแปรงฟัน การบ้วนปาก การเลือกแปรงและยาสีฟัน อาหารกับฟันผุ ขนมกับฟันผุ กินผัก กินขนมในมืออาหาร ไม่กินจุบจิบ ไม่กินขนมหน้าทีวี</p> <p>3. บริการเพื่อการป้องกัน เช่น การใช้ฟลูออไรด์เจลและวานิช</p> <p>4. ส่งต่อเพื่อรับบริการอุดฟันและถอนฟันในรายที่จำเป็น</p> <p>5. สนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วมเช่น อบต.กลุ่มแกนนำในชุมชน เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในศูนย์เด็ก</p>
4. เด็กนักเรียน ประถมศึกษา	<p>1. การตรวจช่องปากตามระบบเฟียร์ริง</p> <p>2. การให้ทันตสุขศึกษา เช่น โรคฟันผุ การแปรงฟัน การบ้วนปาก การเลือกแปรงและยาสีฟัน อาหารกับฟันผุ ขนมกับฟันผุ กินผัก กินขนมในมืออาหาร ไม่กินจุบจิบ ไม่กินขนมหน้าทีวี</p> <p>3. บริการเพื่อการป้องกัน เช่น การเคลือบร่องฟันและการใช้ฟลูออไรด์เจล</p> <p>4. ส่งต่อเพื่อรับบริการอุดฟันและถอนฟันในรายที่จำเป็น</p> <p>5. สนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วมเช่น อบต.กลุ่มแกนนำในชุมชน เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในโรงเรียน</p>
5. เด็กในชุมชน โดยการเยี่ยม บ้าน	<p>1. การให้ทันตสุขศึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก แจกอุปกรณ์ติดตามผลการปฏิบัติและประเมินช่องปาก</p> <p>2. สนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในชุมชน</p>

3. การบูรณาการในกระบวนการบริหารจัดการให้เกิดบริการ
การดำเนินการบูรณาการให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการชัดเจน เงื่อนไขที่เป็นปัจจัยการจัดการที่สำคัญ คือ

3.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้แก่ โดยการปรับทัศนคติบุคลากร ผู้ให้บริการให้มีความตระหนักและให้ความสำคัญในการบริการที่ต้องสนองตอบและยึดประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาความรู้และทักษะ พื้นฐานที่จำเป็นแก่ทีมงานที่จะให้บริการบูรณาการสุขภาพช่องปาก บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่เพื่อพัฒนาแนวทางจัดบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการแก้ปัญหาได้ตรงจุด

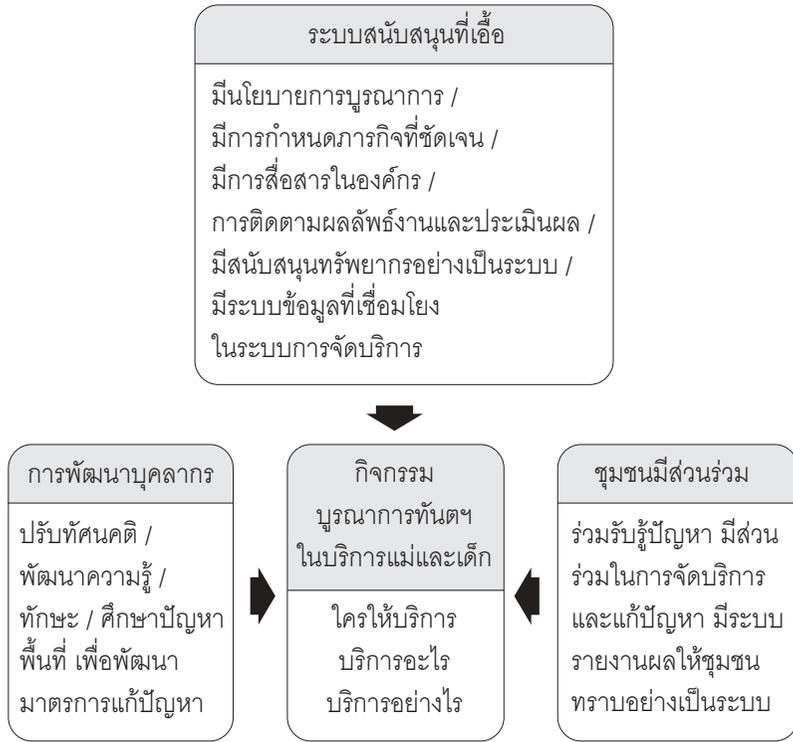
3.2 การสร้างกลไกเพื่อสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ระบบรายงานปัญหาสุขภาพช่องปากให้ชุมชนทราบ การมีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมงานสาธารณสุขกับผู้นำชุมชน การพัฒนากิจกรรมในชุมชนที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในจัดบริการหรือแก้ปัญหาในพื้นที่

3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนการบูรณาการ ได้แก่ การมีนโยบายการบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน การกำหนดกิจกรรมการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน กำหนดบทบาทบุคลากรในการบูรณาการบริการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทการให้บริการในพื้นที่ มีการสื่อสารถึงกิจกรรมการบูรณาการและประโยชน์ต่อสมาชิกในองค์กรอย่างชัดเจน มีการติดตามผลลัพธ์การบริการ มีการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเป็นระบบ และเอื้อให้เกิดการพัฒนาการบูรณาการ มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างงานบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เกิดการบูรณาการ ดังรายละเอียดความเชื่อมโยงในรูปที่ 3.1

จากการประชุมระดมสมองเรื่องการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย เมื่อ วันที่ 23 - 24 มีนาคม 2548 ที่ห้องประชุมกองทันตสาธารณสุข สามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการแบบบูรณาการได้ดังนี้

1. วิธีคิดและกระบวนการทำงานที่แยกส่วนของทีมสุขภาพ พบเจ้าหน้าที่ทุกคนทุกระดับมีภาระความรับผิดชอบในงานประจำ และบนพื้นฐานความต้องการให้ผลงานของตนเองอยู่ในขั้นเกณฑ์ดี ทำให้การให้ความสำคัญและการเข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณาการร่วมกันอยู่ในระดับต่ำ

2. การเร่งรัดของงานนโยบายทั้งในระดับกระทรวงและระดับจังหวัด มีผล



รูปที่ 3.1 ความเชื่อมโยงระหว่างเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยสนับสนุน 3 กลุ่ม กับกับกิจกรรมการบูรณาการ

กระทบต่อการทำงานบริการปกติ และ เวลาที่ใช้ในการทำงานพัฒนาไม่ได้เต็มที่

3. วิธีทำงานให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องใช้หลักการให้บริการแบบบูรณาการ แต่ขาดผู้นำและนโยบายในระดับขยายบริการปฐมภูมิ ที่จะเป็นผู้นำหลักการไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง เพื่อกระตุ้นทีมสุขภาพให้เห็นความสำคัญต่อการจัดบริการแบบบูรณาการ

4. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการแบบบูรณาการ พบมีข้อจำกัดผู้ที่สามารถให้บริการแบบบูรณาการได้ ต้องเป็นผู้รอบรู้ มีความรู้และทักษะในการให้บริการที่หลากหลายด้าน

5. ขาดระบบบริหารจัดการในการสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการ

ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ การจ่ายค่าตอบแทน การจัดการกำลังคน และระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในการสะท้อนระบบบริการ ต้องถูกพัฒนาให้เอื้อและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการ

6. ขาดการพัฒนาทัศนคติและศักยภาพบุคลากรทุกระดับทั้งผู้บริหารและผู้ให้บริการในหน่วยบริการ

7. การกำหนดตัวชี้วัดส่งผลกระทบต่อการทำงานทำให้งานแยกส่วน

เงื่อนไขที่กำหนดความเป็นไปได้ในการจัดบริการแบบบูรณาการ

1. การพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มสหวิชาชีพที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่พยาบาลโดยพัฒนาหลักสูตรให้สามารถดูแลดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น

2. การปรับทัศนคติผู้ให้บริการที่มีการเชื่อมโยงทั้งระบบบริการและระบบรายงาน เน้นการทำงานเป็นทีม มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับผู้ปฏิบัติงาน

3. การพัฒนานโยบายการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย Healthy Thailand เช่น หญิงมีครรภ์ต้องได้รับการดูแลครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ รวมไปถึงการที่ต้องครอบคลุมการตรวจสุขภาพฟันหญิงมีครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนต้องครอบคลุมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เป็นเป้าหมายที่ถูกกำหนดเข้าไปในนโยบาย ไม่จำเป็นต้องเป็นข้อใหญ่ แต่เป็นระดับข้อย่อย เพื่อให้งานทันตสาธารณสุขถูกให้นำหนักมากขึ้น

4. การสนับสนุนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบันเพียงพอต้องบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ พัฒนามาตรการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการกระตือรือร้นในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในชุมชน

5. การจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน งานบริการที่ครอบคลุมงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้เครื่องมือในการควบคุมกำกับงานบริการ

6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างผลกระทบ ผลลัพธ์ และผลการปฏิบัติการ

7. สร้างแรงจูงใจให้มีการยอมรับในการทำงาน เช่นเปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานในเวทีทั้งระดับเขต ระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาในการบูรณาการ

ด้านนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่จะสามารถทำงานได้ และสามารถกำหนดกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับพื้นที่ได้ตามระดับความสำคัญของปัญหา

การจัดการด้านการเงิน

ควรแยกบ่งเสริมสุขภาพในการดำเนินการอย่างชัดเจนออกมา เพราะจะได้มีการติดตามผลการทำงานในเรื่องงานส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกัน คณะกรรมการที่ติดตามควรเป็นผู้ที่นอกจากจะประเมินผลการทำงานแล้ว ควรมีส่วนบทบาทในการพัฒนาและช่วยแก้ปัญหาในการทำงานด้วย เช่น ในบางพื้นที่มีโครงการ 14 โครงการ แต่เนื่องจากการมีงบดำเนินงานตามนโยบายหลายกิจกรรม ทำให้การทำงานตามแผนงานโครงการที่วางไว้ทำไม่ได้ สามารถดำเนินโครงการได้เพียง 8 โครงการ ถ้ามีคณะกรรมการจะได้มาช่วยแก้ปัญหาในจุดนี้ เช่นการระดมความร่วมมือจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อื่นๆ มาช่วย เป็นต้น

ด้านการพัฒนาบุคลากร

ควรพัฒนาศักยภาพแบบสหวิชาชีพ อบรมความรู้ที่จำเป็นในการบูรณาการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ และมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ด้านการพัฒนาเครือข่าย

จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเครือข่าย

ตัวอย่างการบูรณาการบริการสุขภาพช่องปาก อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ภายใต้โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ทำไมอำเภอเวียงชัยจึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องการบูรณาการ

อำเภอเวียงชัยเป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากตัวจังหวัดเพียง 15 กม. โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากสมเด็จพระญาณสังวร รอบด้านของอำเภอมีสถานบริการสุขภาพหลายแห่งทั้งรัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค การทำงานสุขภาพช่องปาก งานอนามัยโรงเรียน ฯลฯ จะมีกิจกรรมบริการพื้นฐานที่เหมือนกับทุกที่ แต่ที่เวียงชัยจุดเน้นสำคัญคือ ให้ผู้รับบริการได้รับรู้สภาพปัญหาสุขภาพตามความเป็น

จริง เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพของประชาชน

สภาพปัญหาของอำเภอเวียงชัยมีหลากหลาย ได้แก่ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมแล้ว ปัญหาสุขภาพเช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ซึ่งมีมาตรการแก้ไขเพิ่มเติมเน้นการแจกนมและดำเนินการมาหลายปีแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ สถานการณ์เอดส์และยาเสพติดในพื้นที่ที่นับวันยิ่งรุนแรง จากสถิติข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในอำเภอเวียงชัยปี พ.ศ.2544-2545 สูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดเชียงราย และปี 2546 มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์รายใหม่จำนวนในเด็กทั้งสิ้น 1,443 ราย “จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว การจะแก้ปัญหาจึงต้องเกิดจากความร่วมมือทั้งในส่วนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและชุมชน (อบต.) บนพื้นฐานความคิดที่ว่า คุณภาพของคนสำคัญที่สุด” และ “การแก้ปัญหาต้องมีร่วมกันโดยมีธรรมาภิบาลพัฒนาไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก” ยุทธศาสตร์การทำงาน คือ กระบวนการบูรณาการงานร่วมกันทั้งงานบริการสุขภาพและงานพัฒนาชุมชน โดยการใช้ “กระแสหลัก-รองของพื้นที่” คือ ประเด็นปัญหาที่ประชาชนในพื้นที่มีความตระหนักและให้ความสำคัญ

กลวิธีการสร้างความร่วมมือ จึงเป็นกระบวนการพัฒนาการที่เกิดจากการผสมผสานประสบการณ์ของ ทพ.ไพฑูรย์ สายสงวนสัตย์ และทีมงานสุขภาพที่ส่งเสริมแนวคิดจากการปฏิบัติงานและการศึกษาดูงานประเทศญี่ปุ่นที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กวัย 0-6 ปี จุดเริ่มต้นงานจึงใช้จุดของการพัฒนาเด็กเล็กเป็นเครื่องมือการพัฒนา เพราะจุดนี้จะเป็นจุดที่มีคนรับประโยชน์มากที่สุด การพัฒนาศูนย์เด็ก การพัฒนาคุณภาพเด็ก ทุกอย่างจะตามมา เป้าหมายการพัฒนาของเวียงชัยคือต้องพัฒนาอย่างครบวงจร สานเชื่อมโยงกับกระบวนการเรียนรู้ของทีมงานและประชาชน

สถานการณ์ศูนย์เด็กเล็กของอำเภอเวียงชัย

เดิมศูนย์เด็กเล็กของอำเภอเวียงชัยจะมีผู้ดูแลเด็กศูนย์ละ 1 คน ที่ผ่านการอบรมจากพัฒนาชุมชน จำนวนเด็กในศูนย์เด็กเล็กแต่ละแห่งมีมาก เด็กในศูนย์ไม่มีระเบียบวินัย พฤติกรรมกรรปฏิบัติพื้นฐานมีปัญหา เด็กส่วนใหญ่ชอบกินขนมกรุบกรอบ ฟันผุ เป็นหวัดเรื้อรัง โดยเฉพาะเด็กในศูนย์ที่มาจากครอบครัวที่เป็นเอดส์ จะก้าวร้าว เกือบกต ขณะที่ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ด้านจิตวิทยา ประกอบกับหนึ่งในเจ็ดยุทธศาสตร์การดำเนินงานของอบต. คือ การพัฒนาคุณภาพเด็ก ที่จุดนี้ อบต. ไม่มีความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง (จุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระแสหลัก-

รองของพื้นที่) ที่ทีมงานสุขภาพอำเภอเวียงชัยใช้เป็นโอกาสเงื่อนไขในการเป็นจุดเริ่มในการทำงานบูรณาการ

วิธีการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ประสานให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างทีมสุขภาพกับสมาชิกในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ผ่านกระบวนการสร้างความเข้าใจปัญหาต่างๆ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ร่วมกันกำหนดกิจกรรมดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กและในชุมชน ตลอดจนร่วมพัฒนาความรู้ ศักยภาพและทักษะ ทั้งของผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ตัวอย่างกิจกรรม อาทิเช่น

- การประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ผู้ดูแลศูนย์ ผู้ปกครองเด็ก อบต. ในเรื่องสุขภาพช่องปาก พัฒนาการด้านสมอง ฯลฯ เพื่อกระตุ้นผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของการดูแลบุตรหลานตน และอบต.เห็นความจำเป็นในการสนับสนุนกิจกรรมที่ดำเนินกับกลุ่มเป้าหมายเด็ก อันส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประชาชนในเขตความรับผิดชอบได้ โดยมีตัวชี้วัดการพัฒนา “เด็กจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีความสุข” และ “8 ชั่วโมงที่เด็กอยู่ในศูนย์ฯ เป็น 8 ชั่วโมงของการพัฒนา”

- จัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ รวมทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

- เสริมวิธีการจัดกิจกรรมให้เด็กเกิดพัฒนาการสมวัย
- จัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กไม่ให้เกิดการชนมกรูบกรอบในศูนย์เด็กเล็กและให้เด็กกินผลไม้แทน
- กำหนดให้ผู้ปกครองแปรงฟันเด็กก่อนนอนสม่ำเสมอทุกวัน
- ฯลฯ

ผลลัพธ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ เด็กกินข้าวได้มากขึ้น
- ผู้ปกครองเริ่มเห็นประโยชน์และความสำคัญในการดูแลเด็ก
- ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการดูแลเด็ก
- อบต. ให้การสนับสนุนในเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน มีการปรับปรุงอาคารสถานที่ขยายให้กว้างขึ้น เป็นต้น

ความคิดเห็นของทพ.ไพฑูรย์ สายสงวนสัตย์

การทำงานทั้งหมด ต้องมีการตั้งธงร่วมกัน (มีเป้าหมายร่วมกัน) ที่นี้ใช้เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต เด็กจะเป็นจุดต่อรองที่สำคัญ ถ้าพัฒนาเด็กได้ การแก้ปัญหาและการพัฒนาเรื่องอื่นๆ จะตามมา เมื่อแรกเริ่มดำเนินการในปี 2544 อบต. ไม่สนใจในเรื่องสุขภาพ แต่เราถือว่าเป็นการลองผิด-ถูก การดำเนินการทั้งหมดนั้นอย่าเอาวิชาการมาก ให้ดูความเหมาะสมของกระบวนการมากกว่า ความรู้ทางวิชาการมีถูกมีผิด ขณะเดียวกันต้องติดตามผลของกระบวนการด้วย การทำงานนี้ผมมองว่าเป็นการทวนกระแสการทำงานปกติ ดังนั้นต้องใช้พลังลงทุนมาก ทำแล้วต้องทุ่มเท ดังนั้นกำลังใจของทีมงานผมถือว่าสำคัญ นอกจากนี้ต้องรู้ว่าทีมงานแต่ละคนมีความชำนาญอะไร ที่ไม่เหมือนกัน เราต้องทำงานเป็นทีม อ่านกันให้ออก ใครแสดงบทบาทไหน ใครเดินหน้าเดินก่อน ใครตามต่อและจะตามกันอย่างไร เป็นกระบวนการทำงานที่ทีมงานเข้าใจกันได้

การพัฒนาทีมงานถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุด

ต้องมีการพัฒนาคนในทีมทั้งความรู้ที่เป็นวิชาการและกระตุ้นให้ใช้ความรู้ภายในตัวที่ใช้เท่าไรไม่มีวันหมด **ต้องให้อิสระ ให้คนมีความสุขในการทำงาน** ขณะเดียวกันต้องมีการผลิตผลงานระยะสั้นให้ทีมเห็น การมีผลงานจะลดความขัดแย้งลงเพราะการทำงาน intervention จะเป็นงานที่ดำเนินการระยะยาว การพัฒนาในช่วงแรกจะใช้เวลามาก การพัฒนาจึงต้องบูรณาการทั้งกระบวนการทำงานและการเรียนรู้

วิเคราะห์สรุปบทเรียนรู้กรณีตัวอย่างศึกษาอำเภอเวียงชัย

1. เงื่อนไขและต้นทุนในการทำงานของเวียงชัย พบว่า
 - มีโอกาสคัดคนเข้ามาร่วมงาน เนื่องจากโรงพยาบาลเวียงชัยเป็นโรงพยาบาลในการสนับสนุนของสมเด็จพระญาณสังวรฯ ทีมงานบุคลากรส่วนหนึ่งที่ทำงานในที่นี้ มีความรู้สึกว่าเป็นการทำงานเพื่อบุคคล
 - บอกเงื่อนไขให้ผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการว่า ภารกิจการพัฒนาที่เป็นภาระหนักที่ท้าทายที่ต้องทำร่วมกัน เป็นการทำงานที่ไม่สบาย
 - คนที่ถูกคัดเลือกจะเป็นคนที่มีประสิทธิภาพ (นับว่าเป็นทุนเก่า) และสามารถชักชวนคนให้เข้ามาร่วมงานได้

- มีการหลอมความคิดของคนที่ทำางานร่วมกัน เมื่อหลอมแล้วมีการต่อยอด พร้อมทั้งสรุปบทเรียน

- การออกไปทำงานกับชุมชนเป็นการทำงานในภาพใหญ่ คิดนอกกรอบ คือพ้นจากกรอบสาธารณสุข

- มีงบประมาณต่างประเทศสนับสนุน

2. การพัฒนากระบวนการทำงานการบูรณาการ

2.1 กระบวนการทำงานร่วมเกิดจากการหาประเด็น / หัวข้อการทำงานร่วมกัน เป็นการบูรณาการจากข้อเท็จจริงที่เป็นสถานการณ์จริง ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นได้ทันที แต่ผ่านกระบวนการที่ลองผิดลองถูก ทั้งจากชุมชนและโรงพยาบาล การสร้างความเชื่อมโยงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด บทเรียนของเวียงชัยพบว่ากระบวนการหาประเด็นเชื่อมโยงเกิดจาก

- หากกลุ่มเป้าหมายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

- หากความเชื่อมโยงในประเด็นที่สนใจร่วมกัน

- ใช้ข้อมูลเป็นจุดเชื่อมโยงให้เกิดการเห็นร่วมกัน ลงมือปฏิบัติการแก้ไขร่วมกัน เป็นการทำให้ชาวบ้านประจักษ์ อยากทำร่วม บนข้อเท็จจริง

2.2 เน้นการบูรณาการกระบวนการทำงาน ไม่ใช่บูรณาการในทุกเรื่อง

- เป็นการบูรณาการกระบวนการตั้งแต่ ความคิด การวางแผน การประสานงาน การกำหนดเป้าหมาย

- เมื่อลงพื้นที่ปฏิบัติงานตามบทบาทของแต่ละฝ่าย ดังนั้น ผู้จัดการจึงสำคัญ

บทบาทของผู้จัดการคือ การพัฒนากระบวนการทำงานว่าจะหยิบอย่างไร โดยให้มีการศึกษากลุ่มเป้าหมาย การหาประเด็น การดูความเชื่อมโยง โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีข้อมูลสนับสนุน มีการจัดการที่ใช้จุดเด่นของการให้ความรู้มาใช้ประกอบการทำงาน

บทเรียนของเวียงชัยสะท้อนให้เห็นรูปธรรมในการการสร้างการมีส่วนร่วมให้คนได้เห็นของจริง ใกล้ตัวและร่วมก้าวสู่การปฏิบัติ จากเรื่องใกล้ตัวสู่เรื่องไกลตัว

2.3 การสร้างทีมงานเกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาด้วยตนเองร่วมกัน ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (facilitator) ที่เป็นผู้สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้รู้จักการตั้งประเด็น และเข้าใจเรื่องที่ทำรู้ว่า **“จะทำอะไร/อย่างไรเวลาคุยกับชาวบ้าน ที่จะให้ชาวบ้านรับรู้ปัญหาด้วยตัวเอง การทำงานนั้นจะใช้เวลามากกว่าปกติ มีหลายขั้นตอน”**

ทีมงานต้องเชื่อมั่น และต้องตั้งมั่นที่เป้าหมายการทำงานร่วมกัน รู้ว่าชาวบ้านมีศักยภาพในเรื่องอะไร เชื่อมมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน ศึกษาชาวบ้านในประเด็น “เขาเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหากันอย่างไร” หลังจากนั้นจึงเติมความรู้ สิ่งที่บ้านมีความคิดและความรู้สึกมาแชร์ร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นฝ่ายกระตุ้นให้ชาวบ้านคิด มองเข้าใจที่ปัญหาที่วางบนข้อมูลจริง เชื่อมโยงกับบทบาทผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายทุกที่ภาคส่วน

ขณะนี้การพัฒนาของเวียงชัยสุดท้ายจะเป็นการพัฒนาในทุกช่วงวัย เป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เช่น พันผูกเกี่ยวกับอาหาร มีการชี้ให้เห็นข้อเท็จจริงด้วยกระบวนการเปรียบเทียบกับคนอื่น มีการแลกเปลี่ยนกัน เจ้าหน้าที่ต้องเป็นนักเชื่อมโยง ต้องลงไปทำ ทำร่วมกัน เป็นการทำงานโดยมองความเชื่อมโยงร่วมทำงานอย่างไรให้งานบรรลุเป้าหมาย

2.4 ทศนคติของทีมงานต้องยึดการพัฒนาสุขภาพประชาชนเป็นเป้าหมาย บทเรียนของเวียงชัยการปฏิบัติของผู้นำต้องเป็นตัวอย่าง ผลงานที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลงานของส่วนรวม

2.5 ความคิดของคนทำงานและระบบการทำงาน ต้องไม่ยึดติดกับตัวเองมากเกินไป มีกระบวนการทำงานที่มีแผนมีเป้าหมายร่วมกัน

2.6 การบูรณาการต้องมีหัวหน้าทีมที่มองสถานการณ์ออก สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน

2.7 ต้องมีกลยุทธ์ในการทำงานที่ชี้ให้เห็นความสำเร็จ มีการตั้งประเด็นที่หลากหลาย การคิดประเด็นต้องคิดจากหลักการเหตุผลและมีผู้นำในการคิด จุดนี้พื้นที่จะต้องเป็นผู้กำหนดเองหากวิธีเองเป็นการเริ่มจากกลุ่มเป้าหมายว่าสนใจอะไร **หยิบจากที่ชาวบ้านสนใจมากกว่าที่เจ้าหน้าที่สนใจ**

2.8 กองวิชาการต้องคิดให้เชื่อมโยงว่า การสร้างสุขภาพในเด็กปฐมวัยคืออะไร เป็นการคิดที่มาจากข้อมูลจริง ทำหลักการให้เห็นเป็นภาพความเชื่อมโยงเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างกรมวิชาการกับพื้นที่

3. ผลที่เกิดจากการพัฒนา เป็นการลงพื้นที่ด้วยสหสาขา ที่ทุกส่วนมีส่วนร่วม และได้ประโยชน์ เช่น ความรู้เรื่องพัฒนาการของสมอง นอกจากเจ้าหน้าที่สามารถนำไปใช้เป็นเนื้อหาที่กระตุ้นผู้ปกครอง ให้สนใจดูแลเด็ก ยังนำมาใช้พัฒนาการเลี้ยงดูลูกตัวเองได้หมายถึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เห็นความก้าวหน้าของงาน มีผลงานเชิงประจักษ์เกิดขึ้น เช่น เด็กที่เลี้ยงดูมีครอบครัวที่ดีขึ้น

บทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน

จากการสำรวจความคิดเห็นของทีมงานองค์การบริหารส่วนตำบล ในประเด็นบทบาทขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย ดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 2) พี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในศูนย์เด็กเล็กซึ่งอยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยในพื้นที่ 4 จังหวัด ดังนี้รายละเอียดในตารางที่ 3.2 ดังนี้

ตารางที่ 3.2 รายชื่อองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ศึกษา

พื้นที่	อบต.ที่ศึกษา	รายชื่อศูนย์เด็ก
อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย	อบต.เวียงชัย	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเวียงชัย
	อบต.บ้านเวียงเดิม อบต.ดอนศิลา	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านเวียงเดิม - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดอนศิลา
อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น	อบต.วังชัย	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลบัวเงิน 7 แห่ง
	อบต.น้ำพอง อบต.บัวเงิน	คือ บ้านนาฝ้ายเหนือ บ้านโนนแดง บ้านคำจัน บ้านคำบอน หนองกุงชีดวง บ้านคำจัน โคกใหญ่ - ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดตำบล วังชัย 2 แห่ง คือ ในวัดมหาชัย และในวัดพิชัย - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลน้ำพอง 2 แห่ง คือ บ้านโคกกลาง และห้วยเสือเต้น
อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี	เทศบาลหินกอง	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลหินกอง 2 แห่ง
	อบต.ห้วยทราย อบต.หนองนาก	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ห้วยทราย 1 แห่ง - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลหนองนาก 1 แห่ง
อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี	อบต.เกาะรัง	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเกาะรัง 1 แห่ง
	อบต.หนองยายโตะ อบต.ม่วงค่อม	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลหนองยายโตะ 1 แห่ง - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลม่วงค่อม 2 แห่ง

สรุปผลการศึกษา

1. บริบทการทำงานขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีฐานะเป็นนิติบุคคลและราชการส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่พัฒนาในการพัฒนาตำบลในทุกๆ ด้าน ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546 โดยมีมาตราที่เกี่ยวข้อง 4 มาตราดังนี้

มาตรา 66 กำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรม

มาตราที่ 67 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนี้

- (1) จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำทางบก
- (2) รักษาความสะอาดถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ กำจัดมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล
- (3) ป้องกันโรค และระงับโรคติดต่อ
- (4) ป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย
- (5) ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
- (6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- (7) คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (8)* บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- (9)* ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมายโดยจัดสรรงบประมาณ หรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

อนุ (8) (9) ของมาตรา 67 แก้ไข โดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542)

มาตราที่ 68 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบลอาจจัดทำกิจการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ดังต่อไปนี้

- (1) เพื่อให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร
- (2) ให้มีและบำรุงการไฟฟ้า หรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
- (3) ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ

- (4) ให้มีและบำรุงสถานที่ประชุม การกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจและสวนสาธารณะ
- (5) ให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรและกิจการสหกรณ์
- (6) ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว
- (7) บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร
- (8) การคุ้มครองดูแล และรักษาทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (9) hasilประโยชน์จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (10) ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม
- (11) กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์
- (12)* การท่องเที่ยว
- (13)* การผังเมือง

อนุ (12) (13) ของมาตรา 68 เพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542

มาตรา 69/1* การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน โดยใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบล การจัดทำงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจสอบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ให้เป็นไปตาม กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับว่าด้วยการนั้น และหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด (*มาตรา 69/1 เพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546)

ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับภารกิจเพื่อการถ่ายโอน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจเพื่อการถ่ายโอน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีกฎหมาย 2 ฉบับ คือ

1. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545

มาตรา 18 การจัดการศึกษาปฐมวัย และการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ให้จัดการศึกษา ครอบคลุมในส่วนของ 1) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนเกณฑ์ของสถาบันศาสนา ฯลฯ 2) โรงเรียน 3) ศูนย์การเรียนรู้

2. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

มาตรา 16 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการบริการสาธารณะ ที่ครอบคลุมด้าน การจัดการศึกษา

แนวคิดและแผนงานการทำงานขององค์การบริหารส่วนตำบล

แนวคิดขององค์การบริหารส่วนตำบล

ในอดีตผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลโดยส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพราะเป็นปัญหาใหญ่ของชาวบ้านที่ต้องการในเรื่อง “น้ำไหล ไฟสว่าง ทางที่ดี มีงานทำ ส่งเสริมอาชีพ” เมื่อทำพอจึงมามองปัญหาประชาชนด้านอื่น ปัจจุบันแนวโน้มเช่นนี้ค่อยๆ ปรับลดลง ขณะที่แผนการพัฒนาคุณภาพของคนค่อยๆ เพิ่มสัดส่วนมากขึ้น สืบเนื่องจากกลไกและกระบวนการเลือกนายอบต. โดยตรงจากประชาชน ส่งผลให้แนวทางการทำงานของ อบต. มีทิศทางตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ

การสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขของอบต. มีความชัดเจน และต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้น คือ การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ในทางตรงข้ามงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพของประชาชนพบว่าที่มงานอบต. และประชาชนในพื้นที่ยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ส่วนใหญ่มีทัศนคติและความเห็นว่างานส่งเสริมป้องกันถือเป็นงานในหน้าที่และความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุข “โครงการที่ได้รับความสำเร็จชัดเจนจากอบต. คือการควบคุมโรค เรื่องปากท้องของชาวบ้าน การร่วมประชุมยังมีส่วนรับรู้เฉพาะบางเรื่อง”, “แผนงานสาธารณสุขที่อบต. ไม่ค่อยตอบรับ มักเป็นงานที่เห็นผลลัพธ์ไม่ชัดเจน เช่น งานสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลเรื่องโรคเรื้อรัง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

กระบวนการทำแผนของ อบต.

ก่อนมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 อบต. (ขณะนั้นเป็นสภาตำบล) ส่วนใหญ่มีการจัดทำแผนในลักษณะของการชี้แนะและสั่งการโดยภาคราชการ หลังจากมีรัฐธรรมนูญได้มีการปรับเปลี่ยนพัฒนามากขึ้น เพราะตามกฎหมายรัฐธรรมนูญได้กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วม ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ร่วมเป็นกรรมกรการจัดซื้อจัดจ้าง ติดตามและตรวจสอบโครงการต่างๆ และผลงานของ อบต. ส่งผลให้โครงการต่างๆ ของอบต. มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น

การทำแผนยุทธศาสตร์ของ อบต.

การทำแผนยุทธศาสตร์ของ อบต. เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2547 ส่วนใหญ่เป็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบที่รัฐบาลกลาง จังหวัด อำเภอกำหนด เป็นกรอบการทำงานกว้างๆ ดังตัวอย่างกรอบประเด็นแผนยุทธศาสตร์ในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 กรอบประเด็นแผนยุทธศาสตร์ในอบต. ที่ศึกษา

พื้นที่	กรอบประเด็นแผนยุทธศาสตร์
อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ	ยุทธศาสตร์ 8 ด้าน คือ 1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน 2. ด้านเศรษฐกิจ 3. ด้านแหล่งน้ำ 4. ด้านสังคม 5. ด้านสาธารณสุข 6. ด้านการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม 7. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 8. ด้านการเมืองการบริหาร
อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	1. การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน 2. การพัฒนาเศรษฐกิจ 3. การพัฒนาการศึกษา กำหนดแนวทางการพัฒนาใน 2 เรื่อง คือ 1) เพิ่มช่องทางการในการรู้ข้อมูลข่าวสารให้แก่ประชาชน 2) จัดการศึกษาประถมวัย และประถมศึกษา 4. การพัฒนาสิ่งแวดล้อม 5. พัฒนาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการพัฒนาใน 2 เรื่องคือ 1) ป้องกันและควบคุมโรค 2) ออกข้อบัญญัติรองรับการสาธารณสุข 2535 6. พัฒนาการเมือง การปกครอง และการบริหาร 7. การพัฒนาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น 8. การรักษาความสงบเรียบร้อย และแก้ไขปัญหายาเสพติด 9. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
อำเภอหนองแคว จังหวัดสระบุรี	1. การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน 2. การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การเกษตร 3. การเพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพของคนและชุมชนให้เข้มแข็ง 4. การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ
อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี	1. การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน 2. การส่งเสริมคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นด้านการศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ การส่งเสริมการกีฬา 3. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 4. การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน 5. ความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน 6. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเกษตรกรรม 7. การพัฒนาด้านบริหารจัดการ

การทำแผนประจำปีของ อบต.

1. กระบวนการทำประชาคมในพื้นที่ให้ได้ปัญหาและความคิดเห็นในการทำแผน ผ่านกระบวนการประชาคม โดยการประชุมประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าครอบครัว คณะกรรมการ ร่วมหาปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหา เพื่อสร้างแผนงานอบต. ประจำปีที่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละหมู่บ้าน

2. คณะกรรมการจัดทำแผนประกอบด้วยภาคราชการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่อบต. ครู เจ้าหน้าที่ด้านเกษตร) แกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) และภาคเอกชน (ตัวแทนชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน) มีปลัดอบต. เป็นประธาน ทำหน้าที่กลั่นกรองแผน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ สภาพปัญหาที่ได้จากการทำประชาคม และสอดคล้องกับงบประมาณที่มี ตามวาระต้องนำเสนอต่อสภา อบต. ไม่เกินเดือนสิงหาคมของทุกปีเพื่อขออนุมัติการใช้งบประมาณ

การประชุมประชาคมเพื่อทำแผนชุมชน ใช้วิธีประสานกับหน่วยงานต่างๆ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ชาวบ้าน ให้ได้เห็นจุดด้อย จุดเด่นของตนเอง เริ่มจากการหาความต้องการของชาวบ้าน วิธีการคือ การทำประชาคมหมู่บ้านหมายถึงการที่ชาวบ้านมาคุยกัน มาหาปัญหาร่วมกัน โดยมีหน่วยงานต่างๆ ให้ข้อมูล เช่น สาธารณสุขให้ข้อมูลในเรื่องพัฒนาการเด็กเกษตรมาคุยเรื่องการทำสวน ฯลฯ หลังจากนั้นจะให้ประชาชนทำโครงการที่ต้องการ เสนอนายก อบต. ผ่านสภาอบต. พิจารณาอนุมัติงบประมาณ

“ปัญหาคือ ชาวบ้านไม่มองปัญหาคุณภาพชีวิต เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีข้อมูลและเสนอข้อมูลต่อประชาคม ถ้าหมู่บ้านใดสนใจเรื่องอะไรก็ทำไป จะอธิบายให้ลูกบ้านฟังว่าการทำแผนต้องมีด้านอื่นด้วย อย่งไรก็ดี**พระเอกคือโครงสร้างพื้นฐาน** ต้องมีคนแนะนำ หมู่บ้านใดสนใจก็เสนอโครงการให้ มีกรรมการแนะนำให้ถูกทาง”

ความเห็นของทันตแพทย์ ไพฑูรย์ ตรงสงวนสัตย์ ทันตแพทย์โรงพยาบาลเยี่ยงราย จ. เยี่ยงราย “การทำแผนของชาวบ้าน ชาวบ้านเห็นปัญหา แต่จะให้แก้ปัญหา **จะอะไร** (ทำอะไร) เขียนโครงการอย่างไร เขียนจะอะไร (ทำอะไร) จุดนี้เลยไม่ทำ หรือบางครั้งชาวบ้าน เห็นปัญหาว่าสำคัญ แต่จะแก้ปัญหาไม่เป็น เลยไม่ทำ ไม่เหมือนเรื่องถนน บอกเพียงว่าถนนเสียก็ได้เงินมาแล้ว การมองภาพเชื่อมโยงเจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูล เพราะฉะนั้น **ประชาคมจะเข้มแข็ง ต้องมีข้อมูลที่ชัดเจน** เพื่อใช้ในการร่วมกันทำแผนทำโครงการ”

ตัวอย่างปัญหาของชาวบ้าน

ชาวบ้านในเขตเวียงชัย มีอาชีพทำนา ทำไร่ ปลูกข้าวโพด ปัญหาที่ตามมาคือชาวบ้าน เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน สาเหตุ น่าจะมาจากสารพิษที่ตกค้างจากการเกษตร ในจุดนี้ อบต. จะทำอย่างไร จะรณรงค์ให้ชาวบ้านเข้าใจ และมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ตอนนี้คือ ตรวจสารพิษในเลือดให้เขาเห็นผล

ปัญหาเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่ปัญหาเอ็ดส์ วัณโรค ยาเสพติด วิธีการที่ใช้คือ การเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ วัยรุ่น มาคุยกันให้เห็นว่า เขาชนมีคุณค่ามากขึ้น เปิดโอกาสให้เขาชนได้แสดงออก โดยดำเนินโครงการประสานคน 3 วัย เป็นโครงการที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นโดยการใส่กระบวนการดำเนินกิจกรรม ที่ให้ผู้ใหญ่กับเด็กได้มาสัมพันธ์กันมากขึ้น เมื่อความสัมพันธ์ดีปัญหาก็ลดลง ในโครงการนี้มีการดำเนินกิจกรรม 3 ส่วน กิจกรรมที่ใส่ในตัวเด็ก ผู้ปกครองด้วยการจัดการอบรม/ประชุม และสุดท้ายจัดการอบรมให้กับองค์กรท้องถิ่น

รูปธรรมของ อบต. ในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุข

1. การสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขในลักษณะทั่วไป

อบต. จะให้การสนับสนุนหน่วยงานในกิจกรรม ต่างๆ อาทิเช่น ซ้อมเคมีเพื่อป้องกันไข้เลือดออก สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ กิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่เป็นเรื่องทางด้านงานสาธารณสุข โครงการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมด้านโภชนาการ โครงการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์และด้านสาธารณสุข โครงการพนมอกคว้น โครงการสนับสนุนการจัดเก็บข้อมูลด้านสาธารณสุข โครงการศึกษาดูงาน และอบรมของหน่วยงานสาธารณสุข โครงการสนับสนุนการออกกำลังกายและการแข่งขันกีฬา โครงการสนับสนุนอาหารกลางวัน นม การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การตรวจมะเร็งเต้านม โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ

2. การสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขในลักษณะเฉพาะ

อบต. น้ำพอง

มีแนวคิดให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขในด้านบริการชัดเจน ในปี 2544 มีการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ให้ทุกคนไว้ (1,600 คน) เมื่อเริ่มระบบ UC ได้มีการจัดบริการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน โดย ประสานกับโรงพยาบาลน้ำพองและคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คัดคนในพื้นที่เพื่อเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาล เมื่อจบการศึกษาออกปฏิบัติการณ์เป็นพยาบาลชุมชนให้บริการในหมู่บ้าน

จำนวน 6 คน โดยอบต.เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในเรื่องงบการศึกษา ค่าเบี้ยเลี้ยงปฏิบัติงานของพยาบาลวันละ 400 บาท/คน/วัน ผู้ช่วยในหมู่บ้านวันละ 200 บาท/วัน อีกทั้งจัดห้องพยาบาลไว้ให้บริการในอาคารอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน

นอกจากนี้ ได้มีการจัดส่งนักเรียนในพื้นที่ ไปเรียนต่อพยาบาล และทันตภิบาล เพื่อมาทดแทนพยาบาลของโรงพยาบาล และ ให้บริการทันตกรรมเชิงรุก รวมทั้งได้มีการจัดซื้อ คุรุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ในการให้บริการทันตกรรม ไว้ล่วงหน้า และมีแนวคิดการจัดซื้อรถทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับการให้บริการในชุมชน

แนวคิดในการดูแลสุขภาพเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

อบต.เวียงชัย

สนับสนุนงานด้านทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ยังไม่เป็นที่เฉพาะเจาะจง โดยเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กในภาพรวม ตามภารกิจที่ได้รับบริการถ่ายโอนทั้งในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเล็กของกรมการพัฒนารัฐบาล การศึกษา และ การประถมศึกษาแห่งชาติ

ความคิดในเรื่องการพัฒนาคนต้องมีการพัฒนาคนที่จะมาสร้างบ้านแปงเมือง เพราะแก่ลงทุกวัน การทำงานพัฒนานั้นนอกจากเรื่องเด็กเล็กแล้วยังดำเนินการในเรื่องปัญหาสารเคมี ในปัจจุบันการทำการเกษตรจะช้ำมาก เพราะต้องการผลผลิตเร็ว คุ่มค่า ลงทุนน้อย ใช้เวลาน้อย ชาวบ้านไม่คิดระยะยาวที่เป็นผลเสีย ดังนั้นควรมีการออกกฎหมายกับร้านค้าที่ขายสารเคมี ในส่วนนี้ อบต.เกี่ยวข้องได้แต่เพียงชี้ให้เห็นโทษภัย ห้ามไม่ได้ ตรวจจับไม่ได้ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องไม่สนใจ หน้าที่ที่ต้องสอนชาวบ้านให้มีความเป็นอยู่ที่ดีไม่ได้ทำ ท้องถิ่นเองพร้อมที่จะสนับสนุนการทำงานของทุกหน่วยงานอยู่แล้ว ออกมาให้ข้าราชการสนับสนุนด้วย ชาวบ้านจะเชื่อสิ่งที่ข้าราชการพูด เช่นบอกว่าอย่าพาราดี ก็จะไม่ปลูกกันทุกบ้าน ภูเงินเอาพันธุ์มาปลูก แต่ผลผลิตที่ได้ไม่คุ้ม ชาวบ้านเห่ออะไรว่าดีก็ตาม ไม่คิดถึงอนาคต

การสนับสนุนเรื่องเด็กในปัจจุบัน จะสนับสนุนงบประมาณเรื่องอาหาร เรื่องนม ในอนาคตคิดว่าจะสนับสนุนเรื่องค่ารถ ถ้ามีสตาฟฟ์ทำอะไรได้หมด

“ปัจจุบันตอนศิลา มีหลาย ศูนย์ฯ ออกมาคุยกัน เพราะบางแห่งช่วยตัวเองไม่ได้ ครูมีน้อย แต่ถ้าย้ายศูนย์ฯต้องย้ายเด็ก ต้องออกค่ารถให้ส่วนหนึ่ง ความคิดขณะนี้คือ อยากทำศูนย์ตอนศิลาแข่งกับโรงเรียน ผู้ปกครองจะได้มีทางเลือก การแข่งขันจะดี ไม่แข่งจะตามน้ำ ทำศูนย์ฯให้เป็นสมบัติของท้องถิ่น มีงบประมาณสนับสนุนได้เลย ถ้าเปรียบเทียบกับโรงเรียน บางโรงเรียนไม่ยอมให้ศูนย์ฯ เข้าไป

อยู่ในโรงเรียน แต่ถ้าบางโรงเรียนมีเด็กน้อยจะมีผลต่อผู้บริหาร บางที่ใช้คำว่าแย่งเด็กกัน ศูนย์ที่อยู่ในโรงเรียนบางที่เด็กโตจึงแก่เด็กเล็ก ครูดูแลได้ไม่ทั่วถึง ถ้าศูนย์ฯ ดี เด็กได้รับการดูแลดีก็จะพัฒนาประเทศได้ดี ตอนนี้อยู่ที่คิดหลายอย่างที่เป็นระเบียบ อยู่ท้องถิ่นผิดหมด อยู่พัฒนาชุมชนไม่ผิด อบรม.คิดทำแต่ติดปัญหาระเบียบมีเงินก็จ่ายไม่ได้”

อบต.น้ำพอง

ได้จัดตั้งศูนย์เด็ก ขึ้นเอง 2 แห่ง โดยใช้บของอบต.สนับสนุนการดำเนินงานทั้งหมด และมีแนวคิดที่จะจัดตั้งโรงเรียนอนุบาลต่อไป ถือเป็นบริการที่อบต.ต้องให้กับประชาชน ให้ได้รับความสะดวกในการนำเด็กไปฝากที่ศูนย์ในพื้นที่ “ต้องดูแลคนตั้งแต่เกิดจนตาย การดูแลเด็กที่ศูนย์เด็ก มีการตั้งบสนับสนุนอยู่แล้ว และต่อไปจะตั้งโรงเรียนอนุบาล หากอบต.หรือเทศบาลทำเองน่าจะดีกว่า เพราะมีความใกล้ชิด ทราบปัญหา สนับสนุนได้ แก้ปัญหาได้ดีกว่า” (ปลัดอบต.น้ำพอง)

เทศบาลหินกอง

เทศบาลได้ดูแลศูนย์เด็ก โดยมีการกำหนดนโยบายในศูนย์เด็ก ประกอบด้วย

1. ส่งเสริมให้เด็กผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแลที่ถูกต้องลักษณะ
2. พัฒนาคความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และสติปัญญาของเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม
3. กระตุ้นชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพความพร้อมก่อนเข้าเรียนของเด็ก
4. แบ่งเบาภาระของผู้ปกครอง สโลแกนของศูนย์เด็กเล็ก ตำบลหินกอง “เด็กเล็กเบิกบาน วิชาการก้าวหน้า เยาวชนพัฒนา ปวงประชาร่วมใจ”

กิจกรรมในศูนย์เด็กด้านสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ ซึ่งนำหนัก/วัด ส่วนสูงและบันทึก หยอดวัคซีน โปลิโอ ตรวจวัดพัฒนาการเด็ก สนับสนุนนมที่ศูนย์ และที่บ้าน ฟรี สนับสนุนอาหารกลางวัน ฟรี ประเมินภาวะทางโภชนาการ กิจกรรมในศูนย์เด็กด้านอาคารสถานที่ สนับสนุนที่นอน วัสดุอุปกรณ์ของใช้ของเด็กฟรี อาคารสถานที่ ห้องนอน ห้องน้ำที่สะอาดถูกสุขลักษณะ สนามเด็กเล่น/ของเด็กเล่นที่เพียงพอ และปลอดภัยมีผู้ดูแลขณะเด็ก

อบต. ม่วงค่อม

หลังจากได้รับการถ่ายโอนจากสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ. และกรมพัฒนาชุมชน ทางอบต. ม่วงค่อม ได้ให้ความสำคัญกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในเด็กเล็ก มีจุดมุ่งหมายคือความต้องการให้เด็กเริ่มพัฒนาตั้งแต่ 2 ขวบครึ่ง - 3 ขวบ โดยเฉพาะเรื่อง IQ ต้องให้ทัดเทียมกับเด็กในเมือง “ผมจะไม่ให้ด้อยกว่าในเมือง ผมจะทำการเทียบเท่าของเอกชนถ้าเป็นไปได้ จะเริ่มพัฒนาด้านผู้ดูแลเด็ก

ส่งเสริมให้เขาไปศึกษาต่อหาความรู้ประสบการณ์มาสอน ต้องดูจากการที่ทำศูนย์ ถ้าประสบความสำเร็จ เมื่อออกจากศูนย์เราไปแล้วเข้าอนุบาลโรงเรียนอื่น ถ้าเขายอมรับผมถือว่าศูนย์ของเรามีคุณภาพ ตัวนี้เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่ง”

การพัฒนาคุณภาพชีวิตในเด็กเล็ก อบรม. ม่วงค่อม ได้ดำเนินการ เช่น

1. คุณภาพอาหาร โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และขอความร่วมมือให้มาดูแลบ้าง เพิ่มค่าอาหารเป็น 10 บาทต่อคน เน้นความสะดวกในภาชนะที่ใส่อาหาร ตอนนี้นำมาใช้สแตนเลสแทน

2. การดูแลที่ใกล้ชิดขึ้นโดยจ้างเพิ่มจำนวนผู้ดูแลเด็กแห่งละ 1 คน

“ผมต้องดูแล ผมไม่จำกัดเด็กที่เข้ามาในโรงเรียนมียอดเท่าไร ตามเกณฑ์ผู้ดูแลเด็กกำหนดที่ 50 : 3 คน ตอนนี้นำไป 110 คน : ผู้ดูแลเด็ก 4 ตัวนี้ มีการรองรับ 2 : 50กว่าถือว่าหนัก ถ้ามีใครป่วยหรือเป็นอะไรก็เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน อย่างน้อยมาตรฐานต้อง 50 : 3 มีการ ขาดบ้าง ป่วยบ้าง คนต้องมีการกักบ้าง ถ้าไม่สบายทั้งอาทิตย์ก็เจ้ง เด็กไม่มีคนดูแล ลูกเขามาอยู่กับเรา”

3. ความปลอดภัย โดยเฉพาะเรื่องรถรับส่งเด็ก มีการคัดเลือกรถของเอกชน โดยตรวจสอบสภาพรถและความปลอดภัย มีลักษณะมีที่กันกันเด็กตก และจัดระบบการรับ-ส่ง รายชื่อเด็กในรถแต่ละคัน มีแผนที่จะให้ ผู้ดูแลเด็กเข้าเวรละ 1 คน ดูแลเด็กตอนเช้าและตอนโรงเรียนเลิก

4. แนวคิดของนายกอบต.ในการพัฒนาผู้ดูแลเด็กคือ การส่งเสริมการศึกษาหาประสบการณ์เพิ่มเติม โดยเฉพาะการพัฒนาตนเอง ปัจจุบันมีผู้ดูแลเด็กใช้บของตนเองในการไปฝึกอบรม แต่ถ้าระเบียบรับรองก็สามารถไปรับการอบรม และเมื่อสำเร็จการศึกษาที่สามารถปรับวุฒิ และปรับเงินเดือนได้

“ถ้าตอนนี้ ถ้าระเบียบเปิดให้ผมก็ยินดี ตอนนี้อยู่ระเบียบยังไม่ชัดเจน เขากลับไปเรียนสถาบันที่ไม่ตรงกับงานที่ทำอยู่ ผมบอกได้ว่าหมดถ้าระเบียบให้ แต่ถามว่าถ้าเรียนน่าจะมีความเป็นไปได้ อาจจะผ่อนส่ง หรือยืมเรียน ผมว่าไม่ผิด ต้องดูรายละเอียด”

ปัจจุบันยังมีหลักสูตรการพัฒนา ผู้ดูแลเด็ก ที่ชัดเจน และแนะนำว่า “หน่วยงาน หรือสถาบันที่จะจัดอบรม ต้องทำโครงการให้กระทรวงมหาดไทยอนุมัติ ไม่ใช่อยู ๆ จัดโปรแกรมขึ้นมาส่งหนังสือให้ อบรม.ไปอบรม จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยง เขาไม่ให้เบิก ต้องขอจากหน่วยงานต้นสังกัดก่อน แล้ว อบรม.ก็สามารถอนุมัติให้ไปอบรม โดยจ่ายค่าใช้จ่ายให้”

5. การก่อสร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากศูนย์เด็กเล็กทั้ง 2 ศูนย์ มีเด็ก

เพิ่มมากขึ้น ทำให้สถานที่ดูคับแคบ ไม่สามารถขยายได้ และศูนย์เด็กเล็กมีวงกลม เก้าทศวรรษมาก จึงได้ก่อสร้างศูนย์เด็กเล็กขึ้นใหม่โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น 1,355,283 บาท ซึ่งครั้งแรกคณะกรรมการไม่เห็นด้วยกับนายกอบต. ที่ต้องการให้สร้าง แต่ด้วยความตั้งใจจริงที่ต้องการพัฒนาเด็กและพัฒนาชุมชนของนายกอบต. จึงได้ก่อสร้างศูนย์ขึ้นที่คิดว่าจะทำให้สมบูรณ์แบบที่สุด

“อะไรที่ทำให้เกิดกับชุมชน กับเด็ก ผมให้เต็มที่ ปีแรก ๆ ใช้งบประมาณถูก Anti มาก มีคำถามมากว่าทำไมต้องไปช่วย ผมฝ่าฟันให้มีการพัฒนาศูนย์เด็กฯ ถ้าไม่ได้ศูนย์เด็ก ๆ มาผมลาออก ผมพยายามจะแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองที่มีลูก 2 ขวบครึ่ง เราพอรับได้ก็ช่วยแบ่งเบาภาระ เก็บค่าบำรุงเดือนละ 50 บาท นอกนั้นไม่ต้องออกค่าใช้จ่ายอะไร โดยให้การอบรม ปลูกฝังสิ่งดีให้กับเด็ก ผมว่าเราก็คงไม่อายเขา” “ในความคิดผม ๆ ก็จะทำให้ดี สมบูรณ์แบบทั้งรั้ว สถานที่ ปูหญ้า กำล้ง ก่อสร้างโรงอาหาร ตอนนี้เราขาดกำแพง สวน ปูหญ้า มีเสาธง มีรั้วให้มิดชิด เครื่องเล่นถ้าจะลงผมลงครบหมด ผมสั่งแล้ว งบประมาณอนุมัติอยู่ช่วงดำเนินการในเรื่องระบบประปา ตอนนี้เรากำลังทำประปาใหญ่ เด็กๆจะได้มีที่ประพ่น”

การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยของอบต.

ศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งจัดให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และมีการจัดหาแปรงสีฟันให้เด็ก โดยใช้งบของอบต. เป็นการจัดซื้อวัสดุของใช้สำหรับเด็ก จะซื้อรวมกันทั้ง แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แป้ง สบู่ บางแห่ง ซื้อเทอมละ 1 ครั้ง บางแห่งซื้อ ไว้ทีละมากๆ และสามารถเบิกมาทดแทนให้เด็กที่แปรงสีฟันชำรุดหรือบานแล้วได้

จากการเยี่ยมชมศูนย์เด็กหลายแห่ง พบว่า เรื่องแปรงสีฟันเด็กยังได้รับการดูแลไม่เต็มที่ ทั้งเรื่องการจัดเก็บ และการเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็ก โดยศูนย์เด็กบางแห่งมีที่จัดเก็บแปรงเป็นระเบียบ บางแห่งปล่อยให้เด็กเก็บใส่กระเป๋ และแปรงของเด็กหลายคนบานแล้วแต่ยังไม่ได้รับการเปลี่ยน

สถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลายแห่งยังไม่มีอ่างสำหรับล้างมือแปรงฟัน เด็กจะแปรงฟันโดยครูดักน้ำใส่ถังมาวางไว้ให้แปรงที่ข้างบริเวณอาคาร

การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากเด็กให้เด็กยังไม่มีเฉพาะ โดยอบต. ให้การสนับสนุนการให้บริการในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ เช่น อบต. นำพองจัดพยาบาลชุมชน ให้บริการในหมู่บ้าน ซึ่งจะมีทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมศูนย์เด็กเล็กด้วย

การจัดระเบียบร้านค้าในบริเวณศูนย์เด็กเล็ก มีการห้ามนำของมาขายรอบๆ ศูนย์เด็กเล็ก โดยเกรงว่าเด็กจะกินอาหารที่ไม่มีคุณภาพ แต่ไม่มีการห้ามผู้ปกครอง

ที่จะซื้อขนมให้ลูกนำมากินที่ศูนย์เด็กเล็ก และจากการสังเกตพบว่ามีเศษขนม ถูกทิ้งไว้จำนวนมากในแต่ละศูนย์ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังให้การดูแลเรื่องการกินขนมของเด็กน้อย ปล่อยให้เด็กกินขนมตามชอบใจ โดยไม่ได้มีการสร้างกติกาให้เด็กกินขนมน้อยลง อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลเด็กบางคนให้ความสำคัญกับขนมบางชนิดที่ทราบว่ามีผลเสียต่อเด็ก เช่น มาม่า ลูกอม

“เด็กนำขนมมา ยากที่จะห้าม เพราะพ่อแม่ใช้เป็นสินบนแลกให้ลูกมาศูนย์”, “ศูนย์บ้านนาฝ่ายห้ามเฉพาะมาม่า และลูกอม เพราะมาม่ากินแล้วท้องอืดลูกอมกินแล้วฟันผุ อย่างอื่นไม่ห้าม” (ผู้ดูแลเด็ก)

ตัวอย่างของความร่วมมือกันที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็ก

เทศบาลนิกอง

ให้ความสำคัญในการสนับสนุนทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์เด็ก โดยได้จัดทำแผนการสนับสนุนที่ชัดเจน ให้เพียงพอและมีคุณภาพ ได้แก่ จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน สนับสนุนแปรงสีฟัน/ยาสีฟันให้เด็กฟรี มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอ มีการเปลี่ยนเมื่อแปรงสีฟันเสื่อมคุณภาพ มีการตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันทุกวัน มีการจัดบันทึกความสะอาดและแนะนำ ผู้ปกครองให้พาไปรักษาเมื่อพบฟันผุ และกระตุ้นให้ผู้ปกครองควบคุมเด็กให้มีการแปรงฟัน ที่บ้านด้วย มีมาตรการควบคุมการบริโภคขนมและขนมของเด็ก

- ศูนย์เด็กให้เด็กดื่มนมจืดเท่านั้น และแจกนมจืดไปที่บ้านด้วย
- ขนม : อนุญาตให้เด็กเอาขนมมาที่ศูนย์ได้ โดยศูนย์มีมาตรการจัดเป็นธนาคารขนม และให้เด็กเบิกกินได้เฉพาะมื้อกลางวันเท่านั้น เพื่อควบคุม และฝึกวินัยในการกินขนมของเด็ก พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากร้านค้ารอบ ๆ โรงเรียนให้ขายเฉพาะอาหารที่มีประโยชน์ต่อเด็ก การจัดอาหารของเด็กในศูนย์เด็ก จะควบคุมไม่ให้ประกอบอาหารที่หวานมากและจัดผลไม้ หลังมื้ออาหาร แทนขนมหวานบ้าง การกินนมของเด็กกระยะแรกจะเอาขวดนมมาด้วย ต่อมากระยะหลัง ศูนย์พยายามให้เลิก

สำหรับการสนับสนุนสุขภาพช่องปากในเทศบาลเองในอนาคตจะจัดทำแผนงบประมาณในการ จัดซื้อยูนิตทำฟันพร้อมอุปกรณ์ในการทำฟันเพื่อจะเปิดให้บริการในสำนักงานเทศบาลเพื่อบริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ เป็นการอำนวยความสะดวกให้ประชาชนไม่ต้องเดินทาง

ไปใช้บริการทันตกรรมที่ไกลกว่าชุมชนนอกจากนั้นยังมีนโยบายจะจัดหาอุปกรณ์อื่นๆ ด้วย เช่น รถพยาบาล เป็นต้น ร่วมกับการพัฒนาให้เด็กในศูนย์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยได้เข้าร่วมโครงการ ครอบครัวยุวอ๋อนหวานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งได้ร่วมกันจัดทำแผนและมาตรการลดการบริโภคน้ำตาลในศูนย์ และในครอบครัว(ที่บ้าน) โดยดำเนินการดังนี้

- ประกาศเป็นนโยบายของศูนย์เด็กในการลดการบริโภคน้ำตาลโดยกำหนดในเรื่องที่เกี่ยวกับการกินของเด็ก คือ นม ขนม น้ำอัดลม อาหารกลางวันที่ปรุงให้เด็ก อาหารว่าง

- รับสมัครเด็กอายุ 3 ปี เข้าร่วมโครงการ โดยเด็กเข้าร่วมโครงการจะได้รับการตรวจฟัน และรักษาฟันฟรี มีสติ๊กเกอร์แจก

- เปิดค่ายครอบครัวอ๋อนหวาน จะจัดเสวนาพ่อแม่ เพื่อให้ความรู้กับผู้ปกครอง และทุก ๆ เดือนจะมีจดหมายข่าว เพื่อส่งข่าวสารสื่อสารกัน

- มีการทำแบบสำรวจ และทดสอบผู้เข้าร่วมโครงการก่อนและหลัง เพื่อประเมินพฤติกรรม

- เมื่อสิ้นสุดโครงการ มีการประกวดครอบครัวอ๋อนหวาน ซึ่งในเรื่องนี้ปลัดเทศบาลแจ้งว่า โครงการนี้เป็นโครงการที่ดีขอให้ทำต่อเนื่องและจะให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

การดูแลทันตสุขภาพในศูนย์เด็ก อบต.ให้มีแผนและจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ มีการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยผู้ดูแลเด็ก จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน สนับสนุนชุดแปรงสีฟัน/ยาสีฟัน ให้เพียงพอไม่มีปัญหาจัดสภาพแวดล้อมในการแปรงฟันโดยสนับสนุนให้มีอ่างล้างหน้าแปรงฟัน แนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หรือแนะนำให้พาไปหาหมอมืออาชีพ

อบต.เวียงชัย

เมื่ออบต.ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านการพัฒนาการดำเนินศูนย์เด็กเล็ก โรงพยาบาลเวียงชัยให้การสนับสนุน โดยให้ความรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มทุกระดับ อาทิ ผู้ปกครอง คณะกรรมการอบต. ในเรื่องที่เน้นความสำคัญของเด็ก การพัฒนาศักยภาพเด็ก การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ฯลฯ การดำเนินศูนย์เด็กเล็กจึงพัฒนามาเป็นลำดับจนปัจจุบัน และพัฒนาต่อเชื่อมสู่โครงการอื่นเช่น โครงการ 3 วัย การพัฒนาการเด็กนั้นจะเป็นการดำเนินการในลักษณะการบูรณาการเป็นองค์รวม “เริ่มจากการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองให้หันมามองสุขภาพเด็ก การประชุมผู้ปกครองระยะแรกๆ เข้าประชุมบ่อย แต่ต่อมา

ให้ความร่วมมือมากขึ้น เน้นการคืนข้อมูล หมายถึงการพูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการเด็ก IQ EQ พัฒนาการทางสมอง”

สำหรับการดำเนินการในศูนย์เด็กฯ นั้น เป็นการบูรณาการ ระหว่างงานบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ การดูแลสุขภาพช่องปาก ที่เรียงชัสนั้นในเรื่องการที่เด็กมาศูนย์ฯ จะไม่ซื้อ ไม่เอา ไม่กินขนมถุง โดยมีการออกข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและศูนย์ฯ เช่นเรื่อง ขนม ในศูนย์เด็กเวียงชัย จะมีข้อตกลงว่า ไม่เอานมมา ไม่กินขนมม แรกๆ ก็มีปัญหาลูกผู้ปกครองไม่เข้าใจ ต่อมาผู้ปกครองเห็นดี เข้าใจ ทำได้สุดท้ายการดำเนินการของเวียงชัยนั้นอยู่บนฐานที่ว่า ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ สาธารณสุขรักษาคนน้อยลง นายกอบต.ได้รับความยอมรับจากประชาชน ลูกหลานชาวบ้านได้รับบริการ

อบต. ม่วงค่อม

โปรแกรมให้เด็กแปรงฟันหลังอาหาร แต่ตอนนั้นระบบประปายังไม่เสร็จ จึงยังไม่มีกิจกรรมนี้ แต่ตอนอยู่ศูนย์เก่าจะให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารอยู่แล้ว เพราะเป็นการปลูกฝังเด็ก “ทานอาหารต้องแปรงฟัน” (ผู้ดูแลเด็ก) ที่ศูนย์เดิม มีเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลไปตรวจสุขภาพฟันทุกเดือน ไม่ค่อยมีฟันผุ

“จัดซื้อให้เด็กใช้ มีบซื่ออยู่ที่ซื้อมา เด็กเริ่มเรียนเราต้องเริ่มให้เด็กฝึก ตอนนั้นมาแปรงด้านนอกก่อนแล้วเดี๋ยวจะทำก็อกให้ ซื่อแปรง ซื่อยาสีฟัน ซื่อแปรง โดยครูเป็นผู้ดำเนินการ” (นายกอบต)

- การรับประทานอาหาร นม ขนม จากการที่อบต.รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ได้จัดจ้างให้คนในหมู่บ้านรับเหมา 10 บาทต่อคน เน้นอาหารอนามัยมีผัก หมู ผลไม้ ตามฤดูกาล นมที่แจกจะเป็นนมจืด ซึ่งเด็กบางคนไม่ดื่มก็ให้เอากลับบ้านในระยะแรก ต่อมาก็ให้หัดดื่ม และดื่มตามเพื่อนบ้าง ครบถ้วนบ้าง มีปัญหาเพราะเมื่อกลับไปบ้านผู้ปกครองตามใจเด็ก ทำให้ยังติดนมหวานอยู่ ถึงแม้ว่ามาดื่มนมจืดที่โรงเรียน

“ให้ทานเอง ใส่ถาด ให้นั่งตามเส้น หันหน้าชนกัน ไม่งั้นก้นนั่งติดกัน ถ้าเราไม่ตีเส้นเขาจะไม่รู้ ใช้สก็อตเทปตีเส้น”

“ขนม ช่วงใหม่ ๆ ก็ให้เอามาก่อนได้ เราจะมีอาหารมาแล้วก็ขนม 10 บาท มีอาหาร มีผลไม้ด้วยเราจ้างเขาทำ หลังๆเด็กก็ไม่เอานมมาเอง”

“เราต้องคุยกับผู้ปกครอง จัดปฐมนิเทศ มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ เด็กยังถูกเลี้ยงแบบโบราณ ตามใจเด็ก ยังไม่รู้วิธีว่ารักษาฟันของลูกจะปล่อยให้กินกันตามสบาย ในหมู่บ้านน้อยคนที่จะบังคับให้ลูกแปรงฟัน มีส่วนน้อยตามประสบการณ์ ที่เราอยู่ เรารู้ว่าผู้ปกครองค่อนข้างไม่ค่อยสนใจ

เพราะคิดว่าเด็กยังกินนมอยู่ การทำความสะอาดฟันไม่ค่อยมี ผมถึงบอกว่าพยายามปลุกฝังเด็กที่ชาวบ้านไม่มีเวลามาดูสุขภาพฟันของลูก อย่างน้อยปลุกฝังทานอาหารแล้วต้องแปรงฟัน กลับไปบอกผู้ปกครองจัดชุดฟันเหมือนที่อยู่กับโรงเรียน” (นายกอบต.)

ข้อเสนอแนะขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน

1. ปัจจุบันผู้บริหารของอบต.ให้การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการทำงานร่วมกันหลายเรื่อง เช่น การเป็นคณะกรรมการจัดทำแผน การร่วมในกิจกรรมประเพณีที่สำคัญ ร่วมเป็นที่ปรึกษา เป็นต้น
2. การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอบต. เริ่มเป็นระบบมากขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่อบต.อีกหลายแห่งยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ขาดการพัฒนาศักยภาพ ตลอดจนไม่มีโครงการเชิงพัฒนาได้แก่ มีระบบการตรวจสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็กการจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กให้มาอยู่
3. ระบบข้อมูลของอบต.เพื่อการวางแผนพัฒนาของพื้นที่ ยังขาดข้อมูลสาธารณสุขอีกมาก การดำเนินการในปัจจุบันจึงมีสภาพในลักษณะอบต. ประสานขอสนับสนุนข้อมูลจากภาคสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่
4. การส่งเสริมสุขภาพเด็กยังไม่มีแผนงานรองรับที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามสามารถบรรจุไว้ในแผนงาน เรื่องการส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม และเรื่องส่งเสริมการพัฒนาศรีเด็ก เยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการได้

บทที่ 4

ข้อเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน (Comprehensive oral health promotion model)

การจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-5 ปีของประเทศไทยที่ผ่านมา

การแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ปรากฏในแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ที่ระบุให้กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี เป็นเป้าหมายหลักของการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุควบคู่ไปกับเป้าหมายเด็กประถมศึกษา โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเริ่มเกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ให้การสนับสนุนองค์ความรู้งบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากร และชุดแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ให้แก่เด็กอายุ 1 1/2 ปี คนละ 1 ชุด

การจัดบริการสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 setting คือ 1) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสถานบริการ ประกอบกิจกรรมบริการ คือ การให้ทันตศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ การให้ทันตศึกษาแก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี การตรวจช่องปากเด็กอายุ 1 ปีครึ่งและให้คำ

แนะนำเรื่องการแปรงฟัน ให้แปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปี ครั้ง -2 ปี) และให้น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กสำหรับเด็กในกลุ่มอายุ 3-5 ปี กิจกรรมประกอบด้วย การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่ศูนย์เด็กเล็กทุกวัน การจัดให้มีอุปกรณ์การแปรงฟันสำหรับเด็กทุกคน และมีสถานที่สำหรับล้างมือและแปรงฟัน

แม้จะมีนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณตามที่ระบุในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) แต่สถานการณ์การเกิดฟันผุของเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีกลับพบแนวโน้มฟันผุในเขตชนบทที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 66.8 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 67.8 และ 70.3 ในปี 2537 และ 2544 ตามลำดับ การดำเนินการที่ผ่านมาไม่สามารถหยุดยั้งปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีแนวโน้มปัญหาสูงอย่างชัดเจน การแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเป้าหมายนี้ จำเป็นต้องดำเนินการโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานและบูรณาการร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยครัวเรือนและชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาฟันน้ำนมผุ

หลักการสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน

1. การพัฒนารูปแบบผสมผสานต้องสร้างจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน และขยายฐานองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ ประชาชนอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ ปี 2547 พบอัตราฟันผุในเด็กอายุ 6-12 เดือนร้อยละ 1.4 เด็กอายุ 12-24 เดือนร้อยละ 16.6 และเด็กอายุ 25-30 เดือนร้อยละ 45.4 ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในเด็กกลุ่มนี้คือ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการอมข้าว การบริโภคขนมที่เสี่ยงสูงประจำ พฤติกรรมดูดนมหลับคาขวดตามลำดับ และพฤติกรรมการไม่กินผัก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู ให้สามารถดูแลเด็กในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญทั้ง 5 ด้าน ซึ่งถือเป็นเป้าประสงค์เชิงพฤติกรรมของการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู

2. การแก้ปัญหาต้องต่อการเชื่อมโยงปัญหาฟันน้ำนมผุกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็ก

ปัญหาฟันน้ำนมผุนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กไทย ทำให้เกิดสภาพ “ตัวเล็ก ติดเชื้อ ไม่ฉลาด และขาดความมั่นใจ” จากผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ในต่างประเทศ พบว่าเด็กที่มีฟันผุนั้นมีอาการปวดบวมเรื้อรังส่วนใหญ่พบปัญหา 1) มี

ภาวะโภชนาการบกพร่องจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างสมดุล มักรับประทานอาหารเหลวรสหวาน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตไม่สมวัย 2) การสูญเสียฟันไปก่อนเวลาอันควรจากการถอนฟัน ทำให้เด็กสนใจใหญ่รับประทานอาหารลำบาก และเคี้ยวไม่สะดวก มีผลให้เด็กเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน โดยเด็กกลุ่มนี้จะรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้น ในขณะที่รับประทานอาหารชนิดที่ขัดสีฟัน เช่น อาหารกลุ่มใยอาหารที่ให้วิตามิน และเกลือแร่ช่วยลดผลการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบดเคี้ยวอาหารที่แข็ง ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทจากอวัยวะรอบๆ ฟัน จากเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก จากกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และจากการรับรสที่ลิ้น ไปที่สมองทำให้มีการเจริญเติบโตทางสมองที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการเคี้ยวแต่อาหารอ่อน 3) การปวดฟันทำให้องนอนหลับน้อยลง เพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงาน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กลดลงโดยทำให้ร่างกายอ่อนแอ 4) เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ได้มากมายที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ การอักเสบในหูชั้นกลาง และการเกิดโรคของทางเดินหายใจส่วนบน 5) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาความสวยงามของฟันและใบหน้า การพูด ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม เกิดความรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดี และ 6) การเกิดโรคฟันผุที่เรื้อรังยังส่งผลให้สูญเสียเวลาเรียน เสียโอกาสการเรียนรู้ การสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา รวมถึงการเสียเวลาในการรักษาทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

3. เน้นกลยุทธ์การบูรณาการมาตรการส่งเสริมป้องกันพื้นฐานทุกด้าน เพื่อให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างมีคุณภาพไม่แยกส่วน

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากควรเน้นมาตรการส่งเสริมป้องกันที่สำคัญ คือ 1) การให้ความรู้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในเรื่องการดูแลฟันน้ำนม การฝึกทักษะพื้นฐานในการตรวจฟัน โดยใช้เทคนิคการตรวจฟันเด็ก “Lift the Lip” การให้คำแนะนำแม่ในการฝึกวินัยการบริโภคและทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็ก และการลดการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูกที่เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกหลักการ 2) การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน 3) การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ (cariogenic food) 4) การใช้ฟลูออไรด์ ในการควบคุมการเกิดโรคฟันผุ เน้นการใช้ฟลูออไรด์ในยาสีฟัน ฟลูออไรด์วานิช และใช้สารเคลือบหลุมและร่องฟัน

4. ให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจากทุกภาคส่วน

จากการวิเคราะห์ห้องคิดและผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสำคัญ 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้กำหนดนโยบาย 2) ผู้ให้บริการ ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก 3) องค์กรท้องถิ่นและชุมชน และ 4) พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานต้องสร้างเงื่อนไขให้องค์กรต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องทุกระดับมีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้การสนับสนุนแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

5. พัฒนากลไกดำเนินการของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการ

จากการสำรวจจรรยาและสวัสดิการ พ.ศ.2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีมีสิทธิรักษาพยาบาลกว่าร้อยละ 90.6 แต่อัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มเด็กนี้กลับพบเพียงร้อยละ 4 สถานบริการที่กลุ่มนี้เคยใช้บริการทันตกรรมมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 41 ของตัวอย่างทั้งหมดที่เคยใช้บริการ

ตัวอย่างการจัดการทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ คือ ตัวอย่างข้อเสนอหนึ่ง ของ Reforming States Group ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2542 ที่รัฐต่างๆเห็นความสำคัญของการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในเด็ก 0-5 ปี เนื่องจากจากโภชนาการและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่มีคุณภาพ ด้วยพัฒนาการจัดการที่ดีทั้งกลไกการจ่ายเงิน การดำเนินการเชิงรุก และความเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชน สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้ โครงการดังกล่าวกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายต่อหัว ประกอบด้วยระดับการรักษา 4 ระดับตามความรุนแรงของโรค ระดับ 1 ประกอบด้วย การตรวจ ป้องกัน และการควบคุมโรค ระดับ 2 ประกอบด้วย การบูรณะฟันแบบพื้นฐาน ระดับ 3 ประกอบด้วย การบูรณะฟันแบบขั้นสูง ระดับ 4 ประกอบด้วย การดูแลในระยะรุนแรง และมีค่าใช้จ่ายสูง

จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกการดำเนินการของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการของเด็กกลุ่มนี้ โดย 1) มีนโยบายให้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนที่เกิดใหม่ ต้องลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิรับบริการสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับเด็ก 0-5 ปี ตามสิทธิที่ระบุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างหลักประกันที่เด็กกลุ่มนี้จะได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ 2) พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับเด็ก 0-5 ปี ที่ครอบคลุมบริการส่งเสริม

ป้องกันสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 3) โดยใช้กลไกทางการเงินเป็นตัวผลักดันให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามผลงานบริการที่ติดตามชุดบริการพื้นฐาน บริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่บูรณาการสำหรับเด็ก 0-5 ปีที่ชัดเจน (บนฐานการศึกษาต้นทุนบริการ) 4) พัฒนาระบบการติดตามและกำกับผลงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปีของแต่ละเครือข่ายบริการคู่สัญญา

6. ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดย 1) กระตุ้นให้เกิดนโยบายการให้บริการแบบบูรณาการที่ชัดเจน 2) พัฒนาระบบการจัดบริการแบบบูรณาการให้เข้มแข็ง พัฒนาการองค์กรเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิให้สามารถให้บริการแบบบูรณาการตามมาตรฐานที่กำหนด 3) พัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการที่ดี ด้วยการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิให้ลดการคิดและทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มศักยภาพพื้นฐานของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการแบบบูรณาการทุกระดับ

7. ให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของทีมบริการสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ โดย 1) พัฒนาหลักสูตรอบรมระยะสั้น และเตรียมความพร้อมทีมบริการสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจคัดกรองฟันผุและการให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) มีหน่วยงานที่มีบทบาทชัดเจนและงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการอย่างเพียงพอในการพัฒนาบุคลากร 3) จัดทำคู่มือและแนวทางการดำเนินการสำหรับพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีมบริการสุขภาพ และ 4) จัดทำสื่อการให้ความรู้ที่จำเป็นสนับสนุนการให้บริการ เพื่อการพัฒนาและเตรียมความพร้อมทีมบริการสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบชุดและต้นทฤษฎีบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปี

ประกอบด้วยรายการบริการส่งเสริมสุขภาพ 4 กลุ่ม คือ 1) ตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจร่างกายทุกระบบ ชักประวัติ ประเมินการเจริญเติบโต ประเมินพัฒนาการ ประเมินความฉลาดและวัดความดัน 2) การให้วัคซีน 3) การให้บริการสุขภาพช่องปาก และ 4) การให้ความรู้ผสมผสาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 รายการในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานจำแนกตามอายุเด็ก

อายุ	ตรวจร่างกาย	วัคซีน	บริการสุขภาพช่องปาก	การให้ความรู้ผสมผสาน
แรกเกิด	มี	ร่วมประเมินความเสี่ยงโรครอยด์ BCG, HB1	-	มี
7 วัน	มี	-	-	มี
1 เดือน	มี	-	-	มี
2 เดือน	มี	DTP1, OPV1	-	มี
4 เดือน	มี	DTP2, OPV2	-	มี
6 เดือน	มี	DTP3, OPV3, HB3	-	มี
9 เดือน	มี	M / MMR	ตรวจช่องปาก แจกแปรงสีฟัน ทาฟลูออไรด์วานิช	มี
12 เดือน	มี	-	-	มี
15 เดือน	มี	JE1, JE2	-	มี
18 เดือน	มี	ร่วมประเมินความเสี่ยง DTP4, OPV4,	ตรวจช่องปาก แจกแปรงสีฟัน ทาฟลูออไรด์วานิช	มี
24 เดือน	มี	-	ตรวจช่องปาก ทาฟลูออไรด์วานิช	มี
2.5 - 3 ปี	มี	JE3	ตรวจช่องปาก ทาฟลูออไรด์วานิช	มี
4 - 5 ปี	มี	DTP5, OPV5	-	มี

เมื่อใช้อัตราราคาต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากรายงานวิจัยของ สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล มาใช้คำนวณต้นทุนการจัดบริการในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐาน (ตารางที่ 4.2) พบต้นทุนที่ใช้บริการทั้งหมดสำหรับเด็ก 1 คนตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 5 ปี รวมทั้งหมด 1385.85 บาท จำแนกเป็นต้นทุนในขวบปีที่ 1 เท่ากับ 803.73 บาท ปีที่ 2 เท่ากับ 376.12 บาท ปีที่ 3 เท่ากับ 140.12 บาท ปีที่ 4 เท่ากับ 65.88 บาท (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.2 ต้นทุนในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานจำแนกตามรายการ

รายการ	ต้นทุน (บาท)	
	ค่าแรง	ค่าวัสดุ
ตรวจร่างกายทุกระบบ ชักประวัติ ประเมินพัฒนาการ	30.4	
ประเมินความเสี่ยงโรครอยด์		113.45
BCG		17
DTP		22.28
OPV		9.15
HB		66.25
MMR		70.72
JE		65.5
ตรวจช่องปาก	17.17	
แจกแปรงสีฟัน		5
ทาฟลูออไรด์วานิช		18
ค่าวัสดุสุขศึกษาปี		30
สอนสุขศึกษาผสมผสาน	4.05	

ตารางที่ 4.3 ต้นทุนของชุดบริการส่งเสริมสุขภาพผสมผสานระดับพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปี จำแนกตามอายุ

อายุ	ตรวจร่างกายทุกระบบ ซักประวัติ ประเมินพัฒนาการ	วัคซีน ช่องปาก	บริการสุขภาพ ผสมผสาน	การให้ความรู้	รวมเงิน
แรกเกิด	143.85	83.25		34.05	261.15
7 วัน	30.4			4.05	34.45
1 เดือน	30.4			4.05	34.45
2 เดือน	30.4	31.43		4.05	65.88
4 เดือน	30.4	31.43		4.05	65.88
6 เดือน	30.4	97.68		4.05	132.13
9 เดือน	30.4	70.72	40.17	4.05	145.34
12 เดือน	30.4			34.05	64.45
ต้นทุนปีที่ 1	356.65	314.51	40.17	92.4	803.73
15 เดือน	30.4	131		4.05	165.45
18 เดือน	30.4	31.43	40.17	4.05	106.05
24 เดือน	30.4		40.17	34.05	104.62
ต้นทุนปีที่ 2	91.2	162.43	80.34	42.15	376.12
2.5 - 3 ปี	30.4	65.5	40.17	4.05	140.12
4 - 5 ปี	30.4	31.43		4.05	65.88
รวมเงิน	508.65	573.87	160.68	142.65	1385.85

รูปแบบและเงื่อนไขการให้บริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐาน

1. พัฒนามาตรการเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการของเด็กกลุ่มนี้ โดย

1.1 มีนโยบายให้เด็กที่เกิดใหม่ทุกคน ต้องลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิรับบริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับเด็ก 0-5 ปี ตามสิทธิที่ระบุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 สนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยให้บริการ โดยพัฒนากลไกการจ่ายเงินสนับสนุน ตามปริมาณงานที่ให้บริการในอัตราค่าบริการที่กำหนดขึ้น

1.3 พัฒนาระบบการติดตามและกำกับผลงานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายบริการคู่สัญญาที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบการจัดบริการแนวใหม่

2.1 หลักการการบริการชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ

เป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการรับบริการ **“ได้บริการที่ครบตามชุดบริการที่กำหนด”** เป็นการส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานที่ **เน้นคุณภาพ** และเป็นบริการที่ **เบ็ดเสร็จในหนึ่งจุดบริการ**

2.2 รูปแบบการให้บริการ

มีการจัดให้บริการส่งเสริมสุขภาพทุกวัน ในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสะดวก จากบุคลากรผู้มีความรู้ในบริการแบบบูรณาการและผสมผสาน ใช้เวลาในการให้บริการอย่างครบถ้วนไม่น้อยกว่า 20 นาที ในลักษณะ One stop service

2.3 เนื้อหาบริการที่ควรได้รับอย่างครบถ้วนประกอบด้วย การตรวจร่างกายทุกระบบ การประเมินการขาดไอโอดีน ประเมินภาวะโภชนาการ การให้วัคซีนตามกำหนด การประเมินพัฒนาการของเด็ก การคัดกรองออทิสติก การประเมิน EQ การบริการสุขภาพช่องปาก และการให้ความรู้ผสมผสาน

2.4 ใช้ระบบนัดและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการให้บริการเชิงรุกในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยที่ผิวน้ำด้อย และเมื่อพบเด็กที่มีความผิดปกติมีระบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และ ติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการประเมินพัฒนาการ 13 ช่วงอายุ

ตามแบบทดสอบเพื่อการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี จังหวัดลพบุรี ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แนวทางการประเมินพัฒนาการ 13 ช่วงอายุ

อายุ	พัฒนาการเด็ก					
	กล้ามเนื้อ มัดใหญ่	กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/ สติปัญญา	การเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือ ตนเอง	ทางสังคม
2 เดือน	ทำนอนคว่ำยกศีรษะตั้งขึ้นได้ 45 องศา	มองสิ่งของในระยะห่าง 20 ซม. จ้องอยู่นาน 1-3 วินาที	สะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกาย	ทำเสียงในลำคอเสียงอู	หยุดร้องเมื่อถูกอุ้ม	ยิ้มหรือส่งเสียงตอบเมื่อมีผู้พูดคุยและแตะตัว
4 เดือน	ทำนอนหงายพลิกตะแคงตัวได้	หยิบของเล่นโดยกางมือออกแล้วหยิบ	หันตามเสียงพูด	เล่นปาก เล่นน้ำลายขณะอยู่คนเดียวทำเสียงติดต่อกันซ้ำๆ	แสดงว่าจะได้กินนมเมื่อเห็นนมแม่หรือขวดนม	กลัวคนแปลกหน้า
6 เดือน	นั่งได้นาน 10 วินาที โดยไม่ล้ม แขนไม่เกร็ง ใช้มือเล่นของเล่นได้	เปลี่ยนมือ การถือวัตถุ	สนใจฟังคนพูด และมองไปที่วัตถุ นาน 1 นาที	ออกเสียง 2 พยางค์ ซ้ำๆ	ดื่มน้ำจากแก้วที่มีน้ำประมาณครึ่งแก้วได้ โดยมีผู้ใหญ่ช่วยเหลือ	กลัวคนแปลกหน้า
9 เดือน	เดินเกาะไปข้างๆ โดยหันหน้าเข้าหาเครื่องเรือน	มองตามของเล่นที่ทำตก	หันตามเสียงเรียกพูด	รู้จักปฏิเสธ โดยการแสดงท่าทาง	ใช้มือหยิบอาหารกินเอง	เล่นเกมสัจจะ
12 เดือน	เดินโดยช่วยงูมมือเด็กทั้งสองข้างไปข้างหน้าได้ 2 เมตร	ใส่วัตถุในถ้วยเล็กๆ ได้	รู้จักสมาชิกในบ้านเมื่อเอ่ยชื่อ	เลียนแบบการเคลื่อนไหวของหน้าเช่น หยีตา จู้ปากแลบลิ้น ยืมหวาน	กัด เคี้ยว และกลืนได้	ชี้ให้ใหญ่มองตามสิ่งที่ตนเองสนใจ
15-18 เดือน	เดินได้เองตามลำพัง	หยิบของ 2-3 ก้อนด้วยนิ้วมือ ไม่ใช่ฝ่ามือใส่ถ้วยหรือกล่อง	ชี้วัยวะของร่างกาย (เช่น ตา หู ปาก จมูก นม) ได้ตามคำบอกอย่างน้อย 3 ส่วน	พูดคำที่มีความหมายได้ทีละคำ อย่างน้อย 1 คำ (ความหมายตรงกับเหตุการณ์)	ถือถ้วย ดื่มน้ำเอง	เลียนแบบการทำทางของผู้ใหญ่หรือเด็กโตกวาดบ้าน ถูบ้าน หวีผม

อายุ	พัฒนาการเด็ก					
	กล้ามเนื้อ มัดใหญ่	กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/ สติปัญญา	การเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือ ตนเอง	ทางสังคม
18 เดือน	เดินเองได้คล่อง บล้อยแขนอิสระ และแกว่งแขนตามสบาย	ใช้ดินสอขีดเส้นยู่ และหยิบเชือกโดยวิธีจับน้ำ	ชี้วัยวะของร่างกายได้ 1 ส่วน	พูดเป็นคำๆ ได้ 4-6 คำ	หันมองแม่ก่อนหยิบของหรือเมื่อกระทำสิ่งใดสำเร็จหรือทำสิ่งใดที่แปลกใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม	เลียนแบบการทำงานบ้าน
19-24 เดือน	เตะบอล	ใช้ช้อนตักอาหารกินได้เอง หกเพียงเล็กน้อย	ทำตามคำสั่งง่ายได้โดยไม่ต้องแสดงท่าทางให้ดู	พูดคำที่มีความหมายได้ทีละคำ อย่างน้อย 3-6 คำ	เปิดหนังสือได้ทีละ 1 หน้า	แสดงอารมณ์ต่างๆ (ดีใจ กลัว โกรธ เห็นใจ) หรือ รู้จักปฏิเสธ “ไม่”
2 ปี	วิ่งเต็มฝ่าเท้าไปข้างหน้าได้	เลียนแบบการสร้างรถไฟได้	ชี้วัยวะของร่างกายได้ 4 ส่วน	สามารถใช้คำกริยา พยางค์เดียวได้ 2 คำ ขึ้นไปเช่น นิ่ง นอน ยืน	บอกหรือแสดงท่าทางบอกได้เมื่อจะจับถ้วย	เข้าไปเล่นใกล้เด็กคนอื่นแต่ต่างคนต่างเล่น และมองการเล่นของตนเอง
3 ปี	เดินบนเส้นตรงกว้าง 5 ซม. ได้ยาว เมตร	เลียนแบบการสร้างรถไฟได้	เลือกวัตถุขนาดใหญ่	พูดตอบรับและปฏิเสธ	ถอดกระดุมขนาดใหญ่ได้เองอย่างน้อย 3 เม็ด	เล่นด้วยกันและผลัดกันเล่นกับเด็กคนอื่น
4 ปี	กระโดดขาเดียวได้ (ขาที่ถนัด 2-3 ครั้ง)	วาดรูปคนที่มีส่วนของร่างกายอย่างน้อย 3 ส่วน	วางวัตถุไว้ข้างหน้า/ข้างหลัง/ข้างบนและข้างใต้ได้ตามคำสั่ง	บอกชื่อจริงและนามสกุลเต็มได้	ล้างหน้า ล้างมือได้เอง	เล่นสมมติได้

อายุ	พัฒนาการเด็ก					
	กล้ามเนื้อ มัดใหญ่	กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/ สติปัญญา	การเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือ ตนเอง	ทางสังคม
4 ปี - 4 ปี ครึ่ง	กระโดดขา เดียวได้ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน	วาดรูปสี่เหลี่ยม และกากบาท ตามแบบได้	นับก่อนไม่ได้ 1 ก่อน	พูดให้คนอื่น เข้าใจได้ทั้งหมด และบอก ประโยชน์ของ 3 สิ่งได้แก่ ดินสอ แก้ว ถ้วย	แต่งตัวได้เอง	เล่นรวมกลุ่ม อย่างมีกติกา ง่าย ๆ หรือเล่น บทบาทสมมติ
5 ปี	รับลูกบอล ขนาด 15 ซม. ได้ในระยะห่าง 2 เมตร	วาดรูปง่าย ๆ ที่ประกอบด้วย 4 ส่วน	ชื่อวัยวะของ ร่างกายได้ 19 ส่วน เช่น ไหล่ หัวแม่มือ ข้อศอก	ตอบคำถาม เกี่ยวกับหน้าที่ ของวัยวะของ ร่างกายได้	บอกที่อยู่ ของตัวเอง	รู้จักสิ่งที่ควร กระทำโดยไม่ ต้องบอกเช่น กล่าวคำ ขอบคุณ หรือ ยกมือไหว้เมื่อ ผู้อื่นให้ของ หรือแสดง ความเคารพ หรือเล่นแล้ว รู้จักช่วย เก็บของ

แนวทางคัดกรองออทิสติก เมื่อเด็กอายุ 18-23 เดือน โดยประเมิน 10 พฤติกรรม (ตามแบบของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 4.5 แบบคัดกรองโรคออทิสซึมในเด็กอายุ 1-5 ปี
โปรดใส่เครื่องหมาย/โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด

ลำดับ	พฤติกรรม	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1.	ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณ หรือยิ้มตอบเวลาเห็นคุณยิ้มให้		
2.	ชี้หรือแสดงท่าทางบอกความต้องการ		
3.	อวดของเล่น หรือสิ่งที่ชอบให้คุณดู		
4.	ชอบเล่นคนเดียว หรือ อยู่คนเดียวตามลำพัง		
5.	หันหน้ามามองเมื่อคุณเรียกชื่อ		
6.	เวลาชี้ให้ดูสิ่งต่างๆ เด็กสนใจมองตาม		
7.	มองหน้าสบตา เวลาที่คุณพูดคุยหรือเล่นด้วย		
8.	ทำท่าทาง (เช่น สะบัดมือ เขย่งเท้า หมุนตัว ฯลฯ) ซ้ำ		
9.	เล่นสมมติ เช่น ทำท่าป้อนข้าว เล่นขายของ ทำท่าโทรศัพท์		
10.	พูดซ้ำ หมายถึง มีชื่อใดชื่อหนึ่งต่อไปนี้ หรือทั้ง 2 ชื่อ ก. ไม่พูดคำเดียวที่มีความหมาย เช่น แม่ หม่า เมื่ออายุ 18 เดือน ข. ไม่พูดเป็นกลุ่มคำที่มีอย่างน้อย 2 คำต่อกัน เช่น กินข้าว ไปเที่ยวเมื่ออายุ 2 ปี		
รวมคะแนน			

หากพบคะแนนจากการคัดกรอง “น้อยกว่า 5 คะแนน” ควรส่งเสริมพัฒนาการ
ในคลินิกสุขภาพเด็กต่อไป

หากพบคะแนนจากการคัดกรอง “มากกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน” ควรได้
รับการติดตามเฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือ

โดยนัดประเมินซ้ำทุก 1 เดือน หากอาการไม่ดีขึ้น (จากผลคะแนนการคัดกรอง)
ให้ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อไป

4. ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เมื่อเด็กอายุ อายุ 4 ปี 6 เดือน โดยประเมิน 9 พฤติกรรม (ตามแบบของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 4.6 แบบคัดกรองความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ข้อความต่อไปนี้เป็นการอธิบายถึงอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของเด็กในช่วงเดือนที่ผ่านมาโปรดใส่เครื่องหมายในช่องที่ตรงกับตัวเด็กมากที่สุด

ความฉลาดทางอารมณ์	พฤติกรรม	ใช่	ไม่ใช่
ดี	1. บอกความรู้สึกของตนเองได้เมื่อถูกถาม เช่น รู้สึกดีใจ เสียใจ โกรธ ไม่ชอบ ไม่พอใจ		
	2. เต็มใจ แบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น		
	3. บอกขอโทษ หรือเข้ามาประจบเมื่อทำผิด		
เก่ง	4. มีอยากรู้ อยากเห็นกับของเล่น หรือสิ่งแปลกใหม่		
	5. ยอมรับคำอธิบาย เมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการ		
	6. กล้าพูด กล้าคุย ทักทายตอบกลับผู้อื่น		
สุข	7. ช่วยเหลือตนเองมากขึ้น เมื่อได้รับคำชม		
	8. รู้จักเมื่อแม่ความรักให้ผู้อื่น เช่น กอด ปลอดภัย หรือเด็กที่เล็กกว่า		
	9. แสดงอารมณ์สนุกไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดโลดเต้น หัวเราะเฮฮา		

ถ้าตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ในแต่ละองค์ประกอบหลัก (ดี เก่ง สุข) ควรส่งเสริมและรักษาความฉลาดทางอารมณ์ให้คงที่

ถ้าตอบว่า “ใช่” น้อยกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในแต่ละองค์ประกอบหลัก (ดี เก่ง สุข) ควรส่งเสริมและรักษาความฉลาดทางอารมณ์ฉบับ สมบูรณ์เต็ม เพื่อวางแผนการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในแต่ละด้านให้เหมาะสมกับวัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน (Comprehensive oral health promotion model)

จากหลักการสำคัญในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวข้างต้น โครงการวิจัยนี้ได้ออกแบบรูปแบบการให้บริการ ให้สามารถเติมเต็ม และปิดช่องว่างต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หลักการและแนวคิด

1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการส่งเสริมสุขภาพชุดพื้นฐาน

1.2 รูปแบบส่งเสริมป้องกันจำเป็นจะต้องกระตุ้นพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูให้ลงทะเบียนเพื่อรับบริการส่งเสริมป้องกันช่องปากให้ให้กับเด็กแรกเกิดทุกคน กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นประมาณ 6 เดือน โดยการประสานให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม (ระบบบริการ พ่อแม่ ชุมชน/ท้องถิ่น สื่อมวลชน) และสนับสนุนและอำนวยความสะดวกและผู้เลี้ยงดูสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

2. มาตรการดำเนินการที่สำคัญประกอบด้วย 3 มาตรการคือ

1) มาตรการดำเนินการในชุมชน (Community-based approach) ได้แก่ การสร้างความตระหนักและความมีส่วนร่วมขององค์กรบริการส่วนท้องถิ่น (อบต.) ชุมชน และ ครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพเด็กที่ศูนย์เด็กเล็ก ปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรบริการส่วนท้องถิ่น

2) มาตรการดำเนินการของผู้ให้บริการในหน่วยบริการ (Service-based approach) ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมและป้องกัน ด้วยทีมสุขภาพแบบสหสาขาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ที่คลินิกเด็กดี คลินิกพัฒนาการ)

3) มาตรการดำเนินการในระดับครัวเรือน (Home-based approach) เน้นการพัฒนาและสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี ได้แก่ การดูแลอนามัยช่องปาก การดูแลให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เอื้อต่อทันตสุขภาพ การสร้างความตระหนักต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในระดับชุมชน

3. แนวส่งเสริมป้องกันฟันน้ำนมในกลุ่ม 0-5 ปี ประกอบด้วย

- การให้บริการตรวจคัดกรองฟันผู้ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้น
- การให้ความรู้ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ สังคมให้เพิ่มคุณค่าต่อบทบาทการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และให้ความสำคัญต่อฟันน้ำนมที่ปราศจากฟันผุ

- การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก
- ให้บริการเพื่อการป้องกันโดยการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบฟลูออไรด์วานิช
- การส่งต่อเพื่อรับบริการอุดฟันเพื่อป้องกันการลุกลามบริการ

4. คุณลักษณะของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสาน

เป็นรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีลักษณะความสำคัญ 5 ประการคือ

4.1 เป็นบริการที่เด็กทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า (Accessible) โดยการบรรจุให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพทุกประเภท และทุกระดับ

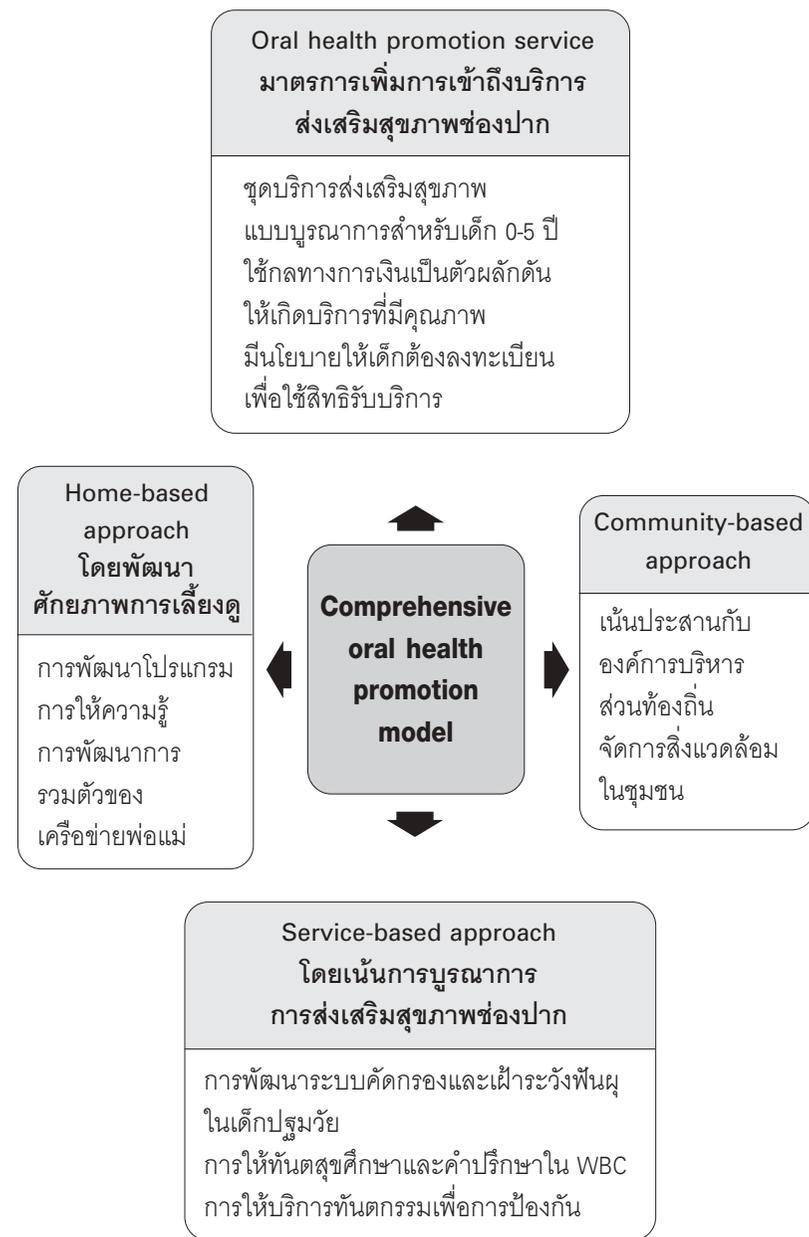
4.2 ให้ความสำคัญต่อบทบาทครอบครัว (Family-centered) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กอย่างมีคุณภาพและเป็นองค์รวม โดยระบบบริการสุขภาพมีบทบาทในการสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูให้สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและบุตรหลาน ด้วยกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู เป็นเครือข่ายอย่างชัดเจน

4.3 เป็นระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความต่อเนื่อง (Continuing care) สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ทารกจนถึงวัยรุ่น ด้วยระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างระบบบริการระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ สามารถให้คำปรึกษาทันกาลตามความต้องการของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู

4.4 เป็นบริการที่ผสมผสานและบูรณาการบริการที่หลากหลาย (Comprehensive care) จากบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ สามารถจัดบริการและอำนวยความสะดวกให้บริการทุกมิติ ได้แก่ การให้บริการภูมิคุ้มกันโรค การติดตามพัฒนาการของเด็ก การคัดกรองปัญหาภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในเด็ก ตลอดจนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โภชนาการ ปัญหาสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพช่องปาก ฯลฯ

4.5 เป็นบริการที่ประสานให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ กลุ่มที่ทำงานสนับสนุนครอบครัว (Family support groups) และ กลุ่มเครือข่ายพ่อแม่ (Parent-to-parent group)

รูปที่ 4.1 กรอบการดำเนินการ Comprehensive oral health promotion model



กิจกรรมดำเนินการแบ่งเป็น 4 กลุ่ม (รูปที่ 4.1) คือ

1. Home-based approach

ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ การพัฒนาศักยภาพการเลี้ยงดูเด็กของแม่ และผู้ดูแลเด็ก โดยการพัฒนารวมตัวของเครือข่ายพ่อแม่ และการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และหลักสูตรการอบรมต่างๆ ให้กับแม่และผู้ดูแล

การพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ตามบัญญัติ 10 ประการ ดังนี้

การบริโภคนมและเครื่องดื่ม

1. พยายาม**เลี้ยงลูกด้วยนม**แม้อย่างน้อยในช่วง 6 เดือนแรก

2. กรณีที่จำเป็นต้อง**เลี้ยงลูกด้วยนมผง** หรือนมผสม ควร**เลือกนมรสจืด** ห้ามเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง หรือน้ำหวานใดๆ และให้ดื่มน้ำตามไม่เกิน 10 มล. หลังดูดนมทุกครั้ง โดยสนับสนุนให้เด็กบริโภคนมจืดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี

3. **งดดื่มน้ำหวาน** น้ำผึ้ง เครื่องดื่มหรืออาหารรสหวานทุกชนิด **จากขวดนม** และไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีบริโภคน้ำอัดลม ทั้งนี้เพราะสารอาหารในน้ำอัดลมมีแต่น้ำตาลและกรด ซึ่งไม่จำเป็นสำหรับเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีฟันผุอย่างรวดเร็วและรุนแรง

4. เมื่ออายุ **6 เดือน** ควร**เลิกนมม้อนอก** และเริ่มฝึกให้เด็กดื่มนมจากถ้วยหรือดูดด้วยหลอด

5. **ไม่ปล่อยให้เด็กดูดขวดนมคาขวด** และเลิกใช้ขวดนมเมื่ออายุ 12-18 เดือน

การทำความสะอาดช่องปาก

6. ฝึกการทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กอย่างเป็นนิสัยโดย**เริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นซี่แรก** แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขนาดไม่เกิน 1000 ส่วนในล้านส่วน โดยสร้างบรรยากาศการแปรงฟันให้ดูเป็นเรื่องสนุก เพื่อให้เด็กชอบการแปรงฟัน รวมทั้งฝึกบ้วนปากหลังรับประทานอาหารแล้วทุกครั้ง

การบริโภคอาหาร

7. ควรฝึกเด็กให้**เด็กรับประทานอาหารที่มีผัก**เป็นส่วนประกอบทุกมื้อ โดยกระตุ้นและให้รางวัลเป็นสิ่งจูงใจให้เด็กรับประทานอาหารผักที่มีประโยชน์ กรณีที่เด็กปฏิเสธผักผู้ปกครองจะต้องพยายามคิดหาวิธีให้เด็กได้รับประทานผักอย่างเหมาะสมทุกวัน

8. **ฝึกวินัยการรับประทานอาหาร**บนโต๊ะอาหาร ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานสำคัญในการสร้างนิสัยการกินที่ดี ช่วยให้ลูกรับประทานอาหารเป็นเวลา มีบรรยากาศรับประทานอาหารพร้อมหน้าสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นโอกาสกระตุ้นให้เด็กรับประทานอาหารทุกชนิดบนโต๊ะอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดนิสัยการอมข้าว ควรให้เคี้ยวอาหารไม่ช้าและไม่เร็วเกินไป

การบริโภคขนม

9. ฝึกเด็กให้รับประทานขนมอย่างเหมาะสมโดย **จำกัดรายการขนมที่รับประทานไม่เกิน 2 รายการต่อวัน** พยายามให้เด็ก**รับประทานขนมเฉพาะในมื้ออาหาร** โดยกินขนมหลังทานข้าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว พยายามหลีกเลี่ยงการให้เด็กรับประทานขนมหน้าทีวี และไม่รับประทานขนมจุบจิบ ส่งเสริมการรับประทานผลไม้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

การตรวจฟันประจำปี

10. **พาลูกตรวจฟันประจำปี**และรับบริการทันตกรรมเพื่อการป้องกัน

การพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถดำเนินการตามบัญญัติ 10 ประการ โดย

1. การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้

- พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยสื่อถ่ายทอดในรูปแบบต่างๆ เช่น วีซีดี เอกสารแผ่นพับ คู่มือ ภาพพลิก แบบทดสอบความรู้ ฯลฯ

- จัดทำหลักสูตรการอบรมต่างๆ ให้กับแม่และผู้ดูแล

2. การพัฒนารวมตัวของเครือข่ายพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู

ใช้กลยุทธ์การรวมตัวเป็นชมรมหรือกลุ่มเครือข่ายมีระบบรับการสมัครสมาชิก การสื่อสารข้อมูลข่าวสารในกลุ่มสมาชิก มีกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลเด็ก มีระบบการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ การจัดประชุมอบรมตามหัวข้อที่สมาชิกต้องการ ฯลฯ

2. **Service-based approach** ใช้รูปแบบบริการบูรณาการโดยการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ถือเป็นส่วนประกอบหนึ่งในชุดบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ การพัฒนาระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังฟันผุในเด็กปฐมวัย การให้ทันตศึกษาและคำปรึกษาในคลินิกเด็กดี (WBC) การให้บริการทันตกรรมเพื่อการป้องกัน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

1. การพัฒนาระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังฟันผุในเด็กปฐมวัย
จัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้งที่ได้มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (WBC) มีการสอบถามพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็ก และ ลงบันทึกในแบบเก็บข้อมูลที่ออกแบบ ตามประเด็นการเก็บข้อมูลในระบบเฝ้าระวังฟันผุในเด็กปฐมวัย ตามประเด็นดังนี้

- การเลี้ยงนมในช่วงช่ของอายุ 0-12 เดือน (การเลี้ยงนมแม่/นมขวด)
 - กรณีเลี้ยงนมขวด (ยี่ห้อนม สูตรนม มีการเติมน้ำตาลหรือไม่ การเลิกนมเมื่อใด การเลิกนมขวด การดื่มนมจากแก้ว)
 - การให้อาหารเสริมสำเร็จรูป (ชนิด ระยะเวลาที่ให้ รสชาติ)
 - การบริโภคอาหาร(รสชาติอาหารที่เด็กกินประจำ นิยกรอมข้าว การกินผักผลไม้ของเด็ก รายการอาหารที่ทำให้เด็กกินเป็นประจำ
 - การฝึกนิสัยการกิน(กินเป็นเวลา บนโต๊ะอาหาร ไม่ใช่เวลานาน มีระเบียบในการกิน)
 - การให้ขนม(ให้ขนมเป็นเวลา ให้ในมื้ออาหาร คำนวนขนม 2 รายการต่อวัน ฝึกทักษะการเลือกขนม ไม่กินขนมหน้าทีวี)
 - การแปรงฟันของเด็ก (อายุที่เริ่มแปรงฟัน ความถี่และช่วงเวลาในการแปรง วิธีแปรง ความร่วมมือจากเด็กในการแปรง การตรวจความสะอาดช่องปากหลังแปรงฟัน)
 - การตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีและรับบริการทันตกรรมป้องกัน
2. การให้ทันตสุขศึกษาและคำปรึกษาในคลินิกเด็กดี (WBC) ตามช่วงอายุ และมีการแจกชุดแปรงฟันให้เด็กที่ช่วงอายุ 9-12 และ 18 เดือน

ตารางที่ 4.7 ประเด็นการให้ทันตสุขศึกษาและคำปรึกษาในคลินิกเด็กดี (WBC) ตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	หมวดความรู้พื้นฐานที่จำเป็น	หมวดทักษะพื้นฐานที่จำเป็น	บริการเพื่อการป้องกัน
คลินิกฝากครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> - ความสำคัญที่แม่ต้องมีสุขภาพช่องปากที่ดี - การประเมินสุขภาพช่องปากของตนเอง - ความจำเป็นที่ต้องปราศจากฟันผุตลอดช่วงการตั้งครรภ์ - แนวทางการป้องกันโรคในช่องปาก - อาหารกับการเกิดฟันผุ - สาเหตุการเกิดฟันผุ 	<ul style="list-style-type: none"> ทักษะการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน การลดการบริโภคหวานในช่วงตั้งครรภ์ 	
คลินิกเด็กดี			
แรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - วิธีการให้นมขวดที่เหมาะสม - การทำความสะอาดฟันให้ลูก 		
2 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาและการขึ้นของฟันน้ำนม - หน้าที่และความสำคัญของฟันน้ำนม - สาเหตุการเกิดฟันผุ - การทำความสะอาดฟันให้ลูก 		
4 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นโรคฟันผุของลูก - คุณลักษณะและสาเหตุของการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย - ผลกระทบจากการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย - การป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย - การทำความสะอาดฟันให้ลูก 		

ช่วงอายุ	หมวดความรู้พื้นฐานที่จำเป็น	หมวดทักษะพื้นฐานที่จำเป็น	บริการเพื่อการป้องกัน
6 เดือน	- การให้ฟลูออไรด์เสริมเพื่อป้องกันฟันผุ - การทำความสะอาดฟันให้ลูก - อาหารกับการเกิดฟันผุ - การสร้างนิสัยการบริโภคที่ดี	- ฝึกทักษะการแปรงฟันให้ลูก	
9-12 เดือน		- ดำเนินการตรวจฟันผุลูกด้วยตนเอง โดยวิธี Lift the lip เพื่อตรวจคัดกรองฟันผุ - ฝึกทักษะให้เด็กค่อยๆ เปลี่ยนการดูดนมจากขวดเป็นดื่มนมจากแก้ว - ฝึกเด็กให้ดื่มน้ำผลไม้/น้ำหวานจากแก้ว - ฝึกเด็กกินขนมและอาหารเป็นเวลา - ฝึกเด็กกินผักและผลไม้	ตรวจคัดกรองฟันผุให้คำปรึกษา ทาฟลูออไรด์วานิชครั้งที่ 1
18 เดือน	- ประเมินความสามารถของเด็กในการแปรงฟัน		ตรวจคัดกรองฟันผุให้คำปรึกษา ทาฟลูออไรด์วานิชครั้งที่ 2
24 เดือน			ตรวจคัดกรองฟันผุให้คำปรึกษา ทาฟลูออไรด์วานิชครั้งที่ 3
30 เดือน			ตรวจคัดกรองฟันผุให้คำปรึกษา ทาฟลูออไรด์วานิชครั้งที่ 4
4-5 ปี	- พาเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก - พาเด็กมารับบริการฟลูออไรด์เสริมตามอายุ		

3. การให้บริการทันตกรรมเพื่อการป้องกัน โดยใช้การทาฟลูออไรด์วานิชให้กับเด็กที่มารับบริการ ในช่วงอายุ 9-12 เดือน 18 เดือน 24 เดือน และ 30 เดือน

3. Community-based approach โดยประสานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ทุกภาคส่วนได้แก่ ครอบครัวและผู้เลี้ยงดูชุมชน/ท้องถิ่น สื่อมวลชน เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการสร้างความตระหนักและความมีส่วนร่วมขององค์กรบริการส่วนท้องถิ่น (อบต.) ชุมชน และครอบครัว เห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพเด็ก และให้การสนับสนุนการพัฒนาเด็กในทุกด้าน ในศูนย์เด็กเล็ก โดยการให้ข้อมูลปัญหาฟันผุและปัจจัยที่มีอิทธิพลของพื้นที่ผ่านกลไกดำเนินการในพื้นที่

- 1) การทำประชาคมปัญหาสุขภาพในชุมชน
- 2) นำเสนอปัญหาฟันน้ำนมและแนวทางแก้ไขในคณะกรรมการจัดทำแผนประจำปีของอบต.
- 3) นำเสนอปัญหาฟันน้ำนมและแนวทางแก้ไขในคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็ก
- 4) นำเสนอปัญหาฟันน้ำนมและแนวทางแก้ไขในที่ประชุมผู้ปกครอง โดยมีหลักการสำคัญในการดำเนินการคือ ต้องเริ่มจากปัญหาสุขภาพเด็กที่ผู้ปกครองในแต่ละชุมชนให้ความตระหนัก และมีความพร้อมในการร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ค่อยๆบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากสอดแทรกเป็นกิจกรรมที่กลมกลืนในภาพที่ทำเป็นองค์รวม

4. Improved access to oral health care มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็ก โดยการปรับปรุงชุดบริการพื้นฐานสำหรับเด็กในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมการดูแลส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก พัฒนาระบบการจัดการทางการเงินให้เอื้อต่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ให้มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสนับสนุนให้แม่ลงทะเบียนเพื่อรับบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากให้ลูก

การเตรียมความพร้อมระบบบริการถือเป็นเงื่อนไขสำคัญให้เกิดบริการ
1. พัฒนาและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการในหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ เกิดความตระหนักและยอมรับว่าบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นองค์ประกอบหนึ่งของบริการพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาทีมสุขภาพให้มีศักยภาพในเรื่อง

- 1) ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก
- 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากได้

3) สามารถให้บริการการปรึกษาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

2. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ถือเป็นสมรรถนะพื้นฐาน (core competency) หนึ่ง ของหลักสูตรแกน ที่เป็นหลักสูตรในการผลิตและพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการทำงานบริการบูรณาการในกลุ่มเด็ก เป็นทีมสหสาขา

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข, **สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก**. พ.ศ.2545
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในระดับบุคคลและครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2544
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **ฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2544
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2545
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **เอกสารเนื้อหาวิชาทันตสาธารณสุขสำหรับนักศึกษาสถาบันราชภัฏ**.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **101 ปัญหาในช่องปาก**. พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ.2545 ครอบคลุมสุขภาพดีตอนฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544**. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2545
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการดำเนินโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า**. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ กทม. 2544
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข **รายงานผลการปฏิบัติงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พศ. 2546** เอกสารโรเนียว
- กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย **รายงานเบื้องต้น การดำเนินงานกิจกรรมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ดูแลเด็ก สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พศ. 2547** เอกสารโรเนียว
- กันยา บุญธรรม และคณะ **การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 1-3 ปี ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี : รายงานวิจัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี 2539**
- ขวัญชัย ปรัชญา ยุทธนา ปัญญางาม **สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้ของเด็กนักเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร ว.ทันต. จุฬาฯ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พค.-สค. 2528 หน้า 89-98**
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภทรวดี สีลาทวีวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบุรณ, บุญนิตย์ ทวีบุรณ. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้ เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม 2547**
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ศิริรักษ์ นครชัย ภทรวดี สีลา ทวีวุฒิ สร้อยศิริ ทวีบุรณ บุญนิตย์ ทวีบุรณ **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย**

- จินตนา พัฒพงศ์ธร, **เยี่ยมบ้านอย่างไรให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ**. เอกสารโรเนียว 2545
- ฉล่องชัย สกลสันต์ **บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาทันตกรรมป้องกัน)บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2547
- ชาอุทัย ไหล่สวน **ระบบบริการสุขภาพช่องปากประเทศสหรัฐอเมริกา ใน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก 8 ประเทศ บทเรียนเชิงสังเคราะห์การพัฒนาบริการทันตปฐมภูมิ** โรงพิมพ์ออนพริ้นซ์ออฟ กทม.2546
- ชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล รพีพรรณ โชคสมบัติชัย **พฤติกรรมและการเลี้ยงดูนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนมและที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง ว.ทันต. ฉบับที่ 5 กย.-ตค. 2541; หน้า 259-267.**
- ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, **แนวทางปฏิบัติเรื่องทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-18 ปี**. กันยายน 2544
- ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, **Clinical Use of Fluoride**. พิมพ์ครั้งที่ 2 ตุลาคม 2540
- ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, **Early Childhood Caries**. ธันวาคม 2541 ฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ. พัทลุง, ระวีวรรณ ปัญญางาม. **การเปรียบเทียบสถานภาพโรคฟันผุของเด็ก 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครที่บริเวณนครราชสีมาและนมแต่งหวาน**. ว.ทันต. ฉบับที่ 4 กค.-สค. 2539; หน้า 196-201.
- ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข **พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน(0-5 ปี) กรณีศึกษาตำบลบ้านหม้ออำเภอ บ้านหม้อ จ. สระบุรี วิทยานิพนธ์ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541**
- พระธรรมปิฎก **ความสุขของครอบครัวคือสันติสุขของสังคม** 2545; พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บริษัท สหธรรมิก จำกัด
- พัชราลักษณ์ เกื้ออนาคี สุปรีดา อุดลยานนท์ **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน : กรณีศึกษา ตำบลป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น** ว. ทันต. ขอนแก่น 2542; 2(2):46-57
- เพ็ญแข ลากยั้ง และ บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง. 2004. **ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐปีงบประมาณ 2546**. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 1
- เพ็ญทิพย์ จิตต์จันทน์ นุปลา ไตรโรจน์, พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. **การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ระดับประเทศ ระหว่างพ.ศ. 2535-2537**. เอกสารไม่ระบุสำนักพิมพ์
- เพ็ญทิพย์ จิตต์จันทน์ **สรุปโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพแม่และเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ประเทศไทย**. เอกสาร โรเนียว กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544

- เพ็ญทิพย์ จิตต์จันทน์, สุรงค์ เศรษฐพูนธัม ศรีสุดา ลีละศิธร. **การสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2547**. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารโรเนียว)
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์, **การบริหารงานพัฒนาชนบท**. ไทยวัฒนาพานิช กรุงเทพฯ : 2526
- พัฒน์ สุจันทน์, **อนามัยชุมชน**. ไทยวัฒนาพานิช กรุงเทพฯ : 2541
- บุบผา ไตรโรจน์ นนทินี ดังเจริญดี สุรงค์ เศรษฐพูนธัม เกสร อังศุสิงห์ สุภาวดี พรหมมา **กระบวนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน** (เอกสารไม่ระบุโรงพิมพ์) 2543
- ปิยะดา ประเสริฐสม ศรีสุดา ลีละศิธร **ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคในช่องปาก** วารสารทันตสาธารณสุข, 2542; 17(2): 14-9
- ปิยะดา ประเสริฐสม วราภรณ์ จิระพงษา ชนิษฐ รัตนังลิมา **รายงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี บนฐานของความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก** 2546 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารโรเนียว)
- เรวดี ต่อประดิษฐ์ และคณะ **การประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู พ.ศ. 2535-2540**. ว.ทันต.สธ 2541;27(2):7-15
- วรรณศรี แก้วปิ่นตา ทองเพ็ญ วันทนียตระกูล ยุพิน ศรีแพนบาล **พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-5 ปี อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่**. ทันตสาร ฉบับที่ 2 กค.-ธค. 2538; หน้า 83-91
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และคณะ(แปล). 2541. **คู่มือตรวจสุขภาพใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ**, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ,
- รัตนา สุขวัฒนานันท์ **ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาบุคคลกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2540
- วรางคณา ชิดช่วงชัย, ยศวิมล คูมาสุข, สุพานี ธนาคุณ, สร้อยศิริ ทวีบุรณ. **การลดปริมาณเชื้อสเตรปโตคอคคัส มิวแทนส์ ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง โดยใช้คลอเฮกซิดีน วารนิจ**. ว. ทันต 2542;(2):6
- วันเพ็ญ เรืองจิตทวีกุล : **พฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน และการรักษาอนามัยช่องปากกับการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน** รายงานในการประชุมวิชาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 4-6 กค. 2532
- วิรัชวิภาวรรณ, **หลักการพัฒนากลุ่มชนการพัฒนาชุมชนประยุกต์**. โอ.เอส.พริ้นต์ติ้ง 2532.
- วิภาพร ล้อมสิริอุดม **ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอ นิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมสำหรับเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ พวงทอง วิกุล สุรัตน์ ศรีสุดา รายงานเบื้องต้น ปัญหาฟันผุและพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน เฉพาะพื้นที่ 8 หมู่บ้านของอำเภอกันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(เอกสารโรเนียว)

เศวต ทศนบรรจง การสูญเสียฟันน้ำนมในเด็ก ว.ทันต. 2530;37(4-6); 186-194

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพพัฒนาการ และการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2542 เอกสารไม่ระบุสถานที่พิมพ์

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตารางออกผลข้อมูลการประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยระดับชาติ ประจำปี 2547 เอกสารโรเนียว

สมนึก ชาญด้วยกิจ สุณี วงศ์คงคาเทพ ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา อังศณา ฤทธิ์อยู่. อิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กไทยอายุ 6 -30 เดือนต่อการเกิดโรคฟันผุ. ว.ทันต 2547; 123-136

สันติ จิตระจินดา รายงานการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการบริโภคสินค้าขนมเด็กของนักเรียนประถมศึกษาจำนวน 1,025 คน ในพื้นที่ 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นนทบุรี ชลบุรี และนครราชสีมา 2545 เอกสารประกอบโครงการเด็กไทยรู้ทัน 2546

สุนีย์ พลภานุมาศ. “การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4-5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก” วิทยานิพนธ์ คณะครุศาสตร์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2546.

สุณี ผลดีเยี่ยม พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข แพรว จิตตินันทน์ นิธิมา เสริมสุขอิอนุวัฒน์ สุธี สุขสุเดช นิภาพร เอื้อวัฒน์ชะติมา ระบบบริการสุขภาพช่องปาก บทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544

สุณี วงศ์คงคาเทพ ระบบบริการสุขภาพช่องปากประเทศสหราชอาณาจักร ใน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ระบบบริการสุขภาพช่องปาก 8 ประเทศ บทเรียนเชิงสังเคราะห์การพัฒนาาระบบบริการทันตปฐมภูมิ โรงพิมพ์ออนพรีนซ์ออฟ กทม. 2546

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ : ต้นแบบการบูรณาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา 3 พื้นที่ โรงพิมพ์ออนพรีนซ์ออฟ กทม. 2547

สุณี วงศ์คงคาเทพ อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย ปี 2546 วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2547; ปีที่9 ฉบับที่ 1-2 : 7-20.

สุรเกียรติ อาชานภาพ.2541. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ, ใน:เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน, 6-8 พฤษภาคม 2541 ,กรุงเทพฯ.

สุพระลักษณ์ รัตมีรัตน์ และคณะ การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนและโครงการแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนู จังหวัดร้อยเอ็ด วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2540;2(2)11-19

สุภิกา อนันต์อนสวัสดิ์ สถาพร ม่านไข่มุก : พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกที่มีผลต่อสุขภาพวารสารอนามัย 21(3) : 2538; หน้า 209-218.

สำหรี จิตตินันท์ วีรพงษ์ ฉัตรานนท์ ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่การปฏิบัติ. สำนักพิมพ์กรุงเทพฯเวชสาร กรุงเทพฯ 2546

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, แนวทางปฏิบัติด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังการเจ็บป่วย หญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด - 5 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน.2545

หฤทัย สุขเจริญโกศล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบลออกกลาง กิ่งอำเภอออกกลาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต (ทันต กรรมป้องกัน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545

อุมาพร ตรังคสมบัติ การสร้างวินัยให้ลูกคุณ. 2542 กรุงเทพฯ : ชันต์การพิมพ์

ศิริรักษ์ นครชัย สร้อยสิริ ทวีบุรณ์ บุญนิตย์ ทวีบุรณ์ อารยา พงษ์หาญยุทธ ภทรวดี ลีลาทวิวุฒิ สุกฤดา จิตต์ไมตรี. การศึกษาผลกระทบของโรคฟันผุต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก. 2547

ศศิธร ไชยประสิทธิ์. สุขภาพช่องปาก: สุขภาพสังคม จากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

อุไรพร จิตต์แจ้ ประไพศรี ศิริจักรวาล กิตติ สรณเจริญพงศ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ผู้สดี จันทร์บาง. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี. 2547

อุทัยวรรณ กาญจนกามล. 2541. การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน, เชียงใหม่ทันตแพทยศาสตร์ ,19 (มค.ธ.ค.),6-10.

Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ: Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 1992;14:302-305.

Acs G, Lodolini G, Shulman R, Chussid S: The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with failure to thrive: case reports. *Compend Contin Educ Dent* 1998;19:164-1.

Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW: Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2001;23:419-423.

Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S: The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999;21:109-113.

Akiyama Y, Shikumori M, Satoh A: The effect of a change in dietary habit upon maze leaning ability in rats. *Oral Rehabil* 1991;18:75-80.

American Academy of Pediatric Dentistry, *Clinical Guideline on Infant Oral Health Care*. 2004, American Academy of Pediatric Dentistry.

Alaluusua, S. & Malmivirta, R. Early plaque accumulation-a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(5 pt. 1), 273-76.

- Ashey, P.E., Attrill, D.C., Ellwood, R.P., Worthington, H.V. Davies, R.M. **Toothbrushing habits and caries experience.** Caries Res. 1999; 33:401-2.
- Ayhan H, Suskan E, Yildirim S: **The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference.** J Clin Pediatr Dent 1996;20:209-212.
- Beecher RM, Corricini RS: **Effects of dietary consistency on cranifacial and occlusal development in the rat.** Angle Orthod 1982;51:61-69.
- Bowen WH and Pearson SK. **Effect of milk on cariogenesis.** Caries Res 1993;27:461-6.
- Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-godoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: **Results of 30-month study.** JADA 1998; 129:871-877.
- the British Fluoridation Society: Water fluoridation status. May 1998
- Bratthal, D., Serinirach, R., Rapisuwon, S., Kuratana, M., Luangjarmekorn, V., Lagsila, K., et al. **A study into the prevention of fissure caries using an antimicrobial varnish.** Int Dent J. 1995; 45:245-52
- Brummer HJ, van Wyk PJ: **The correlation between systemic allergies and radiologically visible periapical pathosis.** J Endod 1987;13:396-399.
- Burt BA et al. **The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three year longitudinal study.** J Dent Res 1988;67:1422-29.
- Burt , BA, Pai, S. **Sugar consumption and caries risk : A systematic review.** J Dent Educ.2001; 65(10) : 1017-23
- Carino KG, Shinada K, Kawaguchi Y. **Early childhood caries in northern Philippines.** Community Oral Dent Epidemiol 2003; 31(2): 81-9
- Carvalho CKS., and Bezerra ACB. **Microbiological assessment of saliva from children subsequent to atraumatic restorative treatment (ART).** Int J Paediatr Dent. 2003; 13:186-192
- Casamassimo PS: **Relationships between oral and systemic health.** Pediatr Clin North Am 2000;47:1149-1157.
- Chu Ch, L.E.C.L.H.C., **Effectiveness of silver diamine fluoride and sodium fluoride varnish in arresting dentin caries in Chinese pre-school children.** Journal of Dental Research, 2002.
- Clarkson JE, Ellwood RP, Chandler RE : **A comprehensive summary of fluoride dentifrice caries clinical trials.** Am J Dent 1993;6(Spec Iss) : s 59-s106
- Colmers, J.M., et al., **Pediatric Dental care in CHIP and Medicaid: Paying for What Kids Need Getting Value for State Payments.** 1999, Milbank Memorial Fund.
- Davenport ES. **Caries in the preschool child : Aetiology.** J Dent child1990;18 :300-303.
- Derkson, G.D., Ponti, P. **Nursing bottle syndrome; Prevalence and etiology on a non-fluoridated city.** J Canad Dent Assoc. 1982; 48(6):389-93

- Dietrich, G. and Hetzer, G., **Efficiency of treatment in children with early childhood caries (ECC), presented in the fifth congress of European Association of Dental Public Health, EADPH, Marburg, Germany on September 21st and 22nd.** 2001, European Association of Dental Public Health.
- Dini, E.L., Holt, R.D. Bedi, R. **Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4 year-old Brazilian children.** Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28:241-8
- Drury, TF., Horowitz, AM., Ismial, AI., Maertens, MP.*Rozier, RG., and Selwitz, RH. (1999). **Diagnosing and reporting early childhood caries for research proposes.** J Public Health Dent, 59(3):192-7
- Ekstrand, J., Koch, G., Petersson, L.G. **Plasma fluoride concentration and urinary fluoride excretion in children following application of fluoride containing varnish Duraphat.** Caries Res.1980; 14: 185-89
- Eronat, N., Eden, E. **A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschoolchildren.** J clin Pediatr Dent 1992; 16(4) 275-9
- Europa, **Social Protection in the Member States in the EU Member States and the European Economic Area.** 2001, Europa.
- Febres, C., Echeverri, EA., & Keene, HJ. **Prenatal awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay.** Pediatr Dent 1997; 19(1)22-7
- Fomon SJ, Ekstrand J : **Fluoride intake.** In: Ferjerskov O, Ekstrand J, Burt BA. eds. Fluoride in dentistry. 2ed Copenhagen: Munksgaard 1996 :48
- Freire, M.C.M., Sheiham, A., Hardy, R. **Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours.** Community Health Dent 2001; 29:204-12
- Freire, M.C.M., Hardy, R. , Sheiham, A., **Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours.** Community Health Dent. 2002; 19: 24-31
- Frencken JE, Holmgren CJ. **ART: A Minimal intervention approach to manage dental caries.** Dental Update 2004; June: 295-301.
- Frencken JE., Pilot T., Songpaisan Y., Phantumvanit P. **Atraumatic Restorative Treatment (ART) : Rationale, Technique, and Development.** J Public Health Dent. 1996;56(3):135-40.
- Harrison, R., Wong, T., Ewan, C., Contreras, B., Phung, Y. **Feeding practices and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children.** J Dent Child 1997; 64(2):112-7
- Gibson, S., William, S. **Dental caries in pre-school children : Association with social class, toothbrushing habit and consumption of sugar and sugar containing foods.** Caries Res. 1999; 29: 343-8

- Gomez, S.S. and Weber, A.A., **Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring.** *Int J Paediatr Dent*, 2001. 11(2): p. 117-122.
- Grindefjord M, Dahllof G, Modeer T. **Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age : a longitudinal study.** *Caries Res* 1995;29:449-54.
- Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. **Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood.** *Community Dent Oral Epidemiol* 1988;16:356-59.
- Grytten, J., Rossow, I., Holst, D., & Steele, L. **Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood.** *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 16: 356-59
- Habibian M, Roberts G, Lawson M, Stevenson R, Harris S. **Dietary habits and dental health over the first 18 months of life.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:239-46
- Habibian, M., Beighton, D., Stevenson, R., Lawson, M., Robert, G. **Relationship between dietary behaviors, oral hygiene and mutans streptococci in dental plaque of a group of infants in southern England.** *Arch Oral Biol* 2002; 47:491-8
- Helpfenstein U, Steiner M : **Fluoride varnish (Duraphat) : A meta-analysis.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22:1-5
- Hollister MC, Weintraub JA: **The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity.** *J Dent Educ* 1993;57:901-912.
- Horowitz HS. **Research Issues in Early Childhood Caries.** *Community Oral Dent Epidemiol* 1988;26: Supplement 1:67-81.
- Hotuman E, Rolling I, Poulsen S: **Fissure sealants in a group of 3-4-year-old children.** *Int J Pediatr Dent* 1998; 8: 159-160.
- Gomez, S.S. and Weber, A.A., **Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring.** *Int J Paediatr Dent*, 2001. 11(2): p. 117-122.
- Jenkins GN : **Review of fluoride research since 1959.** *Arch Oral Biol* 1999;44:985-992
- Jin BH, Ma DS, Moon HS, Paik DI, Hahn SH, Horowitz AM. **Early childhood caries: Prevalence and risk factors in Seoul, Korea.** *J Public Health Dent.* 63(3) summer 2003. 183-88
- Johansson, I, Tidehag, P, Lundberg, V, and Hallmans, G. **Dental status, diet and cardiovascular risk factors in middle-aged people in northern Sweden.** *Community Dent Oral Epidemiol* 22, 431-436. 1994.
- Kallestal, C., et al., **Economic evaluation of dental caries prevention: a systematic review.** *Acta Odontol Scand*, 2003. 61(6): p. 341-6.
- Khan, M.N., Cleanton-Jones, P.E. **Dental caries in African preschool children : Social factors as disease markers.** *J Public Health Dent.*1998
- Kohler B, Andreen I, Jonsson B. **The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria Streptococcus mutans and lactobacilli in their children.** *Arch Oral Biol* 1984;29:879-83.
- Kohler B, Andreen I. **Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children.** *Arch Oral Biol* 1994;39:907-11.
- Kobayashi Y, Matsumoto T, Ishigami K: **The relationship between occlusion and body function.** *J Jpn Porstodont Soc* 1996;40:1-23.
- Koroluk LD, Riekman GA: **Parental perceptions of the effects of maxillary incisor extractions in children with nursing caries.** *J dent child* 1991;58:233-236.
- Levine, R.S. **Milk, flavoured milk product and caries.** *Br Dent J.* 2001; 191(1):20
- Levy SM, Kohout FJ, Kiritsy MC, Heilman JR, Wefel JS : **Infants; fluoride ingestion from water, supplements and dentifrice.** *JADA* 1995;129:1625-1631
- Levy, SM., Warren, JJ., Broffitt, B., Hillis, SL., Kanellis, MJ. **Fluoride beverages and dental caries in the primary dentition.** *Caries Res.* 2003; 37:157-65
- Li Y, Navia JM, Caufield PW. **Colonization by mutans streptococci in the mouth of 3- and 4-year-old Chinese children with or without enamel hypoplasia.** *Arch Oral Biol* 1994;39:1057-62.
- Li, Y., Navia, JM., Bian, JY. **Caries experience in deciduous dentition of rural Chinese children 3-5 years old in relation to the presence or absence of enamel hypoplasia.** *Caries Res.*1996; 30(1):8-15.
- Limeback H : **A re-examination of the pre-eruptive and post-eruptive mechanism of the anti-caries effects of fluoride : Is there any anti-caries benefit from swallowing fluoride?** *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27:62-71
- Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G: **Family impact of child oral and oro-facial conditions.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:438-448.
- Lo Ec, C.C.H.L.H.C., **A community-based caries control program for pre-school children using topical fluorides: 18-month results.** *Journal of Dental Research.* Maeda N, Kawasaki T, Osawa K: **Effects of long-term intake of a fine-grained diet on the mouse masseter muscle.** *Acta Anat* 1987;128.
- Makinen KK, Makinen PL, Pape HR Jr., et al. **Stabilization of rampant caries: polyol gum and arrest of dentine caries in two long term cohort studies in young subjects.** *Int Dent J* 1995;45(supplement1):93-107.
- Marcenes, W., Croucher, R., Matmot, M.G. **The relation between self-reported oral symptoms and life events.** *J Dent Res.* 1992; 71(special issue) : 702
- Marinho Vcc, H.J.P.T., Logan S., Sheiham A., **Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents, in** *Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S. Sheiham A, Topical fluoride.* 2004.

- Marinho Vcc, H.J.P.T.S.A.L.S., **One topical fluoride (toothpastes, or mouthrinses, or gels, or varnishes) versus another for preventing dental caries in children and adolescents.** Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. One topical fluoride, 2004(1).
- Marinho Vcc, H.J.P.T.S.A.L.S., **Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents.** Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride, 2004(1).
- Mattee MI, Mikx FH, Maselle SY, van Palenstein Helderma WH. **Mutans streptococci and lactobacilli in breast fed children with rampant caries.** Caries Res 1992; 26: 183-7.
- Matee, M., van't-Hof, M., Mikx, F., Masselle, S., & van Palensyein-Helderma, W. **Nursing caries, lineal hypoplasia, and nursing ND WEANING Hbits in Tanzanian infants.** Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22(pt.5),289-93.
- Matilla M, Paunio P, Rautava P, Ojanlatva A, Sillanpaa M. **Change in dental health and dental habits from 3 to 5 years of age.** J Public Health Dent 1998;58:270-4.
- Milgrom P, Reidy CA, Weinstein P, Tanner ACR, Manibusan L, Bruss J. **Dental caries and its relationship to bacteria infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6-to 36-month-old children.** Community Dent Oral Epidemiol 2000;28:295-306.
- Milgrom P. **The impact of behavioral technology on dental caries.** J Dent Educ 2001;65:1102-5
- Moss, S.J. **The relationship between diet, saliva and baby bottle tooth decay.** Int Dent J.1996; 46(supplement) : 399-402.
- Mojon P, Budtz-Jorgensen E, Michel JP, Limeback H: **Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders.** Gerodontology 1997;14:9-16.
- Motsei SM, Kroon J, Holtshousen WS. **Evaluation of Atraumatic Restorative Treatment restorations and sealants under field conditions.** SADJ 2001;56:309-15.
- Nakata M: **Masticatory function and its effects on general health.** Int Dent J 1998;48:540-548.
- Neff D. **Acid production from different carbohydrate sources in human plaque in situ.** Caries Res 1967;1:78-87.
- Oasis website, **Dental services in Ireland.** 2004, Irish Government.
- Ophaug RH, Singer L, Harlanf BF : **Dietary fluoride intake of 6-month and 2-year-old children in four regions of the United States.** Am J Clin Nutr. 1985; 42:701-707
- Persson L-A, Holm A-K, Arvidsson S, Samuelson G. **Infant feeding and dental caries-a longitudinal study of Swedish children.** Swed Dent J 1985;9:201-6.
- Peterson, P.E. **Social inequalities in dental health-towards a theoretical explanation.** Community Dent Oral Epidemiol 1992; 18:153-8
- Petti, S., Cairalla, G. **Rampant early childhood dental decay : an exam[le from Italy.** J Public Health Dent, 2000; 60:159-66

- Primosch RE, Nichols DL, Courts FJ: **Risk factors associated with acute dental pain in children.** ASDC J Dent Child 1996;63:257-260.
- Quinonez, R.B., Keel, M.A., Vann Jr., W.F., McIver, F.T., Heller, K., Whitt, J.K. **Early childhood caries : Analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population.** Caries Res. 2001; 35:376-83.
- Reidy, C.A., Weinstein, P., Milgrom, P. **An ethnographic study of understanding children's oral health in a multicultural community.** Int Dent J 2001; 51:305-15
- Reisine, S., Douglass, J.M. **Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries.** Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26(supplement 1) : 32-44
- Ritchie CS, Josphura K, Hung HC, Douglass CW: **Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes.** Crit Rev Oral Biol Med 2002;13:291-300.
- Rodrigues CS, Sheiham A. **The relationships between dietary guidelines, sugar intake and caries in primary teeth in low income Brazilian 3-year-olds: a longitudinal study.** Int J Paediatr Dent. 2000;10:47-55.
- Scannapieco FA: **Role of oral bacteria in respiratory infection.** J Periodontol 1999;70:793- 802.
- Scannapieco FA, Genco RJ: **Association of periodontal infections with atherosclerotic and pulmonary diseases.** J Periodontal Res 1999;34:340-345.
- Sheiham A. **Why free sugar consumption should be below 15 kg per person per year in industrialised countries: the dental evidence.** Br Dent J 1991;171:63-65
- Sreebny LM. **Sugar availability, sugar consumption and dental caries.** Community Dent Oral Epidemiol 1982; 10:1-7
- Stacey MA, Wright FAC. **Diet and feeding patterns in high risk pre-school children.** Aust Dent J 1991;36:421-7.
- Schneider HS, **Parental education leads to preventive dental treatment for patients under the age of four.** ASDC J Dent Child 1993; 60:33-7
- Schwarz E, Lo EC. **Oral health and dental care in Hong Kong.** Int Dent J.1995 Jun;45(3):180-76.
- Seow W.K. **Biological mechanisms of early childhood caries.** Community Dent Oral Epidemiol 1998;26:8-27.
- Sgan-Cohen, HD, Mansbach IK, Haver D, Gofin R. **Community-oriented oral health promotion for infants in Jerusalem : evaluation of a program trial.** J Public Health Dent 2001; 61:107-13
- Smile for Tomorrow <http://www.dentalcare.com/soap/slide/lib/slindex.htm> Takeda Y: **Studies of bruxism during sleep-comparisons of elctromyogram, electroencepharogram, electro-occulogram, electrocardiogram, respirogram, psycheendocrine responses and clinical findings taken before, during and after experimental occlusal interference.** Odontology 1983;71:276-337.

- Thomas CW, Primosch RE: **Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation.** *Pediatr Dent* 2002;24:109-113.
- Tenovuo J, Hakkinen P, Paunio P, Emilson CG. **Effects of chlorhexidine-fluoride gel treatments in mothers on the establishment of mutans streptococci in primary teeth and the development of dental caries in children.** *Caries Res* 1992;26:275-80.
- Thorild I, Lindau-Jonson B, Twetman S. **Prevalence of salivary Streptococcus mutans in mothers and in their preschool children.** *Int J Pediatr Dent* 2002; 12: 2-7.
- Tsubouchi, J., Tsubouchi, M., Maynard, R.J., Domoto, P.K., & Weinstein, P. **A study of caries and risk factors among Native American infants.** *ASDC J Dent Child.* 1995; 61: 227-230
- Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. **Early childhood caries in children aged 6-19 months.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:1-10
- Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bogaert, K., & Declerck, D. **Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:424-34.
- Vargas, C., Crall, J., and Schneider, D.A., **Sociodemographic Distribution of Pediatric Dental Caries, NHANES III 1988-94.** *JADA*, 1998. 129: p. 1229-38.
- Vrbic V. **Retention of a fluoride-containing sealant on primary and permanent teeth 3 years after placement.** *Quintessence Int* 1999;30:825-8.
- Weinstein P, Domoto P, Koday M, Leroux B. **Results of a promising open trial to prevent baby bottle tooth decay : a fluoride varnish study.** *J. Dent. Child.* 1994;61:338-41.
- Wendt , L.K., Svedin, C.G., Hallonsten, A.L., Larson, I.B. **Infants and toddlers with caries : Mental health, family interaction, and life events in infants and toddlers with caries.** *Swed Dent* 1995; 19:17-27
- Wendt, L.K., Hallonsten, A.L., Koch, G., Birkhed, D. **Oral hygiene on relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers.** *Scand J Dent Res* 1994; 102:269-73
- Withford GM : **Acute and chronic fluoride toxicity.** *J Dent Res* 1992;71(5):1249-1254
- World Health Organization : **Fluoride and oral health.** Geneva :1994
- Zupan AB : **Is the fluoride concentration limit of 1,500 ppm. In cosmetics (EU Guideline) still up to date?** *Caries Res.* 2001;35(suppl 1): 22-25
- [www.health.vic.gov.au/health promotion what - is/ index.htm](http://www.health.vic.gov.au/health%20promotion%20what%20-%20is/index.htm) search on 9/10/2547
- www.aap.org : *Pediatrics* vol 111, No 5 May 2003, PP 1113-1116 search on 9/10/2547