

บทที่ 1

บทนำ

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นเด็กที่มีสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป มีภาวะความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตนซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ ความสามารถทางสติปัญญาค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อยสองในสิบทักษะ ได้แก่ การใช้ภาษา สื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้แหล่งทรัพยากรชุมชน การควบคุมตนเองในการเคลื่อนไหว(Motor) การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง การดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย (ชวลา เรียรธนู และกัลยา สุตะบุตร, 2539) การที่เด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญานี้เกิดจากสภาวะการพัฒนาของสมองหยุดชะงักหรือพัฒนาไม่สมบูรณ์ อันส่งผลให้เด็กเหล่านั้นมีปัญหาในการปรับตัวไม่สามารถปรับตัวได้เหมือนเด็กปกติ จึงแสดงพฤติกรรม ที่มีลักษณะเฉพาะให้เห็นได้ในช่วงพัฒนาการในวัยเด็กคือแรกเกิด - 18 ปี” (Grossman,1983 อ้างถึงใน อรณูช ลิ้มศิริ, 2542) ลักษณะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความสามารถของบุคคลออกเป็น 3 ระดับ (วาริ ธีระวิจิตร, 2541) ได้แก่ ระดับน้อย (Mild Mental Retardation) IQ 50-70 เด็กกลุ่มนี้มีความสามารถใกล้เคียงกับเด็กปกติ แต่ต้องช่วยเหลือด้านการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม เด็กเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) IQ 35 - 49 เด็กพวกนี้สามารถเรียนรู้การสื่อความหมายง่ายๆ ฝึกการช่วยเหลือตนเอง การรักษาความปลอดภัยและการฝึกใช้มือทำงานง่ายๆ ในชีวิตประจำวันได้ และสามารถฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นได้พอสมควร แต่มีความก้าวหน้าในการเรียน เขียน อ่าน และเลขคณิตน้อยมาก ระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) IQ 20 - 34 เด็กกลุ่มนี้เรียนไม่ได้ แต่พอฝึกในสิ่งง่ายๆ เช่น การช่วยเหลือตนเอง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือแนะนำจากครู ผู้ปกครองหรือพี่เลี้ยงตลอดเวลา มักมีความพิการทางการเคลื่อนไหว เข้าใจภาษาและโต้ตอบได้บ้าง สามารถฝึกกิจนิสัยประจำวันได้บ้าง ต้องการคนดูแลและช่วยเหลือตลอดชีวิต ระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation) IQ ต่ำกว่า 20 เด็กกลุ่มนี้ มีพัฒนาการด้านต่างๆ ล่าช้ามาก แสดงอาการโต้ตอบทางอารมณ์ได้น้อยมาก อาจเข้าใจการสื่อความหมายด้วยท่าทางง่าย ๆ ได้บ้าง และอาจฝึกการใช้แขน ขา

มือ และการเคี้ยวอาหารได้บ้าง ไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องการคนดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

โดยทั่วไปแล้วจะพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณ 1 - 5 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั่วไป อีกทั้งพบมากสุดในเด็กวัยเรียน สูงสุด อายุ 10 - 14 ปี และพบในชายมากกว่าหญิงประมาณ 2 เท่า (มณี ภิญโญพรพาณิชย์, 2550) นอกจากนี้ยังให้ตารางข้อมูลความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับเซาว์ปัญญาและอัตราความชุก ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับเซาว์ปัญญาและอัตราความชุก

ระดับความรุนแรง	IQ	ร้อยละ
profound	< 20	1 - 1.5
severe	20 - 34	3 - 7
moderate	35 - 49	6 - 12
mild	50 - 69	80 - 89

จากข้อมูลข้างต้นมีความขัดแย้งกับกับข้อมูลต่อไปนี้ก็จะพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 - 3 ของจำนวนประชากร อาทิเช่น ในประเทศออสเตรเลียสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2530 พบว่ามีบุคคลปัญญาอ่อนประมาณ ร้อยละ 1 - 2 ของจำนวนประชากร ประเทศฮ่องกงสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2520 มีร้อยละ 2 (คารณี ษณะภูมิ, 2542) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่าโรคจิตและภาวะปัญญาอ่อน โรคทาง

ระบบประสาท และปัญหาทางสังคมจิตใจเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาก และได้เสนอแนะมาตรการในการป้องกันที่มีประสิทธิภาพแก่ประเทศสมาชิกให้ตระหนักถึงความสำคัญ

มาตรการเหล่านี้ โดยได้กล่าวถึงความชุกของปัญญาอ่อนไว้ดังนี้

1. ความชุกของปัญญาอ่อนระดับรุนแรงของบุคคลปัญญาอ่อนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีประมาณ 3 - 4 ต่อ 1,000 คน
2. ความชุกของปัญญาอ่อนระดับน้อย และปานกลาง มีประมาณ 20 - 30 ต่อ 1,000 คน
3. อัตราความชุกดังกล่าวข้างต้น ประมาณไว้ต่ำกว่าที่เป็นจริงในหลายพื้นที่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากยังมีปัญญาอ่อนที่ควรจะป้องกันได้อีกจำนวนหนึ่งที่เกิดขึ้น เพราะใช้วิธีที่ทำ

คลออดที่ผิดๆ อันเป็นผลให้สมองถูกกระทบกระเทือนระหว่างคลออด และการติดเชื้อโรคและพยาธิ ของระบบประสาท

4. สิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้อัตราความชุกสูง คือ ปัญหาเกี่ยวเนื่องทิวโภชนาการและการ ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในทารกจากครอบครัวที่ด้อยโอกาสอย่างรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดภาวะ ปัญญาอ่อนระดับน้อยและเกิดปัญหาในการปรับพฤติกรรมอย่างผิดๆ

5. ประชากรโลกที่เป็นบุคคลปัญญาอ่อนมีจำนวน 90 - 130 ล้านคน สำหรับประเทศไทยได้ รายงานการสำรวจคนปัญญาอ่อนครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2500 โดย Dr. Allen Stoller จากองค์การ อนามัยโลกได้สำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างพบว่ามีคนปัญญาอ่อน ร้อยละ 1 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งขณะนั้นประเทศไทยมีประชากรประมาณ 25 ล้านคน จึงคิดเป็นคนปัญญาอ่อน 250,000 คน ปัจจุบันถ้าคิดตามข้อมูลดังกล่าวจะมีจำนวนคนปัญญาอ่อน ประมาณ 600,000 คน

จากผลการวิจัย “การศึกษาปัญหาปัญญาอ่อนของประเทศไทย” โดยคณะบุคลากรของ โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้สำรวจหาความชุกของภาวะปัญญา อ่อน ซึ่งได้ศึกษาประชากรในจังหวัด 5 ภาคของประเทศจากจำนวนประชากร 221,928 รายพบ อุบัติเหตุภาวะปัญญาอ่อน ร้อยละ 0.4 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆที่พบภาวะปัญญาอ่อน ร้อยละ 1 - 3 เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในวัยเด็กและวัยเรียนเท่านั้น ข้อมูลอัตรา ความชุกของภาวะปัญญาอ่อนในเด็กนักเรียนพบว่ามีจำนวน ร้อยละ 2.8 ความชุกในระยะเริ่มแรกจะ เพิ่มขึ้นตามอายุและช่วงที่พบปัญญาอ่อนสูงสุดคือในช่วงเรียนอายุ 7 - 14 ปี โดยกลุ่มคนปัญญาอ่อน ดังกล่าว พบว่าเป็นปัญญาอ่อนมาตั้งแต่เกิดถึง ร้อยละ 76.64 (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2525, อ้าง ใน คารณิ ธนะภูมิ, 2542)

นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้แถลงว่า สถิติอุบัติการณ์ ของผู้พิการ ของประเทศไทยทั้งประเทศมี จำนวน 1,100,762 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้มีความบกพร่องทาง สติปัญญาและการเรียนรู้ 222,004 คน คิดเป็น 20.2% ของจำนวนผู้พิการทั้งหมดของประเทศโดยจะ พบเด็กเกิดภาวะความบกพร่องเช่นนี้ทุก 10 คนใน 1 หมื่นคนเมื่อประมาณการจากจำนวนเด็กเกิด ใหม่ในประเทศไทยอยู่ที่ปีละ 1 ล้านคน จะพบเด็กบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่กำเนิดประมาณ 1,000 คนต่อปี ซึ่งหากตรวจพบความบกพร่องของเด็กได้เร็ว จะช่วยให้การส่งเสริมฟื้นฟูศักยภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

โรงเรียนกวีละอออุตุ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (สารสนเทศ.โรงเรียนกวีละอออุตุ. 2553) สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็น โรงเรียนการศึกษาพิเศษจัดการเรียนการสอน แบบสหศึกษา สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทาง สติปัญญาและพิการซ้อนทั้งประจำและไปกลับ ตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียน “มุ่งมั่นเป็นผู้นำด้านการจัดการศึกษา สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาและมุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ คุณธรรม จริยธรรมสามารถประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โดยมีชุมชนสนับสนุน” โดยการพัฒนานุเคราะห์ในโรงเรียนให้มีความสามารถด้านการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การพัฒนาหลักสูตร การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการศึกษา เพื่อให้พัฒนาผู้เรียนมีคุณธรรมจริยธรรมค่านิยมที่พึงประสงค์ มีทักษะการประกอบอาชีพดำรงชีวิตที่ดี มีความสุข และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน

การดำเนินงานด้านสุขภาพโรงเรียนมีนโยบายตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ ของกรมอนามัย รวมทั้งจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่จะพัฒนานักเรียนบกพร่องทางสติปัญญา มีการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในโรงเรียน ดำเนินการลักษณะโดยสอดแทรกไว้ในการเรียนการสอน การส่งเสริมค่านิยม จัดประสบการณ์ เสริมทักษะ จัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้อ่านง่าย และจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ เพื่อให้ นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รู้จักการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ในขณะทำการศึกษา ซึ่งเป็นปีการศึกษา 2553 มีนักเรียนทั้งหมด 423 คน (ข้อมูล 10 มิถุนายน 2553) โดยแบ่งประเภทของความผิดปกติของนักเรียนออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1. เด็กบกพร่องทางสติปัญญา | จำนวน 356 คน |
| 2. เด็กออทิสติก | จำนวน 57 คน |
| 3. เด็กพิการซ้อน | จำนวน 10 คน |

จากการดำเนินงาน ที่ผ่านมา ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของนักเรียนทุกคน เมื่อปีการศึกษา 2550 พบว่าร้อยละ 48.5 เป็นโรคฟันผุ และร้อยละ 30 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ในปีการศึกษา 2551 พบว่าร้อยละ 49.6 เป็นโรคฟันผุ และร้อยละ 45 เป็นโรคเหงือกอักเสบ ในปีการศึกษา 2552 พบว่านักเรียนมีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 53.6 โรคเหงือก ร้อยละ 75 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงและต้องการการแก้ไขและการป้องกันอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ยังพบโรคที่เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลอีกหลายโรค เช่น กลาก เกลิออน โรคผิวหนังเป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่ถูกต้องที่จะมีผลต่อการเจริญเติบโตคือมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ร้อยละ 14.7 ซึ่งปัญหาเหล่านี้สาเหตุสำคัญมาจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การขาดการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ในปัจจุบัน พบว่ามีปัญหาโรคเหงือกและฟันผุในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 12 - 18 ปี ซึ่งอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และ

มีระดับสติปัญญา 35 - 49 ถึงร้อยละ 80 ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งยังพบว่า ความทุกข์ของการเกิดโรค ฟันผุในนักเรียนพิการยังสูงกว่าเด็กทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากเด็กเหล่านี้มีข้อจำกัดในความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ลดลงกว่าเด็กทั่วไป ข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ ตามสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ซึ่งประกอบด้วย บริการทันตกรรมพื้นฐาน การบริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในสถานบริการ รวมทั้ง ปัญหาด้านการสื่อสารและความร่วมมือของเด็ก การได้รับการดูแลจากผู้ดูแล และผู้ปกครองของเด็ก แม้โรงเรียนจะมีการดำเนินงานดูแลทันตสุขภาพมาบ้างแล้ว แต่อัตราการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก ดังกล่าวก็ยังคงสูงอยู่ และโรคในช่องปากที่เกิดขึ้นก็ยังขาดการ(บำบัด) ดูแลรักษา ทั้งนี้เนื่องจาก โรงเรียนยังมีข้อจำกัดด้านการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง และยังขาดการจัดระบบส่งต่อนักเรียนเข้ารับบริการทันตกรรมที่เหมาะสม นอกจากนี้ การสร้างเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากของเด็กให้ได้ผล ยังต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กที่บ้าน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และยังพบว่าโรคดังกล่าวข้างต้น มีสถิติเพิ่มสูงในช่วงปิดเทอม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพของนักเรียนในด้านต่างๆยังขาดการเชื่อมโยง ระหว่างโรงเรียน (ครู) และครอบครัวของนักเรียน เนื่องจากการสอนเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะต้องมีการจัดการเรียนการสอน การฝึกที่แตกต่างจากเด็กปกติ ซึ่งแนวการสอนต่างๆ ที่ได้กล่าวมาทางโรงเรียนยังขาดการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่ผู้ปกครองในทำนองเดียวกันหากผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ทำใจยอมรับสภาพความจริงที่เกิดขึ้น ปรับสถานการณ์ภายในบ้านให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและร่วมมือกับครูในการฝึกทักษะการดูแล โดยการจัดกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม น่าจะช่วยให้เด็กนักเรียนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับเด็ก โดยเฉพาะฝ่ายพ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝ่ายแพทย์ จิตแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด และฝ่ายครูอาจารย์ โดยที่ทั้ง 3 ฝ่ายต้องประสานงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงเรียน และครอบครัว

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นครูพยาบาลประจำโรงเรียน มีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ในโรงเรียน เมื่อมีการระบาดของโรคติดต่อในโรงเรียนต้องดำเนินการสอบสวนร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมการติดต่อ ป้องกันโรคไม่ให้เกิดความรุนแรง นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ดำเนินการและประเมินผล การให้คำปรึกษาแก่ครูอาจารย์ ในการจัดกิจกรรมด้านการสอนสุขศึกษารวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงเรียน สำหรับเด็กนักเรียนที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ได้มีการให้ความรู้ สุขศึกษา เพื่อช่วยสนับสนุนให้เด็กปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยผู้ปกครอง โรงเรียนกาวิละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้สุขศึกษาและให้บริการทันตสุขศึกษาในโรงเรียนให้เป็นไปได้ไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวิธีการและปัญหาอุปสรรคของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โรงเรียนกาวิละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่

คำถามงานวิจัย

การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยผู้ปกครองโดยมีวิธีการและมีปัญหาอุปสรรค เป็นอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

1. เพื่อทราบวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยผู้ปกครอง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ทันตสุขศึกษาในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โรงเรียนกาวิละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี และมีสติปัญญาระดับปานกลางระหว่าง 35-49 (Moderate Mental Retardation)

นิยามศัพท์

นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง นักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียนกาวิละอนุกุลที่มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้บกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางและมีระดับสติปัญญาระหว่าง 35 - 49 (Moderate Mental Retardation) พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง

ผู้ปกครอง หมายถึง บิดา มารดา พี่ ป้า น้า อา ญาติ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูนักเรียนในขณะที่อยู่ที่บ้านซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก โดยผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อเด็ก 1 คน

การดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้แก่นักเรียนการรักษาอนามัยช่องปาก การดูแลด้านการบริโภค การดูแลรักษาด้านทันตกรรม ได้แก่ การแปรงฟัน การบ้วนปาก ฯลฯ การบริโภคอาหาร การทำความสะอาดช่องปากและฟัน การใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบร่องหลุมฟัน และการนำนักเรียนไปพบทันตแพทย์