

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 6 ปี ของอำเภอโกสอนพมวิหาน จังหวัดสหัสวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย โดยแยกเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. สถานการณ์ สภาวะโรคฟันผุ และปัจจัยที่เกิดฟันผุในเด็ก
2. พฤติกรรมการดูแลอนามัยสุขภาพช่องปาก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์ สภาวะโรคฟันผุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก

2.1.1 ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็ก

ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนายังคงมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง ดังที่งานวิจัยเกี่ยวกับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีจำนวนทันตแพทย์ต่อประชากรในอัตราสูงแต่อัตราการเกิดฟันผุยังไม่ลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการที่เด็กบริโภคน้ำตาลมากและไม่นิยมใช้ฟลูออไรด์ (Holm, 1990) ส่วนในประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศแทนซาเนียมีฟันไม่ผุร้อยละ 68 ซึ่งนับว่าสูงมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างมาจากประชากรที่อยู่ในแหล่งผู้มีฐานะดีและเด็ก 3-8 ปี ไม่นิยมบริโภคน้ำตาล (Morsha R.J., 1985) ส่วน โปแลนด์ ฮังการี โปรตุเกส มีฟันผุเพิ่มขึ้น แต่ในประเทศฮังการีเด็กมีฟันผุลดลงเล็กน้อยเนื่องจากเด็กอายุ 4 – 6 ปี บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุกเดือน ประเทศสวีเดนฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีฟันผุลดลงเช่นเดียวกัน (Holm A.K., 1990) สำหรับการสำรวจในประเทศไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2544 (กองทันตสาธารณสุข, 2545) พบว่า เด็กอายุ 5-6 ปี ซึ่งเป็นช่วงฟันน้ำนมผุสูงสุด มีการเพิ่มขึ้นของโรคจากร้อยละ 71.16 ใน พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 87.4 พ.ศ. 2543- 2544 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด จาก 5.6 ซี่ พ.ศ. 2532 เป็น 6.0 ซี่ พ.ศ. 2543-2544 แสดงให้เห็นว่าฟันผุสูงขึ้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมาพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เคยมีความชุกของการเกิดโรคต่ำสุด ก็มีการเพิ่มความเร็วโรคมามากกว่าภาคอื่น ส่วนแนวโน้มการเกิดโรคในเขตเมืองมีแนวโน้มลดลง ขณะที่เขตชนบทมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นกว่าเขตเมือง

2.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

2.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

สาเหตุของโรคฟันผุในทางระบาดวิทยาเชื่อว่าโรคเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปฐมภูมิ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (host) หรือฟัน ได้แก่ การมีฟันที่มีความต้านทานต่อการเกิดโรค และสภาพแวดล้อมในช่องปาก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (agent) ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้ฟันผุ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ อาหารที่รับประทาน ปัจจัยเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์กันช่วงระยะเวลาหนึ่งจึงจะทำให้เกิดการผุ (Seow, W.K., 1998) โดยมีปัจจัยทุติยภูมิเป็นตัวกระตุ้นให้โรคเกิดลุกลามมากขึ้น โดยพิจารณาปัจจัยและสาเหตุการเกิดโรคได้ดังนี้

- ตัวบุคคล (host) เริ่มพิจารณาตั้งแต่เรื่องปัจจัยน้ำลาย (salivary factors) น้ำลายมีบทบาทสำคัญในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียในช่องปาก ชำระล้างเศษอาหารและปรับสภาพความเป็นกรดประกอบด้วยสารต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนในการช่วยลดการเกาะและการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย เช่น Lysozyme, lactoferin, peroxidase และ agglutinin โดยคุณสมบัติของน้ำลายเหล่านี้จะขึ้นกับการไหลของน้ำลาย เชื้อจุลินทรีย์จะเพิ่มขึ้นเมื่อการไหลของน้ำลายลดลง น้ำลายมีผลต่อความเป็นกรดและต่างของคราบจุลินทรีย์ ซึ่งในช่วงเวลาที่หลับจะมีการไหลของน้ำลายลดลง หากได้รับน้ำตาลในช่วงนี้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย ในวัยเด็กอัตราการไหลของน้ำลายจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเด็กชายจะสูงกว่าเด็กหญิง (Krasse B, Newbrun E. 1982) เป็นที่ยอมรับกันว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดขึ้นในเด็ก เด็กผู้หญิงจะมีฟันผุมากกว่าเด็กผู้ชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงฟันมักจะขึ้นเร็วกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามพบว่าแม้ฟันจะขึ้นพร้อมกันแต่ก็ยังพบฟันผุในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชาย (Valentine AD, 1976: อ้างในอัญชลี ดุษฎีพรรณ, 2542 หน้า 99) ตัวฟัน (tooth) ความสามารถในการละลายของเคลือบฟันและการกระจายตัวของฟลูออไรด์ในเคลือบฟันของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทฤษฎีการเกิดโรคฟันผุมีประมาณ 3 ทฤษฎีแต่ทฤษฎีโมไซติกเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ตามทฤษฎีได้อธิบายว่าเคลือบฟันจะถูกทำลายโดยกรดที่เกิดจากการหมัก จะเข้าไปทำลายเคลือบฟัน ส่วนการทำลายเนื้อฟันจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของตัวฟันของแต่ละบุคคล

- เชื้อที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้แก่เชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus mutans* และ *Lactobacilli* โดยที่ *Streptococcus mutans* จะเกิดขึ้นกับเด็กในอายุระหว่าง 19-28 เดือน ซึ่งเด็กจะได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น มารดา ซึ่งเป็นแหล่งเชื้อโรคที่สำคัญที่สุดของเด็ก (Maxwell, H. 1993) นับว่าเป็นครั้งแรกที่เด็กได้รับเชื้อ โดยอาจจะผ่านทาง การป้อนอาหาร จำนวนเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อ จากการศึกษาของ Kohler , Peterson และ Bratthall (1981) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปริมาณ

เชื่อกับการเกิดฟันผุพบว่า เด็กที่มีปริมาณเชื้อในน้ำลายมากจะมีแนวโน้มของการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่มีปริมาณเชื้อต่ำกว่า น้ำลายเป็นพาหะสำคัญในการส่งผ่านเชื้อ แหล่งที่มาของเชื้อที่สำคัญคือคนใกล้ชิดที่เลี้ยงดูเด็กโดยพบว่าเชื้อที่พบในแม่และลูกจะเป็นชนิดเดียวกัน ซึ่งเนื่องมาจากแม่เป็นคนที่เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดมากที่สุด เชื้ออาจถ่ายทอดโดยการสัมผัสใกล้ชิด หรือผ่านทางภาชนะที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่น การใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกัน การป้อนอาหาร การใช้แปรงสีฟันร่วมกัน ความสามารถในการถ่ายทอดเชื้อจะขึ้นกับระดับของเชื้อในน้ำลายของแม่ด้วย โดย Brerkowitz, Turner และ Green (1981) รายงานว่า ทารกในกลุ่มที่มารดามีปริมาณเชื้อในช่องปากมากกว่า 10^5 Colony forming units (CFU) ต่อมิลลิลิตร จะมีความถี่ที่พบเชื้อในช่องปากสูงกว่าทารกในกลุ่มที่มารดามีปริมาณเชื่อน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10^5 CFU ต่อมิลลิลิตร ถึง 9 เท่า

- สารอาหาร (substrate) ที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ได้แก่ ชนิดอาหารที่เป็นส่วนประกอบน้ำตาลซูโครส เป็นน้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นกับความถี่และปริมาณรวมในการบริโภคด้วย (Sheilham, A. 2001) การบริโภคน้ำตาลทำให้ค่าความเป็นกรดต่าง (PH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง แต่จะถูกปรับให้กลับสู่สภาพสมดุลสู่สภาพเดิมด้วยระบบการรักษาสมดุลของน้ำลาย แต่ถ้าเมื่อใดความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีบ่อย การปรับสภาพสมดุลของน้ำลายไม่สามารถจะทำได้ทัน ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤติ (PH = 5.5) เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟันมากกว่าการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (Remineralization) ความถี่ในการรับประทานมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบริโภคระหว่างมื้อ การดูคนมขวด การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมากเกินไปจนความจำเป็นซึ่งจะพบซึ่งปัจจุบันพบว่า เป็นปัญหาในการเกิดโรคฟันผุ

2.1.2.2 ปัจจัยทางสังคม

การพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้เกิดความต้องการแรงงาน ประกอบกับหลาย ๆ ครอบครัวต้องประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งพ่อและแม่จึงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือมีการอพยพย้ายถิ่นฐานไปทำงานในเมือง ทำให้พ่อแม่มีเวลาในการดูแลลูกน้อยลง การดูแลลูกจึงเป็นหน้าที่ของบุคคลอื่น (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) ได้สรุปรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอพยพไว้ดังนี้ 1. แม่เป็นผู้เลี้ยงดูลูก พ่อทำงานฝ่ายเดียว ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยกจากความห่างเหิน และถ้าหากแม่ไม่มีความหนักแน่นก็อาจระบายนอกกับลูก ทำโทษลูกโดยปราศจากเหตุผล 2. ครอบครัวที่ส่งลูกไปให้ปู่ย่าตายายหรือญาติพี่น้องเลี้ยง เด็กอาจได้รับความรักจากญาติและการเลี้ยงดูตามใจมากเกินไป ส่วนความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูก็เลยกันไปตามวัฒนธรรมของท้องถิ่นและความเชื่อ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกจะมีน้อยลง 3. ครอบครัวที่จ้างคนอื่นมาเลี้ยง หรือเลี้ยงตามสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งคุณภาพของการเลี้ยงและสถาน

รับเลี้ยงขึ้นกับค่าจ้างที่จ้าง เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูเฉพาะร่างกายแต่ความอบอุ่นทางจิตใจมีน้อย

4. ครอบครัวที่让孩子อยู่กับเองซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือตัดสินใจในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อตนเองและน้องได้ จากการเลี้ยงดูเด็กในลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่อบรมกล่อมเกล้าของสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูนั้นไม่อาจแทนที่โดยตัวแทนหรือบุคคลอื่นได้ดังผลการศึกษาของหุทัย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่าการที่แม่ต้องไปทำงานต่างหมู่บ้าน และต้องออกไปตั้งแต่เช้าจำเป็นต้องฝากลูกให้อยู่ในความรับผิดชอบของยายหรือป้าซึ่งไม่ค่อยเข้มงวดในการดูแลให้เด็กแปร่งฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรลักษณ์ เลื่อนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542) พบว่าแม่ที่ไปรับจ้างในเมืองหรืออพยพไปทำงานต่างถิ่นจะมีเวลาดูแลลูกน้อยลง ปล่อยให้ลูกอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ การควบคุมการแปร่งฟัน หรือบริโภคขนมหวานจึงทำได้น้อย ผลกระทบอีกประการหนึ่งที่มาพร้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมคือ การคมนาคมที่สะดวก และการเข้าถึงทุกหมู่บ้าน ทำให้อาหารทุกประเภทสามารถเข้าถึงชุมชนได้สะดวก ประกอบกับการมีร้านค้าเพิ่มขึ้นมากมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการซื้ออาหาร ทำให้การเข้าถึงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เช่น ขนม ทำได้ง่าย ผู้ปกครองสามารถซื้อขนมถุงหรือน้ำผลไม้กระป๋องเป็นอาหารว่างแก่เด็ก เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย (หุทัย สุขเจริญโกศล, 2545) เด็กสามารถไปซื้อขนมจากร้านในหมู่บ้านโดยเจ้าของร้านไปเก็บเงินจากพ่อแม่ภายหลัง รวมถึงการมีรถขายกับข้าวและขนมเข้ามาในหมู่บ้าน สิ่งเหล่านี้เป็นวัฒนธรรมที่มาพร้อมกับถนนที่นำความเจริญเข้าหมู่บ้านพร้อมกับการนำสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเข้ามาด้วย ชุมชนใดสามารถเข้าถึงอาหารคัดแปลงรูปยุคใหม่ได้ง่ายจะพบอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ส่วนการศึกษาในประเทศลาวยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบดังกล่าว มีเพียงการสำรวจในบางพื้นที่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) (Tayanin GL et al, 2002) ประจําลาวที่ได้สำรวจบางจังหวัดและได้ตั้งข้อสันนิษฐานไว้ว่าในอนาคตจะมีการแพร่กระจายโรคฟันผุได้เนื่องจากการที่เด็กลาวมีการบริโภคขนมหวาน และไม่มีการรักษาความสะอาดภายหลังรับประทาน

2.1.2.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

ความเชื่อและค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการสั่งสม เชื่อมโยง สืบทอดกันมา โดยมีความแตกต่างกันทั้งในอดีต และปัจจุบัน รวมทั้งได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย ซึ่งอาจมีน้อยแตกต่างกันไปตามกระแสสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบทอีกด้วย เช่น ในสมัยก่อนคนในชนบทส่วนใหญ่จะทำมาหากินจากแหล่งอาหารธรรมชาติ แต่ในปัจจุบันมีการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารกึ่งสำเร็จรูป ซึ่งทำให้รูปแบบวัฒนธรรม ประเพณีการกินเปลี่ยนแปลงไป การยอมรับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทำให้เกิด

ความเชื่อ และความเข้าใจต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาทสำคัญต่อบุคคล และเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมนั้นจะผิดแผกแตกต่างกันออกไป ซึ่งนับว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็น การเลือกซื้ออาหาร การจัดหาอาหาร หรือรูปแบบการกิน หรือความเชื่อบางอย่างมีกฎเกณฑ์ที่จะต้องเป็นเช่นนั้นอย่างนี้ จนกลายเป็นข้อห้ามในเรื่องอาหาร ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อของกลุ่มคนในสังคมนั้น การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชนบทขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตามที่เคยทำกันมา โดยชาวบ้านทุกภาคมีความเชื่อบางอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก ตัวอย่างเช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารโดยห้ามเด็กรับประทานกับข้าวมากเพราะเชื่อว่าจะเป็นตาลขโมย การอดของแสดงบางอย่างในขณะที่เจ็บป่วย หรือการรักษาโรคเมื่อเด็กเจ็บป่วย แม่ และผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นประเมินระดับความรุนแรงของอาการเลือกรูปแบบปฏิบัติที่จะทำให้เด็กหายป่วยโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง และคำแนะนำของพ่อแม่ปู่ย่าตายาย รวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน ในกรณีที่ประเมินว่าไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการจนเด็กหายเป็นปกติ ถ้าหากเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะนิยมซื้อยาแผนปัจจุบันมากินหรือใช้วิธีการรักษาแผนโบราณสำหรับการเจ็บป่วยบางอย่าง (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539) ส่วนด้านค่านิยมคือ ผลรวมของความเชื่อที่ฝังแน่นของบุคคล เป็นการให้ค่าของคนในสังคมต่อสิ่งนั้น ๆ สำหรับในเรื่อง อาหาร ค่านิยม มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการบริโภค แม้จะมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรม แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลง หรือลดหย่อนในด้านความเคร่งครัดของวัฒนธรรมได้เช่น ค่านิยมในการเลี้ยงดูลูกด้วยน้ำนมกระป๋องดีกว่านมแม่ ทั้งนี้ค่านิยมมีอิทธิพลมาจากกระแสของสังคม และความเจริญด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ตลอดจนรูปแบบการดำรงชีวิตของคนในสังคม ซึ่งในปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคบางอย่างได้เปลี่ยนไปตามกระแสการโฆษณาประชาสัมพันธ์ (วิณา วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดฟันผุของเด็ก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพ่อแม่ และ ผู้ดูแลเด็ก ในจังหวัดสทวันนะเขต ประเทศลาว ประกอบกับประเทศลาวกำลังเป็นประเทศที่จะก้าวเข้าสู่ยุคที่มีความทันสมัย และเปิดกว้างในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจการค้ากับประเทศต่างๆ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาใด ๆ ในประเทศลาวที่ศึกษาถึงผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะในเรื่องของทันตสุขภาพในเด็กที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.2 การดูแลสุขภาพช่องปาก

2.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

อาหารที่มีส่วนทำให้เกิดฟันผุคือ คาร์โบไฮเดรต ประเภทแป้งและน้ำตาล การรับประทานน้ำตาลและอาหารในแต่ละคนจะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยมีการศึกษาพบว่า การเกิดฟันผุจะสัมพันธ์กับความถี่ของการรับประทานน้ำตาลมากกว่าปริมาณน้ำตาลที่กิน และการรับประทานน้ำตาลในช่วงมื้ออาหารจะก่อให้เกิดฟันผุได้น้อยกว่าการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ส่วนนมนั้นแม้ว่าจะไม่ใช่อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ แต่การให้นมไม่ถูกวิธี เช่น การให้ดูนมคาปากขณะหลับ การเติมน้ำตาลในนมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุได้ (Tinanoff และ O'Sullivan, 1997) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษา O'Sullivan และ Tinanoff (1993) พบว่าแม้ว่าการให้นมไม่ถูกวิธีจะสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ในเด็กบางคนที่ไม่ได้ใช้ขวดนมก็อาจเกิดฟันผุในฟันหน้าได้ หรือในกรณีเด็กบางคนแม้ว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลนมช่องปากไม่ถูกวิธีแต่ไม่พบฟันผุ Reisine และ Douglass (1998) ทำการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในฟันหน้าของฟันน้ำนมในเด็ก ที่สัมพันธ์กับการดูนมขวดขณะนอนหลับ ได้เสนอว่าข้อสรุปเกี่ยวกับการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนกับการดูนมขวดขณะหลับ ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากรายงานการวิจัยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป การไม่มีกลุ่มควบคุม และการศึกษามักจะทำในสถานการบริการทันตกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพฟัน ซึ่งจำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาในสถานบริการทันตกรรม นอกจากนั้นนมแม่หรือนมขวดอาจไม่ใช่เหตุปัจจัยหลักในการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (Douglass, J.M., Tinanoff, N.Y. และ Tang, J.M.W. 2001) การใส่น้ำตาลหรือน้ำผึ้งลงไปเพื่อเพิ่มความหวานในนมหรืออาหารเพื่อให้เด็กรับประทานมากขึ้น การใช้ยาที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเพื่อให้เด็กกินง่ายขึ้น (King, 1978) หรือการใช้นมข้นหวานเลี้ยงลูกแทนนมแม่ (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539) รวมไปถึงความถี่ในการบริโภคขนม (Tsuonchi และคณะ, 1995; Weinstein และคณะ, 1999) ก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็กได้เช่นกัน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมสามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีเงินหรือรายได้มาก แต่หากไม่รู้จักเลือกอาหารก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของดาวเรือง แก้วขันดีและคณะ (2543) ที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยการใช่วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่มในแม่ที่มีบุตรในช่วงอายุ 0-12 ปี พบว่า ในเขตชนบทส่วนใหญ่มีโอกาสบริโภคอาหารระหว่างมือน้อย เนื่องจากอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จึงทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่า แต่ถ้านครอบครัวที่มีฐานะดีส่งลูกเรียนที่โรงเรียนในเมือง วิถีชีวิตจะเปลี่ยนไป

มีการบริโภคอาหารระหว่างมื้อและน้ำอัดลมเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 (กองทันตสาธารณสุข, 2545) พบว่าในเขตเมืองมีฟันผุน้อย ส่วนในเด็กเขตชนบทมีแนวโน้มฟันผุสูง อิทธิพลอีกด้านหนึ่งคือ สื่อโฆษณาก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังการศึกษาของ พิชญ์ อุตตะมะเวทิน (2535) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 76 คน และเด็กวัยเรียนจำนวน 85 คน ใน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านในเขตเทศบาล หมู่บ้านกึ่งเมือง และหมู่บ้านชนบท ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเด็กทั้ง 3 หมู่บ้านจะเลือกซื้อขนมตามความชอบของเด็ก และพบว่าเด็กร้อยละ 96 เคยเห็นโฆษณาขนมจากโทรทัศน์และพบว่าเมื่อเด็กเห็น โฆษณาร้อยละ 95 เคยซื้อขนมจากร้านค้าที่ในหมู่บ้านและในตัวจังหวัดซึ่งขนมส่วนใหญ่เป็นลูกอม น้ำอัดลมและบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป นอกจากนั้นการให้ขนมกับเด็กถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขของการให้รางวัลหรือการทำโทษ เป็นสัญลักษณ์ของการชมเชย เป็นตัวแทนของการมอบความรัก ความสุข ความเอ็นดูที่ผู้ใหญ่ส่งผ่านไปยังเด็ก หรือใช้ขนมเป็นเครื่องมือยุติปัญหาเมื่อเด็กร้องไห้ และเป็นเครื่องมือในการต่อรองระหว่างแม่และลูกในการทานข้าวหรือการไปโรงเรียน ขนมยังเป็นสิ่งที่เด็กใช้เป็นการต่อรองเรียกร้องความสนใจ เรียกร้องความรัก ความเอาใจใส่ เป็นตัวแทนสื่อสัมพันธ์ในการสร้างมิตรภาพ (กันยารัตน์ วิโรจน์พงศ์, 2543) ขนมและอาหารจึงเป็นสิ่งมีความหมายมากขึ้นกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การบริโภคอาหาร จึงไม่ได้เป็นเพียงมิติทางวิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยคุณสมบัติ และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเท่านั้น อาหารยังคงมีมิติทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การบริโภคอาหารในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ได้กล่าวมานี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันในเด็ก ดังนั้นการทำความเข้าใจในปัจจัยหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมดังกล่าว

2.2.2 พฤติกรรมการดูแลอนามัยสุขภาพช่องปาก

สภาวะอนามัยช่องปากมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มีคราบจุลินทรีย์สะสมมากแสดงถึงการมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง (Alusua และ Malmivirta, 1994; Mattiila, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) ศึกษาพฤติกรรมการเลี่ยนนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง พบว่าเด็กกลุ่มที่ทำความสะอาดช่องปากเป็นบางวันหรือไม่ทำเลยมีอัตราผุ ถอน อุด โดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่เด็กที่ทำความสะอาดช่องปากทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Gibson และ Williams (1999) รวมถึงการศึกษาของ Pounio และคณะ (1993) พบว่า เด็กที่ทานอาหารว่างระหว่างมื้อบ่อยแต่มีการแปรงฟันสม่ำเสมอด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ จะมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด ต่ำกว่าเด็กที่ทานขนมขบเคี้ยวบ่อยแต่ไม่แปรงฟัน อย่างไรก็ตามจะพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มักใช้แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสอบถามที่ทางนักวิจัยสร้างขึ้นมา คำตอบที่ได้อาจมีอคติ รวมถึงความแตกต่างในเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความถี่ในการแปรงฟัน ประสิทธิภาพในการจัดตารางฟันหลินทรีย์ และระดับอนามัยในช่องปาก ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังมีผลไม่ชัดเจนแตกต่างกันไป (Reisine และ Douglass, 1998) จากการศึกษาของ Febres, Echeverri และ Keen (1997) ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนชาว Hispanic กลุ่มหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ปกครองเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 50 ไม่มีความรู้ในการดูแลอนามัยช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของนิตยา สอนสุขชน (2537) และพัชรลักษณ์ เกื้ออนาคี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ากลุ่มแม่ของเด็กก่อนวัยเรียนที่ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสอนลูกแปรงฟันเองเมื่อเด็กอายุ 2 ขวบขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากไม่เคยทราบว่าต้องทำความสะอาดในช่องปากของลูกขณะยังเล็ก อย่างไรก็ตามการดูแลอนามัยในช่องปากให้เด็กโดยผู้ปกครองคงไม่ใช่เรื่องง่ายไม่ใช่เพียงแต่การมีความรู้ ทักษะในการแปรงฟันเท่านั้น ดังจะเห็นจากการศึกษาในหลาย ๆ การศึกษา (O'Sullivan และ Tinnoff, 1993; Reisine และ Litt, 1993; Tinanoff และ คณะ, 1999) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลอนามัยช่องปาก เช่น การแปรงฟันถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคฟันผุ การบริโภคน้ำตาลและการเลี่ยนนมที่ผิดวิธีจะทำให้เกิดฟันผุได้ แต่เด็กกลุ่มนี้ก็ยังมีฟันผุสูง แสดงว่าการมีความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป จะต้องมีปัจจัยหรือเงื่อนไขอื่น ๆ อีกมากมาย ที่มีอิทธิพลต่อผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก นอกจากนี้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนด้วย เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพัชรลักษณ์ เกื้ออนาคี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชนบทใกล้เคียงเมืองใหญ่ พบว่ากลุ่มผู้ใช้แรงงานในครอบครัวยากจนนั้น นอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้วยังต้องรับจ้างแรงงานในเมือง ทำให้มีเวลาให้ลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของปู่ย่าตายาย หรือญาติอื่นๆ ทำให้การแปรงฟันในเด็กหรือการควบคุมขนมหวานทำได้น้อย ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปาก เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม กล่าวคือ การดูแลอนามัยช่องปากของชาวบ้านในอดีตไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการจัดตารางฟันหลินทรีย์ เป็นเพียงแต่การกำจัดเศษอาหารซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจากแหล่งธรรมชาติแบบดั้งเดิมที่มีลักษณะเป็นเส้นใย มีการหาอุปกรณ์ง่าย ๆ เช่น ใช้เศษไม้เขี่ยเศษอาหารออก ซึ่งสอดคล้องกับ

วิถีชีวิตและแบบแผนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแบบดั้งเดิม เมื่อรูปแบบอาหารเปลี่ยนเป็นอาหารสมัยใหม่ที่อ่อนนุ่มและเหนียวติดฟัน เช่น แป้งและน้ำตาล อาหารสมัยใหม่เหล่านี้แพร่ไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม และสื่อโฆษณาต่างๆ การดูแลอนามัยแบบดั้งเดิมไม่เพียงพอที่จะกำจัดการเจริญเติบโตที่ติดค้างอยู่บนตัวฟัน ดังนั้นจึงมีการเกิดฟันผุเพิ่มมากขึ้น (เพ็ญแข ลากอ้ง, 2543) จะเห็นได้ว่าปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น ปัจจัยด้านความรู้ เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สถานภาพทางสังคม อิทธิพลจากสื่อโฆษณา เป็นต้น ดังนั้นการพิจารณาความเชื่อมโยงของปัจจัยดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลอนามัยในช่องปากจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ปกครอง ครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก และชุมชนภายใต้บริบทแตกต่างกันในชุมชน

2.2.3 พฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปาก

จากการที่กล่าวมาแล้วว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันฟันผุอาจทำได้หลายวิธี เช่น การลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจากผู้เลี้ยงดูสู่ทารกด้วยวิธีต่างๆ ดังนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดผลในการป้องกันฟันผุ จากการศึกษาของพัชรลักษ์ณ์ เตือนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในเรื่องการกินฟลูออไรด์ของเด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่แม่ของเด็ก หรือผู้ปกครองเป็นผู้ให้ฟลูออไรด์แก่เด็กซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ให้อย่างต่อเนื่อง มีบ่อยครั้งที่ลืมให้ฟลูออไรด์ในแต่ละวัน ในขณะที่แม่บางคนไม่เชื่อว่าฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้เพราะเคยมีประสบการณ์หยอดฟลูออไรด์ให้แต่ลูกก็ยังมีฟันผุ นอกจากนี้ Weinstein และคณะ (1999) ได้สัมภาษณ์แม่และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนชาวพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 69 คน พบว่าเกือบร้อยละ 75 ไม่ได้พาลูกไปพบทันตแพทย์ก่อนอายุ 3 ขวบ แม้ว่าส่วนใหญ่จะทราบว่าเด็กควรได้รับการตรวจฟันเมื่อฟันซี่แรกขึ้น หรือหลังฟันซี่แรกขึ้นไม่เกิน 6 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญของการป้องกันโรค บางคนเข้าใจว่าเด็กยังเล็กเกินไป หรือบางคนคิดว่าเด็กไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ โดยผู้ปกครองพาเด็กไปพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการปวด ซึ่งส่วนใหญ่ก็จำเป็นต้องถอนฟันในที่สุด นอกจากนี้การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกัน และใส่ใจต่อสุขภาพปากและฟันจะขึ้นอยู่กับมุมมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะปากและฟันของตนเอง การรับรู้ต่อปัญหา ความเชื่อต่อสุขภาพ และการรักษา ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อปากและฟันหรือเคยรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในช่องปากมีแนวโน้มที่จะไปพบทันตแพทย์เพื่อป้องกันและรักษาโรคมามากกว่า (พิสุทธิ์ สังขเวศและคณะ, 2533) แต่การแสวงหาการบริการทันตกรรมนอกจากจะขึ้นกับการให้ความสำคัญและการรับรู้ของบุคคลแล้วยังขึ้นกับปัจจัย

ภายนอกอื่น ๆ ด้วยเช่น เวลา ค่าใช้จ่ายและทัศนคติต่อการบริการเป็นต้น (Smith, J.M. และ Sheiham, A. 1980) ความสามารถในการเข้าถึงบริการทั้งคำรักษาพยาบาลและระยะทาง โดยเฉพาะในประชาชนที่ห่างไกล และยากจนก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Ismail และ Sohn (2001) ที่ทำการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าแม้ว่ารัฐบาลจะพยายามแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในเด็ก โดยมีโครงการประกันสุขภาพให้เด็กทุกคนสามารถได้รับการดูแลสุขภาพฟันฟรี แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำยังคงมีสุขภาพฟันสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่สถานะเศรษฐกิจสูงกว่า ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ Ismail และ Sohn ได้เสนอว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการทางทันตกรรม ดังนั้นการดำเนินโครงการต่างๆ ควรจะต้องศึกษาชุมชนในแต่ละแห่ง และให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และการรักษาโรคฟันผุเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เพ็ญแข ลากยิ่ง (2542) พบว่าครอบครัวที่ยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานหรือมีอาชีพรับจ้างไม่แน่นอน ได้รับค่าตอบแทนต่ำ เมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพฟันของตนเองและคนในครอบครัว และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือทำงานรับจ้างรายวันจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงาน หรืออาจเป็นเพราะความยากจนจึงไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรม โดยเฉพาะงานส่งเสริมและป้องกันโรคเช่น การตรวจฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ที่เป็นนามธรรมซึ่งไม่ค่อยเห็นผลของการรักษา จึงมักปล่อยให้โรคลุกลามถึงที่สุดจึงมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือถอนฟัน ส่วนปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมเช่น การศึกษาความเชื่อทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย อาชีพ และความแตกต่างของกลุ่มสังคม ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกัน แม้ว่าภายในท้องถิ่นเดียวกัน (พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) นอกจากนี้ความขัดแย้งในเรื่องอำนาจและหน้าที่ในครอบครัวเรือนเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการตัดสินใจในการรักษา โดยมัลลิกา มัตติโก (2543) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมไทยดั้งเดิมแม้จะมีความรับผิดชอบเต็มที่ในเรื่องการดูแลเด็ก แต่ก็มีโอกาสน้อยในการให้การเลี้ยงดูเด็กในยามคับขันเช่น การดูแลยามเจ็บป่วย มีบ่อยครั้งที่การตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาของสามี หรือตัวสามีเอง และบางครั้งก็ตัดสินใจเลือกประพาศติ ปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณีซึ่งอาจเป็นอันตราย หรือไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปแล้วคือพฤติกรรมการรักษาและป้องกันโรคในช่องปากจะขึ้นกับปัจจัยหรือเงื่อนไขต่างๆ มากมาย เช่น การมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะช่องปากและฟันของตนเอง การรับรู้ต่อปัญหาความเชื่อต่อเหตุและการรักษา นอกจากนี้ปัจจัยทางวัฒนธรรมของบุคคลแล้วยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ด้วยเช่น เวลา ค่าใช้จ่าย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ทัศนคติต่อการบริการ

การศึกษา อาชีพ ความเชื่อ ทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย วิถีชีวิต การต่างกลุ่มสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นต้น

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์โรคในเด็กก่อนวัยเรียน ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในเกือบทุกประเทศ จากการศึกษาของ Deya และ Dawei (1992) โดยได้ศึกษาแนวโน้มประสบการณ์ฟันผุในเด็กกลุ่มอายุต่าง ๆ ในประเทศจีน เปรียบเทียบกันระหว่างปี 1982 และปี 1990 พบว่าร้อยละของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี เพิ่มขึ้นจาก 1.99 ในปี 1982 เป็น 2.26 ในปี 1990 และในเด็ก 5 ปี ร้อยละของโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจาก 4.45 เป็น 4.81 เช่นกัน โดยระดับของโรคฟันผุในฟันน้ำนม จะมีการเพิ่มขึ้นตามอายุ ในขณะที่ Mosha et al (1990) ได้ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพ ในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในเขตพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบทของประเทศแทนซาเนีย พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 5-6 ปี จะเกิดโรคฟันผุ ในฟันน้ำนมเขตเมืองเท่ากับ 30.4 และเขตชนบทเท่ากับ 27.35 โดยค่าเฉลี่ย dmft น้อยกว่า 0.1 ทั้ง 2 พื้นที่ ได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในประเทศญี่ปุ่น (Holm, 1990) มีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในอัตราสูงแต่ฟันผุไม่ลดลง อาจเป็นเพราะเด็กกินน้ำตาลมากและไม่นิยมใช้ฟลูออไรด์ จึงเห็นได้ว่า แนวโน้มฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังเพิ่มขึ้น ส่วนในประเทศอื่นๆที่ไม่ใช่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศแทนซาเนียมีฟันผุร้อยละ 68 ซึ่งสูงมากเนื่องจากผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างมาจากแหล่ง ผู้มีฐานะดี และเนื่องจากเด็ก 3-8 ปี ไม่นิยมบริโภคน้ำตาล (Morsha R.J., 1985) ในชูดานและไนจีเรีย มีฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นเหมือนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มน้อย ไม่มีการให้ทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน (Raadal M., 1992) ในออสเตรเลีย พบฟันผุลดลงเพราะมีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และมีการให้คำแนะนำทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากร ส่วนโปแลนด์ ฮังการี โปรตุเกส มีฟันผุเพิ่มขึ้น แต่ในฮังการีฟันผุลดลงเล็กน้อยเนื่องจากเด็กอายุ 4-6 ปี บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุกเดือน ในสวีเดนฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนลดลงเช่นเดียวกัน (Holm A.K., 1990)

สำหรับการสำรวจในประเทศไทย ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2532- พ.ศ. 2544 (กองทันตสาธารณสุข, 2545) พบว่า เด็กอายุ 5-6 ปี ซึ่งเป็นช่วงฟันน้ำนมผุสูงสุด มีการเพิ่มขึ้นของโรคจาก ร้อยละ 71.16 ใน พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 87.4 พ.ศ. 2543- 2544 ค่าเฉลี่ย dmft จาก 5.6 ซึ่ง พ.ศ. 2532 เป็น 6.0 ซึ่ง พ.ศ. 2543-2544 แสดงให้เห็นว่าฟันผุสูงขึ้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมาพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เคยมีความชุกของการเกิดโรคต่ำสุด มีการเพิ่มความเร็วโรคมกกว่าภาคอื่น ส่วนแนวโน้มนการเกิดโรคในเขตเมืองมีแนวโน้มนลดลง

ขณะที่เขตชนบทมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นกว่าเขตเมือง พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2533) ได้ศึกษาอัตราความชุกโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี พบว่า ความชุกของโรคฟันผุเป็นร้อยละ 74.1 อัตราความชุกของโรคฟันผุนิตุลกลาม เป็นร้อยละ 13.9 ค่า dmft ในฟันน้ำนมเท่ากับ 4.87 ต่อคน ธนัชพร และกัลยา (2535) พบว่าความชุกของฟันผุในฟันน้ำนมเป็นร้อยละ 58 มีค่า dmft เท่ากับ 4.22 ต่อคน

ในด้านปัจจัยต่างๆ นั้นได้มีหลายๆ การศึกษาในต่างประเทศ เช่น Schoult และ Uilttenbrok (1995) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 5 ปี พบว่า สถานะทันตสุขภาพเด็กมีความแตกต่างสัมพันธ์กับอาชีพของพ่อแม่ ความถี่ในการแปรงฟัน และการบริโภคอาหารหวาน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของพ่อแม่กับสถานะทันตสุขภาพของเด็กเป็น 2 เท่าของความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการแปรงฟันกับสถานะทันตสุขภาพของเด็ก และเป็น 4 เท่า ของความสัมพันธ์ ระหว่างการบริโภคอาหารกับสถานะทันตสุขภาพในเด็กอายุ 5 ปี Kinirons และ McCabe (1999) พบว่าลำดับของบุตรในครอบครัว จะมีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็ก โดยจะเกิดฟันผุต่ำในเด็กที่เกิดเป็นลำดับที่ 2 และ 3 ของครอบครัว ซึ่ง Godon และ Reddy (1985) เห็นด้วยว่าชนชั้นทางสังคม จะมีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็ก และตัวกำหนดรูปแบบการดื่มนมของเด็ก นอกจากนี้การบริโภคน้ำตาลของเด็กจะขึ้นอยู่กับปริมาณการบริโภคน้ำตาลของมารดาเป็นหลัก โดยมารดาที่มีการบริโภคน้ำตาลสูงจะพบเด็กในครอบครัวมีการบริโภคน้ำตาลสูงเช่นกัน ซึ่งการบริโภคน้ำตาลจะเริ่มเมื่อฟันเริ่มขึ้นในช่องปาก และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น (Rossow, I. 1990) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Petersen (1992) ได้ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กในประเทศเดนมาร์ก อายุ 6 ปี พบว่า ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็ก ขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัว และการศึกษามากที่สุด และการศึกษาของ Tsurumoto *et al* (1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่อิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมในพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 1.5 ปี และ 3 ปี ในศูนย์สุขภาพ คือ วิธีการรับประทานนม ระยะเวลาในการให้นม และความถี่ในการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ และในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันในการเกิดฟันผุซึ่งจะขึ้นอยู่กับโครงสร้างครอบครัวการดูแลเด็กเล็ก และ ความถี่ในการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ในขณะที่การศึกษาของ Kinnby *et al* (1991) ได้ศึกษาประเมินผลเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพของพ่อแม่ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็ก โดยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ เด็กที่ไม่เป็นโรคฟันผุ และเด็กที่เป็นโรคฟันผุ พบว่าในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร สุขภาพอนามัยช่องปากและการใช้ฟลูออไรด์ จะมีความแตกต่างระหว่างเด็กที่เกิดโรคฟันผุและเด็กที่ไม่เกิดโรคฟันผุ แต่พบว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาสูงจะมีการเกิดโรคฟันผุในเด็กต่ำ ซึ่งระดับการศึกษาไม่ได้มี

อิทธิพลต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพ แต่จะช่วยให้ นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้ ในขณะที่การให้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางด้านทันตสุขภาพ จะเป็นการกระตุ้นให้พ่อแม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดี และถูกต้องอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ในขณะที่ Kinnby *et al* (1995) ได้ศึกษาถึง อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลในเด็กอายุ 4 ปี ที่มีฟันผุและได้รับ ข่าวสารจากศูนย์ดูแลเด็ก พบว่า ในแง่ของภูมิหลังของสังคม อายุและการศึกษาของมารดาจะมีความสำคัญต่อการบริโภคน้ำตาล โดยในแง่ของครอบครัว จะพบการดูแลเด็กที่บ้านและการเป็น ลูกคนแรกจะมีผลต่อการบริโภคน้ำตาล ในขณะที่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ดูแลเด็กไม่มีผล ต่อการบริโภคน้ำตาลเลย

เมื่อพิจารณาปัจจัยของผู้ปกครองและผู้ดูแลที่มีผลต่อเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทย จากการศึกษาของ พัชรวราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2533) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดฟันผุในเด็ก จะสัมพันธ์ กับครอบครัวที่มีรายได้น้อย และมารดามีการศึกษาต่ำ ซึ่งต่างจากการศึกษา ของ ธนัชพร บุญเจริญ และกัญญา อรุณแก้ว (2535) เกี่ยวกับความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 1-5 ปี และปัจจัย ของมารดาที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของบุตร โดยที่ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ คือ อายุมารดาจำนวนบุตรสถานะทันตสุขภาพของมารดา การแปรงฟันให้เด็ก ส่วนรายได้น้อย ระดับ การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ทางด้านทันตกรรมของมารดา ความถี่ในการแปรงฟันให้บุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ จุฑามาศ เรียบร้อย (2538) ศึกษาอิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัยและพัฒนากรตำบล ต่อปัญหาสถานะทันตสุขภาพของเด็กใน ศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบลักษณะเฉพาะ ประจำกลุ่มของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นความสำคัญสุขภาพช่องปากน้อย พบความแตกต่างของผู้ปกครองที่ ให้เด็กกินขนมมาก ใช้ขนมเป็นรางวัล เด็กจะมีประสบการณ์ฟันผุสูง (5-6 ซี่ต่อคน) แต่ผู้ปกครอง ที่จัดระเบียบให้เด็กกินขนมเฉพาะช่วงหลังรับประทานอาหาร จำกัดปริมาณขนม และเข้มงวดเรื่อง การแปรงฟันจะมีประสบการณ์ฟันผุน้อย (1-2 ซี่ต่อคน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทาง สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบล ออนกลาง ถึงอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า การดูแลเด็กแตกต่างกันตามเงื่อนไขของแต่ละครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว เช่น การจัดสรรเวลา ความมีระเบียบวินัย ทักษะใน การดูแลเด็ก และพบว่าความสะอาดของร่างกาย ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล สุขภาพช่องปากของเด็ก จากการศึกษาของ ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์ (2545) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ

ช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีถ้อปากกล้วย พบว่ากระบวนการ พัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านการมีรายได้สูงขึ้น การคมนาคมที่สะดวก ทำให้สามารถเข้าถึงสินค้า บริโภคอาหารที่มีอันตรายต่อฟันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กมีภาวะแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูงขึ้น จนกระทั่งการดูแลอนามัยช่องปากภายใต้วิถีเดิมไม่สามารถรักษาคุณภาพของสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ข้อมูลสำคัญบางอย่างคือ การที่สาธารณูปโภค และการสาธารณสุข เข้าถึงแต่พบสภาวะช่องปากมีการมารับบริการต่ำ เพราะชาวบ้านเป็นผู้วินิจฉัยอาการและทำการแก้กันเอง จากการศึกษา ของ คณิงนิษฐ์ ปิติปัญญพัฒน์ (2547) เรื่อง บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ในเด็กก่อนวัยเรียน ของชนเผ่าอาข่า บ้านห้วยศาลา ตำบลท่าตอน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษานี้คล้าย ๆ กับการศึกษา ของ ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์ (2545) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีถ้อปากกล้วย พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางบริบทสังคมวัฒนธรรม ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม ระบบเศรษฐกิจ เทคโนโลยี การคมนาคม สาธารณูปโภค การสาธารณสุขและอิทธิพลของวัฒนธรรมสมัยใหม่ที่หลั่งไหลมาสู่ชุมชน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตของชุมชน และเชื่อมโยงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ข้อมูลสำคัญบางอย่างคือ สาธารณูปโภค และการสาธารณสุข ที่หลั่งไหลมาสู่ชุมชน เข้าถึง พบว่าชาวบ้านไปรับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ ฉลองชัย สกลวสันต์ (2547) เรื่อง บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม ทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสารโฆษณา และทางด้านวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ปกครองโดยเฉพาะผู้เป็นพ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลเด็ก ทำให้บทบาทหน้าที่การฝึกอบรมของครอบครัวลดลง ขณะที่สื่อโฆษณาทางโทรทัศน์พยายามจูงใจให้ผู้ปกครองเกิดพฤติกรรมบริโภคตามสื่อ จากการศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กด้านทันตสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ส่วนทางด้านศูนย์ดูแลเด็กเล็ก พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันและผ่านการอบรมทางทันตสาธารณสุข ส่วนปัจจัยทางผู้ปกครอง พบว่า รายได้ของผู้ปกครอง และความถี่ในการให้เด็กบริโภคของหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุสูง และประสบการณ์ฟันผุตัวในเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ สุนีย์ พลภาณุมาศ (2546) เรื่อง การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4 – 5 ปี) ในเขตเทศบาลจังหวัดนครนายก พบว่า ปัจจัยทางครอบครัวที่สามารถอธิบายสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน 5 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ มารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดา

เกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็ก ความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก รายงานของ วรางคณา อินทโลหิต และคณะ (2545) เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการเลียขูดของผู้ปกครองต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยกลุ่มเด็กฟันไม่ผุ พบว่าผู้เลี้ยงดูให้หย่านมแม่หรือนมขวดเมื่ออายุ 1 ½ ปี และให้ความสำคัญในการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้ดื่มนมเป็นอาหารเสริมในปริมาณไม่เกินวันละ 2 ถ้วย หลังดื่มนมมีการดื่มน้ำตามหรือล้างปากทุกครั้งกลุ่มเด็กที่มีฟันผุหย่านมแม่หรือนมขวดเมื่ออายุ 2-4 ปี ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดโดยไม่ดื่มน้ำตามเด็กได้รับนมรสหวานเกินวันละ 3 ถ้วยเป็นส่วนใหญ่ และผู้เลี้ยงดูยังให้เด็กดื่มน้ำหวานและนมเปรี้ยวด้วย ผลที่ได้สำคัญอีกอย่างคือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทำให้เด็กกินขนมคือเพื่อน ร้านขายขนมและสื่อโฆษณา และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาทางสังคมคือ ค่านิยมทางสังคม เช่น ไม่กล้าขัดเกลาลูกมีปมด้อย ให้ขนมเพื่อตัดความรำคาญ ขนมเป็นสื่อทดแทนความรัก และความกลัวทันตแพทย์

ส่วนในประเทศลาว ยังไม่เคยมีการสำรวจและทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหรือปัญหาเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาเป็นเพียงข้อมูลคร่าวๆ จากการสำรวจบางพื้นที่ได้มีการสำรวจสภาวะความชุกฟันผุ ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำลาว ได้สำรวจในสองพื้นที่ คือ นครหลวงเวียงจันทน์ และ แขวงหลวงพระบางของลาว เมื่อปี 1990 (Tayanin GLet al, 2002) ในอายุ 12 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.6 ซี่ต่อคน จากการสำรวจได้สรุปว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุนั้นมาจากการกินขนมหวาน และการอนามัยช่องปากของเด็กอยู่ลาวไม่ดี และจะสามารถมีการแพร่กระจายโรคฟันผุได้ในประเทศลาว ซึ่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กำลังเป็นประเทศหนึ่งที่ดินเข้าสู่ยุคที่มีความทันสมัยหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจ ด้านเทคโนโลยี การสื่อสารต่าง ๆ ทางรัฐบาลลาว ก็ได้มีทิศทางการพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี แต่ปี ค.ศ. 2006-2010 ได้ให้หน่วยงานดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเป็นหน่วยงานย่อยในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่หลักดังนี้

- ปรับปรุง ส่งเสริมปฏิบัติโครงการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้ได้ครบทุกๆ อำเภอ
- จัดตั้งปฏิบัติวิธีการทำความสะอาดฟันที่ถูกต้องแก่เด็กในโรงเรียนชั้นประถมให้ได้ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนประถมทั่วจังหวัด

จากแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี ที่ได้กล่าวมา ก็ได้มีแผนที่จะให้ได้ตามเป้าหมายในปี 2010 เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากซึ่งมี 3 เป้าหมายสำคัญดังนี้

- * เป้าหมายแรก เป็นการเน้นกิจกรรมการป้องกัน การให้สุขศึกษา และการสำรวจ เพื่อให้
 - เด็กอายุ 6 ปี ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 40
 - เด็กอายุ 6 ปี ปราศจากฟันผุในฟันถาวรร้อยละ 80

- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 65
- เด็กอายุ 12 ปี มีคะแนนของ CPITN เท่ากับ 1 หรือมากกว่า ไม่เกิน 2 Sextants
- เด็กอายุ 16 – 19 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 50

* เป้าหมายที่สอง เน้นกิจกรรมการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ใน เด็ก อายุ 12 ปี เพื่อ

- ร้อยละ 80 ของค่าของดัชนี DMFT จะต้องประกอบด้วย ค่า D
- ร้อยละ 10 ของค่าของดัชนี DMFT จะต้องประกอบด้วย ค่า M
- ร้อยละ 10 ของค่าของดัชนี DMFT จะต้องประกอบด้วย ค่า F

* เป้าหมายที่สาม เน้นกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหาร

- ร้อยละ 12 ของ MCH Clinics และ โรงเรียนประถม ควรมีทันตสุขศึกษาร่วมด้วย เช่น ในกิจกรรมให้สุขศึกษาตามปกติ
- ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล อำเภอ ควรเตรียมการรักษาแบบฉุกเฉินเมื่อมีคนไข้ปวดฟัน และการถูกระทบของไบหน้า-ช่องปาก เป็นพื้นฐานปกติ
- ระบบข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาตรฐานสำหรับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพช่องปาก และ ควรมีการสร้างเครื่องมือ การวางแผนสุขภาพช่องปาก

สำหรับจังหวัดสระหวั้นนะเขต มีเป้าหมายในการพัฒนาที่กำหนดเอาการส่งเสริมการท่องเที่ยว การค้า และอุตสาหกรรม ตามแผนการพัฒนา ฉบับที่ 4 จังหวัด สระหวั้นนะเขต ยังมีชายแดนที่ติดกับประเทศไทย และ เวียดนาม มีจำนวนประชากร ประมาณ 667,250 คน ในปี ค.ศ. 1995 และปี ค.ศ. 1999 มี 748,651 คน มี 14 อำเภอ และหนึ่งอำเภอ ที่เป็นอำเภอเมือง (สถิติแผนการจังหวัด, 1999) เป็นที่ตั้งของสำนักงานจังหวัด จังหวัดสระหวั้นนะเขต มีโรงเรียนชั้นประถมศึกษา 1,135 แห่ง นักเรียนชั้นประถมศึกษา 107,825 คน จังหวัดสระหวั้นนะเขตเป็นจังหวัดหนึ่งที่ใหญ่แล้ว ยังเป็นเมืองด่านที่สำคัญทางด้านธุรกิจ ความสำคัญที่กล่าวมานั้น ด้านสุขภาพ ของชาวจังหวัดสระหวั้นนะเขต ก็ยังมีปัญหาอยู่ เป็นต้นปัญหาของโรคฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เพราะประชาชนส่วนมากยังอาศัยอยู่ตามชนบท ทำให้ไม่สามารถที่จะได้รับการรักษา และ ได้รับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทางสาธารณสุขจังหวัดก็ได้หาวิธีทางเพื่อทำการป้องกัน และ แก้ไข ได้มีโครงการของจังหวัดในด้านการป้องกัน และรักษาสุขภาพของช่องปาก และฟัน โดยได้รับการสนับสนุนจาก รัฐบาลอังกฤษ และองค์การอนามัยโลกประจำสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (WHO) ได้ทำการสำรวจเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 6 ปี ใน 3 อำเภอ ของจังหวัด พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.62 ซี่ต่อคน และพบว่าส่วนมากเด็กชอบ

รับประทานขนม เด็กแปร่งฟันครั้งเดียวหรือไม่แปร่งฟันเลย และไม่ชอบแปร่งฟันหลังการรับประทานอาหาร (รายงานของโครงการรักษาสุขภาพช่องปากและฟันจังหวัดสว่นนะเขต, 1994) แต่โครงการดังกล่าวไม่ได้ดำเนินต่อไปอีกจนถึงปัจจุบัน อันเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่ทำให้โครงการนี้ยวบยงทำให้หน่วยงานดังกล่าวพบอุปสรรค ประกอบกับมีจำนวนทันตแพทย์ไม่เพียงพอ และขาดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ดี

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้นพบว่าการศึกษาที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากดีนั้น พ่อแม่จะต้องดูแลเอาใจใส่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งกระทั่งลูกเกิดมาก็ต้องมีการอบรมปลูกฝังให้มีระเบียบวินัย ส่วนทางด้านครูที่ดูแลเด็กในโรงเรียนยังไม่มีข้อมูลทำไเพราะครูก็เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็กซึ่งจะใหในเรืองความรู้และอาจมีการนำพาไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมแก่เด็กและปลูกจิตสำนึกของเด็กได้ในการรักษาความสะอาดช่องปาก และการป้องกันโรคฟันผุ ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในด้านหลายด้านในปัจจุบัน จากผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้