

ประสิทธิผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ใช้ชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับการเยี่ยมบ้านในเด็กอายุ 0-2 ปี Effectiveness of Village Health Volunteer Using Dental Care Kit for Home Visit in 0-2 Years Old Children

วสุนทรีย์ ชันธรรม¹, ปิยะนารถ จาติเกต², อุบลวรรณ ธีระพิบูลย์³

¹กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

²สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Wasuntharee Kantam¹, Piyanart Chatiketu², Ubonwan Theerapiboon³

¹Dental Department, Nakornping Hospital, Chiang Mai

²Division of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

³Division of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม. ทันตสาร 2557; 35(1) : 119-130

CM Dent J 2014; 35(1) : 119-130

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปี โดยผู้ดูแลเด็กและเปรียบเทียบอนามัยช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปี ก่อนและหลังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าเยี่ยมบ้านโดยใช้ชุดดูแลสุขภาพช่องปาก

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กจำนวน 32 คน ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเจดีย์แม่ครัว อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และ อสม. จำนวน 16 คน ที่ได้รับการอบรมทันตสุขศึกษา สาธิตและฝึกการทำความสะดวกช่องปากให้แก่เด็กโดยใช้ชุดอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากในการเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม 2556 ถึง มิถุนายน 2556 โดย อสม. เข้าเยี่ยมบ้านโดยใช้ชุดอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก

Abstract

Objective: This study aimed to compare child oral care behavior by the children's caregivers before and after home visits with the use of a dental care kit by village health volunteers (VHVs). The oral hygiene of the participating children before and after home visits was also compared.

Material and methods: All 16 VHVs were trained in oral health and in the use of dental care kits for children at home visits. Caregivers of 32 participating children (aged 0-2 years old) in San-sai District, Chiang Mai Province were instructed once by VHVs in the use of the dental care kits. Data from 32 pairs of participating children

Corresponding Author:

ปิยะนารถ จาติเกต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Piyanart Chatiketu

Assistant Professor; Dr., Department of Community Dentistry,
Faculty of Dentistry, Chiang Mai University,
Chiang Mai 50200, Thailand

E-mail: pichatiketu@yahoo.com

สำหรับเด็ก 0-2 ปีในการให้ความรู้ทันตสุขศึกษาร่วมกับการสาธิตและฝึกทักษะการแปรงฟันให้แก่ผู้ดูแลเด็กจำนวน 1 ครั้งหลังการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากการใช้แบบสอบถามในผู้ดูแลเด็ก และส่วนที่ 2 การตรวจอนามัยช่องปากในเด็กจากการใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ข้อมูลที่ได้ถูกนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แยกเป็นข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติการทดสอบคอคอรานคว และเปรียบเทียบข้อมูลดัชนีคราบจุลินทรีย์โดยใช้สถิติการทดสอบฟรیدแมน และการทดสอบวิลค็อกซันไซด์แรนก์

ผลการศึกษา: การที่ อสม. เข้าเยี่ยมบ้านโดยใช้ชุดอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปีในการให้ความรู้ทันตสุขศึกษาร่วมกับการสาธิต และฝึกทักษะการแปรงฟันให้แก่ผู้ดูแลเด็กมีประสิทธิภาพทั้งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็กและอนามัยช่องปากของเด็ก โดยพบว่า มีการลดพฤติกรรมการเคี้ยวหรืออมอาหารก่อนป้อนแก่เด็ก มีการแปรงฟันให้แก่เด็กเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้แก่เด็กที่มีฟันขึ้นสู่ช่องปาก ตลอดจนมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องเชื้อก่อโรคฟันผุนั้นสามารถถ่ายทอดจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้ผ่านทางน้ำลายเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ดัชนีคราบจุลินทรีย์ของเด็กพบว่ามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีพฤติกรรมบางส่วนที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในระยะเวลาที่ศึกษา ได้แก่ การบริโภคขนมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

บทสรุป: อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่สามารถช่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปีได้ และน่าจะมีการขยายผลโดยการพัฒนาเชิงระบบต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุดดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก อนามัยช่องปากของเด็ก

and caregivers were collected monthly during the months of March to June 2013. Data on child oral health care behavior by caregivers were collected by using questionnaires. Oral hygiene determined by plaque index was recorded after oral examination. Data were analyzed using descriptive statistics, the Cochran Q test, the Friedman test and the Wilcoxon Signed-Rank test.

Results: This study revealed that the use of dental care kits at home visits by VHVs affected the child oral care behavior of their caregivers and also their oral hygiene. Significant changes of caregivers' oral care behavior after home visits included decreased pre-chewing and pre-tasting of food, increased use of toothbrush and toothpaste in dentate children, and improved caregivers' knowledge of vertical transmission ($p\text{-value} < 0.05$). Moreover, the plaque index at the end of the study decreased significantly ($p\text{-value} < 0.01$). Unfortunately, although there was improvement in caregivers' knowledge about the negative consequences of frequent intake of snacks, the snack consumption increased significantly after intervention ($p\text{-value} < 0.05$).

Conclusions: VHVs are community residents who assist with educating people about proper oral health care to the local community. The use of dental care kits for home visits by them has been shown to be a practical and effective method for improving the oral hygiene of children at ages 0-2 years. This intervention should be further expanded to the national oral health system

Keywords: Village health volunteers (VHVs), Dental care kits, Caregiver's oral care behavior, Children's oral hygiene.

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early childhood caries; ECC) เป็นปัญหาที่รุนแรงของสุขภาพช่องปาก แม้พบว่า ความชุกของฟันผุในฟันน้ำนมจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2539-2550 และครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2555 ในทั้งกลุ่มอายุ 3 ปีและ 5 ปี จะมีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ในกลุ่มอายุ 3 ปี ลดลงจากร้อยละ 61.4 เป็น ร้อยละ 51.7 และในกลุ่ม 5 ปี ลดลงจากร้อยละ 80.6 เป็น ร้อยละ 78.5^(1,2) แต่ก็ยังจัดอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดฟันผุขึ้นอีกเมื่อโตขึ้น⁽³⁾ ทั้งนี้ โรคฟันผุนั้นมีสาเหตุที่เกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ อาหาร ตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม โดยในเด็กเล็กนั้นบุคคลที่สำคัญคือผู้เลี้ยงดูที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลือกอาหารให้เด็กบริโภค รวมถึงการดูแลสุขภาพและการทำความสะอาดร่างกายของเด็ก ในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากจะพบว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูมักขาดการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพช่องปากด้วย⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การถ่ายทอดเชื้อก่อฟันผุสู่เด็กผ่านการถ่ายทอดทางน้ำลายโดยการชิมหรือเคี้ยวอาหารก่อนการป้อนให้แก่เด็ก^(3,5,6,7,8) การนอนหลับคานมขวด โดยพบว่าเด็กส่วนใหญ่ที่หลับคานมขวดจะพบว่ามีฟันผุด้วย⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้นเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งในหลายประเทศทั่วโลกนั้นมีระบบบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ^(10,11,12,13,14) ที่มีเป้าหมายหลัก คือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่แม่ของเด็กตั้งแต่ก่อนคลอดและหลังคลอดบุตรเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของโรคฟันผุ โดยให้ความรู้และบริการในสถานบริการโดยทันตบุคลากร ซึ่งพบว่า การพบทันตแพทย์เป็นประจำและได้รับการประเมินความเสี่ยงฟันผุนั้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้ดี⁽¹⁵⁾ แต่การให้ทันตสุขศึกษานั้นยังจำกัดอยู่ในวงทันตบุคลากร ทำให้การส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมหนึ่งที่น่าจะทำให้เกิดความต่อเนื่องคือ การเยี่ยมบ้าน ที่สามารถเข้าถึงผู้เลี้ยงดูโดยตรงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ดูแลโรคเรื้อรัง โรคระบาดและโรคติดต่อตามฤดูกาล ตลอดจนการแนะนำการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วย ซึ่งการเยี่ยมบ้านนี้อาจจะทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม. ผู้ซึ่งเป็นคนในชุมชนที่อาสาทำ

หน้าที่ดูแลด้านสาธารณสุขแก่คนในชุมชนของตนเอง^(13,16,17) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเยี่ยมบ้านเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมป้องกันโรคในเด็กก่อนวัย 1 ปี และลดค่ารักษาทางทันตกรรมและลดการเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้⁽¹⁸⁾ การศึกษานี้จึงใช้การเยี่ยมบ้านโดย อสม. ในการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ร่วมกับการใช้สื่อในการสาธิตการทำมาสะอาด และศึกษาถึงประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านของ อสม. ครั้งนี้ โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปีโดยผู้ดูแลเด็ก ซึ่งในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และความรู้เกี่ยวกับฟันผุ นอกจากนี้ ยังยังเปรียบเทียบอนามัยช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปีโดยผู้ดูแลเด็กก่อนและหลัง อสม. เข้าเยี่ยมบ้านโดยใช้ชุดดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลาในหมู่บ้านเจดีย์แม่ครัว อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหมู่บ้านกึ่งชนบทกึ่งเมืองที่เด็กอายุ 0-2 ปีส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ดูแลเด็กที่บ้าน ชาวบ้านมีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งทำงานอยู่ในพื้นที่ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์แม่ครัวเป็นสถานบริการปฐมภูมิ และไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2556 ถึงมิถุนายน 2556 ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการเก็บข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมบ้านของ อสม. ส่วนการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการเก็บข้อมูลหลังการเข้าเยี่ยมบ้านของ อสม. โดยก่อนการเยี่ยมบ้าน อสม. จำนวน 16 คนจะได้รับการอบรมทักษะการดูแลทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็ก 0-2 ปีด้วยชุดอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปี ได้แก่ ผ้าสะอาด แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และแผ่นพับความรู้ เป็นเวลา 6 ชั่วโมงพร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม หากมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องเข้ารับการอบรมซ้ำอีกครั้ง และเข้าเยี่ยมบ้านหลังการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ทันทีโดยให้ทันตสุขศึกษา สาธิตและฝึกการทำมาสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ดูแลเด็ก ซึ่ง อสม. จะเข้าเยี่ยมบ้านตามหมู่บ้านของตนเองโดยเฉลี่ยอัตราส่วนความรับผิดชอบ อสม. ต่อผู้ดูแล

เด็ก 1:2 คน เข้าเยี่ยมบ้านหลังคาเรือนละประมาณ 15 นาที จำนวน 1 ครั้ง ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลทั้ง 4 ครั้ง จะเก็บ 2 ส่วน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากผู้ดูแลเด็กจำนวน 32 คน โดยใช้แบบสอบถามของผู้ดูแลเด็กและเด็ก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็ก ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และความรู้เกี่ยวกับฟันผุ และ (2) การสำรวจอนามัยช่องปากของเด็กทั้ง 32 คน โดยใช้แบบบันทึกตรวจฟันสำหรับเด็ก 0-2 ปีที่ดัดแปลงมาจาก Silness and Loe (1964) และ Santos, Séllos, Ramos, & Soviero (2007)^(19,20) ซึ่งแบ่งช่องปากเป็น 9 เซกซ์แทนต์ (Sextant) และตรวจคราบจุลินทรีย์ ด้านหน้า (Anterior) และด้านหลัง (Posterior) ของฟันซี่นั้นๆ ด้วยกระจกตรวจช่องปาก และผ้ากอซ (Gauze) เช็ดน้ำลายอย่างเบามือ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0 1 2 และ 3 ตามปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่สังเกตได้ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีคราบจุลินทรีย์ การตรวจทุกครั้งทำโดยผู้วิจัยตรวจที่บ้านของเด็ก ทั้งหมด 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยทั้งแบบทดสอบและแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกับกลุ่มทดลอง และผู้วิจัยได้ทำการวัดมาตรฐานการตรวจ (Gold standard) ได้ค่าความสอดคล้องกันแบบแคปปา (Measure of agreement Kappa) เท่ากับ 0.57 อยู่ในระดับใช้ได้ และสอบเทียบภายในตัวเอง (Intra-calibrated) โดยใช้เกณฑ์ของ WHO⁽²¹⁾ ได้ค่าเท่ากับ 0.85 อยู่ในระดับดี และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของอสม. ผู้ดูแลเด็กและเด็กใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้การทดสอบคอคอรานควิ (Cochran Q test) รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลดัชนีคราบจุลินทรีย์โดยใช้สถิติการทดสอบฟริดแมน (Friedman test) และการทดสอบวิลค็อกซันไซด์แรนจ์ (Wilcoxon Signed-Rank test) ซึ่งการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ สวัสดิภาพ และป้องกันภัยอันตรายของผู้ถูกวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 บริบทของชุมชน กระบวนการเตรียม อสม. และการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และ

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและอนามัยช่องปากของเด็ก

ตอนที่ 1 บริบทของชุมชน กระบวนการเตรียม อสม. และการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้านเจดีย์แม่ครัว

หมู่บ้านเจดีย์แม่ครัวตั้งอยู่ในตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเขตการปกครองของเทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว มีหมู่บ้านทั้งหมด 14 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 2,338 ครัวเรือน จำนวน 8,772 คน เป็นเพศชาย 4,163 คน เพศหญิง 4,609 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน วัยเด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุตามลำดับ ตั้งห่างจากตัวเมืองเป็นระยะทาง 22 กิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ใช้ภาษาพื้นเมือง และประกอบอาชีพทำการเกษตรปลูกพืชหมุนเวียน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่เข้าร่วมการวิจัย

อสม. ที่เข้าร่วมการวิจัยมีทั้งหมด 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.8 มีอายุเฉลี่ย 49.3 ± 9.0 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือ รับจ้างร้อยละ 43.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีวุฒิมัธยมศึกษาาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 62.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่เข้าร่วมวิจัย

Table 1 Number and percentage of village health volunteers

รายการ		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	1 (6.3)
	หญิง	15 (93.8)
อายุ	น้อยที่สุด	30
	มากที่สุด	58
	เฉลี่ย	49.3 ± 9.0
อาชีพ	รับจ้าง	7 (43.8)
	แม่บ้าน	4 (25.0)
	ทำนาทำสวน	4 (25.0)
	อื่นๆ	1 (6.3)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	10 (62.5)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (6.3)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (18.8)
	ปวช. ปวส.	2 (12.5)

1.3 กระบวนการเตรียม อสม. ก่อนการเยี่ยมบ้าน

อสม. ที่สมัครเข้าร่วมงานวิจัยได้รับการอบรมความรู้ทันตสุขศึกษาจำนวน 6 ชั่วโมงแบ่งเป็นภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมงโดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายเรื่องโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และภาคปฏิบัติ 3 ชั่วโมงโดยฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากในหุ่นจำลองด้วยชุดอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปี รวมถึงฝึกการบีบปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมกับวัย 0-2 ปี (พอเปียกแปรง) พร้อมทั้งทำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ซึ่งพบว่า อสม. ทุกคนสามารถสามารถทำคะแนนได้มากกว่าร้อยละ 80 ตามที่ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ รวมทั้งสามารถทำความสะอาดช่องปากในหุ่นจำลองได้อย่างถูกต้อง

1.4 การดำเนินงานของ อสม.

อสม. เข้าเยี่ยมบ้านตามหมู่บ้านของตนเองโดยเฉลี่ยอัตราส่วนความรับผิดชอบ อสม. ต่อผู้ดูแลเด็ก 1:2 คน เข้าเยี่ยมบ้านหลังคาเรือนละประมาณ 15 นาทีจำนวน 1 ครั้ง (หลังการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2)

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและอนามัยช่องปากของเด็ก

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก

ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 มีผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามจำนวน 40 คน แต่ต่อมามีผู้ดูแลเด็กย้ายถิ่นที่อยู่จำนวน 4 คน

เด็กเป็นโรคติดต่อกัน 1 คน และไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย 3 คน ดังนั้นจึงมีผู้ดูแลเด็กที่ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 4 ครั้งทั้งสิ้น 32 คน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 34.4 มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวนร้อยละ 34.4 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นแม่ร้อยละ 62.5 มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กตลอดทั้งวันร้อยละ 68.8 และข้อมูลทั่วไปของเด็กทั้งหมด 32 คนนั้นมีอายุเฉลี่ย 12.9 ± 6.0 เดือน มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $2,958.8 \pm 495.6$ กรัม ส่วนใหญ่คลอดตามกำหนด ร้อยละ 75.0 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 93.8 ส่วนใหญ่เด็กเป็นลูกคนแรกร้อยละ 81.3

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาแบ่งเป็น ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และความรู้เกี่ยวกับฟันผุของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง แบ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 เป็นข้อมูลก่อนที่ อสม. จะเข้าเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสอนทันตสุขศึกษา และการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานของ อสม.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง

Table 2 Number and percentage of diet behavior compared for 4 times

ข้อคำถาม	คำตอบ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ค่าสถิติ	p-value		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
การรับประทานนมของเด็ก	ดื่มนมแม่เท่านั้น	6 (26.1)	4 (17.4)	2 (8.7)	4 (17.4)	4.000	0.261		
	ดื่มนมผงหรือนมยูเอชที (UHT) รสจืด	12 (52.2)	13 (56.5)	12 (52.2)	8 (34.8)			2.478	0.479
	ดื่มนมผงหรือนม UHT รสหวาน	5 (21.7)	6 (26.1)	9 (39.1)	11 (47.8)				
การหัดบดนม	ใช่	17 (63.0)	18 (66.7)	18 (66.7)	14 (51.9)	3.146	0.370		
	ไม่ใช่	10 (37.0)	9 (33.3)	9 (33.3)	13 (48.1)				
การทานขนม	ไม่ทานขนม	13 (48.1)	11 (40.7)	7 (25.9)	6 (22.2)	10.077	0.018*		
	ทานขนม	14 (51.3)	16 (59.6)	20 (74.1)	21 (77.8)				
การเคี้ยวอาหารหรือ อมอาหารก่อนป้อน	ใช่	3 (11.5)	10 (38.5)	4 (15.4)	4 (15.4)	9.462	0.024*		
	ไม่ใช่	23 (88.5)	16 (61.5)	22 (84.6)	22 (84.6)				

หมายเหตุ ทดสอบสถิติโดยใช้สถิติการทดสอบคอครานคว (Cochran Q test)

*หมายถึง ค่า p-value ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบการรับประทานนมของเด็ก พบว่าเด็กส่วนใหญ่ที่ดื่มนมผงหรือนมกล่องรสจืดและนมแม่ทั้งก่อนและหลังการศึกษา เด็กที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวมีแนวโน้มดื่มนมแม่อย่างเดียวลดลงหลังการศึกษา (ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3) และเด็กมีแนวโน้มดื่มนมผงหรือนมกล่องรสจืดลดลงหลังการศึกษา (ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 4) เด็กบางส่วนที่ดื่มนมรสหวานแสดงแนวโน้มการดื่มนมรสหวานที่สูงขึ้น (ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 และ 4) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการหลับคานมของเด็กนั้น พบว่าเด็กส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการหลับคานมอยู่ แต่มีแนวโน้มลดลงหลังการศึกษา โดยการเก็บข้อมูลครั้งที่ 4 มีพฤติกรรมนี้ลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากเปรียบเทียบการให้เด็กทานขนม พบว่ามีเด็กทานขนมเพิ่มขึ้นหลังการศึกษา โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.018) ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 (p-value = 0.039) และด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการเคี้ยวหรืออมอาหารก่อนป้อนให้แก่เด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กไม่มีพฤติกรรมนี้ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 แต่ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 พบพฤติกรรมนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก แต่หลังการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กลดพฤติกรรมการเคี้ยวหรืออมอาหารก่อนป้อนแก่เด็กลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

= 0.024) โดยพบพฤติกรรมนี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 (p-value = 0.031)

2.2.2 การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบการทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กนั้นพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ทำความสะอาดภายในช่องปากของเด็ก ทั้งในกรณีฟันยังไม่ขึ้นและฟันขึ้นสู่ช่องปาก และผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เริ่มแปรงฟันให้แก่เด็กเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 มีการแปรงฟันร้อยละ 66.7 และ 83.3 ในขณะที่ครั้งที่ 3 และ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.8 และ 87.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) ทั้งนี้พบว่าการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 มีการแปรงฟันเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (p-value = 0.016) แต่พบการแปรงฟันที่ลดลงในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 4

ด้านการใช้ยาสีฟันกรณีที่เด็กมีฟันขึ้นสู่ช่องปากนั้นพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้แก่เด็กที่มีฟันขึ้นสู่ช่องปาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จากร้อยละ 42.1 ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เป็นร้อยละ 89.5 ในครั้งที่ 4

2.2.3 ด้านความรู้เกี่ยวกับฟันผุ (ตารางที่ 4)

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่คิดว่าคราบจุลินทรีย์นั้นสามารถทำให้เกิดฟันผุได้ หลังการศึกษาพบว่าผู้เลี้ยงดูมีความรู้ที่ถูกต้อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลช่องปากของเด็กจากการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง

Table 3 Number and percentage of oral health care behavior compared for 4 times

ข้อความถาม	คำตอบ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ค่าสถิติ	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การทำความสะอาดช่องปากเด็กกรณีฟันยังไม่ขึ้น	ไม่ทำความสะอาด	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	-	-
	ทำความสะอาด	5 (83.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	2 (50.0)		
การทำความสะอาดช่องปากเด็กกรณีฟันขึ้นแล้ว	ไม่ทำความสะอาด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
	ทำความสะอาด	26 (100.0)	27 (100.0)	27 (100.0)	28 (100.0)		
การแปรงฟัน (เฉพาะเด็กที่ฟันขึ้นแล้ว)	ไม่แปรงฟัน	8 (33.3)	4 (16.7)	1 (4.2)	3 (12.5)	12.000	0.007*
	แปรงฟัน	16 (66.7)	20 (83.3)	23 (95.8)	21 (87.5)		
การใช้ยาสีฟัน (เฉพาะเด็กที่มีฟันขึ้นแล้ว)	ไม่ใช้	11 (59.9)	10 (52.6)	3 (15.8)	2 (10.5)	22.941	<0.001*
	ใช้	8 (42.1)	9 (47.4)	16 (84.2)	17 (89.5)		

หมายเหตุ ทดสอบสถิติโดยใช้สถิติการทดสอบคอคอรานคิว (Cochran Q test)

* หมายถึง ค่า p-value ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับฟันผุจากการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง

Table 4 Number and percentage of oral health knowledge compared for 4 times

ข้อคำถาม	คำตอบ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ค่าสถิติ	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
คราบจุลินทรีย์ทำให้เกิดฟันผุ	ใช่	25 (83.3)	27 (90.0)	29 (96.7)	28 (93.3)	5.526	0.137
	ไม่ใช่	5 (16.7)	3 (10.0)	1 (3.3)	2 (6.7)		
เชื้อก่อโรคฟันผุสามารถถ่ายทอดจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้โดยน้ำลาย	ใช่	19 (67.9)	19 (67.9)	25 (89.3)	25 (89.3)	8.000	0.046*
	ไม่ใช่	9 (32.1)	9 (32.1)	3 (10.7)	3 (10.7)		
อาหารหวานทำให้เกิดฟันผุ	ใช่	30 (100.0)	29 (96.7)	30 (100.0)	30 (100.0)	3.000	0.392
	ไม่ใช่	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		
การหลับคานมขวดหรือนมแม่ทำให้เกิดฟันผุ	ใช่	27 (90.0)	27 (90.0)	29 (96.7)	26 (86.7)	2.280	0.516
	ไม่ใช่	3 (10.0)	3 (10.0)	1 (3.3)	4 (13.3)		

หมายเหตุ ทดสอบสถิติโดยใช้สถิติการทดสอบคอครานคว (Cochran Q test)

*หมายถึง ค่า p-value ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพิ่มมากขึ้นจากครั้งที่ 1 และ 2 คือร้อยละ 83.3 และ 90.0 เป็นร้อยละ 96.7 และ 93.7 ในครั้งที่ 3 และ 4 ส่วนเรื่องของความรู้เกี่ยวกับเชื้อก่อโรคฟันผุนั้นสามารถถ่ายทอดจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้ผ่านทางน้ำลายหรือไม่ พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่คิดว่าเชื้อก่อโรคฟันผุนั้นสามารถถ่ายทอดจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้ผ่านทางน้ำลาย โดยหลังการศึกษานั้นผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 67.9 ในครั้งที่ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 89.3 ในครั้งที่ 3 และ 4 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.046) แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารหวานทำให้เกิดฟันผุนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนความรู้เรื่องการหลับคานมขวดหรือนมแม่ทำให้เกิดฟันผุ พบว่าแม้ครั้งที่ 3 มีความรู้เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 96.7 แต่ในครั้งที่ 4 กลับลดลงเป็นร้อยละ 86.7 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ดัชนีคราบจุลินทรีย์

จากการเก็บข้อมูลดัชนีคราบจุลินทรีย์ของเด็กทั้งหมด 32 คนเปรียบเทียบจำนวน 4 ครั้ง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ๆ พบว่าคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ได้แก่ ครั้งที่ 1 กับ 3 ครั้งที่ 2 กับ 3 และครั้งที่ 2 กับ 4 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์จากการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง

Table 5 Plaque index compared for 4 times

ดัชนีคราบจุลินทรีย์	Mean Rank	P-value
ครั้งที่ 1	2.78 ^ก	< 0.01
ครั้งที่ 2	3.03 ^{ขค}	
ครั้งที่ 3	1.89 ^{กข}	
ครั้งที่ 4	2.30 ^ก	

หมายเหตุ ทดสอบโดยใช้สถิติการทดสอบวิลค็อกซันไซด์แรงก์ (Wilcoxon Signed Rank test) ตัวอักษรที่เหมือนกันซึ่งได้แก่อักษร ก ข และ ค แสดงถึงผลจากการทดสอบทางสถิติที่พบว่าเป็นคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

บทวิจารณ์

ผลการดำเนินงานของอสม.

เครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินงานของ อสม. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปี ที่ อสม. นำไปใช้ในการสอนทันตสุขศึกษา สาธิตและฝึกแปรงฟันกับผู้ดูแลเด็กเพื่อใช้ในการทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็ก ทั้งยังเป็นเสมือนกุญแจที่เปิดประตูในการเข้าเยี่ยมบ้านและเหมือนเป็นของฝากจากอสม. ที่มอบให้แก่เด็ก ซึ่งผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ใช้ชุดอุปกรณ์นี้จริง มีเพียงบางรายเท่านั้นที่ไม่ได้ใช้เนื่องจากยังใช้ชุด แปรงสีฟันและยาสีฟันเดิมที่มีอยู่ ส่วนรายที่ไม่ใช้เลยเพราะผู้ดูแลเด็กมีอายุมากไม่สามารถทำความสะอาดให้เด็กได้เพราะเด็กดิ้น ร้องไห้ไม่

ยอมให้ทำความสะอาด ซึ่งชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปีนี้ มีความคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ประกอบไปด้วย ผ้าสะอาด แปรงสีฟัน ยาสีฟันและแผ่นพับความรู้ซึ่งเหมาะสมกับวัยของเด็กและบริบทของชุมชนชนบทที่สามารถใช้ได้จริง^(22,23,24) อย่างไรก็ตามแผ่นพับความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้ เพราะเป็นสิ่งที่เหมาะกับผู้เลี้ยงดูเพื่ออัปเดตความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้น จากผลการศึกษาวิจัยนี้พบว่า ข้อมูลที่สำคัญซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการหลับคานมที่ลดลง การเคี้ยวอาหารหรืออมอาหารก่อนป้อนที่ลดลง การบริโภคนมรสหวานและขนมที่เพิ่มขึ้น การแปรงฟันและการใช้ยาสีฟันที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งความรู้เรื่องการถ่ายทอดเชื้อจากผู้เลี้ยงดูเด็กที่เพิ่มขึ้น หากมีการใช้สื่อแผ่นพับในการศึกษาอื่นๆ ไป น่าจะมีการพิจารณาข้อมูลเหล่านี้ด้วย

ก่อนการศึกษาได้มีการอบรม อสม. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ทั้งยังสามารถให้ความรู้ทันตสุขศึกษา สาธิตและฝึกการทำทำความสะอาดช่องปากของเด็กให้แก่ผู้ดูแลเด็กได้ ซึ่งผู้ดูแลเด็กควรได้รับความรู้ทันตสุขศึกษา ได้รับการสอนการทำทำความสะอาดเพื่อลดคราบจุลินทรีย์ในเด็ก^(20,25,26) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีการอบรมเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สนามและ อสม. ก่อนการเยี่ยมบ้านในเรื่องทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับการให้นมแม่ การลดพฤติกรรมบริโภคหวานลดการเติมความหวานลงในนมผ่านการเยี่ยมบ้านพบว่าการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิผลดีในการลดการเกิดฟันผุได้^(13,18,27) แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่อ้างถึง โดยได้นำเสนอการสอนทันตสุขศึกษาผ่านแผ่นพับความรู้และใช้ชุดดูแลสุขภาพช่องปากในการสาธิตและฝึกการทำทำความสะอาดที่มีข้อดีคือสามารถสอนทันตสุขศึกษาให้เห็นเป็นภาพชัดเจนสามารถสาธิตและฝึกปฏิบัติในเด็กจริงได้ โดยการให้ความรู้ทันตสุขศึกษาซ้ำๆ นั้นทำให้ค่าเหงือกอักเสบ คราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁷⁾ ส่วนเด็กที่ได้รับการตรวจช่องปากและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 เดือนพบว่า การเกิดฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁴⁾ อีกทั้งยังพบว่าการเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือนทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย⁽¹³⁾

การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านนั้น อสม. ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านหลังคาเรือนละ 15 นาทีซึ่งสามารถสอนทันตสุขศึกษา และทำให้พฤติกรรมหลับคานมลดลง การเคี้ยวอาหารหรืออม

อาหารก่อนป้อนให้แก่เด็กลดลง การใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันเพิ่มขึ้น มีความรู้เรื่องเชื้อก่อโรคฟันผุสามารถถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูเด็กได้เพิ่มขึ้น รวมถึงทำให้นมของปากของเด็กสะอาดขึ้นด้วย ดังนั้นการเยี่ยมบ้านควรเน้นย้ำเรื่องต่างๆ เหล่านี้ให้มากขึ้น เพราะเป็นพฤติกรรมที่เห็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรมด้านการบริโภคนมรสหวานและขนมยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น อสม. ควรเน้นย้ำเรื่องนี้ให้มาก เพื่อการกระตุ้นให้เกิดการบริโภคนมรสหวานและขนมลดลงต่อไป

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็ก

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านอาหารนั้นพบว่า เด็กในวัยนี้ส่วนใหญ่ที่ดื่มนมแม่เป็นหลัก นอกจากนี้ยังดื่มนมผงหรือนมกล่องรสจืด แต่มีแนวโน้มการดื่มนมรสหวานเพิ่มสูงขึ้น อาจเป็นเพราะเด็กที่โตขึ้นมีการเปลี่ยนการดื่มนมจากขวดเป็นดื่มจากกล่องมากขึ้น ประกอบกับนมกล่องในท้องตลาดมีหลากหลายรสให้เลือกซึ่งส่วนใหญ่มีรสหวาน ในการศึกษาวิจัยนี้เด็กส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการหลับคานมอยู่ทั้งก่อนและหลังการศึกษา แม้เด็กจะดื่มนมแม่ นมผงหรือนมกล่องรสจืดที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุต่ำ แต่เด็กเล็กยังคงได้รับนมมอดติกและได้รับนมเพื่อหยุดการร้องไห้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาถึงแม้ว่าผู้ดูแลเด็กจะได้รับความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อโรคฟันผุจากการหลับคานมก็ตามพบว่าพฤติกรรมนี้ก็เปลี่ยนแปลง^(18,22,28,29) ส่วนพฤติกรรมการอมหรือเคี้ยวอาหารก่อนป้อนให้แก่เด็กนั้นพบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่พบพฤติกรรมนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อฟันผุผ่านทางน้ำลายที่ถูกต้องหลังการศึกษามีความแตกต่างจากก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.046$) แสดงถึงประสิทธิผลของ อสม. ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อฟันผุจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้ผ่านการให้ทันตสุขศึกษา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า อสม. จะเน้นย้ำเรื่องการบริโภคขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุก็ตามแต่พฤติกรรมด้านการบริโภคขนมพบว่าเด็กมีการบริโภคขนมมากขึ้น อาจเป็นเพราะเด็กที่โตขึ้นเริ่มบริโภคขนมได้ ผู้ดูแลเด็กจึงให้ขนมแก่เด็กมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมนี้เปลี่ยนแปลงได้ยากแม้ว่าจะให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กก็ตาม^(13,22,23,28) จากการตอบแบบสอบถามด้าน

ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุนั้นพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้นหลังทำการศึกษา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาและแจกแผ่นพับความรู้ โดย อสม. ผ่านการเยี่ยมบ้านได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vichayanrat และคณะ (2012) ที่ทำการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ทุก 3 เดือนเป็นเวลา 1 ปีในเด็กอายุ 6-36 เดือนพบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่ดีขึ้นด้วย⁽¹³⁾

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็ก

หลังจาก อสม. แจกชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปีให้แก่ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันให้แก่เด็กที่ฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้ว และใช้ยาสีฟันร่วมกับการแปรงฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007 และ p-value < 0.001) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในเด็กอายุ 6-19 เดือนมีการใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันในอัตราที่ต่ำ⁽²⁸⁾ ซึ่งการใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เพิ่มขึ้นนั้นสอดคล้องกับการได้รับการสอนและฝึกทักษะในการทำความสะอาดช่องปากร่วมกับการได้รับแจกชุดดูแลสุขภาพช่องปากก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้การแปรงฟันยังแสดงถึงคุณภาพของความสะดวกภายในช่องปากได้^(13,20,22,23)

ด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์

จากการเก็บข้อมูลดัชนีคราบจุลินทรีย์ของเด็กเปรียบเทียบจำนวน 4 ครั้ง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ทุกคู่ พบว่าคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ได้แก่ ครั้งที่ 1 กับ 3 ครั้งที่ 2 กับ 3 และครั้งที่ 2 กับ 4 สะท้อนถึงความสะอาดของช่องปากที่ดีขึ้นหลังทำการศึกษา ทั้งนี้การฝึกทำความสะอาดโดย อสม. สาธิตให้ผู้ดูแลเด็กเห็นและฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองร่วมกับการแจกชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0-2 ปีทำให้การทำความสะอาดช่องปากมากขึ้นและสะอาดมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Almeida, Queiroz และ Leite (2007) ที่มีการสอนผู้ดูแลเด็กให้ทำความสะอาดช่องปากของเด็กด้วยผ้าสะอาด และ แปรงสีฟัน และตรวจคราบจุลินทรีย์หลังการสอน 48-72 ชั่วโมงพบว่า

คราบจุลินทรีย์ลดลงอย่าง มีนัยสำคัญ⁽²⁶⁾ และยังมีการศึกษาที่พบว่าเพียงการสอนการทำความสะอาดโดยการพูดอย่างเดียว นั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงค่าคราบจุลินทรีย์ในเด็ก 0-4 ปีได้ จึงแนะนำให้สาธิตและฝึกการแปรงฟันควบคู่ไปกับการแจกชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดให้แก่ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลเด็กไม่ทราบวิธีการกำจัดคราบจุลินทรีย์และไม่สามารถตรวจคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กได้⁽²⁰⁾ ซึ่งการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้ นับเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพโดยแสดงผลดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูนั้นพบค่าการเกิดเหือกอักเสบ คราบจุลินทรีย์ หินน้ำลายและฟันผุในเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^(18,27) ตลอดจนผู้เลี้ยงดูมีความรู้เพิ่มมากขึ้น⁽¹³⁾ และมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านสูงเนื่องจากมีเวลาในการตรวจและให้คำแนะนำปรึกษามากกว่าการเข้ารับบริการที่สถานบริการ⁽³⁰⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาต่อไปในอนาคต ได้แก่ (1) ข้อจำกัดของเวลาในการศึกษาทำให้การติดตามผลความยั่งยืนในระยะยาวไม่สามารถเป็นไปได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปเสนอให้มีการติดตามผลหลังการศึกษาทุก 3 6 และ 12 เดือน และควรศึกษาถึงระยะเวลาในการติดตามที่เหมาะสม ความเป็นไปได้ รวมถึงความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ งบประมาณและทรัพยากรบุคคล ในการกระตุ้นซ้ำเพื่อให้เกิดความยั่งยืนทั้งด้านความรู้ของ อสม. ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ดูแลเด็กต่อไป (2) การศึกษานี้ทำในบริบทชุมชนชนบททำให้การเข้าถึงแต่ละบ้านนั้นง่ายประกบกับ อสม. มีความเข้มแข็ง ทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่สม่ำเสมอ เป็นที่รู้จักในชุมชน และมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในชุมชนทำให้การศึกษาเป็นไปโดยสะดวก ดังนั้นการนำวิธีการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นอาจต้องพิจารณาใช้ในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม.เป็นพื้นฐาน หรือปรับเปลี่ยนวิธีการศึกษาตามบริบทชุมชนนั้นๆ ต่อไป (3) ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาใช้สื่ออื่นๆ ที่มีความเหมาะสมในการเข้าเยี่ยมบ้านซ้ำอีกครั้ง เช่น โปสเตอร์ แผ่นความรู้ ที่น่าจะเป็นเพียงข้อมูลสั้นๆ และสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก หรือพิจารณาการกระตุ้นเตือนความรู้ผ่านวิธีการให้ความรู้แบบอื่นๆ อาจทำให้เกิดความคุ้ม

ค่าเชิงเศรษฐศาสตร์มากขึ้นได้ และ (4) การศึกษานี้ทำในพื้นที่ชุมชนเพียงชุมชนเดียวอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของการศึกษามากนัก ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจเลือกพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ อสม. ในการทำงานเชิงส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพต่อไป

บทสรุป

จากผลการศึกษาพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-2 ปี โดยผู้ดูแลเด็กซึ่งได้แก่ มีการลดพฤติกรรมการเคี้ยวหรืออมอาหารก่อนบ้วน แก่เด็ก มีการแปรงฟันให้แก่เด็กเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้แก่เด็กที่มีฟันขึ้นสู่ช่องปาก ตลอดจนมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องเชื้อก่อโรคฟันผุนั้นสามารถถ่ายทอดจากผู้ดูแลเด็กสู่เด็กได้ผ่านทางน้ำลายเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แม้การบริโภคขนมจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รวมทั้งยังพบว่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ของเด็กมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) นั้นแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้ชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับการเยี่ยมบ้านในเด็กอายุ 0-2 ปีนั้นมีประสิทธิผล ทั้งนี้ อสม.เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนทันตบุคลากรในการให้ความรู้แก่คนในชุมชน เป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชนที่ลงทุนด้านทรัพยากรบุคคลที่น้อยแต่คุ้มค่าผลที่ได้มีประโยชน์ต่อบริบทของชุมชนเอง ตลอดจนเป็นการพัฒนาการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุทางด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคตได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ในด้านความยั่งยืนของการศึกษาควรมีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องร่วมกับการส่งเสริมป้องกันโรคผ่านโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการสร้างความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็กในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สามารถสำเร็จได้โดยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dental Health Division. *The 6th National oral health survey of Thailand report 2006-2007*. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2008 (in Thai).
2. Dental Health Division. *The 7th National Oral Health Survey of Thailand Report 2008-2012*. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013 (in Thai).
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2011; 33(6): 47-49.
4. Asawakun W. Interaction between psychological characteristics and family Situations on child-oral hygienic behavior of mothers of preschool children. *Thai J Dent Public Health* 2011; 16(2): 55-67 (in Thai).
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent* 2011; 33(6): 50-52.
6. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(5): 304-7.
7. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006; 28(2): 106-9; discussion 92-8.
8. Sukchareonkosol H, Chatiket P, Chaiprasit S, Malikeaw P. The relationships between individualistic factors of parents, socio-cultural factors and oral health care related behavior of parents of 0-5 year-old-children. *Thai J Dent Public Health* 2003; 8(1-2): 38-49 (in Thai).
9. Intalohit W, Appara S, Parnsi R. Child caretaker's practice and dental caries in young children. *Thai J Dent Public Health* 2003; 7(1): 56-69 (in Thai).

10. Lewis CW, Boulter S, Keels MA, et al. Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Acad Pediatr* 2009; 9(6): 457-61.
11. Marrs JA, Trumbley S, Malik, G. Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. *Pediatr Nurs* 2011; 37(1): 9-15.
12. Yu SM, Bellamy HA, Kogan MD, Dunbar JL, Schwalberg RH, Schuster MA. Factors that influence receipt of recommended preventive pediatric health and dental care. *Pediatrics* 2002; 110(6): e73.
13. Vichayanrat T, Steckler A, Tannasugarn C, Lecomboon D. The evaluation of multi-level oral health intervention to improve oral health practices among caregivers of preschool children. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2012; 43(2): 526-539.
14. Wongkongkathep S. Dental care utilization of Thai populations in 2003. *Thai J Dent Public Health* 2004; 9(1-2): 7-20 (in Thai).
15. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(4): 335-46.
16. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. *Int J Nurs Stud* 1997; 34(4): 249-55.
17. Sahito HB. Participation of Village Health Volunteers in PHC in Phuttamonthon District, Nakhonpathom Province, Thailand. Master degree. Mahidol University, 2005
18. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler ML. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3): 215-23.
19. Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22: 121-35.
20. Santos AP, Séllos MC, Ramos ME, Soviero VM. Oral hygiene frequency and presence of visible biofilm in the primary dentition. *Braz Oral Res* 2007; 21(1): 64-9.
21. World Health Organization. (1997). *Oral health surveys: basic methods*, 4th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
22. Tachawachareekul N. 2 factors affected dental health care behaviors of parents for young children in Saraphi district Chiang Mai Province in 2006. *Thai J Dent Public Health* 2008; 13(2): 106-17 (in Thai).
23. Thipsoonthornchai J. The comparative study on dental caries rate between children who attended and did not attend the special program. *Thai J Dent Public Health* 2008; 13(1): 16-24 (in Thai).
24. Ungchusak C, Promma S, Chettaprin S, Sukanwaranil S, Bangkertsing W. Brushing habit and oral health care utilization of pre-school children aged 6-36 months. *Thai J Dent Public Health* 2009. 14(1): 59-69 (in Thai).
25. Seow WK, Cheng E, Wan V. Effects of oral health education and tooth-brushing on mutans streptococci infection in young children. *Pediatr Dent* 2003; 25(3): 223-8.
26. Almeida AG, Queiroz MC, Leite AJM. The effectiveness of a novel tooth wipe in high caries-risk babies 8 to 15 months old. *Pediatr Dent* 2007; 29(4): 337-342.
27. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000; 26,188(4): 201-5.

28. Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. Early childhood caries in children aged 6-19 months. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 133-142.
29. Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y. The process and outcome of a programme for preventing early childhood caries in Thailand. *Community Oral Health* 2005; 22: 253-259.
30. Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Uden G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr* 2002; 91(5): 571-7.