

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับสภาวะฟันผุและพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ โดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 2 – 5 ปีนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. สภาวะฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน
2. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

1. สภาวะฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

การเกิดฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กเล็กนั้นมักเกิดบริเวณฟันหน้าบนก่อน ตามด้วยฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งบนและล่าง ฟันเขี้ยว และฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองตามลำดับ การกระจายของฟันผุในฟันน้ำนมขึ้นขึ้นอยู่กับลำดับการขึ้นของฟัน ระยะเวลาที่มีการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม และลักษณะการทำงานของกล้ามเนื้อในการดูด (Milnes, 1996) ส่วนในเด็กที่อายุมากกว่า 30 เดือนที่ไม่มีฟันหน้าผุก็อาจพบฟันผุในตำแหน่งด้านบดเคี้ยว และด้านประชิดของฟันน้ำนม (Johnsen and others, 1987 และ Greenwell and others, 1990) ซึ่งการผุในระยะนี้มักจะเกี่ยวข้องกับการที่ฟันมีลักษณะของการสัมผัสด้านประชิดที่กว้าง และแน่น ร่วมกับการไม่ได้ทำความสะอาดซอกฟันทำให้มีโอกาสเกิดฟันผุมากขึ้น และการถูกลามของฟันผุในฟันน้ำนมนี้จะถูกลามสู่โพรงประสาทฟันได้เร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันน้ำนมที่บางกว่า (Johnsen, 1994) และจากการศึกษาพบว่าฟันน้ำนมที่ผุในระยะเริ่มแรก จะสามารถถูกลามเป็นฟันผุได้ในเวลา 6 – 12 เดือน (Weinstein and others, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grindejford *et al*, (1995) ที่ติดตามฟันผุในระยะเริ่มแรกในเด็กอายุ 2.5 ปี พบว่าร้อยละ 64 กลายเป็นฟันผุภายในเวลา 1 ปี ส่วนการถูกลามของฟันผุนั้นพบว่าในเด็กที่เริ่มมีฟันผุอายุน้อย พบว่ามีการถูกลามของฟันผุได้เร็ว และจะมีจำนวนฟันผุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับเด็กที่มีฟันผุในอายุที่มากกว่า จากการศึกษาของพัชรารธรรม ศรีศิลป์นันท์ (2532) ที่ได้สำรวจการเกิดฟันผุของฟันน้ำนมในเด็ก 2 – 6 ปี ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีอัตราฟันผุถึงร้อยละ 74.1 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.87 ซี่ต่อคน และธนัชพร บุญเจริญและคณะ(2535) ทำการตรวจฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในช่วง 1 – 5 ปีที่มาตรวจในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่

พบมีอัตราฟันผุ ร้อยละ 58 และค่าเฉลี่ยฟันผุ อุค ถอน เท่ากับ 4.22 ซึ่งต่อคน ส่วนการศึกษาของจุฬามาศ (2538) ซึ่งได้สำรวจทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วงอายุ 2 – 5 ปี จำนวน 329 คน ในจังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราฟันผุในฟันน้ำนมคิดเป็นร้อยละ 63.59 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุค ถึง 5.33 ซึ่งต่อคน ส่วนผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติในปี 2543 – 2544 ของกองทันตสาธารณสุข พบว่าเด็ก 3 ปี และ 5 ปี ในภาคเหนือมีอัตราฟันผุเป็นร้อยละ 67.0 และ 85.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุค เท่ากับ 3.8 ซึ่งต่อคน และ 5.7 ซึ่งต่อคนตามลำดับ ส่วนการสำรวจสถานะทันตสุขภาพในเด็ก 3 ปี และ 5 ปี ของจังหวัดลำปาง โดยฝ่ายทันตสาธารณสุขจังหวัดลำปางตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมานั้น พบมีอัตราฟันผุ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุค ดังนี้

อำเภอ	อายุ 3 ปี			อายุ 5 ปี		
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
เมือง	68.75	62.70	66.21	78.95	86.67	86.76
แม่เมาะ	74.67	69.66	77.39	91.23	83.33	87.27
เกาะคา	46.67	52.00	62.40	77.65	78.49	81.67
เสริมงาม	51.43	46.67	61.82	84.00	75.76	85.58
งาว	62.67	68.00	65.00	74.12	83.00	84.21
แจ้ห่ม	53.33	51.11	57.02	66.25	72.22	84.55
วังเหนือ	64.00	59.34	67.20	78.75	77.53	86.27
เถิน	69.33	54.00	64.29	88.24	88.3	82.5
แม่พริก	78.33	63.51	75.32	75.00	91.76	87.95
แม่ทะ	56.00	50.00	50.82	81.18	88.30	80.00
สบปราบ	61.43	66.25	67.27	88.57	86.25	86.00
ห้างฉัตร	45.33	45.45	46.83	85.00	71.26	71.43
เมืองปาน	64.29	64.71	75.13	88.00	88.89	78.57
รวม	61.05	57.89	64.01	81.26	82.49	83.19
dmit เฉลี่ย (ซี/คน)	3.45	3.28	3.92	5.36	5.28	6.30

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2548)

และจะสามารถจัดระดับความรุนแรงของสภาวะฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแบ่งตามค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมในกลุ่มเด็ก 3 ปี และ 5 ปี ได้ดังนี้ (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2548)

ค่า dmft เฉลี่ย (ซี่/คน)	ระดับความรุนแรง
0.0 – 3.0	ระดับต่ำมาก (very low)
3.1 – 4.0	ระดับต่ำ (low)
4.1 – 6.0	ระดับปานกลาง (moderate)
6.1 – 8.0	ระดับสูง (high)
> 8.0	ระดับสูงมาก (very high)

ลักษณะการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเช่นเดียวกับลักษณะการเกิดโรคฟันผุชนิดลูกกลมในฟันหน้าของฟันน้ำนม (Early Childhood Caries : ECC หรือ Nursing Caries) ซึ่งเป็นการผุลูกกลมชนิดหนึ่งซึ่งมีลักษณะพิเศษ คือ ฟันน้ำบนจะผุลูกกลมมากในขณะที่ฟันหน้าล่างมีรอยผุน้อยมากหรือไม่มีเลย (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2541 และ Ripa, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 5 – 6 ปี ในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 (กองทันตสาธารณสุข, 2545) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะดา ประเสริฐสม (2545) ที่พบว่าฟันน้ำบนของเด็กก่อนวัยเรียนจะเริ่มพบว่าผุเมื่อเด็กอายุได้เพียง 9 เดือน จะพบว่ามี การผุมากที่สุดในช่วง 1 – 2 ปี และในระหว่างอายุ 2 – 3 ปีนั้นจะพบการผุในฟันกรามน้ำนมสูงชันอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเริ่มผุในฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งก่อน ส่วนฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองซึ่งขึ้นทีหลังจะผุช้ากว่า และจะผุมากกว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และพบว่าฟันกรามล่างจะผุมากกว่าฟันกรามบน

2. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนสามารถแบ่งเป็น 3 พฤติกรรมหลัก ๆ คือ

1. การดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก
2. การดูแลความสะอาดช่องปากเด็ก
3. การดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

1. การดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก

อาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ(cariogenic diet) เป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิด ECC (Early Childhood Caries) ซึ่งอาหารชนิดนี้จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อ Streptococcus mutans อย่างรวดเร็ว และเด็กที่ชอบบริโภคอาหารเหล่านี้จะมีปริมาณของเชื้อดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 60 ของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งในระบบนิเวศของช่องปากดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดการย่อยสลายแร่ธาตุออกจากตัวฟันอย่างรวดเร็ว อาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันน้ำนม ได้แก่ นม รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

1.1 นม

นมถือเป็นอาหารหลักสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และหลังจากนั้นนมจะใช้เป็นอาหารเสริม ซึ่งนมสำหรับเด็กอาจจะเป็นนมมารดาหรือนมผงดัดแปลง และส่วนใหญ่ทำมาจากนมวัว เช่น นมดัดแปลงสำหรับทารก หรือนมสูตรต่อเนื่องเป็นต้น ถึงแม้ว่านมส่วนใหญ่มี Lactose เป็นส่วนประกอบ ซึ่งแบคทีเรียสามารถใช้น้ำตาลชนิดนี้ทำให้เกิดกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่น แต่อย่างไรก็ตามนมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติช่วยในการป้องกันฟันผุ เช่น โปรตีน แคลเซียม และฟอสเฟส ซึ่งจะช่วยสะท้อนความเป็นกรดและช่วยให้เกิดการคืนกลับแร่ธาตุสู่ตัวฟัน (remineralization) ได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัวจัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย (Levine, 2001) หากแต่สิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดโรคฟันผุจากการเลี้ยงเด็กด้วยนมได้คือวิธีการเลี้ยงและการเติมสารอื่นๆ เข้าไปในนม เช่น น้ำตาล น้ำผึ้งหรือกลูโคส เป็นต้น จากการศึกษาในหนูด้วยการเติมน้ำตาลซูโครสร้อยละ 2 ลงในนมพบว่าทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเติมน้ำตาลเป็นร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ (Bowen and Pearson 1993) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Seow(1998) ซึ่งพบว่าถ้ามีการเติมน้ำตาลในนม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเกิดโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น ส่วนชนิดของนมที่ทรงธรรมชาติ สุกคนชาภิรมย์ พัทลุง และระวีวรรณ ปัญญาภม(2539) ได้รายงานไว้ว่า เด็กที่ดื่มนมหวานในช่วงอายุ 0 – 2 ปี จะมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะแปรงฟันเป็นประจำ และกลุ่มที่ดื่มนมจืดจะแปรงฟันไม่สม่ำเสมอก็ตาม

สำหรับวิธีการเลี้ยงเด็กด้วยนมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการก่อให้เกิดโรคฟันผุนิด ลูกกลมในฟันหน้าของฟันน้ำนม (ECC) การให้เด็กหลับคาขวดนมนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Reisine and Douglass, 1998) จากการศึกษาของ สมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ(2547) ซึ่งได้ทำการศึกษาในเด็กอายุ 6 – 30 เดือนที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการหลับคาขวดนมถึงร้อยละ 26.2 และเด็กมีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดูดนมจนหลับคาขวดถึง 1.4 เท่า และถึงแม้ว่าเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มักจะพบว่า มีอัตราการเกิดโรคฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยนมขวดก็ตาม แต่ก็มีรายงานว่าเด็กที่แม่ให้การเลี้ยงดูโดยที่เด็กสามารถดูดนมแม่ได้ตลอดเวลาตามต้องการนั้นจะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุอย่างรุนแรงได้เช่นเดียวกัน (Matee and others, 1992) แต่หากมีการดูดน้ำตามหลังจากดูดนมจะช่วยให้การเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมลดลงได้ ซึ่งชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย(2541) ได้ทำการศึกษาในเด็กอายุ 2 – 6 ปี พบว่า เด็กกลุ่มที่ไม่ได้ดูดน้ำตามหลังการดูดนมมีอัตราฟันผุถอน อุด เฉลี่ยเป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็กที่ดูดน้ำหลังดูดนม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์(2542) วรางคณา อินทโลหิต(2545) และสมนึก ซาญด้วยกิจ และคณะ(2547) ที่พบว่า การนอนหลับคาขวดนมและการไม่ได้ดื่มน้ำตามภายหลังการดื่มนมล้วนเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดฟันผุ ซึ่ง Febres et al.(1997) พบว่า เด็กที่เลิกดูดนมจากขวดหรือหยุดกินนมแม่หลังอายุ 14 เดือนจะมีโอกาสเกิดฟันผุได้สูง ส่วนปิยะดา ประเสริฐสมและคณะ(2546) พบว่าเด็กมักจะถูกเลี้ยงดูด้วยนมแม่ในช่วง 3 เดือนแรกและตามด้วยนมขวด อายุเฉลี่ยที่เลิกนมขวดคือ 39.31 เดือน และวรางคณา อินทโลหิต(2545) พบว่าในเด็กที่ฟันไม่ผุนั้นผู้เลี้ยงดูจะให้บุตรหลานหย่านมแม่หรือนมขวดเมื่ออายุไม่เกินขวบครึ่ง และพบว่าเด็กที่มีฟันผุจะหย่านมช้า คือ 2 – 4 ปี และเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า 24 เดือนจะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 24 เดือน(Dini and others, 2000) ซึ่งก็นับว่าระยะเวลาในการเลี้ยงเด็กด้วยนมเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดฟันผุในเด็กปัจจัยหนึ่ง และจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกาให้มนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิด วิธีการเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นม การดูดนมเมื่อติด และการใช้ขวดนมเป็นเครื่องมือกล่อมนอน หรือการหลับคาขวดนมแล้ว การที่เด็กดูดนมอยู่เป็นเวลานานๆ ก็นับเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ Derkson and Ponti (1982) ได้รายงานว่า เด็กที่มีฟันผุชนิดลุกลามในฟันหน้าของฟันน้ำนม (ECC) จะถูกเลี้ยงด้วยนมเฉลี่ยวันละ 8.3 ชั่วโมง เทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุชนิดลุกลามในฟันหน้าของฟันน้ำนม (ECC) ซึ่งจะถูกเลี้ยงด้วยนมเฉลี่ยเพียงวันละ 2.2 ชั่วโมงเท่านั้น การที่เด็กเข้านอนพร้อมขวดนมและหลับคาขวด นับเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มระยะเวลาการดูดนมของเด็ก และทำให้เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้มาก นอกจากนี้ของเหลวที่ใส่ในขวดนมให้เด็กดูด เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือ การเติมน้ำตาล น้ำผึ้งลงในนมและน้ำดื่มล้วนมีส่วนที่ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับปริมาณ และความถี่ที่ได้รับอีกด้วย(Davenport, 1990)

1.2 อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลถือขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ซึ่งได้แก่ ปริมาณน้ำตาลที่บริโภคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและได้มีการการศึกษาในระดับประเทศ เพื่อหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ซึ่ง Sreebny (1982) ได้

แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับโรคฟันผุโดยใช้ข้อมูลจาก 47 ประเทศว่า การบริโภค น้ำตาลสามารถอธิบายการเกิดโรคฟันผุได้ถึง 50% และเสนอว่าปริมาณน้ำตาลที่สามารถบริโภคได้ อย่างปลอดภัยนั้นไม่ควรเกิน 50 กรัม/วัน หรือ 18.5 กิโลกรัม/ปี ในขณะที่ Sheiham (1991) ได้ เสนอตัวเลข 40 กรัม/วันสำหรับพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคพอเพียง และ 30 กรัม/วันในพื้นที่ ที่ไม่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ส่วนคุณสมบัติของอาหารที่จะมีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุได้นั้นซึ่ง Edmonson(1990) ได้สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้ คือ

1. ชนิด และปริมาณน้ำตาลในขนม ซึ่งขนมของเด็กส่วนใหญ่จะประกอบด้วยแป้ง และ น้ำตาล ยิ่งมีน้ำตาลในปริมาณมากแบคทีเรียจะยิ่งใช้น้ำตาลในการสร้างกรดได้เพิ่มขึ้น ส่วนอาหาร จำพวกแป้งตามปกติถ้าไม่อมไว้เป็นเวลานาน หรือไม่ผสมน้ำตาลลงไป จะไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด โรคฟันผุ ดังนั้นการอมข้าว หรือพวกแป้งจะมีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคฟันผุ

2. ความเป็นกรดของอาหาร อาหารที่มีทั้งน้ำตาลและความเป็นกรดสูง เช่น เครื่องดื่มที่มี รสเปรี้ยว และน้ำอัดลมหากบริโภคบ่อยๆจะส่งผลให้ฟันกร่อนไม่เรียบ และเป็นที่สะสมของแบคทีเรีย ได้มากขึ้น

3. ความสามารถในการติดค้างในช่องปากของอาหาร

4. ความถี่ และลำดับของการบริโภคถึงแม้ว่าตามปกติหลังรับประทานอาหารเสร็จน้ำลาย จะกำจัดกรดได้หมดโดยใช้เวลาประมาณ 20 – 40 นาที แต่การรับประทานขนมบ่อยๆตลอดเวลา จะทำให้แบคทีเรียในปากสร้างกรดตลอดเวลาที่มีผลทำให้ฟันผุได้เร็วขึ้น และสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ(2547)ได้ประยุกต์เกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงของกลุ่มขนมและเครื่องดื่มของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ ได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่เสี่ยงสูงได้แก่ ลูกอม ขนมไทย ขนมแป้งกรอบ ถั่วเคลือบแป้งต่างๆ น้ำอัดลม

2. กลุ่มที่เสี่ยงปานกลางได้แก่ กลุ่มขนมไข่ เค้กต่างๆ เยลลี่

3. กลุ่มที่เสี่ยงต่ำ ได้แก่ ผลไม้ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำแข็งไส

ซึ่งได้พบว่ากลุ่มที่บริโภคอาหารกลุ่มที่เสี่ยงสูงเป็นประจำจะมีฟันผุมากกว่ากลุ่มที่บริโภค อาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน Vanobberg *et al* (2000) พบว่าการดื่มเครื่องดื่ม ผลมน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารทุกวัน และการรับประทานขนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้งต่อวันเป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การกินขนมหรือ อาหารก็เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคฟันผุเช่นกัน โดยพบว่าเด็กที่กินขนมมากกว่า 3 ครั้ง/วัน จะมีสภาวะฟันผุมากกว่าเด็กที่กินน้อยกว่า (Grytten *et al*, 1998 และสมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ, 2547) และจากการศึกษาของนาถนรินทร์ หอสังกุล (2539) พบว่าการรับประทานอาหารว่างระหว่าง มื้อวันละมากกว่า 3 มื้อมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ และ Karjalainen (2006) พบว่าการบริโภค

อาหารที่เติมน้ำตาลหรือบริโภคนมหวานของเด็กอายุ 3 ปีเพียงสัปดาห์ละครั้ง จะเริ่มพบการเพิ่มของฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้มักจะไม่สามารถแสดงให้เห็นได้หากมีการวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ ซึ่งอิทธิพลของปริมาณและความถี่ของการบริโภคน้ำตาลต่อการเกิดโรคฟันผุนั้นยังเป็นประเด็นที่เป็นข้อถกเถียงกันในปัจจุบัน และจากการทบทวนเอกสารของ Sheilham (2001) ได้แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ของปริมาณและความถี่ของการบริโภคน้ำตาลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและปัจจุบันพบว่าเด็กกินนมมากจนมีผลต่อสุขภาพกายโดยรวมเนื่องจากพลังงานที่ได้จากนมเป็นพลังงานที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งสมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ (2547) พบว่าเด็กจะเริ่มบริโภคนมกรูบกรอตั้งแต่อายุเพียง 6 เดือนโดยที่เด็กเล็กจะกินนมตั้งแต่ 1 – 2 รายการต่อวัน และ เด็กที่กินนม 1 – 2 รายการมีถึงร้อยละ 64.6 เมื่อพิจารณาความถี่ในการกินนมพบว่าเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ส่วนใหญ่จะกินนม 1 รายการต่อวัน โดยจะมีค่าขนมเฉลี่ย 7.1 บาท ขณะที่เด็กอายุ 13 – 24 เดือนจะกินนม 1 – 2 รายการ มีค่าขนมเฉลี่ย 11.9 บาทต่อ 2 รายการ ส่วนกลุ่มอายุ 25 – 30 เดือนจะกินนม 2 – 3 รายการต่อวัน และจะมีค่าขนมเฉลี่ยถึง 17.6 บาทต่อ 3 รายการ

1.3 ผัก และผลไม้

จากการศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ(2547) พบว่าปัจจุบันเด็กบริโภคผักเป็นประจำทุกวันเพียงร้อยละ 52.4 ที่เหลือเป็นกลุ่มที่ไม่กินผัก หรือกินผักบางชนิด และพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะมีฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่กินผักอย่างชัดเจน ซึ่งมักสืบเนื่องมาจากการที่ผู้เลี้ยงดูตามใจเด็กในเรื่องอาหารการกิน ทำให้เด็กกว่าครึ่งไม่ได้ถูกฝึกให้กินผักตั้งแต่วัยเด็กเล็ก นานวันจึงกลายเป็นนิสัยไม่กินผัก ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

2. การดูแลความสะอาดช่องปากเด็ก

การทำความสะอาดช่องปากเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก วิธีที่ใช้เพื่อการทำความสะอาดฟันของเด็กส่วนใหญ่คือ การแปรงฟัน โดยที่อายุที่เริ่มต้นแปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน และการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ล้วนมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กซึ่ง Eronat and Eden (1992) พบว่า เด็กที่มี nursing caries จะมีจำนวนผู้ไม่แปรงฟันมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุมที่ไม่มี nursing caries ส่วนความถี่ในการแปรงฟันนั้นก็ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุเช่นกัน (Vanobbergen and others, 2001; Ashby and others, 1999; Gibson and William, 1999) โดยพบว่า การแปรงฟันบ่อยๆ นั้นมีผลช่วยลดฟันผุได้เนื่องจากเป็นป้องกันการก่อตัวของเชื้อแบคทีเรีย อีกทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุระยะแรกได้ (Moss,1996) ซึ่งวรางคณา อินทโลหิต(2545)

ได้แนะนำให้เริ่มแปรงฟันเมื่อเด็กมีฟัน 2-4 ซี่ และต้องมีผู้ดูแลการแปรงฟันอย่างใกล้ชิด ซึ่งก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ และคณะ(2547) พบว่าการแปรงฟันเป็นประจำของเด็ก หรือการแปรงฟันให้เด็กล้วนมีผลต่อฟันผุ Gibson and William (1999) พบว่าการแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร ซึ่งผลของการแปรงฟันมาจากยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และวิธีการแปรงฟันนั้นจะต้องสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ด้วยอย่างไร ก็ตามในเด็กเล็กที่พัฒนาการของกล้ามเนื้อมือยังไม่ดีพอ ยังมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเด็ก โดยผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้เด็กซึ่งจะทำให้สามารถดูแลความสะอาดได้ดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง หากแต่ในเด็กไทยนั้นผู้ปกครองมักปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองเนื่องจากไม่มีเวลา และคิดว่าเด็กมีความสามารถพอที่จะแปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งเด็กก็ไม่ยอมให้แปรงให้(วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545) และส่วนใหญ่ของผู้ปกครองมักจะมีทัศนคติในการดูแลความสะอาดในช่องปากเพื่อการเข้าสังคม ดังนั้นส่วนใหญ่จึงพอใจให้เด็กแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง ซึ่งมักเป็นเวลาในตอนเช้า (หฤทัย สุขเจริญ โภทศ, 2545) สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการแปรงฟันสม่ำเสมอวันละ 2 ครั้ง จะมีอนามัยช่องปากสะอาดสูงกว่า และแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันสม่ำเสมอเพียงวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มที่ไม่แปรงฟันสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มเด็กที่มีอนามัยช่องปากไม่สะอาดนั้นมีปัญหาโรคฟันผุสูงกว่ากลุ่มเด็กที่มีอนามัยช่องปากสะอาดถึง 6 เท่า ส่วนอายุที่เริ่มต้นในการแปรงฟันก็นับเป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวหนึ่งในการทำความสะอาดช่องปาก พบว่าเด็กที่เริ่มแปรงฟันหลังอายุ 1 ปี จะมีฟันผุเพิ่มมากขึ้น (Vanobbergen and others, 2001 ; Wendt and others, 1994)และในการศึกษาของวิภาพร ล้อมสิริอุดม(2545) และสุนีย์ พลภานุมาศ(2546) พบว่าเด็กจะเริ่มแปรงฟันช้ากว่าที่ควร พบว่าผู้ปกครองจะเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กต้องการเลียนแบบผู้ใหญ่ และเหตุที่ผู้ปกครองจะเริ่มแปรงฟันให้เด็กในช่วงวัยนี้เนื่องจากเข้าใจว่าควรแปรงให้เมื่อฟันของเด็กขึ้นครบเต็มปากแล้ว โดยผู้ปกครองจะฝึกให้ระยะหนึ่งแล้วปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ในครอบครัวที่เด็กฟันไม่ผุผู้ปกครองจะคอยช่วยดูแลหรือแปรงซ้ำให้ แต่ปัญหาสำคัญที่พบคือเด็กไม่ยอมให้แปรง ประกอบกับความคิดของผู้ปกครองที่ว่าเด็กสามารถแปรงฟันเองได้แล้วจึงปล่อยให้เด็กแปรงเอง และมักให้เด็กแปรงตอนเช้า ส่วนตอนเย็นให้แปรงพร้อมกับอาบน้ำ เนื่องจากเด็กสนใจแปรงเองได้โดยไม่ต้องบังคับ (ฉลองชัย สกลวสันต์, 2547) ส่วนสุนีย์ พลภานุมาศ (2546) พบว่าแม่จะเริ่มแปรงฟันให้เด็กครั้งแรกเมื่ออายุ 1 ปี ถึงร้อยละ 71.8 และเริ่มให้เด็กแปรงฟันเองที่อายุ 1-2 ปีถึงร้อยละ 63.9 ส่วนเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 24.8 และเด็กอายุ 4-5 ปีจะแปรงฟันเองโดยไม่มีผู้ใหญ่ดูแลถึงร้อยละ 87 เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ (2546) ที่รายงานว่าเด็กเริ่มแปรงฟันเองครั้งแรกเมื่ออายุ 25 เดือน

3. การดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

จากการศึกษาของพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2532) ที่ศึกษาอัตราของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเด็กที่พบ rampant caries จะไปพบทันตแพทย์มากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มี ซึ่งสาเหตุที่พาเด็กไปเพราะเด็กปวดฟัน เนื่องจากฟันผุ ส่วนการพาเด็กไปตรวจเช็คเฉยๆ จะน้อยกว่า ส่วนมารดาที่พาเด็กไปรับบริการทันตกรรมป้องกันนั้นมีน้อยมากเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

