

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาสภาวะฟันผุ อนามัยช่องปากของเด็กอายุ 2-3 ปี ที่มารดามารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในปี 2546-2548 ของอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน และศึกษาพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลอนามัยช่องปากเด็กอายุ 2-3 ปี นอกจากนี้ ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการที่มารดากลุ่มดังกล่าว ได้เข้าร่วมโครงการ “แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า” และไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของเด็กอย่างไร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิของมารดาและเด็กอายุ 2-3 ปี จำนวน 160 คน ทำการตรวจสภาวะฟันผุ ของเด็ก 2-3 ปี โดยใช้ดัชนีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด ของฟันน้ำนม (dmft) และสภาวะอนามัยช่องปาก ของเด็กอายุ 2-3 ปี โดยใช้ดัชนีค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ Plaque Index ของ Stallard et al. โดยผู้ตรวจทันตภิบาลเพียงคนเดียว และได้สัมภาษณ์มารดาของเด็ก เพื่อสอบถามข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปากในด้านการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่ม การตรวจสุขภาพช่องปาก และการรับบริการ ทันตกรรม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสัมภาษณ์ไปหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ Kappa ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ และไม่เข้าร่วมโครงการฯ ต่อ พฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปากของมารดา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ผลการสำรวจสภาวะฟันผุ และสภาวะอนามัยช่องปาก

สภาวะฟันผุ

จากผลการศึกษาสภาวะฟันผุ ในเด็กอายุ 2-3 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 90 คน และเพศหญิง 70 คน โดยภาพรวมพบว่า เด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี มีอัตราความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 33.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 1.54 ± 2.64 ซึ่งต่อคน เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า เด็กกลุ่มอายุ 2 ปี มีอัตราโรคฟันผุ ร้อยละ 33.3 ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (dmft) 1.23 ± 2.13 ซึ่งต่อคน ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีอัตราความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 32.1 ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด

(dmft) 3.00 ± 4.05 ซึ่ง ต่อกัน จากการทดสอบ โดยการใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดใน ฟันน้ำนม ของเด็กทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาลักษณะการผุของเด็กอายุ 2-3 ปี พบว่ามีการผุเฉพาะบริเวณฟันหน้าบนมากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 47.2 รองลงมา ผุเฉพาะบริเวณฟันกราม คิดเป็นร้อยละ 37.7 และผุฟันหน้าและฟันกราม ร้อยละ 15.1 ตามลำดับ

สภาวะอนามัยช่องปาก

จากผลการสำรวจสภาวะอนามัยช่องปากโดยใช้ดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) ในเด็กกลุ่มดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอนามัยช่องปากอยู่ในระดับที่ดี มีคะแนนเฉลี่ย ดัชนี แผ่นคราบจุลินทรีย์ เท่ากับ 0.49 ± 0.58 เมื่อแจกแจงตามกลุ่มอายุพบว่า เด็กกลุ่มอายุ 2 ปี มีค่าเฉลี่ย ดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (PI) เท่ากับ 0.52 ± 0.61 และเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (PI) เท่ากับ 0.38 ± 0.43 จากการทดสอบโดยการใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ ของเด็กทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

พฤติกรรมกรดูแลอนามัยช่องปากของเด็ก อายุ 2-3 ปี โดยมารดา

จากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กอายุ 2-3 ปี จำนวน 160 คน ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่เข้าร่วม โครงการฯ และผู้ไม่เข้าร่วม โครงการฯ พบว่าครึ่งหนึ่งของมารดามีอายุ ในช่วง 28-37 ปี และ ครึ่งหนึ่ง ระดับการศึกษาของมารดาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา รองลงมามีระดับประถมศึกษา เกือบ ครึ่งของมารดา มีอาชีพหลัก คืออาชีพรับจ้าง รองลงมา ได้แก่อาชีพค้าขาย การศึกษาพฤติกรรมกรดูแลอนามัยช่องปากของเด็ก อายุ 2-3 ปี โดยมารดา ได้แยกออกเป็นประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมของมารดาในการดูแลการบริโภคของเด็ก

การดูแลการบริโภคนม

พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของมารดา ให้เด็กกินนมผงดัดแปลงสำหรับเลี้ยงทารก ที่เหลือให้ เด็กกิน นมกล่องรสจืด นมผงสูตรต่อเนื่องที่มีรสหวาน นมกล่องรสหวาน หรือนมรสซ็อคโกแลต และนม แม่ เรียงตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมกรเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา พบว่ามารดาเกือบทั้งหมด ถึงร้อยละ 93.1 เคยให้ลูกกินนมแม่ และส่วนใหญ่ของมารดาที่ให้ลูกกินนมแม่ ร้อยละ 85.9 ให้ลูก หยุดกินเมื่ออายุ น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ปี 6 เดือน มีร้อยละ 8.1 ให้ลูกหยุดเมื่ออายุมากกว่า 1 ปี 6 เดือนแต่ยังพบว่ามียุทธละ 6 ที่ยังให้ลูกกินนมแม่อยู่ และในปัจจุบันนี้พบว่ามารดามากกว่า 2 ใน 3 ยังให้ลูกดูดนมขวดอยู่ ที่เหลือเด็กไม่ได้กินนมขวดแล้ว เด็กที่เลิกดูดนมขวดมากกว่าครึ่ง เลิกดูดเมื่อ อายุ น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ปี 6 เดือน ในการให้นมขวดพบว่า 2 ใน 3 มารดาให้ลูกดูดนมก่อนเข้า นอนและมากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่ให้ลูกดูดนมขวด จะให้ลูกดูดนมขวดก่อนเข้านอน ทั้งเวลา กลางวันและกลางคืน และยังพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของมารดา ไม่เคยให้เด็กนอนหลับ คาขวดนม

แต่ยังมีมารดาเกือบ 1 ใน 3 ให้เด็กหลับคาขวดนม และในมารดาที่ให้เด็กหลับคาขวดนมมีถึงร้อยละ 38.5 ให้เด็กหลับคาขวดนมทุกวัน ยังพบอีกว่ามารดาเกือบครึ่งหนึ่งที่ให้ลูกกินนมมือติดอยู่ และโดยประมาณ 2 ใน 3 ของมารดาที่ให้ลูกกินนมมือติดเป็นเวลาทุกวัน และในช่วงเวลากลางคืนเมื่อเด็กตื่นขึ้นมาและร้องไห้ เกือบครึ่งหนึ่งของมารดา คือร้อยละ 46.9 จะให้ลูกดูดนมขวด เมื่อเด็กตื่นนอนตอนกลางคืนและร้องไห้มีเพียงร้อยละ 6.9 และ 4.3 เท่านั้นที่ให้ลูกดูดน้ำเพื่อปลอบให้หลับ และอุ้มเดินเล่นจนหยุดร้องและหลับไปเอง แต่อย่างไรก็ตามมีมารดา ถึงร้อยละ 49.1 พบว่าลูกไม่ตื่นและร้องไห้เวลากลางคืน และหลัง จากมารดาให้ลูกบริโภคนม มีมากกว่า 2 ใน 3 ของมารดา คือ ร้อยละ 78.1 มีการทำความสะอาดช่องปากเด็ก โดยการให้เด็กดื่มน้ำตาม มีผู้ปกครองถึงร้อยละ 12.5 ไม่ทำอะไรเลยหลังเด็กบริโภคนม และมารดาให้เด็กบ้วนปาก และแปรงฟันเพียงร้อยละ 5 และ 1.3 ตามลำดับ

การดูแลการบริโภคขนม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเกือบทั้งหมดของมารดา (ร้อยละ 93.1) ให้เด็กกินขนม มีเพียงร้อยละ 6.9 เท่านั้น ที่ไม่ให้เด็กกินขนม และมากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่ให้เด็กกินขนม จะให้กินทุกวัน สำหรับชนิดของขนมพบว่ามารดาเกินครึ่งให้เด็กกินขนมประเภทกรอบ รongลงมาคือขนมอ่อนนุ่ม และย่อยง่าย ขนมปังนุ่ม คิดเป็นร้อยละ 28.2 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่ให้เด็กกินขนม แล้วให้ลูกดื่มน้ำตาม รongลงมามารดา 21.5 ไม่ทำอะไรเลย มีมารดา ร้อยละ 12.1 ให้เด็กบ้วนปาก และมีมารดาเพียงร้อยละ 1.3 ที่ให้เด็กแปรงฟันหลังกินขนม

การดูแลการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน

พบว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาระหว่างการเก็บข้อมูล มารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.5 ให้เด็กดื่มเครื่องดื่มรสหวาน และ ครึ่งหนึ่งของมารดาให้เด็กดื่ม ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และมีมารดา ร้อยละ 31.1 ให้เด็กดื่มทุกวัน ยังพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของมารดาจะให้เด็กดื่มนมเปรี้ยว มีเพียงเล็กน้อยร้อยละ 0.8 ของมารดาที่ให้เด็กดื่มน้ำอัดลม พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของมารดาให้เด็กดื่มน้ำตามหลังจากดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รongลงมาร้อยละ 26.5 ใช้ผ้าสะอาดเช็ด ร้อยละ 18.2 ให้เด็กบ้วนปาก มีเพียงร้อยละ 0.8 ให้เด็กแปรงฟัน

การดูแลการฝึกให้เด็กบริโภค ผักและผลไม้

พบว่าประมาณเกือบครึ่งของมารดาฝึกให้เด็กนิยมนับประทานผัก และผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อทุกวัน

2. การดูแลความสะอาดช่องปากของเด็ก

พบว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 83.1 มีการทำความสะอาดช่องปากให้เด็กโดยการแปรงฟัน ร้อยละ 9.4 เช็ดด้วยผ้าสะอาดชุบน้ำ ยังมีร้อยละ 5 ที่ไม่เคยทำความสะอาดช่องปากลูก สำหรับ ลักษณะการแปรงฟัน พบว่า 1 ใน 3 ของมารดาจะแปรงฟันให้เด็กโดยการแปรงซ้ำอีกครั้งเป็นประจำ หลังจาก que เด็กแปรงเองก่อน พ่อและแม่แปรงฟันให้เด็ก และเด็กแปรงฟันเอง คิดเป็นร้อยละ 31.6 และ 24.1 ตามลำดับ พบเกือบครึ่งของมารดา มีการแปรงฟันให้เด็กวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและ ก่อนนอน รองลงมา แปรงฟันวันละ 3-4 ครั้ง มีร้อยละ 34.6 เกือบครึ่งของมารดาที่ใช้ วิธีแปรงฟัน ถูไปมาสั้นๆ แนวขวาง รองลงมา วิธีปัดขึ้น ปัดลง ร้อยละ 27.7 และพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของมารดาที่ไม่ใส่ยาสีฟันให้เด็ก และมีมากกว่าครึ่งของมารดาที่ให้เด็กใส่ยาสีฟัน โดยส่วนใหญ่มารดา ให้เด็กใส่ยาสีฟันสำหรับเด็กที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์ ถึงร้อยละ 94 และมีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่ ใส่ยาสีฟันสมุนไพร สำหรับปริมาณของยาสีฟันที่ใช้ให้กับเด็ก พบว่ามารดา เกือบครึ่งใส่ยาสีฟัน ให้กับเด็กในปริมาณที่ตะาะบางๆ รองลงมา ใส่ในปริมาณเท่าเม็ดถั่วเขียว ร้อยละ 38.1 และปริมาณ เท่าเม็ดข้าวโพด คือ ร้อยละ 7.1

3. การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก และการรับบริการทันตกรรม

พบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ระหว่างการเก็บข้อมูล มารดาเกินครึ่งที่มีการตรวจสุขภาพ ช่องปากของเด็กด้วยตนเอง ซึ่งตรวจทุกๆ วันเป็นประจำ มีบางส่วนของมารดา ที่ตรวจ 1-2 ครั้งต่อ เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.3 และมีเพียงร้อยละ 8.7 ที่ไม่สามารถระบุได้แน่นอน ประมาณ ครึ่งหนึ่ง ของมารดาที่เคยพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม จากทันตแพทย์ โดยร้อยละ 59.8 ได้รับการทา ฟลูออไรด์วานิช รองลงมา ร้อยละ 32.2 ได้รับการตรวจฟัน มีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟัน

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาสภาวะฟันผุในเด็กอายุ 2-3 ปี ในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งมารดา ได้รับการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพช่องปาก ณ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง พร้อมกับได้รับคำแนะนำให้ เข้าร่วมโครงการ “แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จย่า” จำนวน 160 คน พบว่า พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี มี อัตราโรคฟันผุร้อยละ 33.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 1.54 ± 2.64 ซี่ ต่อคน โดยกลุ่ม เด็กที่มีอายุ 2 ปี มีอัตราฟันผุ ร้อยละ 33.3 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 1.23 ± 2.1 ซี่ ต่อคน และกลุ่มอายุ 3 ปี มีอัตราฟันผุ ร้อยละ 32.1 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.00 ± 4.05 ซี่

ต่อคน เพื่อพิจารณาความชุกของโรคฟันผุ ของกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกัน และในพื้นที่เขตชนบท พบว่า การศึกษาครั้งนี้ความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 2 ปี สูง ซึ่งต่างจากผลการสำรวจ ในจังหวัด สกลนคร จากการรายงานผลการสำรวจในปี 2546 พบว่า เด็กอายุ 1-3 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 2.8, 18.4 และ 50.0 ตามลำดับ (กองทันตสาธารณสุข, 2547) แต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า อัตราโรคฟันผุ ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ของการศึกษานี้ มีแนวโน้มที่น้อยกว่ากลุ่มอายุเดียวกัน จากผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2543-2544 ของกองทันตสาธารณสุข ในเด็กอายุ 3 ปี ของ ภาคเหนือ ที่มีอัตราการเกิดฟันผุ เป็นร้อยละ 67.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.8 จะเห็นได้จากการศึกษานี้ มีแนวโน้มที่ต่ำ โดยที่เด็กอายุ 2 ปี ซึ่งมีอัตราฟันผุ เพียงร้อยละ 33.3 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 1.59 ซึ่งต่อคน และอัตราโรคฟันผุเพียงร้อยละ และ อัตราโรคฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี เท่ากับร้อยละ 32.1 จากการศึกษาของวัลธินี ปิงแก้ว (2549) ในจังหวัดลำปาง พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุถึงร้อยละ 74.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.4 ซึ่งต่อคน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงกว่าการศึกษาใน ครั้งนี้ อีกทั้งพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมขวด อายุที่เล็กคุณนมขวด ความถี่เฉลี่ยของการกิน นม การทำความสะอาดช่องปาก และการตรวจฟันโดยผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุ ของเด็กที่ปราศจากฟันผุ และกลุ่มที่มีสภาวะฟันผุมาก จากการดำเนินการสำรวจสภาวะฟันผุของ เด็กก่อนวัยเรียน โดยผลการศึกษาของพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2549 พบว่า ผลการสำรวจโรค ฟันผุ ในเขตอำเภอบ้านโฮ้ง ในปี 2547 หลังจากดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบงานส่งเสริมป้องกัน ในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าเด็กอายุ 2 ปี มีโรคฟันผุร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.81 ± 2.48 ซึ่งต่อ คน เด็กอายุ 3 ปี มีโรคฟันผุร้อยละ 81.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.56 ± 4.4 ซึ่งต่อคน ซึ่งต่างจากผล การศึกษาครั้งนี้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากขนาดประชากรตัวอย่าง และลักษณะการเลือก ประชากรตัวอย่างที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้จากการตรวจฟันผุในเด็ก 2-3 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เด็กจะผุเฉพาะฟันหน้าบน ปิยะดา ประเสริฐสม (2545) ได้รายงานไว้ว่า ฟันหน้าบนของเด็กก่อนวัยเรียน จะเริ่มพบว่าผุเมื่อเด็ก อายุได้เพียง 9 เดือน และพบว่ามีการผุมากที่สุดในช่วง 1-2 ปี และในระหว่างอายุ 2-3 ปี ฟันกราม น้ำนมจะมีการผุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะเริ่มผุในฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งก่อน ส่วนฟันกรามน้ำนม ซี่ที่สอง ซึ่งขึ้นทีหลังจะผุช้ากว่า และจะผุมากกว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกันกับการศึกษา ของ สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) รายงานว่า เด็กอายุ 12-24 เดือน มีฟันขึ้นเพิ่มเป็น 12 ซี่ พบผุเพิ่มเป็นร้อยละ 16.6 และเด็กกลุ่มอายุ 25-30 เดือน มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ พบผุสูงสุดถึง ร้อยละ 45.4 กว่าครึ่งของกลุ่มฟันผุ เป็นการผุที่ฟันหน้า 1-2 ซี่ เช่นเดียวกับลักษณะเฉพาะที่พบฟันผุ ในฟันหน้า ฟันน้ำนม ฟันผุในเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 3 ปี ที่เรียกว่า (Early Childhood Caries: ECC หรือ Nursing Caries) ซึ่งเป็นการผุลูกกลมชนิดหนึ่งซึ่งมีลักษณะพิเศษคือ ฟันหน้าบนจะผุลูกกลม

มากในขณะที่ฟันหน้าล่างมีรอยผุน้อยมากหรือไม่มีเลย (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2541 และ Ripa, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะซี่ฟันในฟันน้ำนมของเด็กซึ่ง เกิดจากการดูดนมขวด เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Nersin and Eden (1992) พบว่าระหว่างนมแม่กับนมขวดมีปริมาณการดูดเท่ากัน การดูดนมขวดจะมีผลทำให้น้ำนมสะสมบริเวณตัวฟันได้มากกว่านมแม่ที่พบได้จากการศึกษานี้ สำหรับสถานะอนามัยของเด็กอายุ 2-3 ปี ในเขตอำเภอบ้านไธสง พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี มีค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (PI) เด็กกลุ่มอายุ 2 ปี ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (PI) เท่ากับ 0.52 ± 0.61 และเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (PI) เท่ากับ 0.38 ± 0.43 ถือว่าอยู่ในระดับอนามัยช่องปากที่ดี อาจเป็นไปได้ว่ามารดามีการแปรงฟันให้เด็ก แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน อีกทั้ง มารดาเป็นผู้แปรงซ้ำอีกครั้งเป็นประจำหลังจาก เด็กแปรงฟันเองก่อน อันอาจส่งผลจากการที่มารดาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากลูก และ Habibian และคณะ พบว่าเด็กที่ได้รับการแปรงฟันในช่วงปีแรกของชีวิต เมื่ออายุ 12 และ 18 เดือน มีโอกาสตรวจพบเชื้อมีวแทน เสตรปโตคอคไซ ในแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แปรงฟันในขวบปีแรก และการที่พ่อแม่แปรงฟันให้เด็กจะกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าเด็กแปรงเอง (Habibian et al., 2001; 2002) ประกอบกับการศึกษานี้ที่พ่อแม่เป็นผู้แปรงให้เด็ก ถึงร้อยละ 31.6 จึงอาจส่งผลให้ระดับอนามัยช่องปากที่สะอาด

นมเป็นปัจจัยแรกที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากวิธีการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง และเด็กส่วนใหญ่มักจะถูกเลี้ยงด้วยนมผงคัดแปลงสำหรับเลี้ยงทารก มากกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูดนมขวดจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก จากการศึกษาของ ES. Davenport (1990) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการให้นม ซึ่งขึ้นกับชนิด วิธีการเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นม การที่เด็กดูดนมอยู่เป็นเวลานานๆ การดูดนมเมื่อดึก และการใช้ขวดนมเป็นเครื่องมือกล่อมนอนหรือการหลับคาขวดนม เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ นอกจากนี้ของเหลวที่ใส่ในขวดนมให้เด็กดูด เช่น น้ำหวาน น้ำ ผลไม้ หรือ การเติมน้ำตาล น้ำผึ้งลงในนม และน้ำดื่มก็มีส่วนที่ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ทั้งนี้สัมพันธ์กับปริมาณและความถี่ที่ได้รับ จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้พบว่ามารดามีการเลี้ยงดูที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการให้เด็ก ดูดนมขวดเช่นเดียวกับการศึกษา ของ ทศนีย์ มหาวิน (2540) พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่ยังคงให้เด็กทานนมจากขวดอยู่ เป็นเพราะเด็กไม่ยอมเลิก โดยเฉพาะเวลานอนเด็กจะต้องนอนดูดนมจนกระทั่งหลับ เมื่อเด็กหลับแล้วจึงเอาขวดนมออกให้ ถ้าเด็กตื่นขึ้นมาร้องกินนมจึงค่อยให้อีก ในบางรายเด็กดูดนมจนหมดขวดหรือจนอิมแล้วจะเอาขวดออกเองแล้วหลับ ผู้ปกครองคิดว่าเวลาที่เด็กจะเลิกดูดนมจากขวดได้คงต้องรอให้เด็กเข้าโรงเรียนหรือไม่ก็โตกว่านี้แล้วเด็กคงจะเลิกเอง ส่วนเด็กที่เลิกนมแล้วผู้ปกครองให้เด็กเลิกกินนมเมื่ออายุประมาณปีครึ่งถึง 2 ปี โดยให้เด็กดูดนมจากกล่องแทน ซึ่งโดยทั่วไปเด็กควรได้หยุดนมขวดเมื่ออายุ 1-1½ ปี ยังพบว่าการศึกษานี้ เกินครึ่งของมารดาได้ระบุว่าหยุดการให้ลูกดูดนมขวดในช่วงอายุที่

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1½ ปี ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี เป็นพฤติกรรมที่มารดาได้เลี้ยงดูได้อย่างถูกวิธี ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดโรคฟันผุของเด็กกลุ่มตัวอย่างมีฟันผุน้อยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dimi และคณะ (2000) ที่พบว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยนมแม่นานกว่า 24 เดือนจะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่เลี้ยงดูด้วยนมแม่น้อยกว่า 24 เดือน ส่วน Febres และคณะ (1997) รายงานว่า เด็กที่เลิกดื่มนมจากขวดหรือหยุดกินนมแม่หลังอายุ 14 เดือน จะมีโอกาสฟันผุได้สูง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ของมารดา ร้อยละ 85.9 ปล่อยให้ลูกหยุดกินนมแม่เมื่ออายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1½ ปี และยังไม่ถึงครึ่งของมารดาที่ให้เด็กกินนมมี้อดึก ในเด็กกลุ่มนี้ และโดยส่วนใหญ่ มารดาถึงร้อยละ 79.4 ไม่เคยให้ลูกนอนหลับคาขวดนม และมารดาโดยส่วนใหญ่ มีการให้เด็กดื่มน้ำตามหลังดื่มนมขวด พฤติกรรมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจจะส่งผลให้อัตราโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก 2-3 ปี อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ES. Davenport (1990) ที่พบว่าพฤติกรรมการให้นม ซึ่งขึ้นกับชนิด วิธีการเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นม การที่เด็กดื่มนมอยู่เป็นเวลานานๆ การดื่มนมมี้อดึก และการใช้ขวดนมเป็นเครื่องมือกล่อมนอน หรือ การหลับคาขวดนม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ วรางคณา อินทโลหิต (2545) และสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) ก็พบว่า การนอนหลับคาขวดนมและการไม่ได้ดื่มน้ำตามภายหลังการดื่มนม เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดฟันผุ เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาของวิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ (2547) พบว่า เด็กที่กินนมแม่ส่วนใหญ่จะได้นมชนิดอื่นเสริมด้วย มีเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 46.0 ยังดื่มนมจากขวด นมที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นนมผงผสมน้ำ ซึ่งมีทั้งชนิดหวานและชนิดจืด ช่วงอายุ 2 ปี เด็กที่ดื่มนมจากขวดลดลงเหลือร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่จะดื่มนมโดยใช้หลอดดูดจากกล่อง โดยตรงนมกล่องที่เด็กได้รับเป็นนมหวานทั้งหมดเนื่องจากไม่มีนมจืดจำหน่ายในร้านค้าภายในหมู่บ้านเด็กอายุ 1 ปี และ 2 ปี ที่มีพฤติกรรมหลับคาขวดนมมี ร้อยละ 28.6 และ 15.2 ตื่นมากินกลางคืน ร้อยละ 76.2 และ 19.6 ตามลำดับ มีความแตกต่างจากการศึกษานี้ที่พบพฤติกรรมการให้นม มีแนวโน้มที่สูงกว่า ซึ่งพบในเด็กกลุ่มอายุ 2 ปี มีการดื่มนมขวดถึงร้อยละ 78.8 การนอนหลับคาขวดนม 20.6 ตื่นมากินกลางคืน 46.9 และเด็กอายุ 2 ปี จึงควรเลิกดื่มนมขวดได้แล้วหากพบเป็นส่วนใหญ่ยังเลิกไม่ได้ ซึ่งอาจจะมีเด็กที่มีฟันผุในกลุ่มนี้มากก็เป็นไปได้

และจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของมารดาที่ให้เด็กบริโภคขนม พบว่าเกือบครึ่งมารดาให้เด็กกินขนม ประเภทถุงกรอบกรอบ เป็นประจำทุกวัน รองลงมาขนมอ่อนนุ่ม และย่อยง่าย เช่น ขนมปังนิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ (2542) พบว่า การอมลูกอม การรับประทานอาหารหวาน และขนมเป็นประจำมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้การกินขนมนอกมื้ออาหารก็เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคฟันผุเช่นกัน เด็กที่กินขนมมากกว่าวันละ 3 ครั้ง จะมีสภาวะฟันผุมากกว่าเด็กที่กินน้อยกว่า (Grytten et al., 1998 และสมนึก ชาญด้วยกิจ และ

คณะ, 2547) สำหรับการค้ำเครื่องค้ำที่มีรสหวาน โดยส่วนใหญ่มารดาให้ เด็กค้ำนมเปรี้ยว รองลงมา น้ำผลไม้สด เกือบครึ่งของมารดาที่ให้ค้ำ น้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หาก พบว่าเกือบครึ่งของมารดาที่มีการทำความสะอาดช่องปากด้วยการให้ลูกค้ำน้ำตามหลังบริโภคนม

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การที่มารดาได้เข้าร่วมและไม่ได้ เข้าร่วมโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า กับพฤติกรรมการของมารดาในการให้เด็กดูนมขวด การให้เด็กนอนหลับคาขวดนม ความถี่ในการให้เด็กบริโภคนม ความถี่ในการค้ำเครื่องค้ำที่มีรสหวานของเด็ก การทำความสะอาดช่องปากหลังบริโภคนม ขนมนม เครื่องค้ำรสหวาน การแปรงฟัน ในเด็ก การพาเด็กมารับบริการทันตกรรม ในรอบ 1 ปี แม้พบว่า มีพฤติกรรมบางอย่างที่มารดาเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติมากกว่า เช่นการไม่ให้ลูกนอนหลับคาขวดนม การค้ำน้ำตามหลัง บริโภคนม และเครื่องค้ำ การแปรงฟันในเด็ก การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม ในรอบ 1 ปี ซึ่ง อาจเป็นเช่นเดียวกับการรายงานของ เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง (2547) นับจากปี 2545 กรมอนามัยได้ สนับสนุนให้จังหวัดทำโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า และมีการเก็บข้อมูลฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี ในระดับจังหวัดเพื่อใช้กำกับการทำงาน ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่าอัตราการเกิดโรคลดลง เล็กน้อย โดยมีเด็กปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ.2545 เป็น 30.8 และ 33.8 ในปี พ.ศ.2546 และ 2547 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการได้เข้าร่วมโครงการของหญิงตั้งครรภ์ ต้องเป็นไป ด้วยความสมัครใจ เพราะมีกิจกรรมที่ต้องเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ส่วนหญิงมีครรภ์ที่ไม่มาเข้าร่วม คือหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ จึงอาจได้รับการดูแลทันตสุขภาพตามรูปแบบกิจกรรมที่ทำเป็น ประจำ แต่จะได้รับการไม่ต่อเนื่องเหมือนกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นหญิงมีครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ ย่อมมีความตั้งใจสนใจในการที่จะให้ลูกมีสุขภาพช่องปากที่ดี แนวโน้มมีพฤติกรรมการดูแลอนามัย ช่องปากลูกที่ดีกว่ากลุ่มไม่เข้าโครงการเพียงเล็กน้อย พบว่าการศึกษาครั้งนี้ มารดาบางส่วนที่ไม่เข้า ร่วมโครงการ มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลอนามัยช่องปากลูก แม้ว่าจะมีรูปแบบ โปรแกรมการดูแล อนามัยช่องปาก ภายใต้โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า ก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่ามารดาที่ไม่เข้า ร่วมโครงการ มีพื้นฐานความรู้ ระดับการศึกษาที่สูงพอ และมีความสนใจเอาใจใส่ ในการดูแล อนามัยช่องปากลูก อยู่แล้ว ซึ่งพบว่าครึ่งหนึ่งของมารดาทั้งหมดที่มีระดับการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา โดยมีพื้นฐานความรู้มาบ้างแล้ว และอาจจะได้รับความรู้ใหม่ๆ จากสื่อต่างๆ หรือการ พานุกรมมารับบริการในคลินิกเด็กดี ซึ่งได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งที่มาใช้บริการ อันอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากลูกที่ดีเสมอ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ประกอบ กับมารดาที่มีอาชีพหลักคือรับจ้าง ซึ่งได้จากการสำรวจในการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกับฉลองชัย สกล วสันต์ (2547) ที่พบว่าในสังคมไทยการเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของผู้หญิง เช่น ย่า หรือยายที่

ช่วยเลี้ยงดูเด็กเนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว การปล่อยให้คนอื่นเลี้ยงเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย การพาเด็กไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุยังน้อย ขาดการดูแลเอาใจใส่จากมารดาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีมารดาที่เข้าร่วมโครงการฯ ขาดการดูแลอนามัยช่องปากเด็กอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งไม่มีเวลาในการเลี้ยงดู มีเด็กบางส่วนถูกฝากเลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งไม่ต่างกับการสำรวจของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2547) พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1-2 ปี ในตอนกลางวันเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 54.7 ญาติ 36.1 และจ้างผู้เลี้ยงดู 9.1 แนวโน้มการรับเด็กเข้าอยู่ศูนย์เด็กเล็ก จะมีอายุน้อยลง คือตั้งแต่อายุประมาณ 2 ปี เช่นเดียวกับการศึกษานี้มีเด็กอายุ 2 ปีถูกฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็กแล้ว

นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ และไม่เข้าร่วมโครงการฯ กับ พฤติกรรมของการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี ก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่าการที่มารดาถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากการพาลูกมาตรวจสุขภาพช่องปาก การมารับบริการในคลินิกเด็กดี จึงทำให้ 2 กลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกัน และยังพบว่าการศึกษาที่มีความแตกต่าง จากการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ (2547) พบว่าในปี 2542 โรงพยาบาลชุมชนให้บริการแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 6.2 ของผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด การประเมินผลในปี 2543 พบว่าเด็กอายุ 0-2 ปี ไปรับบริการทันตกรรมร้อยละ 7.4 ได้รับการตรวจช่องปากร้อยละ 5.8 และได้รับการรักษาร้อยละ 3.0 และในช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่าเด็กอายุ 0-4 ปี ได้รับการลดลง ร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายฯ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้น ถึงเกือบร้อยละ 30 การศึกษาในสถานบริการปฐมภูมิ ในปี 2546 พบว่ามีให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิกเด็กดีได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก จากรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีพ.ศ.2546 เฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันมากขึ้นได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน โดยฟลูออไรด์เจล ร้อยละ 20.2 จะเห็นได้ว่าแม้ว่าการดูแลทันตสุขภาพเด็กจะบู๊ไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ก็มีได้ประกันว่าเด็กจะได้รับบริการมากขึ้น พฤติกรรมมารับบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุ 2-3ปีของเขตบ้านโสมมีมากในเด็ก 2-3 ปี และยังได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชสูงถึงร้อยละ 59.8 ซึ่งมีแนวโน้มการป้องกันการเกิดฟันผุในกลุ่มนี้มีมากขึ้น และยังไม่มีพบว่าเด็กกลุ่มนี้มารับบริการอุดฟัน ถอนฟัน และอีกทั้งทางฝ่ายทันตกรรมได้มีกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันเด็กก่อนวัยเรียนจัดกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การเล่านิทาน จะได้ดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน เชิงรุก ทั้งในและนอกสถานบริการ การออกตรวจสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การตรวจในหมู่บ้านพร้อมกับการทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็ก เป็นต้น พฤติกรรมของมารดาในการดูแลอนามัยช่องปากเด็ก กับการเข้าร่วมโครงการ

และไม่เข้าร่วมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าแม้จะดำเนินโครงการมาแล้วก็ตามเช่นเดียวกับรายงานของ พิมลพรรณ 2535, ก้องเกียรติ 2538, เพราะพริ้ง 2542 อย่างไรก็ตาม การประเมินผลกระทบของโครงการ พบว่าโครงการก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในบางเรื่องเช่นการจัดกิจกรรมในหญิงมีครรภ์ซึ่งเข้าโครงการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานะอนามัยช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษาสภาวะฟันผุ อนามัยช่องปาก ของเด็กอายุ 2-3 ปี พบว่ามีแนวโน้มความชุกของโรคฟันผุสูงในช่วงอายุ 2 ปี เป็นวัยที่มีฟันเริ่มขึ้น และค่อยๆ ขึ้น จนครบ 20 ซี่ และเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคฟันผุได้ง่าย ประกอบกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่มารดา มีต่อเด็ก ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสภาวะฟันผุ อนามัยช่องปากเด็ก โดยทางตรง หรือโดยทางอ้อมได้ จากการศึกษาพบว่า มีมารดาบางส่วนที่มีพฤติกรรมดูแลที่ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะ 2 ใน 3 ของมารดาทั้งหมด ที่ปัจจุบันยังให้เด็กดื่มนมขวดอยู่ การไม่ได้ควบคุมการบริโภคขนม โดยเฉพาะขนมถุงประเภทกรอบ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่นนมเปรี้ยว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคฟันผุ ในเด็กเล็ก แม้ว่าจะมีการทำความสะอาดช่องปาก โดยการให้เด็กดื่มน้ำหลังการบริโภคก็ตาม ซึ่งอาจจะช่วยในการชะล้างสิ่งที่เป็นที่บริโภคเข้าไป เช่น เศษอาหาร น้ำตาล และแป้ง ออกได้บางส่วน หากแต่การแปรงฟันหลังบริโภคเป็นสิ่งที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมและชัดเจน เป็นเพียงมาตรการที่ดำเนินการตามรูปแบบนโยบายของรัฐ หรือการดำเนินกิจกรรมที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ซึ่งไม่ได้แก้ปัญหาจากสาเหตุโดยตรง โดยเฉพาะด้านของพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การไม่มีความรู้ในกลุ่มที่เลี้ยงดูเด็ก โดยตรง เช่นปู่ ย่า ตายาย และด้วยข้อจำกัดหลายประการ ที่ไม่อาจจะดูแลเด็กในเด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี ได้ครอบคลุม อีกทั้งการขาดความต่อเนื่องในการกระตุ้นจากทันตบุคลากร ให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เช่นบิดา มารดา ปู่ย่าตายาย ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานต่างๆ ที่ผ่านมากิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การออกตรวจสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้แก่มารดาในคลินิกเด็กดี เป็นต้น ซึ่งอาจต้องได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเขตอำเภอบ้านโฮ้ง เช่นการรณรงค์กินผลไม้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การทำเมนูอาหารที่มีประโยชน์ มีมาตรการไม่ให้ผู้ปกครองซื้อขนม ให้เด็กมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รณรงค์งดดื่มนมขวด ขอความร่วมมือผู้ปกครองไม่สะสมอาหาร เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ไว้ที่บ้าน การปรุงอาหารให้เด็กไม่มีรสหวาน หากได้รับความร่วมมือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญของการดูแลอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา ต่อไป

หรือแม้แต่ตัวเด็กเองก็ต้องปลูกฝังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเล่านิทานที่สอดคล้องกับการสร้างลักษณะนิสัยที่ดีต่อทันตสุขภาพ การฝึกกินผักและผลไม้มากขึ้น ตลอดจนการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ความรุนแรง แนวโน้มของโรคที่เกิดในเขตอำเภอบ้านโฮ้ง ต่อสาธารณชนทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนัก เห็นความสำคัญ และหาแนวทางร่วมกันวิเคราะห์ และวางแผนแก้ไขป้องกันปัญหาดังกล่าว

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ และไม่เข้าร่วมโครงการฯ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลอนามัยช่องปาก ทั้ง 3 ด้าน คือการบริโภคนมขนม เครื่องดื่มรสหวาน และผักผลไม้ การทำความสะอาดช่องปากเด็ก การตรวจสุขภาพช่องปาก และการรับบริการทันตกรรม เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ซึ่งมีระดับสูงพอที่จะสามารถได้มีโอกาสศึกษาเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จากสื่อต่างๆ การได้มีโอกาสพบทันตบุคลากรที่ได้ให้ความรู้ทุกครั้ง จากการมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี จึงทำให้เกิดทักษะสำหรับการปฏิบัติตนที่มีแนวโน้มในทิศทางที่ถูกต้องในการดูแลอนามัยช่องปากเด็ก ประกอบกับการเข้าถึงของทันตบุคลากรในการเข้าไปให้ความรู้มารดาในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การไปให้ลูกศึกษายังศูนย์เลี้ยงเด็ก ครูพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลเด็ก ทำให้ผลของการศึกษาของกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการกับไม่เข้าร่วมโครงการ ไม่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การตรวจสถานะฟันผุ สภาวะอนามัยช่องปาก ของเด็กอายุ 2-3 ปี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุ 2 ปีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้องระมัดระวังการนำผลการศึกษาที่ได้ไปเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นให้เหมาะสม

2. การใช้เกณฑ์ในการลงทะเบียน กับการมาฝึกทักษะการแปรงฟัน ของกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจจะส่งผลให้การศึกษาไม่มีความแตกต่างกันกับการเข้าร่วมโครงการ และไม่เข้าร่วมโครงการ และรูปแบบกิจกรรมที่โรงพยาบาลดำเนินการยังจึงไม่สมบูรณ์มากนัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินผลการศึกษา โดยการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในเด็กกลุ่มอายุ 2-3 ปี กับสถานะฟันผุ สถานะอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของเด็กโดยมารดา ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และพบว่าความชุกของโรคฟันผุสูงในกลุ่มอายุ 2 ปีมีมาก จึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลาอีก 5-6 ปี เพื่อการติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป
2. โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระย่า เป็นโครงการที่กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญ ในการดูแลอนามัยช่องปากที่เริ่มต้นจากแม่สู่ลูก มีการส่งเสริม ป้องกัน ในกลุ่มมารดา และเด็กอายุ 0-3 ปี อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความยั่งยืน จึงควรมีการพัฒนา ปรับปรุง และสร้างรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนดำเนินงานให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
3. การศึกษาด้านพฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปากของมารดาที่ไม่เหมาะสม ในแง่มุมอื่นๆ เช่น การศึกษาทางด้านสังคมวิทยา จิตวิทยา ของมารดาที่ปล่อยให้ลูกนอนหลับคาขวดนม การให้ลูกดูนมมือถือก๊ เป็นต้น