

การบูรณาการองค์ความรู้ บทบัญญัติศาสนาอิสลาม กับการสร้างเสริมสุขภาพ : ทันตสุขภาพ



โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ปี 2551

โดย คณะทำงานวิชาการและวิจัย
สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

การบูรณาการองค์ความรู้ บทบัญญัติศาสนาอิสลาม กับการสร้างเสริมสุขภาพ : ก้นตสุขภาพ

โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2551

โดย คณะทำงานวิชาการและวิจัย
สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

การบูรณาการองค์ความรู้ทบทวนญัตติศาสนาอิสลาม กับการสร้างเสริมสุขภาพ : ก้นตสุขภาพ

ทบทวน รวบรวม และเรียบเรียง :

ทพญ.อัมมียะห์ มุดอ

ทีมทันตสุขภาพ

โครงการบูรณาการองค์ความรู้ทบทวนญัตติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะทำงานวิชาการและวิจัย

สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (www.timaweb.org)

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐดิ

ภก.ชูชีพ นิเมะ

ISBN 978-611-90285-0-0

พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2552



จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้(สวรส.ภาคใต้)มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
www.southsri.psu.ac.th



สนับสนุนงบประมาณ :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)www.hsri.or.th

คำนำ

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดี ช่วยเสริมคุณภาพชีวิต เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย ดังนั้น เราจึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพในช่องปากให้สมบูรณ์ ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลช่องปาก มิใช่การกำจัดโรคอย่างเดียวเท่านั้น แต่จะต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้ตั้งแต่แรกเริ่มและคงสภาพที่ดีไว้ นั่นคือ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมในการทำมาสะอาดช่องปากและพฤติกรรมการบริโภคอันเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัดปี 2550 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 62.85 เด็กประถมศึกษาอายุ 12 ปี ฟันผุร้อยละ 58 เฉลี่ยผุดอนodont 1.95 ซี่/คน เหงือกอักเสบร้อยละ 46 นับอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพฟันบางส่วนหรือทั้งปากในที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุพบว่า มีฟันใช้เคี้ยวอาหารร้อยละ 48.3

สำหรับสถานการณ์ทันตสุขภาพในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความเสี่ยงเป็นโรคในช่องปากสูงกว่าพื้นที่ปกติทั่วไป เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่อเนื่องหลายปี ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ยากลำบากขึ้น ผลการสำรวจในปี 2551 พบเด็กนักเรียนประถมศึกษาใน จ.ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กว่าร้อยละ 80 เป็นโรคฟันผุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่พบร้อยละ 60 โดยที่ จ.นราธิวาส พบเด็กประถมศึกษาฟันผุสูงถึงร้อยละ 87 ส่วนในเด็กเล็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 86 ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นมุสลิม ในขณะที่บทบัญญัติอิสลามได้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังหะดีษของท่านนบีที่รายงานโดยท่านอบูซุรเราะฮ์ได้เล่าว่า

ท่านรอซูลุลลอฮ์ ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า “ถ้ามีเกรงว่าจะเป็นการลำบากแก่ประชาชาติของฉัน หรือถ้าไม่เป็นการลำบากแก่มุสลิมชาติแล้วไซ้ร ฉันจะสั่งให้พวกเขาแปรงฟันทุกๆ เวลานมาซ” (บันทึกโดย อัลบุคอรี : กิตาบุลญุมอะฮ์)

เอกสารฉบับนี้นำเสนอสถานการณ์ ปัญหาด้านทันตสุขภาพ ตัวชี้วัดสถานะบทบัญญัติ และวัฒนธรรมอิสลาม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพ พร้อมกันนี้ได้วิเคราะห์ถึงมาตรการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากงานวิจัยและบทบัญญัติอิสลามด้วย โดยนำเสนอในแต่ละช่วงวัย คือ ปฐมวัย นักเรียนประถมศึกษา วัยทำงานและผู้สูงอายุ ในการรวบรวมและทบทวนในครั้งนี้

เนื้อหายังไม่สมบูรณ์อีกมาก เนื่องด้วยข้อจำกัดของเวลา ความทันสมัยของข้อมูล และปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการนี้ ทางทีมงานขอขอบคุณ อ.ทพญ.อัจฉรา วัฒนาภา ช่วยตรวจทานต้นฉบับ เพื่อให้การนำเสนอสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

หากเอกสารฉบับนี้มีประโยชน์สำหรับผู้อ่านและสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ นับเป็นความโปรดปราน ความเมตตาของอัลลอฮ์ที่ประทานความรู้ความสามารถให้กับทีมงาน เอกสารฉบับนี้ เชื่อว่าคงมีข้อบกพร่องเกิดขึ้นไม่มากนักน้อย เพราะหากได้ชื่อว่าเป็นมนุษย์ย่อมเป็นผู้พลั้งพลาดได้เสมอ เราพร้อมที่จะขออภัยโทษจากอัลลอฮ์ ดังนั้น หากสิ่งใดจากเอกสารฉบับนี้ผิดพลาดไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม ยินดีรับข้อชี้แนะจากผู้อ่านที่มีเกียรติทุกท่าน สุดท้ายขออัลลอฮ์ทรงโปรดประทานความเมตตา ความกรุณา และความจำเริญแก่ผู้อ่านหนังสือเล่มนี้ พร้อมทั้งมวลมนุษย์ที่กำลังค้นหาสัจธรรมอันเที่ยงแท้ด้วยเถิด

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

คำนำ

บทนำ	1
บทที่ 1 สถานการณ์สุขภาพช่องปาก	7
1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี	7
1.1 สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	7
1.2 ปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 0-5 ปี	9
1) ผู้เลี้ยงดูเด็ก	9
2) ทันตบุคลากร	9
3) สิ่งแวดล้อม	10
4) รัฐบาล	10
2. การป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	10
การเกิดฟันผุในฟันน้ำนมมีปัจจัยที่แตกต่างจากฟันผุโดยทั่วไป	10
การป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	10
มาตรการนำเสนอในการแก้ไขปัญหาฟันผุก่อนวัยเรียน	11
พฤติกรรมกรกินนม	12
พฤติกรรมกรกินขนม	12
การทำความสะอาดช่องปาก	13
การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	13
นโยบายและกลวิธีส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก	14
3. สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน	16
3.1 ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กวัยเรียน	16
3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียน	18
3.2.1 ปัจจัยเชิงกายภาพ	18
3.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	20

3.3	กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน จากอดีตถึงปัจจุบัน.....	21
3.3.1	บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวิ” แก่นักเรียนประถมศึกษา (พ.ศ.2513-2531).....	21
3.3.2	การเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ.2531-2542).....	21
3.3.3	งานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ.2542-ปัจจุบัน).....	22
4.	สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน.....	22
4.1	สถานการณ์และปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน มะเร็งในช่องปาก.....	22
4.2	ปัจจัยสำคัญกับสภาวะทันตสุขภาพในวัยแรงงาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุรา	24
5.	การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุ.....	25
5.1	สถานการณ์สุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ	25
5.2	ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	27
5.3	การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในปัจจุบัน.....	27
	เอกสารอ้างอิง.....	28
บทที่ 2	ตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพ.....	29
	การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย.....	29
	การจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก.....	30
	ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข ปี 2552.....	30
	การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	30
	แผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กปฐมวัยปี 2552	31
	การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา	31
	การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานและผู้สูงอายุ.....	32
	เอกสารอ้างอิง.....	34

บทที่ 3 บทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ	35
บทบัญญัติอิสลามในเรื่องความสะอาด.....	35
บทบัญญัติอิสลามในเรื่องการดูแลและสุขภาพช่องปาก.....	37
แบบอย่าง(ซุนนะฮฺ)ของท่านนบีﷺ คีอละฮฺ ในการดูแลรักษาช่องปาก.....	39
ค่านิยมของการแปรงฟัน (อัลสิวาก).....	39
คุณค่าและประโยชน์ของการแปรงฟัน	47
บรรณานุกรม	48
บทที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
1. เด็กได้ฟันตั้งแต่ 2 ซี่แรก และมีปัญหาฟันผุวิกฤตที่สุดในประเทศ.....	49
2. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้	51
เอกสารอ้างอิง	52
บทที่ 5 การนำบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัยเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ.....	53
1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี หรือปฐมวัย	53
2. สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน.....	55
3. สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ.....	56
เอกสารอ้างอิง.....	60
บทที่ 6 อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ	61
ข้อเสนอแนะการดูแลอนามัยในช่องปากสำหรับประชาชน	62
แนวทางการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	64
สรุปผล.....	66
เอกสารอ้างอิง	67

บทนำ

งานทันตสาธารณสุขของประเทศไทยในระยะแรกยังไม่มีกำหนดเป็นนโยบายและแผนอย่างชัดเจน เป็นเพียงการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคในช่องปากของประชาชนเท่านั้น ทันตแพทย์ที่ผลิตมาในช่วงแรกยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการของประชาชนและจำกัดอยู่เฉพาะในเขตเมือง ชนิดของการให้บริการจึงจำกัดที่การถอนฟัน เพราะทำได้เร็ว ประกอบกับประชาชนเก็บฟันไว้จนโรคลุกลามเกินกว่าจะเก็บรักษาไว้ ทำให้ทันตแพทย์เคยชินกับการให้การรักษา ไม่คุ้นเคยกับงานป้องกัน

ด้วยเหตุที่ขาดแคลนทันตบุคลากร และความชุกของโรคฟันมีสูง ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคในการกระจายบริการบำบัดรักษา ส่งผลให้อัตราการสะสมของโรคสูงขึ้น นอกจากนั้น การให้บริการยังมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถลดการเกิดปัญหาอย่างจริงจังจึงมีการปรับเปลี่ยนกลวิธี โดยพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยนอกรวมทั้งการให้บริการเพียงอย่างเดียวมาดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพพร้อมด้วย จากนั้นจึงมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในพื้นที่ฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอขึ้นทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลทันตสุขภาพของประชาชนตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบที่กำหนดต่อมาเมื่อกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) ได้มีการกำหนดงานทันตสาธารณสุขเป็นโครงการหนึ่งในแผน และงานทันตสาธารณสุขก็เริ่มเป็นระบบ โดยมีการจัดทำนโยบายและแผน จากนั้นมาการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของประชากร ที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยวิธีการและแนวความคิดในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น ในเมื่อเจ้าหน้าที่ทางทันตกรรมที่มีอยู่จำนวนไม่เพียงพอที่จะให้บริการทางทันตกรรมบำบัดและฟื้นฟูสภาพได้ดังที่เป็นอยู่ แม้กระทั่งในปัจจุบันประชากรประมาณร้อยละ 90 ของประเทศยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการ แต่บริการที่มีอยู่และที่ผ่านมานั้นมีจำกัดเกินกว่าที่จะสามารถให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่ยากจนและผู้ด้อยโอกาสเกือบจะกล่าวได้ว่าไม่สามารถขอรับบริการทางทันตกรรมได้ วิธีการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคทางทันตกรรมที่ผ่านมา นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นงานอุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟัน การส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรคมีน้อยมาก การแก้ไขปัญหาโรคทางทันตกรรมด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุจึงไม่สามารถบรรลุลดอุปสรรคในการลดอัตราการเกิดโรคในช่องปาก และทำให้ประชาชนมีทันตสุขภาพที่ดีได้ หากยึดหลักการแห่งความเสมอภาคเกี่ยวกับสิทธิที่มนุษย์

ทุกคนพึงได้รับแล้ว การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์จะมุ่งความสนใจและเน้นหนักในการให้บริการดูแลทันตสุขภาพเพียงอภิสิทธิ์ชนกลุ่มน้อย โดยไม่ตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มใหญ่ของประเทศยังเป็นการไม่สมควร เพราะในทางสาธารณะแล้ว การได้รับดูแลสุขภาพกลายเป็นสิทธิที่ประชาชนพึงมี

สถิติที่ผ่านมาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพชี้ให้เห็นว่าความต้องการบุคลากรทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของประชากรและการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ จนถึงภาวะปัจจุบันก็ยังไม่สามารถมองเห็นทิศทางที่เหมาะสมได้ชัดเจนนักว่าเรามีทันตแพทย์เป็นจำนวนเพียงพอ มาก หรือน้อยเกินไป เพียงความพยายามที่จะเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ขึ้นเรื่อยๆ จะเป็นหนทางที่จะสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาในปัจจุบันได้หรือไม่ และเราสามารถที่จะควบคุมการเกิดโรคในช่องปากได้จริงหรือ คำถามเหล่านี้เป็นสิ่งที่เราจะต้องเผชิญไม่ว่าจะทำงานอยู่ในส่วนของการให้บริการในคลินิก หรือการดำเนินงานในชุมชน และการที่จะดำเนินงานในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน จำเป็นที่จะต้องใส่ใจในบริบทของสังคมที่ทำงานอยู่ เราไม่สามารถพูดถึงการให้บริการทางทันตกรรมบูรณะที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงได้โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและชุมชน และบทบาทของวิชาชีพจะต้องสามารถรับผิดชอบต่อสังคมสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสังคมในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพและในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในสังคมที่ตนอาศัยอยู่

การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ให้ความสำคัญและทุ่มเทงบประมาณลงไปในกลุ่มเป้าหมายเด็กนักเรียนวัยประถมศึกษา เพราะมุ่งหวังว่าเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าไปทำงานอย่างเป็นระบบมากที่สุด จึงมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นมา ทั้งการให้ทันตสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้การรักษ แต่การบริหารจัดการยังไม่คุ้มค่าและสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี เนื่องจากยังเป็นการมุ่งให้การรักษที่ปลายเหตุเป็นสำคัญ ขาดการกระตุ้นให้ประชาชนมีความสามารถและสนใจในการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้พื้นที่ยังไม่เป็นโรคมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ประชาชนจึงไม่สามารถมีสุขภาพช่องปากที่ดีแบบยั่งยืนได้

R. C. Burgess (1955) ได้ให้คำนิยามของการป้องกันโรคในช่องปาก (Preventive Dentistry) หมายถึง การใช้มาตรการจำเป็นทั้งหมดเพื่อการรักษา และคงสภาพสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ซึ่งมาตรการดังกล่าวใช้ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในทางทันตกรรม แต่ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง การผสมผสานองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ การเมือง การปกครอง การศึกษา การควบคุมสังคม ตลอดจนการจัดองค์กรที่เหมาะสมเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในบุคคล รวมทั้งสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งส่งผลถึงการมีสุขภาพดีทั้งในระดับบุคคล และในระดับชุมชนในที่สุด ดังนั้นตลอดเวลาการให้การรักษ และมุ่งให้ทันตสุขภาพ จึงยังไม่สามารถบรรลุถึงการมีสุขภาพดี เนื่องจากต้องอาศัยทั้งการจัดการป้องกันสาเหตุโดยตรง และสิ่งต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค ในขณะเดียวกันต้องส่งเสริมสนับสนุนกระตุ้นปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและปัจจัยในวงกว้างที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลด้วย (www.panyathai.or.th)

สำหรับความหมายแต่ละคำที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

1. **ทันตสุขภาพ (Dental Health)** หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรง ความสามารถของฟันและส่วนต่าง ๆ ของฟันตลอดจนอวัยวะอื่น ๆ ในช่องปากที่ปราศจากการเป็นโรค หรือแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคซึ่งก่อให้เกิดความสมบูรณ์แก่ร่างกายและจิตใจ

2. **ทันตสุขภาพศึกษา (Dental Health Education)** คือ การจัดกระบวนการหรือประสบการณ์ทางการศึกษา เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก จูงใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจยอมรับความรู้ มีทัศนคติถูกต้องและยอมรับที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องด้วยความสมัครใจ จนสามารถป้องกันตนเองให้พ้นจากโรคในช่องปากได้

3. **ทันตสาธารณสุข (Dental Public Health)** เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวพันถึงสวัสดิภาพในช่องปาก (Dental Welfare) ของประชาชนในส่วนรวม มีขอบเขตการทำงานครอบคลุมทั้งการป้องกัน การให้ความรู้แก่ประชาชน การศึกษาวิจัย การบริหารงาน และการรักษาโรคในช่องปาก (www.nmc.ac.th/database/file_science/aaa.ppt)

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดีช่วยเสริมคุณภาพชีวิต เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนั้น เราจึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพในช่องปากให้สมบูรณ์ ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลสุขภาพช่องปากมิใช่การกำจัดโรคอย่างเดียวนั้น แต่จะต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีตั้งแต่แรกเริ่มและคงสภาพที่ดีไว้ นั่นคือ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งดีกว่าการรักษา เพราะกระทำในสภาพปกติ ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานในการปวดฟัน ไม่ต้องยุ่งยาก ไม่เสียเวลาในการรักษา ไม่ต้องเสียเงินค่ารักษา และที่สำคัญคือไม่ต้องสูญเสียฟัน

การส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมในการทำมาสะอาดช่องปากและพฤติกรรมการบริโภค อันเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 มีเด็กฟันผุลดน้อยลงทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ยังคงเดิมคือร้อยละ 72.5 ขณะเดียวกันในการสำรวจกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ในปี พ.ศ.2546 พบว่า เด็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีจำนวนเด็กที่มีฟันผุมากที่สุดเป็น 3 อันดับแรกของทั้งประเทศ (งานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 12, 2546) ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ในเขตนี้เป็นชาวไทยมุสลิม และการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัดปี 2550 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 62.85 เด็กประถมศึกษาอายุ 12 ปี ฟันผุร้อยละ 58 เฉลี่ยผุถลอก 1.95 ซี่/คน เหงือกอักเสบร้อยละ 46 นับอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง ซึ่งส่งต่อการสูญเสียฟันบางส่วนหรือทั้งปากในที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุพบว่ามิฟันใช้เคี้ยวอาหาร (4 คู่สบทั้งฟันแท้และฟันเทียม) ร้อยละ 48.3 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2552)

ขณะเดียวกัน งานศึกษาทางทันตสาธารณสุขที่เปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพระหว่างชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม แสดงถึงความชุกในการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มชาวไทยมุสลิมมากกว่าชาวไทยพุทธดังนี้ การศึกษาในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2-6 ปี) ของทรงชัย (Thitasomkul

S. 2001) ทำการศึกษาในจังหวัดสงขลาและปัตตานี พบว่าเด็กชาวไทยมุสลิมมีความชุกในการเกิดฟันน้ำนมผุมากกว่าเด็กชาวไทยพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาของ Petersen และคณะ (Petersen PE et.al., 2001) ทำการตรวจสอบสภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบการเกิดฟันผุในเด็กชาวไทยมุสลิมมากกว่าเด็กชาวไทยพุทธ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัตน์ (Eungpoonsawat W, 2002) ในงานของทรงชัย (2001) ได้วิเคราะห์การเกิดฟันผุต่างกันในกลุ่มเด็กชาวไทยพุทธและมุสลิมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม, การรับบริการฝากครรภ์ของแม่, ความถี่ในการกินขนมหวาน และระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก งานวิจัยดังกล่าวเป็นเพียงการสำรวจที่ไม่ได้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัยทางด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเกิดฟันผุ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้สรุปผลสำรวจสุขภาพช่องปากใน 16 จังหวัดทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร จำนวน 11,531 คน ในปี 2550 พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ฟันผุเฉลี่ยร้อยละ 71 เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ฟันผุร้อยละ 57 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 66 ในเด็กอายุ 15 ปี สาเหตุสำคัญมาจากกินขนมกรุบกรอบติดมน้ำอัดลมและดื่มนมรสหวาน ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี พบสูญเสียฟันถึงร้อยละ 83 เฉลี่ยคนละ 4 ซี่ ขณะที่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีการสูญเสียฟันเฉลี่ยคนละ 13 ซี่ เหลือฟันเคี้ยวอาหารเฉลี่ยคนละ 19 ซี่ โดยร้อยละ 10 สูญเสียฟันทั้งปาก

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (สุรางค์ เศรษฐพจน์, 2551) ได้ประสานให้จังหวัดสำรวจสถานะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี โดยรวบรวมเป็นฐานข้อมูลสถานะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปีของประเทศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย กองทันตสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายเป็น 2 ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2551 คือ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ จากข้อมูลเมื่อเรียงลำดับจังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุจากมากไปหาน้อย พบว่า เด็กปราศจากฟันผุมากที่สุดคือจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 52.14 **จังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุดคือ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 14.2** และเมื่อนำผลการสำรวจของจังหวัดมาถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนประชากรเด็กอายุ 3 ปีของแต่ละจังหวัดโดยใช้ข้อมูล พ.ศ.2550 ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เป็นร้อยละ 35.61, 38.36, 38.48 และ 30.59 ตามลำดับ ระดับประเทศเป็นร้อยละ 36.2

เมื่อวันนี้ (14 มกราคม 2552) นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ภายหลังเป็นประธานเปิดมหกรรมทันตกรรมเคลื่อนที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ว่า ขณะนี้เด็กนักเรียนและประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความเสี่ยงเป็นโรคในช่องปากสูงกว่าพื้นที่ปกติทั่วไป เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่อเนื่องหลายปี ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ยากลำบากขึ้น ผลการสำรวจในปี 2551 พบเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาใน จ.ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กว่าร้อยละ 80 เป็นโรคฟันผุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่พบร้อยละ 60 โดยที่ จ.นราธิวาส พบเด็กประถมศึกษาฟันผุสูงถึงร้อยละ 87 ส่วนในเด็กเล็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 86 (<http://www.dentdiary.com>)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้มีสถานการณ์ด้านทัศนคติ
สุขภาพไม่ดีมากนัก ในขณะที่ประชากรในพื้นที่ดังกล่าวเป็นมุสลิมประมาณร้อยละ 80 ซึ่งมี
หลักการของศาสนาที่ส่งเสริมในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่นดังจะเห็นต่อไปนี้

ท่านหญิงอาอิชะฮ์ รอฎียัลลอฮุอันฮา ได้เล่าจากท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม
ซึ่งท่านกล่าวว่า

“การแปรงฟันทำให้ปากสะอาด ทำให้อัลลอฮ์ทรงโปรดปราน”

(บันทึกโดย บุคอรี ซาฟิอีย์ และอันนะสาอีย์)

ท่านอบูฮูร็อยเราะฮ์ได้เล่าว่า ท่านรอซูลุลลอฮ์ ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า

**“ถ้ามีเกรงว่าจะเป็นกำบังแก่ประชาชาติของฉัน หรือถ้าไม่เป็นการกำบังแก่
มนุษยชาติแล้วไซ้ ฉันจะสั่งให้พวกเขาแปรงฟันทุก ๆ เวลามาซ”**

(บันทึกโดย อัลบุคอรี กิตาบุลญุมอะฮ์ บทที่ 8) (มานี ชูไทย, 2544)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาบทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวข้อง และงาน
วิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อที่จะกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาด้านทัศนคติสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, คู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี พ.ศ.2552, สืบค้น
จาก <http://dental.anamai.moph.go.th/> เมื่อ 4 มีนาคม 2552

ทันตสาธารณสุข. สืบค้นจาก www.panyathai.or.th/wiki/index.php/ทันตสาธารณสุข
คลังปัญญาไทย เมื่อ 4 มีนาคม 2552

ปัญหาไฟได้ทำให้สถานการณ์ฟันผุของเด็กเลวร้ายลง สืบค้นจาก
<http://www.dentdiary.com/modules.php?name=News&file=article&sid=58> .
เมื่อ 6 มีนาคม 2552

สุรางค์ เชษฐพจนนท์. ผลการสำรวจเพื่อประเมินสถานการณ์ทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี
พ.ศ.2551. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สืบค้นจาก www.dental.anamai.moph.go.th/go_downloads.php?Ref=20081202113240-downloads-1.doc - เมื่อ
5 มีนาคม 2552

งานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 12. (2546). สรุปผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
ทันตสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็ก 3 ปี ครั้งที่ 1. (เอกสารโรเนียว) ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา

มานี ชูไทย. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทาง
ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.

Eungpoonsawat W. (2002) **Oral Health Care Delivery Models for Schoolchildren in Southern Thailand– A Health Systems Analysis Approach.** Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Denmark.

Petersen Paul Erik, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. (2001) **Oral Health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand.** International Dental Journal; 51 : 95–102.

Thitasomakul S. (2001) **Dental caries, oral hygiene and dietary habits: a study of 2 to 6 year old Buddhist and Muslim Thai children.** Royal Dental College, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark.

บทที่ 1

สถานการณ์สุขภาพช่องปาก



ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่คัดลอกจากเอกสารสถานการณ์สุขภาพช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกลุ่มวัย (2551) และสรุปผลการศึกษาโรคทางทันตกรรมและแนวทางการป้องกัน (ชัชวีร์ สุชาติลัพงศ์, 2545) ตลอดจนข้อมูลเพิ่มเติม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี

1.1 สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

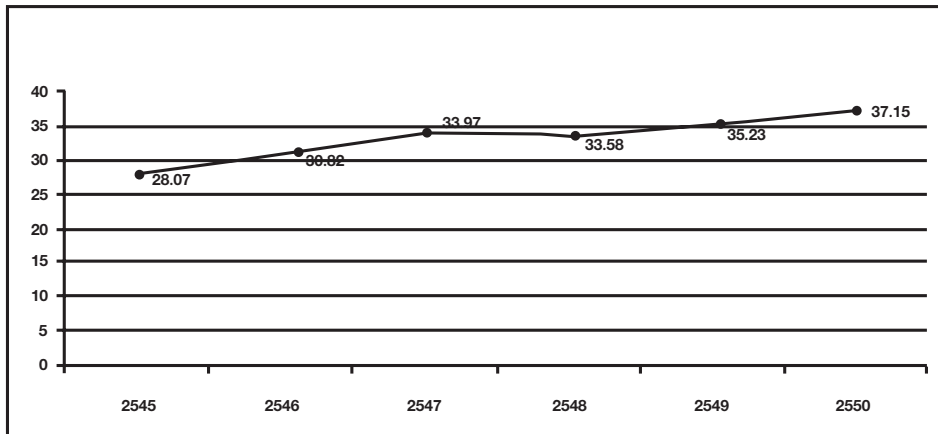
โรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทย มีความชุก (prevalence) อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ และมีความรุนแรงเนื่องจากมีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรก่อนขึ้นสูง จากการสำรวจทันตสุขภาพทั้งระดับจังหวัดทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ.2546 เป็นต้นมา และระดับชาติล่าสุด ครั้งที่ 6 พ.ศ.2550 พบกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี และ 5-6 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรก่อนขึ้นสูง (dmft) เป็น 3.6 และ 6 ตามลำดับ และฟันที่ผุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษาฟันผุ

สภาวะโรคฟันผุของประชากรไทย (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และยุพิน ส่องไพศาล, 2540) ได้ทำการรวบรวมจากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 และสรุปไว้ดังนี้

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม : กลุ่มอายุ 3 - 6 ปี ฟันน้ำนมในกลุ่มอายุนี้นี้มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.4 ซี/คน ร้อยละ 97 ของฟันผุนี้นี้ยังไม่ได้ได้รับการรักษา เด็กในกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันที่ผุถึงร้อยละ 14.5 โดยเฉลี่ย 0.4 ซี/คน **กลุ่มอายุ 6 ปี ร้อยละ 85.1** มีโรคฟันผุในฟันน้ำนม โดยมีค่าเฉลี่ย 5.7 ซี/คน ร้อยละ 92.9 เป็นฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา (พจนานุกรมศัพท์สุขภาพ และคณะ, 2545)

และจากรายงาน พ.ศ.2545-2550 พบว่า แนวโน้มเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ ร้อยละ 28.07, 30.82, 33.97, 33.58, 35.23 และ 37.15 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราฟันผุของเด็กอายุ 1.5 ปี มีลดลงเล็กน้อย คือจากร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 16.2 และ 14.1 ตามลำดับ ทั้งนี้อัตราโรคฟันผุในเด็กเล็กเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงอายุ 1.5 - 3 ปี (ดังรูปที่ 1)

รูปที่ 1 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ



จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 มีเด็กฟันผุลดน้อยลงทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ยังคงเดิมคือร้อยละ 72.5 ขณะเดียวกันในการสำรวจกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ในปี พ.ศ.2546 พบว่า เด็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีจำนวนเด็กที่มีฟันผุมากที่สุดเป็น 3 อันดับแรกของทั้งประเทศ (งานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 12, 2546) และ**จังหวัดที่มีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุด** จากการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี โดยรวบรวมเป็นฐานข้อมูลสภาวะปราศจากฟันผุ (%CF) ของเด็กอายุ 3 ปีของประเทศ คือ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 14.2 ส่วนจังหวัดอื่นๆ ในห้าจังหวัดชายแดนใต้ ดังนี้ สงขลา, สตูล, ยะลา และปัตตานี คือ ร้อยละ 22.35, 28.94, 31.52 และ 26.36 ตามลำดับ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, สุรางค์ เชนสุพณท์, 2551)

1.2 ปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 0-5 ปี

สาเหตุที่เด็กก่อนวัยเรียนมีสภาวะฟันน้ำนมผุสูงเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มนมขวดคาปาก การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมเป็นประจำ การไม่ดื่มน้ำตามหลังดื่มนม การทำความสะอาดช่องปากไม่สม่ำเสมอ เด็กกลุ่มนี้มีอัตราการผุ ถอน อุด เป็นต้น (dmfs) โดยเฉลี่ยสูงกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูในทางตรงข้าม เด็กที่ถูกเลี้ยงดูโดยพี่เลี้ยง ญาติหรือฝากคนอื่นเลี้ยงมีอัตราเฉลี่ย ผุ ถอน อุด สูงกว่าเด็กที่มารดาเลี้ยง การชอบรับประทานของหวาน การแปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง หรือไม่แปรงฟันเลย และการที่เด็กไม่เคยพบทันตแพทย์เลย มีผลต่อการเกิดฟันผุของเด็กวัยนี้เช่นกัน จากรายงานของกองทันตสาธารณสุข ถึงพฤติกรรมของพ่อแม่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในครอบครัวชนบท 937 ครอบครัวเมื่อ พ.ศ.2538 พบว่า มีเพียงร้อยละ 23.3 ที่แปรงฟันให้ลูกทุกวันและเด็กร้อยละ 92.7 ที่ทานนมมอดิจจนถึงอายุมากกว่า 1 ปี นอกจากนี้ชนิดของนมมีผลต่อการเกิดฟันผุของเด็กวัยนี้เช่นกัน โดยมีการศึกษาอัตราความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุว่าเด็กที่บริโภคนมรสหวานและไม่แปรงฟันก่อนนอนจะมีอัตราการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่บริโภคนมรสธรรมชาติ และแปรงฟันก่อนนอน ส่วนอาหารระหว่างมื้อที่เด็กรับประทานไม่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ

ปัจจัยอื่นๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน คือ อาชีพ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองพบว่าอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุเร็ว และผุมาก เนื่องจากการกินนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และการไม่ได้รับบริการด้านการป้องกัน จากการวิเคราะห์ที่มาของสาเหตุพบว่า ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และส่งผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) มีผลต่อการเกิดฟันผุของเด็ก

จากการสัมมนาระดมความคิดจากผู้ทำงานด้านทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยนี้ ผลการสัมมนาสรุปว่า สาเหตุที่ภาวะฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนยังคงมีปริมาณตลอดจนความรุนแรงของโรคสูงเนื่องจาก

1) ผู้เลี้ยงดูเด็ก (เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่เลี้ยง เป็นต้น)

1.1 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในการเลี้ยงดูเด็ก

1.2 มีความรู้แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ ไม่พยายามสร้างนิสัยการบริโภคที่ถูกต้องให้กับเด็ก

1.3 มีความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ ไม่มีเวลาเอาใจใส่เด็กเท่าที่ควร

1.4 มีทัศนคติต่อโรคฟันผุในฟันน้ำนมยังไม่ถูกต้อง

2) ทันตบุคลากร

2.1 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เน้นไปที่การรักษา ไม่ได้ให้ความสนใจด้านการป้องกัน

2.2 ทันตบุคลากรมีความรู้แต่ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ไปให้ประชาชนได้อย่าง

ชัดเจน

- 2.3 การแก้ปัญหาของทันตบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน
- 2.4 งานทันตกรรมป้องกันส่วนใหญ่ฝากไว้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ทำให้งานด้านนี้ไม่ได้รับผลดีเท่าที่ควร
- 2.5 วิธีการทำงานและการใช้สื่อในการเผยแพร่ความรู้ยังไม่ดีพอ

3) สิ่งแวดล้อม

- 3.1 สื่อโฆษณาด้านการบริโภคอาหารประเภทขนมและของกินเล่นประเภทแป้งและน้ำตาลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานของเด็ก
- 3.2 อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุประเภทแป้ง น้ำตาล สะดวกในการหาซื้อมากกว่าอาหารประเภทผลไม้

4) รัฐบาล

- 4.1 รัฐบาลได้สนับสนุนการป้องกันฟันผุอย่างแท้จริง
- 4.2 รัฐบาลมีนโยบายการควบคุมการโฆษณาพวขนม ของกินเล่น ที่ไม่มีประโยชน์แล้วยังมีผลต่อโรคฟันผุโดยตรง

2. การป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การเกิดฟันผุในฟันน้ำนมมีปัจจัยที่ต่างจากฟันผุโดยทั่วไปคือ

1. ฟันเด็กที่ขึ้นใหม่อยู่ในระยะสุดท้ายของ maturation ซึ่งเป็นระยะที่มีความไวต่อการเกิดฟันผุสูงสุด
2. อาหารสำหรับเด็กที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กเล็ก คือ นมและอาหารว่าง
3. มีการส่งผ่านเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กจากแม่ไปสู่ลูก

การป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน แบ่งได้เป็น

1. การให้ความรู้ทันตสุขภาพ (Oral hygiene instruction)
2. การตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อประเมินฟันผุในระยะเริ่มแรก (Early detection)
3. การใช้ฟลูออไรด์ ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม (Water fluoridation)
4. การลดการส่งผ่านเชื้อ (Control of mother-infant infection with MS)
5. การใช้ยาต้านจุลชีพเฉพาะที่
6. การใช้น้ำตาลทดแทน
7. การเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)

วิธีการป้องกันฟันผุสำหรับเด็กวัยนี้ควรใช้หลายวิธีการร่วมกัน ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีวิธีใดที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก Ismail ได้ประเมินวิธีการป้องกันแต่ละวิธีไว้ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการป้องกันฟันผุ กลุ่มเป้าหมาย และ ระดับการแนะนำ (ดัดแปลงจาก Ismail ,1998)

Interventions	Target	Recommendation
Education	All infants & toddlers	C
Education	High risk ECC com	C
Oral hygiene instruction	All infants & toddlers	C
Dietary counseling	High risk ECC	C
Early detection	All infant before 1yr	C
Water Fluoridation	Community	B
Fluoride supplements	High risk ECC	C
Fluoride dentrifices	All infants & toddlers	C
Fluoride varnish	High risk ECC	C
Control of mother-infant infection with MS	High risk ECC	C
Chlorhexidine varnish	High risk ECC	C
Xylitol substitutes	High risk ECC	C
. Sealant		

ระดับการแนะนำ A = ดี B = ปานกลาง C = พอใช้

มาตรการนำเสนอในการแก้ไขปัญหาฟันผุในก่อนวัยเรียน

ผลจากการสัมมนาทางวิชาการ เพื่อระดมความคิดจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้เสนอแนะมาตรการในการแก้ไขปัญหาฟันผุในก่อนวัยเรียน ดังนี้

1. ให้ความรู้และสร้างทัศนคติของผู้เลี้ยงดูเด็ก ถึงความสำคัญของฟันน้ำนมและการป้องกันฟันผุที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและได้ผลดี
2. เน้นการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กให้เป็นการส่งเสริมสุขภาพ
3. ผสมผสานองค์ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่กับวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น เป็นทางเลือกที่ปฏิบัติได้ง่าย เหมาะสมกับตนเองและวิถีความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน
4. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาฟันผุของเด็กในชุมชน
5. ส่งเสริมให้มีการใช้ฟลูออไรด์อย่างกว้างขวาง ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

6. การเตรียมความพร้อมของทันตบุคลากรโดยการปรับปรุงหลักสูตรที่ใช้ในการเรียนการสอนให้มีความสอดคล้อง โดยเพิ่มความรู้เรื่องทันตกรรมป้องกันในเด็กก่อนวัยเรียน (ซัซรี สุชาติลำพงศ์ และคณะ, 2545)

พฤติกรรมการกินนม

เด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินนมที่เสี่ยงต่อฟันผุ โดยเลิกกินนมมือนมขวดช้าเกินควร เด็กที่กินนมมือนมขวดมักหกลับคาขวด นานจนจะเอ่อล้นอยู่ในช่องปากทำให้ฟันผุได้ง่าย นอกจากนี้เด็กยังเลิกกินนมขวดช้ากว่าวัยอันควร และกินนมรสหวานตั้งแต่เล็ก โดยอัตราการกินนมรสหวานเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอายุมากขึ้น จากการสำรวจของกรมอนามัย พ.ศ.2547 พบว่า เด็กอายุ 1 ปี (เด็กอายุ 12 เดือน ถึง 23 เดือน 29 วัน) เป็นวัยที่ควรเลิกกินนมมือนมขวดแล้ว แต่เด็กยังคงกินนมมือนมขวด ร้อยละ 85.3 เด็กอายุ 18 เดือน ควรจะเลิกกินนมขวดได้แล้ว แต่เด็กยังคงกินนมขวด ร้อยละ 85.8 เด็กอายุ 1 ปี และ 4 ปี (เด็กอายุ 48 เดือน ถึง 59 เดือน 29 วัน) กินนมรสหวาน ร้อยละ 44.7 และร้อยละ 66.5 ตามลำดับ รายงานการศึกษาของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน พบว่า **เด็กจะเริ่มกินนมรสหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่อายุ 12 เดือนขึ้นไปโดยเด็กที่กินนมรสหวานจะได้รับน้ำตาลเฉลี่ย 8.7 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งมากกว่าเด็กทั่วไปประมาณเกือบ 3 เท่า** จากข้อมูลโดยสรุปว่า เด็กปฐมวัยมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุเนื่องจากเด็กยังดูดนมขวดก่อนนอน และดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของสุขภาพฟันของเด็กวัยนี้ดีขึ้น เด็กอายุ 3 ปี ที่ฟันผุลดลงจากร้อยละ 72 ในปี พ.ศ.2545 เหลือร้อยละ 62.8 ในปี พ.ศ.2550 (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2551)

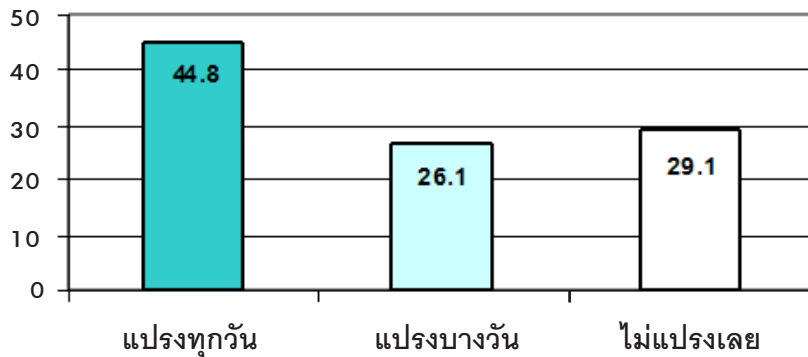
พฤติกรรมการกินขนม

เด็กจำนวนมากมีพฤติกรรมการกินขนมประเภทที่เสี่ยงต่อฟันผุ และมักกินบ่อยๆ จากการศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 6-30 เดือน ใน พ.ศ.2547 พบว่า เด็กกินขนมเพิ่มขึ้นตามอายุ และกลุ่มเด็กที่บริโภคขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีฟันผุมากกว่ากลุ่มเด็กที่กินขนมน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน ทั้งนี้ขนมส่วนใหญ่เป็นแป้งนุ่มหรือแป้งอบกรอบผสมน้ำตาล ซึ่งทำให้ฟันผุได้ง่าย การสำรวจของกรมอนามัยในกลุ่มเด็กอายุ 4 ปี กินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 51.7 ซึ่งจะทำให้เด็กเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น ส่วนข้อมูลด้านอาหารของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ได้อาหารจากศูนย์เด็กเล็กในตอนเช้า แต่เด็กเล็กก็ยังนำขนมกรุบกรอบมารับประทาน โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งมีการขายอาหารบริเวณหน้าศูนย์ แม้ว่าจะจำหน่ายในโรงเรียน แต่ผู้ปกครองของเด็กก็ซื้อให้เด็กมารับประทานในโรงเรียน อาหารที่ขายเหล่านั้นได้แก่ อาหารจำพวก ลูกชิ้นทอด ไก่ย่าง ผลไม้สดและดอง ขนมหวาน ไอศกรีม น้ำดื่ม เช่น น้ำแข็งใส น้ำหวาน และน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบต่างๆ (คณะทำงานสุขภาพคนไทย, 2551)

การทำความสะอาดช่องปาก

รายงานการศึกษาหลายฉบับพบว่า เด็กได้รับการทำความสะอาดฟันไม่พอเพียง และผู้เลี้ยงดูเด็กมักเริ่มแปรงฟันให้เด็กช้าเกินไป จากการสำรวจของกรมอนามัย พ.ศ.2547 พบว่า เด็กอายุ 1 ปี ได้รับการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน ร้อยละ 44.8 และเด็กอายุ 4 ปี ผู้เลี้ยงดูเด็กให้แปรงฟันเอง ร้อยละ 68.4 (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 ร้อยละของผู้เลี้ยงดูที่แปรงฟันให้เด็กอายุ 1 ปี



ที่มาของข้อมูล: รายงานการสำรวจของ กรมอนามัย พ.ศ.2547

การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสถานพยาบาลยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเด็กมากเท่าที่ควร จากรายงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเทพฯ พ.ศ.2549 พบว่า เด็กเกือบครึ่งยังไม่ได้รับการตรวจช่องปาก เมื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล และได้รับการทันตกรรมป้องกันน้อยมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปี ที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ในสถานพยาบาล ปี 2546 - 2548

การให้บริการ	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เด็กได้รับการตรวจช่องปาก	42.9	54.6	54.2
เด็กได้รับฟลูออไรด์เจล	1.4	1.1	1.8
เด็กได้รับฟลูออไรด์วานิช	0.5	2.8	4.1
ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำ	44.8	58.3	54.8
ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน	29	37.7	37.2

นโยบาย และกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก

กระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 – 2539) ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน มีเป้าหมายลดโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก 0 – 5 ปี ซึ่งดำเนินการใน 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ

กลุ่มเด็กอายุ 0 – 2 ปี เน้นการจัดบริการในสถานพยาบาลแบบผสมผสานงานกับกลุ่มเป้าหมายในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี ประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ การตรวจช่องปากเด็กและการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี พร้อมกับมอบแปรงสีฟันอันแรกแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 ในกลุ่มเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง – 2 ปี และมีการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ให้เด็กเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงโรคฟันผุสูง

กลุ่มเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เน้นการจัดกิจกรรมแปรงฟัน และการจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์ให้เด็กเฉพาะในพื้นที่มีโรคฟันผุสูง โดยกรมอนามัยสนับสนุนชุดแปรงและยาสีฟัน ยาน้ำฟลูออไรด์ และยาเม็ดฟลูออไรด์ รวมทั้งงบประมาณการอบรมผู้ดูแลเด็ก และสื่อต่างๆ พ.ศ.2543 ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการปรับระบบจัดการด้านการเงินการคลัง โดยงบประมาณส่วนใหญ่ส่งตรงไปยังหน่วยผู้ให้บริการ หน่วยงานวิชาการในส่วนกลางจึงปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้สนับสนุนวิชาการและงบประมาณ มาทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สังคมเป็นหลัก และการผลักดันด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพช่องปากเด็ก ปีงบประมาณ 2546– 2548 กรมอนามัยโดยกองทันตสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการ “แม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระเจ้า” เพื่อกระตุ้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 – 2 ปี เน้นรูปแบบการทำงานผสมผสานกับบริการสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งมีการให้บริการทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน

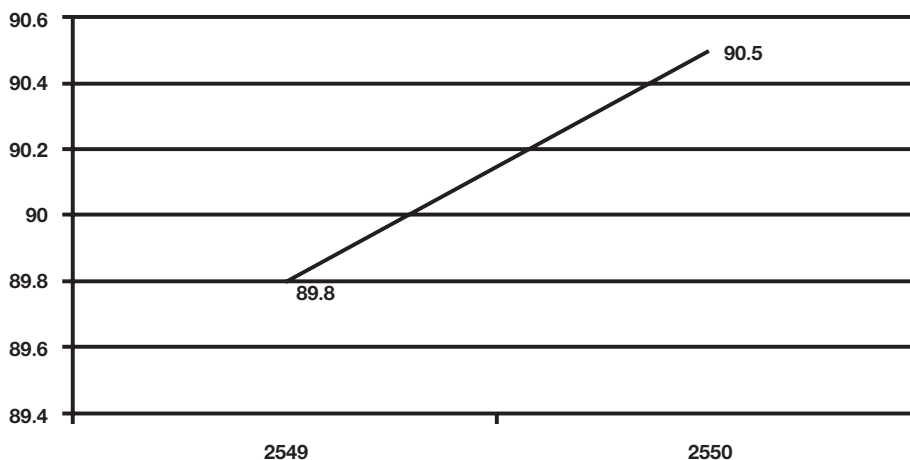
พ.ศ.2547 ได้มีการกำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 2 เรื่อง ไว้ในเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย คือ กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และการจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการและไม่หวานจัด โดยทั้ง 2 กิจกรรมนี้เป็นตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพพร้อมกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆ

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพรายปี 75 จังหวัด (ท.02) ในการสำรวจการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เปรียบเทียบกันในปี 2549 และ 2550 พบว่า ในปี 2550 มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพิ่มขึ้นจากปี 2549 จากร้อยละ 89.0 เป็น 90.5 ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 ร้อยละของ ศพด.จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

ศพด.จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

89.8%–90.5% (มีข้อมูล ปี 2549–50)



ที่มา :ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังสภาวะทันตสุขภาพรายปี (ท.02)

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ทั้งนี้เนื่องมาจากในพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา 66 ข้อ (3) และ (6) กำหนดบทบาท อบต. ในด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ จากการสำรวจ พ.ศ.2549 พบว่า อบต. มีบทบาทในเรื่องการจัดซื้อนมจัดให้เด็กดื่มทุกวัน การจัดซื้อแปรงสีฟันยาสีฟันให้แก่ศูนย์เด็ก ร้อยละ 32.0 และเริ่มมีสนับสนุนการจัดทำที่แปรงฟันให้เด็กเพิ่มมากขึ้น

ในระหว่างปี พ.ศ.2545–2549 ได้มีการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy for health) ในเรื่องนโยบายลดการบริโภคน้ำตาลในเด็ก โดยกลุ่ม “เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน” ร่วมกับภาคีวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานด้านเด็ก ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานด้านสาธารณสุขอีกหลายหน่วยงาน ทั้งในภาครัฐและเอกชน ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อคุ้มครองเด็ก คือ การแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 156, 157 เพื่อมิให้มีการเติมน้ำตาลในนมสูตรต่อเนื่องและอาหารเสริมสำหรับเด็กทารก และการผลักดันให้มีฉลากโภชนาการอย่างง่ายบนบรรจุภัณฑ์นม

กลยุทธ์การแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กอายุ 0–5 ปี ที่ผ่านมามีประกอบด้วย กลยุทธ์หลัก 4 ด้าน คือ

- 1) การจัดการในระบบบริการสุขภาพ
- 2) การให้ความรู้และเสริมทักษะผู้เลี้ยงดูเด็ก
- 3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

4) การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy for health) เพื่อคุ้มครองเด็กจากปัจจัยเสี่ยงด้านทันตสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานด้านการสร้างกระแสให้สังคมเห็นความสำคัญของฟันน้ำนม โดยผ่านทางสื่อ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และสื่อต่าง ๆ ซึ่งจากรายงานผลการศึกษาลายฉบับ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับฟันน้ำนมไม่มากเท่าที่ควร ดังนั้นทิศทางการดำเนินงานในอนาคตจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลวิธีการสร้างกระแสมากขึ้น ด้วยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย

3. สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน

3.1 ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กวัยเรียน

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กวัยเรียนที่สำคัญ คือ ปัญหาฟันแท้ผุ ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อายุ 6 ปี เป็นต้นมา สามารถแบ่งกลุ่มปัญหาของการเกิดโรคในเด็กกลุ่มนี้เป็น 3 ช่วงอายุ คือ กลุ่ม 6-8 ปี กลุ่ม 9-12 ปี และกลุ่ม 13-15 ปี

กลุ่ม 6-8 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ จึงทำให้เด็กได้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการผลิตเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ จึงมักทำให้เกิดปัญหาอนามัยในช่องปาก เนื่องจากฟันน้ำนมที่กำลังหลุดจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถทำความสะอาดได้ดี และการหลุดของฟันน้ำนมทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้ง่ายจึงมักพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะเลือกรับประทานอาหารที่มีรสนิ่ม และบริโภคนมเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการผุของฟันแท้กรามแท้ซี่ที่ 1 โดยพบว่าร้อยละ 16 ของเด็กอายุ 6 ปี มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ผุ ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 (กองทันตสาธารณสุข. 2537)

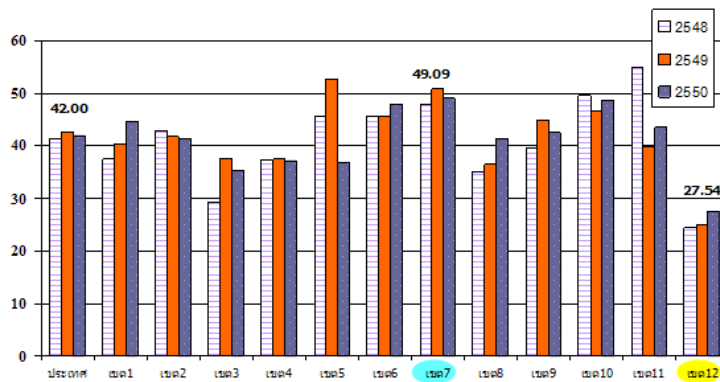
กลุ่ม 9-12 ปี จะพบว่าการผุของฟันแท้จะเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้เพิ่มเป็นร้อยละ 57.3 (กองทันตสาธารณสุข. 2544) ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ซึ่งมีอัตราการผุประมาณร้อยละ 36 ในช่วงเวลา 6 ปี (กองทันตสาธารณสุข. 2537) พบว่าการผุของฟันขึ้นนี้จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะเป็นการผุนด้านบดเคี้ยว มากกว่าครึ่งของฟันผุเกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมด

สภาวะโรคฟันผุในฟันถาวร ในการสำรวจ ปี 2537 : กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นกลุ่มอายุที่เป็นตัวชี้วัดสากลในการเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุของประเทศต่างๆ พบว่าร้อยละ 53.9 มีฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุตอน อุด 1.6 ซี่/คน โดยมีฟันผุมากที่สุด ในฟันกรามถาวรล่างซี่ที่ 1 (lower first molar) (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และยุพิน ส่องไพศาล, 2540)

กลุ่ม 13-15 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นซึ่งจะเป็นช่วงวัยที่ฟันแท้ขึ้นในช่องปากครบ 28 ซี่ ลักษณะการผุจะค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการกระจายของโรคฟันผุในกลุ่ม 9-12 ปี ปัญหาที่พบในกลุ่มนี้จะเป็นภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งมากถึงร้อยละ 85.4 (กองทันตสาธารณสุข. 2544) เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีปัจจัยทั้งเชิงกายภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน และปัจจัยในเชิงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากตามค่านิยมในปัจจุบัน

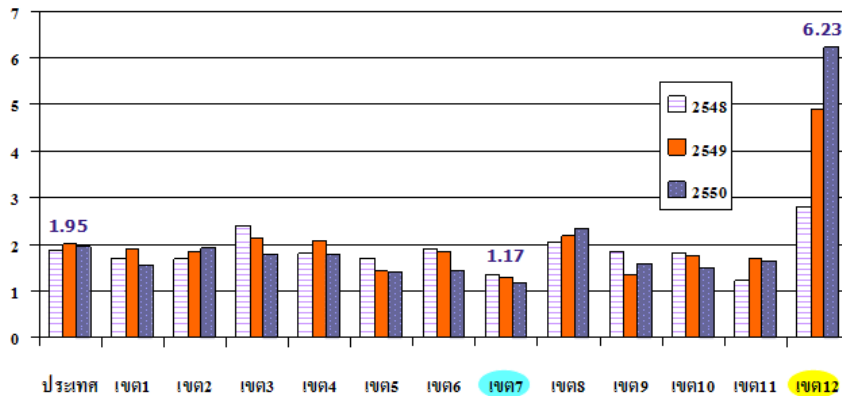
จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพรายปี 75 จังหวัด (ท.02) ในการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ (caries free) ของเด็กอายุ 12 ปี ปี 2548-2550 พบว่า caries free ของเด็กอายุ 12 ปี ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มคงที่ คือ ร้อยละ 41.37, 42.6 และ 42.00 ตามลำดับ แต่เมื่อมองแยกแยะเขต (ศูนย์อนามัย) แล้วพบว่า caries free ของเด็กอายุ 12 ปี ในจังหวัดในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 1, 6, 8 และ 12 มีแนวโน้มสูงขึ้น และในปี 2550 ศูนย์อนามัยที่ 7 มี caries free สูงที่สุด คือร้อยละ 49.09 ศูนย์อนามัยที่ 12 มี caries free ต่ำที่สุด คือร้อยละ 27.54 (ดังรูปที่ 4) ซึ่งสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) จากการสำรวจเดียวกันพบว่า ในปี 2550 ศูนย์อนามัยที่ 7 มีค่า DMFT น้อยที่สุด คือ 1.17 และศูนย์อนามัยที่ 12 มีค่า DMFT สูงที่สุด คือ 6.23 (ดังรูปที่ 5)

รูปที่ 4 ร้อยละของผู้ปราศจากฟันผุ (Caries free) เด็กอายุ 12 ปี



แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 75 จังหวัด ปี 2548-2550

รูปที่ 5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เด็กอายุ 12 ปี



แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 75 จังหวัด ปี 2548-2550

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียน

3.2.1 ปัจจัยเชิงกายภาพ

สภาวะเหงือกอักเสบและการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มอายุนี้นี้ มีปัจจัยในการเกิดโรคไม่แตกต่างกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม คือ ปัจจัยทางด้านการบริโภคอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก หากแต่ในกลุ่มวัยนี้ มีข้อจำกัดเชิงกายภาพที่มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัย 8-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เป็นฟันชุดผสม คือ เป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมหลุดออกและฟันแท้อยู่ในระยะการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันในช่องปากเด็กกลุ่มวัยนี้มีการจัดเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ยากต่อการทำความสะอาด จึงทำให้พบว่าในช่วงนี้เด็กจะมีคราบจุลินทรีย์สะสมในปากได้ง่าย และด้วยทักษะการแปรงฟันของเด็กกลุ่มนี้ จึงทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีเท่าที่ควร ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคฟันผุ (ฟันผุ) สามารถแสดงดังตารางที่ 3 (พจนาน กิตติพิบูลย์และคณะ, 2545)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคฟันผุ

กลุ่มเป้าหมาย	คุณลักษณะของ อวัยวะปริทันต์ ที่ต้องการ	ตัวชี้วัดที่สนใจ	เป้าประสงค์
มากกว่า 6 ปี	1. พฤติกรรมการบริโภค ที่ดี	- พฤติกรรมการบริโภค - ปริมาณน้ำตาลซูโครส ที่บริโภค	รับประทานอาหารมือ หลักครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารเป็น มือ ถ้าจำเป็นให้เลือก รับประทานอาหาร ระหว่างมื้อที่มีปริมาณ เส้นใยสูง มีปริมาณแป้ง และน้ำตาลต่ำ
	2. เพิ่มความต้านทาน โรคฟันผุโดย - ได้รับฟลูออไรด์ใน ปริมาณที่เหมาะสม - ได้รับการเคลือบหลุม ร่องฟัน	- ระดับฟลูออไรด์ในน้ำ - การเคลือบหลุมร่องฟัน	- ปรับระดับฟลูออไรด์ ในน้ำ ควรเท่ากับ 0.5-0.6 ppen - เด็กที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการเคลือบ หลุมร่องฟัน
	3. พฤติกรรมในการดูแล สุขภาพช่องปาก	- ความถี่/ประสิทธิภาพ ในการแปรงฟัน - การใช้ยาบ้วนปาก ชนิดที่ผสมChrohexydine ในกลุ่มเสี่ยง F 0.025%	- มีพฤติกรรมในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ดี
	4. มีภาวะการหลังของ น้ำลายปกติ	มีการใช้ Sodum F - ภาวะการหลังน้ำลาย น้อย (ปากแห้ง)	- เพิ่มหรือลดการหลัง ของน้ำลาย
	5. การดูแลสังเกตการเกิด ฟันผุด้วยตัวเอง	- สังเกตว่า อาจมีการผุ ของฟันเกิดขึ้น - เศษอาหารติดที่ซอกฟัน บ่อยๆ - มีจุดดำหรือต่างขาวขึ้น ที่บริเวณฟันที่ด้านแก้ม หรือฟันหน้า - การเกาะของแผ่นคราบ ฟันบนตัวฟัน	เพื่อลดอัตราเสี่ยง ต่อการเกิดโรคฟันผุ - มีการผุของฟันเกิดขึ้น 3-4 ซี่ ทุกปี - ผิวฟันเรียบไม่มี คราบฟัน

3.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่จะอยู่ในสถานศึกษา ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเด็กสามารถดูแลตนเองได้ และมักจะละเลยในการให้คำแนะนำในการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก สถานศึกษาเองก็ให้ความสำคัญต่อการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนน้อย โดยที่สามารถพบได้โดยทั่วไปว่า สหกรณ์ของโรงเรียนจะมีการขายขนมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนมกรุบกรอบที่มีบรรจุภัณฑ์สำเร็จรูป ซึ่งจะมีองค์ประกอบของแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก จากการสำรวจขายขนมที่เด็กบริโภคใน 1 วันของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 พบว่า ร้อยละ 80.86 ของขนมที่เด็กบริโภคมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ (บุญเอื้อ ยงวานิชกร. 2547) เด็กในกลุ่มวัยนี้จะบริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน พบว่า ค่าขนมเฉลี่ยในเด็กกลุ่ม 3-15 ปี ประมาณ 13 บาท/วัน และสูงถึง 100 บาท/วันในเด็กบางคน การเปลี่ยนแปลงของการบริโภคขนมจะเป็นไปตามช่วงวัย เด็กเล็กมักนิยมบริโภคขนมปังนิ่มมีไส้ ในขณะที่เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นจะมีการบริโภคน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกซื้อขนมของเด็กเป็นไปตามโฆษณา รสชาติ และของแถม การบริโภคอาหารมือหลักของเด็กมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป

อาหารมือหลักโดยเฉพาะอาหารเข้ามัทจะจะเป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จรูปหรือปรุงได้ง่าย จากการสำรวจพบว่า อาหารที่มักเป็นอาหารเช้าของเด็กได้แก่ ข้าวเหนียว หมูบึ่ง ไส้กรอกทอด ไข่ไก่ ข้าวต้ม เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เป็นหลัก ทำให้เด็กขาดอาหารจำพวกผักผลไม้ที่มีเส้นใย เกลือแร่ (ปิยะดา ประเสริฐสม. 2546, อุไรพร จิตต์แจ้ง. 2547)

สื่อโฆษณา: ปัจจุบันสื่อโฆษณามีอิทธิพลต่อความเชื่อและการตัดสินใจของประชาชนเป็นอย่างมาก เด็กเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ชัดเจนที่ถูกครอบงำโดยสื่อโฆษณา จากการศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์ของเด็ก พบว่า ในวันธรรมดา เด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 10 นาที และสูงขึ้นถึง 9 ชั่วโมง 47 นาที ในวันหยุด ตกปีละ 2,236 ชั่วโมงใน 1 ปี มากกว่าเวลาที่ใช้ในโรงเรียน 1,600 ชั่วโมงถึง 636 ชั่วโมง การสำรวจรายการโฆษณาในรอบเวลา 1 วัน ในรายการการ์ตูนของทีวีช่อง 9 มีการโฆษณาถึง 101 ครั้ง ลักษณะการโฆษณาล้วนเป็นการโฆษณาเชิญชวนและปลุกฝังให้มีความนิยมในขนมและของเล่นที่เพิ่มความรุนแรงทั้งสิ้น สื่อเหล่านี้ทำให้เด็กเพิ่มการบริโภคขนมและอาหารที่ไร้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น (สันติ จิตระจินดา. 2546)

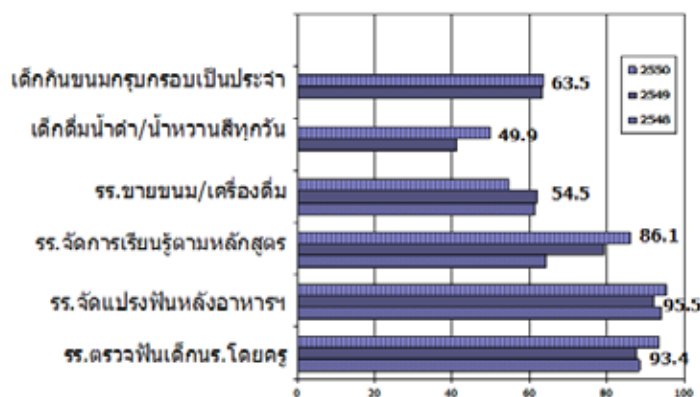
จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพใน 75 จังหวัด ปี 2548-2550 พบว่า เด็กได้รับประทานขนมกรุบกรอบเป็นประจำ ร้อยละ 63.5 และพฤติกรรมการบริโภคน้ำดำนํ้าหวานสีทุกวันเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 41.2 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 49.9 ในปี 2550 แต่พบว่า โรงเรียนขายขนมและเครื่องดื่มน้อยลงเป็นร้อยละ 61.3, 62 และ 54.5 ตามลำดับ ดังรูปที่ 6

3.2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

แม้ว่าจะมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี 2520 โดยจัดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันก็ตาม แต่พบว่ากิจกรรมการแปรงฟันส่วนใหญ่ไม่มีความสม่ำเสมอ และไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาด เนื่องจากข้อจำกัดของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กที่จะพัฒนาได้เต็มที่เมื่อเด็กอายุ 8 ปีไปแล้ว นอกจากนี้เมื่อเด็กอายุมาก

ขึ้นอย่างเข้าสู่วัยรุ่นจะให้ความสนใจใส่ใจในการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันน้อยลง อย่างไรก็ตาม การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะมีส่วนในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งล่าสุด พ.ศ.2543-44 เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 94 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และพบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์น้อยกว่าเด็กที่ไม่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กองทันตสาธารณสุข. 2544)

รูปที่ 6 พฤติกรรมเด็กวัยเรียนและกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน



แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 75 จังหวัด ปี 2548-2550

3.3 กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนจากอดีตถึงปัจจุบัน

3.3.1 บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวี” แก่นักเรียนประถมศึกษา (พ.ศ.2513-2531)

การจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเริ่มมีขึ้น พ.ศ.2513 เมื่อทันตภิบาลซึ่งจบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรี บรรจุลงปฏิบัติงานในสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ซึ่งภายหลังเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอำเภอ เพื่อให้บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวี” แก่นักเรียนประถมศึกษา ถือว่าเป็นยุคแรกของการให้บริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ซึ่งต่อมาโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

3.3.2 การเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ.2531 - 2542)

พ.ศ.2528 มีการประชุมระดับชาติจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ.2543 เพื่อเป็นเข็มมุ่งของการทำงานทันตสาธารณสุขในทุกระดับ ซึ่งเป้าหมายสำคัญคือการควบคุมโรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษา โดยกลุ่มอายุ 12 ปี (เป็นกลุ่มดัชนีเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพ) มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออกไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน ในปีเดียวกันนี้ยังมีเหตุการณ์สำคัญคือ การประสาน

ความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ (สปช.) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 ปีในการทดสอบและปรับเกณฑ์จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับครูอนามัย (คู่มือครูทำได้) และสื่อต่างๆ ตลอดจนอบรมศึกษานิเทศก์ หลังจากนั้นจึงมีหนังสือสั่งการให้โรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่งในสังกัด สปช. ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 เป็นต้นไป

3.3.3 งานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ.2542 - ปัจจุบัน)

พ.ศ.2542 เป็นปีแรกที่กรมอนามัยประกาศให้มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่สร้างสุขภาพให้แก่ทุกคนในโรงเรียน ตลอดจนชุมชนรอบข้าง งานทันตสุขภาพถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่กระจายอยู่ในองค์ประกอบต่างๆ ของเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ข้อดีคือการบูรณาการกับงานสุขภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมและเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัยได้มีส่วนร่วมในการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่ข้ออ่อนคือการไม่ทราบสถานภาพที่แท้จริงของปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนทั้งที่โรคฟันผุเป็นปัญหาในอันดับต้นๆ ของเด็กนักเรียน ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักเรียนต้องขาดเรียน ในพ.ศ.2548 สำนักส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแกนในการปรับเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษา จึงมีการปรับเกณฑ์งานทันตสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้นทั้งในด้านของกิจกรรมและน้ำหนักคะแนน พร้อมกันนี้ กองทันตสาธารณสุขยังได้รวบรวมเกณฑ์ประเมินงานทันตสุขภาพที่กระจายอยู่ตามองค์ประกอบต่างๆ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน จัดทำเป็นแบบฟอร์มเก็บข้อมูลรายปีเพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

4. สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน

4.1 สถานการณ์และปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมาอย่างชัดเจนคือ การสูญเสียฟันในวัยสูงอายุ อันเนื่องมาจากการที่โรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่สะสม ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ดี และในเชิงสังคม (Social Function) ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงสังคมของผู้ที่มีการสูญเสียฟัน

โรคปริทันต์เป็นกลุ่มของโรคซึ่งเกิดจากการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ที่มีลักษณะทางคลินิกแตกต่างกันไปจากการอักเสบที่เกิดเฉพาะที่เหงือก (gingivitis) ไม่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์ส่วนอื่นไปจนถึงปริทันต์อักเสบ (periodontitis) ที่มีการอักเสบของเหงือก และการทำลายอวัยวะปริทันต์ส่วนที่อยู่ข้างใต้ ได้แก่ กระดูกเบ้ารากฟัน (alveolar bone) เอ็นยึดรากฟัน (periodontal ligament) และเคลือบรากฟัน (cementum) ทำให้เกิดร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) ในระดับความรุนแรงต่างๆ สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุด อาจกล่าวได้ว่าโรคปริทันต์เป็นโรคในช่องปากที่พบบ่อยในประเทศไทย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปริทันต์อักเสบในระดับรุนแรงที่นำไปสู่การสูญเสียฟัน ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลงและสูญเสียความสวยงามนั้นพบได้ในอัตราที่สูงเมื่ออายุมากขึ้น (อนัญญา พรหมสุทธิ และคณะ, 2545)

กลุ่มวัยแรงงานจะมีปัญหาการเป็นโรคฟันผุซึ่งเรื้อรังมาตั้งแต่ในวัยรุ่น อัตราการเกิดโรคฟันผุคิดเป็นค่าเฉลี่ย ฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มวัยแรงงาน และมีแนวโน้มของสัดส่วนการสูญเสียฟันและการอุดฟัน ในการสำรวจแต่ละครั้งดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และ ฟันอุด ในกลุ่มอายุต่างๆ

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2532, 2537, 2543-44

กลุ่มอายุ ปี	จำนวนฟันในช่องปาก (ซี่/คน)			ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด			%DT/DMFT			%MT/DMT			%FT/DMFT		
	2532	2537	2543	2532	2537	2543	2532	2537	2543	2532	2537	2543	2532	2537	2543
			-44			-44			-44			-44			-44
17-19	28.3	28.2	27.8	2.7	2.4	2.1	70.4	58.3	68.4	11.1	16.7	6.1	18.5	25	25.5
35-44	28.4	28.2	28.2	5.4	6.5	6.1	40.7	32.2	30.8	51.8	55.4	57.9	7.4	12.3	11.3

ปัญหาที่เริ่มพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหาภาระแรงในช่องปาก

- ภาระแรงในช่องปาก

เป็นประเด็นที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อเทียบกับสภาวะความผิดปกติอื่นๆ ในช่องปาก ในปี 2540 พบว่าภาระแรงเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่ากว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยภาระแรงจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ภาระแรงในช่องปากจัดเป็น 10 อันดับแรกของการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยภาระแรงในช่องปากและลำคอร้อยละ 3 ของผู้ป่วยภาระแรงทั้งหมด สถาบันภาระแรงแห่งชาติได้รายงานอุบัติการณ์การเป็นภาระแรงในช่องปากและลำคอของไทย ในปี 2536, 2539 และ 2542 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาระแรงในช่องปากและลำคอ คิดเป็นอัตราประมาณการรายปี (Age standardized Rate) โดยในเพศชาย 5.4, 4.4 และ 4.6 ต่อประชากรแสนคน และในเพศหญิง 4.0, 4.3 และ 6.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ พบผู้ป่วยโรคภาระแรงในช่องปากที่อุดอุดเกิน 5 ปี มีน้อยกว่าร้อยละ 50 ภาระแรงช่องปากระยะแรกที่ยังมีขนาดเล็กและยังไม่แพร่กระจายจะมีการตอบสนองดีต่อการรักษา และมีอัตราการหายสูง แต่ผู้ป่วยภาระแรงช่องปากมากกว่าร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อภาระแรงลุกลามไปมากแล้ว ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Oral cancer : Age specific incidence rates (ASR) per 100,000 year

1999.

DISEASE	SEX	10-29 yrs	30-39 yrs	40-49 yrs	50-59 yrs	60-69yrs	70-79 yrs
Oral Cancer	Male	0.7	2.6	9.3	24.3	42.8	67.6
	Female	1.4	4.5	7.9	27.8	68.8	124.9
Nasopharynx	Male	2.3	6.3	12.9	30.7	56.3	70.3
	Female	1.4	3.4	6.0	11.0	13.4	20.4

4.2 ปัจจัยสำคัญกับสภาวะทันตสุขภาพในวัยแรงงาน

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคปริทันต์ สามารถสรุปได้ดังตาราง(อนัญญา พรหมลธิธิ, 2545)

กลุ่มเป้าหมาย	คุณลักษณะที่ต้องการ	ตัวชี้วัดที่สนใจ	เป้าประสงค์
ทุกกลุ่ม	1. เป็นผู้ไม่บริโภคยาสูบ	อุปนิสัยการบริโภคยาสูบ	ไม่สูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ลดน้อยลง
	2. ควบคุมปริมาณน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน	Fasting plasma glucose (FPG)	FPG<126 mg/dl
	3. รู้จักการจัดการกับความเครียด	- การออกกำลังกาย - การพักผ่อน - ฯลฯ	Low anxiety Low depression
	4. มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี	- ความถี่/ประสิทธิภาพในการแปรงฟัน และ การทำความสะอาดซอกฟัน	รู้ตัวว่ามีหน้าที่ทำความสะอาดฟันด้วยตัวเองโดย - แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง/วัน - แปรงฟันได้สะอาดฟันเรียบไม่สึก ไม่มีคราบเกาะที่เหงือก ทุกซี่ฟันในปาก - ใช้เครื่องมือทำความสะอาดซอกฟันที่เหมาะสมทุกซี่ฟัน - ทำความสะอาดฟันปลอม (ถ้ามี) ได้อย่างถูกต้อง

- พฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุรา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคปริทันต์ การเกิดมะเร็งในช่องปาก แม้ว่าการสำรวจที่ดำเนินการเป็นระยะนับตั้งแต่ พ.ศ.2519 เรื่อยมา โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะพบว่า ผู้สูบบุหรี่ประจำที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการลดลงเรื่อยมากก็ตาม หากแต่ในการสำรวจทุกครั้ง ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะพบมีอัตราการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่าวัยอื่นๆ ในการสำรวจ พ.ศ.2547 กลุ่มวัยทำงาน 25-59 ปี มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คือ มีร้อยละ 21.3 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 18.2 และกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีร้อยละ 10.9 ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นคือ ร้อยละ 18.2 หรือคิดเป็น 1.3 ล้านคนโดยประมาณ ข้อมูลจากการศึกษาระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า (2541-2544) พบอัตราผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่ถึง 100 มวน หรือ 5 ซองในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีถึงร้อยละ 28.3 และพบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีดัชนีความรุนแรงและการลุกลามของโรคปริทันต์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชาญชัย ไช้สงวน, 2544) เช่นเดียวกันกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2543-44 พบว่า ความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ โดยผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีกระเปาะปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (กองทันตสาธารณสุข, 2544)

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดมะเร็งและรอยโรคในช่องปาก จำนวนผู้สูงอายุที่ดื่มสุรามีถึง 1.2 ล้านคนโดยประมาณ อัตราการดื่มสุราเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 16 ซึ่งมีอัตราสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

นั่นคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของกลุ่มวัยทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดปัญหาทางทันตสุขภาพ ดังนั้น หากเราควบคุมหรือลดจำนวนผู้บริโภคยาสูบและสุราในกลุ่มวัยแรงงานลงได้ ย่อมช่วยแก้ปัญหาสภาวะทันตสุขภาพลงได้ด้วย

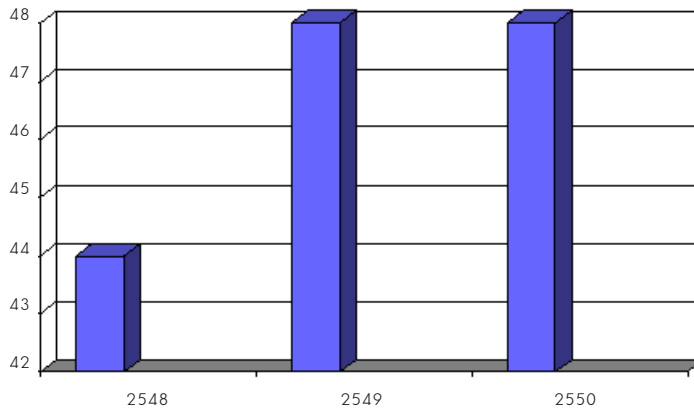
5. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุ

5.1 สถานการณ์สุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ สำหรับผู้ที่มีฟันอยู่ในช่องปาก ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้น และพบฟันผุที่รากฟัน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาหามะเร็งในช่องปากที่เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องมาจากพฤติกรรมที่เสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก ทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้เกิดโรคในช่องปากที่เรื้อรังและสะสม ผลกระทบที่ตามมาอย่างชัดเจนคือ การสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่องในวัยสูงอายุ จนสูญเสียฟันทั้งปากในที่สุด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงกายภาพ (Physical Function) ที่ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี และในเชิงสังคม (Social Function) ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมของผู้ที่มีการสูญเสียฟัน และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 75 จังหวัด (ท. 02)

ในปี 2548-2550 พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44, 48 และ 48 ตามลำดับ (ดังรูปที่ 7)

รูปที่ 7 ร้อยละของผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารอย่างเหมาะสม จากร้อยละ 44-48 (ปี 2548-2550) เพิ่มขึ้นร้อยละ 4



การเกิดโรคปริทันต์ซึ่งวัดโดยการเกิดร่องลึกปริทันต์ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 61.6 มีร่องลึกปริทันต์ และร้อยละ 25.7 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร โดยมีค่าเฉลี่ย 0.44 ส่วน/คน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุงยากซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษา การกระจายของโรคค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกภาค

ฟันผุเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดช่วงชีวิต ผู้สูงอายุไทยเกือบทุกคนหรือประมาณร้อยละ 95.6 เคยมีประสบการณ์โรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.37 ซี่/คน ในจำนวนนี้พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 มีฟันผุในช่องปากโดยที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหาร โดยที่ฟันเหล่านั้นเป็นฟันที่อยู่ในสภาวะผุลุกลาม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันมากที่สุด (ร้อยละ 56) ปัญหาการเป็นโรคฟันผุของกลุ่มผู้สูงอายุจะพบในภาคกลางมากกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้ การเกิดเหงือกกรันเป็นสภาวะที่พบได้มากในผู้สูงอายุ ทำให้มีรากฟันโผล่ในช่องปากซึ่งสภาวะดังกล่าวเป็นผลมาจากการแปรงฟันผิดวิธีและการมีสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรังทำให้รากฟันมีโอกาสผุได้ง่าย อัตราการเกิดฟันผุที่รากฟันจะพบสูงในภาคเหนือ (ร้อยละ 28.5) และในเขตเมือง (ร้อยละ 26.0) การมีรากฟันผุโดยไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้มีโอกาสสูญเสียฟันได้อีกเช่นกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ความจำเป็นและความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจึงสูงมากทั้งในกรณีของการบูรณะฟัน การรักษาโรคปริทันต์ และการฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยการใส่ฟันเทียม

5.2 ผลกระทบของสุขภาพช่องปาก ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปากเป็นภาวะที่ช่องปากมีความสบาย สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้คนเราสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข (Dolan 1993) ผลกระทบของสุขภาพช่องปากจึงอาจกล่าวได้ถึงผลของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพกาย ผลของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต และผลของสุขภาพช่องปากต่อการเข้าสังคม (Srisilapanan 200, 2002)

5.3 การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในปัจจุบัน

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และในวาระมหามงคล 80 พรรษาในปี 2550 (กองทันต-สาธารณสุข 2547) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาดังกล่าว ระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ปี 2548-2550 กำหนดภารกิจเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- ภารกิจเร่งด่วนในการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไป รวมทั้งสร้างศูนย์ในการดูแลความสะอาดช่องปากทั้งฟันแท้และฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ
- ภารกิจระยะยาวในการลดการสูญเสียฟันด้วยการพัฒนารูปแบบ แนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

โดยมีเป้าหมายในการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุจำนวน 80,000 คน และผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- จันทนา อึ้งชูศักดิ์(2551). **สุขภาพฟัน**. ในสุขภาพคนไทย 2551 ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ (บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). นครปฐม
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ(บรรณาธิการ). **การเลี้ยงดูโดยศูนย์เด็กเล็ก**. ในสุขภาพคนไทย 2551 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). นครปฐม
- ชัชวีร์ สุชาติลาพงศ์ และคณะ(2545). **สรุปผลการศึกษาปัญหาโรคทางทันตกรรมและแนวทางการป้องกัน**. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ
- สถานการณ์สุขภาพช่องปาก. **การส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย**. 30 พฤษภาคม 2551
- ขนิษฐา รัตนรังสิมา, ปิยะดา ประเสริฐสม (2551). **สถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพเด็กนักเรียนประถมศึกษา(อายุ 12 ปี) และสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน**. จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด ปี 2548-2551. สืบค้นจาก dental.anamai.moph.go.th/go_downloads.php?Ref=20071018160210-downloads-2.doc - . เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2552

บทที่ 2

ตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพ



ข้อมูลตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพในบทนี้ เป็นการย่อและคัดลอกจากคู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย คู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2552 ซึ่งสามารถสรุปสถานการณ์ ตัวชี้วัด และโครงการสำคัญในปี 2552 ดังนี้

กองทันตสาธารณสุข มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากดีทุกช่วงวัยของชีวิต โดยมีการดำเนินงานตามโครงการและกิจกรรมในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งในปี 2552 มีแผนการดำเนินงานโครงการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ ดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย

- การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย
- การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน
- การส่งเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานและผู้สูงอายุ

การจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก

- การเฝ้าระวังและแก้ปัญหาฟลูออไรด์สูงในน้ำบริโภค
- การเฝ้าระวังและจัดทำมาตรฐานผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพช่องปาก
- ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ตัวชี้วัด งานทันตสาธารณสุข ปี2552

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ

ร้อยละ 40 ของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

ร้อยละ 45 ของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ

ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุมีฟันเคี้ยวอาหารที่เหมาะสม (มีฟันอย่างน้อย 4 คู่สบ)

ตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพ

ร้อยละ 85 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากและคำแนะนำ

ร้อยละ 80 ของผู้ปกครองเด็กอายุ 9-12 เดือน ได้รับการฝึกแปรงฟัน

ร้อยละ 70 ของเด็กอายุ 1-3 ปี ได้รับการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน

ร้อยละ 98 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

ร้อยละ 80 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์

ร้อยละ 90 ของโรงเรียนจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

ร้อยละ 75 ของโรงเรียนไม่มีการจำหน่าย หรือจัดน้ำอัดลมให้แก่เด็กนักเรียน

ผู้สูงอายุ 30,000 คน ได้รับการใส่ฟันเทียมและได้รับคำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปาก

ชมรมผู้สูงอายุ 150 แห่งมีการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองแก่สมาชิก

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย (ปี 2551)

- เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 36.2
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากและคำแนะนำ ร้อยละ 82
- ผู้ปกครองเด็ก 9-12 เดือนได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 77
- เด็ก 6-36 เดือน ได้รับการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 64.7
- ศพด. จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 97.2
- ศพด. จัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 74.3
- เป้าหมายและตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของกองทันตสาธารณสุข
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากและคำแนะนำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

- ผู้ปกครองเด็กอายุ 9 – 12 เดือน ได้รับการฝึกแปรงฟันให้เด็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ได้รับการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
- ศพด. จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 98
- ศพด. จัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3–5 วัน/สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

แผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กปฐมวัยปี 2552 พัฒนาโยบายลดการกินหวานในเด็กปฐมวัย

- ผลักดันนโยบายลดปริมาณน้ำตาลในอาหารเสริมทารกและเด็ก
- พัฒนาเครือข่ายพื้นที่ไม่กินหวาน
- สนับสนุนให้มีการจัดอาหารว่างที่ส่งเสริมทันตสุขภาพ
- พัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย
- พัฒนาแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดีคุณภาพ
- พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในแม่และเด็ก
- สนับสนุนและติดตามการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- พัฒนาและบูรณาการกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- หลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

สำรวจสถานการณ์ทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย

- สำรวจฟันผุในเด็ก 3 ปี ประจำปี และรายงานผลการดำเนินงานเพื่อการประเมินผล
- สำรวจสถานการณ์การแปรงฟันก่อนนอน เด็ก 6 เดือน – 2 ปี

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา

สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กวัยประถมศึกษา (ปี 2551)

- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 43.83
- ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด ของเด็กอายุ 12 ปี 1.63 ซี่/คน
- เด็กอายุ 12 ปี ไม่มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 53.83
- โรงเรียนประถมศึกษาจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 95.74
- เด็กชั้นป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน 330,213 ราย (ปีการศึกษา 2550)

เป้าหมายและตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา ของกองทันตสุขภาพ

- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากโรคฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45
- โรงเรียนประถมศึกษาปลอดน้ำอัดลม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
- โรงเรียนประถมศึกษาจัดแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- เกิดเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ใน 24 จังหวัด 72 เครือข่าย

แผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา ปี 2552

1. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน
 - 1.1 โครงการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ระยะที่ 2 พ.ศ. 2551-2552
 - 1.2 การประเมินผลลัพธ์โครงการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี
 - 1.3 โครงการ สัมมนานานาชาติในกลุ่มเอเซีย เรื่องการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในโรงเรียน ครั้งที่ 5 ประเทศไทย
2. พัฒนาคูณภาพบริการสุขภาพ : ประเมินระบบบริการ พัฒนา ศอ.สสจ. Guideline for OH promotion in school (WHO)
3. กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการสภาพแวดล้อม
 - 3.1 ติดตามนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม
 - 3.2 โครงการประกวดคู่มือโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ (พ.ศ.2551-2552)
 - 3.3 นมฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุในประเทศไทย วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้นมฟลูออไรด์เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ฟลูออไรด์เสริม ภายใต้โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน
4. พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการ
 - 4.1 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ 0-12 ปี ในระดับจังหวัด

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานและผู้สูงอายุ

สถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

- จัดบริการใส่ฟันเทียมปีละ 32,000 ราย
- มีเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยชมรมผู้สูงอายุ 38 จังหวัด 109 ชมรม
- หน่วยบริการร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการบริการทันตกรรมป้องกัน 21 จังหวัด 167 หน่วยบริการ
- ข้อมูลจากการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในจังหวัด
- ผู้สูงอายุที่มีฟัน(แท้และ/หรือเทียม)ใช้เคี้ยวอาหาร 4 คู่สบ เพิ่มจาก ร้อยละ 44.1 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 49.2 ในปี 2551
- ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 35.6 (ข้อมูล 47 จังหวัด ในปี 2551)

โครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานและผู้สูงอายุปี 2552

● ให้ความสำคัญกับการลดการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการจัดบริการใส่ฟันเทียม

- เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- การศึกษา วิเคราะห์ วิจัยการพัฒนาระบบ/รูปแบบทั้งในกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ
- การเฝ้าระวัง ติดตาม และการประเมินผล
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาชน

โครงการต่อเนื่องจากปี 2551

1. โครงการฟันเทียมพระราชทาน : การรายงาน การติดตามประเมินผล และการรณรงค์ร่วมกับภาคีเครือข่าย พัฒนาศักยภาพ และการศึกษา/วิจัย
2. โครงการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก :
 - พัฒนารูปแบบ/กิจกรรมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ / ขยายเครือข่ายภาคกลาง
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข
3. โครงการพัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์
 - พัฒนารูปแบบ/กิจกรรมพื้นที่เดิมและจังหวัดใหม่ที่สนใจ
 - อบรมทันตบุคลากร : Early detection and Prevention
4. โครงการรณรงค์ “คนไทยฟันดี สดุดีสมเด็จพระเจ้า” และการประกวด “10 ยอดฟันดีวัย 80 ปี” (ปีงบประมาณ 52 และ 53)
5. การเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพช่องปากในพื้นที่
6. การนิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลโครงการ

โครงการเริ่มดำเนินการปี 2552

- โครงการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดต้นแบบ
- โครงการศึกษา/วิจัย เรื่อง การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันรากฟันผุในกลุ่มผู้สูงอายุ
- การจัดทำเกณฑ์และค้นหาชมรมผู้สูงอายุที่เป็น Best practice model
- การสำรวจสถานการณ์สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

เอกสารอ้างอิง

กองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย(2552). **คู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2552**

บทที่ 3

บทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวข้อง กับทันตสุขภาพ



สำหรับบทนี้นำเสนอบทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่อ้างอิงหนังสืออัลฟิกฮุลอิสลามี หลักนิติศาสตร์อิสลาม เล่ม 1 (วะฮฺยูฮฺ อัลฮุซัยลี, 2551:313-326) จากการศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

บทบัญญัติอิสลามในเรื่องความสะอาด

ศาสนาอิสลาม เรื่องความสะอาดจัดเป็นคุณธรรมที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่นำมาซึ่งความสุข ความเจริญในสังคม ท่านศาสดาได้กล่าวไว้ว่า

عن أبي مالك الأشعري قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم
"الطهور شرط الإيمان" صحيح مسلم رقم 328 الكتاب الطهارة

ความว่า “แท้จริงความสะอาดคือส่วนหนึ่งของความศรัทธา”

(มุสลิม, อะหมัด อ่างใน เสวณีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 203)

ความสะอาดในภาษาอาหรับ เรียกว่า อัฏ-ฏะฮะฮฺเราะฮฺ

ในทางภาษามายถึง ความสะอาดและไร้มลทินจากสิ่งสกปรกทั้งหลาย

ในทางศาสนา หมายถึง การชำระให้สะอาดตามศาสนบัญญัติ อันทำให้การละหมาด เป็นที่ถูกต้อง เช่น สะอาดจากสิ่งสกปรก เลือดประจำเดือน เลือดจากการคลอดบุตร เป็นต้น (ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์, 2515 อ้างใน มานี ชูไทย, 2544: 30-31)

ในคัมภีร์อัลกุรอาน ในซูเราะฮฺมุดัสซิร โองการที่ 1-5 (74 : 1-5) กล่าวถึงความสะอาด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

يَا أَيُّهَا الْمُدَّثِّرُ ﴿١﴾ قُمْ فَأَنْذِرْ ﴿٢﴾ وَرَبَّكَ فَكَبِّرْ ﴿٣﴾ وَثِيَابَكَ فَطَهِّرْ ﴿٤﴾ وَالرُّجْزَ فَاهْجُرْ ﴿٥﴾

“เจ้าผู้คลุมกาย (ท่านนบีมุหัมมัด) อยู่เอ๋ย จงลุกขึ้นและดักเตือน และจงแช่ซ้อง ความเกรียงไกรของผู้อภิบาลของเจ้า ส่วนอารมณ์ของเจ้านั้น จงรักษาให้สะอาด และสิ่งโสมนม (คือการบูชาเจว็ด) นั้น จงหลีกห่าง” (อ้างใน มานี ชูไทย, 2544 : 31)

และอัลกุรอานในซูเราะฮฺอัลบะกะรอเราะฮฺ โองการที่ 222 (2 : 222)

وَسْأَلُونَكَ عَنِ الْمَحِيضِ قُلْ هُوَ أَذًى فَأَعْتَزِلُوا النِّسَاءَ فِي الْمَحِيضِ وَلَا تَقْرُبُوهُنَّ حَتَّى يَطْهَرْنَ فَإِذَا تَطَهَّرْنَ فَأْتُوهُنَّ مِنْ حَيْثُ أَمَرَكُمُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ ﴿٢٢٢﴾

ความหมายว่า “และเขาทั้งหลายถามเจ้า (มุหัมมัด) เกี่ยวกับ (การสังวาสหญิงมี) ระดู จงกล่าวเถิดว่า (การสังวาสในระดูนั้น) มันเป็นเรื่องให้โทษ ดังนั้นจงอยู่ห่าง (อย่าสังวาส) หญิง ระหว่างมีระดู และจงอย่าเข้าใกล้ (การร่วมสังวาส) จนกว่านางสะอาด (คือพ้นจากการมี ระดูและชำระกายแล้ว) ดังนั้นจงเข้าหานางตามที่อัลลอฮ์ได้ทรงบัญชาเจ้า (คือโดยสุภาพ) แท้จริงอัลลอฮ์ทรงรักผู้ขอลุแกโทษเสมอ และทรงรักผู้ทำตนให้สะอาด (ทั้งกายและใจ)” (อ้างใน มานี ชูไทย, 2544 : 32)

กล่าวได้ว่าความสะอาดตามหลักศาสนาอิสลามครอบคลุมทั้งด้านกาย วาจา และจิตใจ

ในเรื่องความสะอาดทางจิตใจ พระผู้เป็นเจ้าจะทรงดูที่ความตั้งใจ หรือการตั้งใจแน่ว (เนียต) เป็นสำคัญ หากพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนเจตนาที่ดี ที่สะอาด หรือที่เรียกว่ามีความบริสุทธิ์ใจ (อิคลาส) พฤติกรรมนั้นย่อมได้รับรางวัลตอบแทนจากพระองค์ ส่วนในด้านวาจา มุสลิมจะต้องสำรวจทั้ง ถ้อยคำและวิธีการ กล่าวคือ ต้องเป็นวาจาที่ออกมาจากจิตใจที่ดี มีความปรารถนาดีต่อกัน ทาง ด้านร่างกาย ข้อพึงปฏิบัติของมุสลิมในเรื่องความสะอาด ตามบทบัญญัติทั้งจากคัมภีร์อัลกุรอาน

และอัลหะดีษมีการระบุตั้งแต่หลักการศรัทธาตามที่กล่าวไปแล้ว ตลอดจนรายละเอียดในการปฏิบัติ
ดังเช่น สิ่งที่มุสลิมจะต้องปฏิบัติคือ อาบน้ำ สระผม แปรงฟัน ตัดเล็บ โกนขนที่ลับและรักแร้ ทำความ
สะอาดรูจมูก กลั้วคอหรือบ้วนปาก ชำระล้างซอกนิ้วมือ ชำระล้างภายหลังการถ่ายปัสสาวะและ
อุจจาระ รวมทั้งผู้ชายมุสลิมทุกคนขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 203-
210)

วัฒนธรรมอิสลามยังกำหนดถึงสิ่งสกปรก หรือไม่สะอาด เรียกว่า นะญิส (หมายถึง
สิ่งที่ไม่สะอาด ซึ่งจำเป็นต้องชำระล้างให้สะอาดตามศาสนบัญญัติ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 :
479) อาทิเช่น เลือด น้ำหนอง น้ำมูก น้ำลาย สิ่งที่ไม่เจียน น้ำเมือก อสุจิ อุจจาระ ปัสสาวะ
น้ำลายสุนัข ซากสัตว์ที่ตายมาเอง น้ำเมา เป็นต้น สิ่งใดเป็นนะญิส สิ่งนั้นจะต้องชำระให้สะอาด
ซึ่งนะญิสแต่ละอย่างมีวิธีการในการชำระล้างให้สะอาดตามศาสนบัญญัติแตกต่างกันออกไป

ความรู้ในเรื่องความสะอาด ความสกปรก ในแต่ละวัฒนธรรม มีฐานความคิดที่มา
หลากหลายทั้งคติความเชื่อโบราณ ศาสนา และชีวการแพทย์ การให้ความหมายต่อความสะอาด
ไม่ได้เป็นเพียงการชำระร่างกายให้สะอาด แต่อาจหมายรวมถึงการจัดระบบความสัมพันธ์ของ
คนในสังคม และความบริสุทธิ์ทางจิตวิญญาณ

บทบัญญัติอิสลามในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้มีการกำหนด
ให้ทำความสะอาดร่างกายตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่หัวจนถึงเท้า อิสลามได้พยายาม
แยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาด และสกปรกออกอย่างชัดเจน โดยสิ่งที่สกปรกนั้น อิสลาม
เรียกว่า “นะญิส” และได้แบ่งชนิดของสิ่งสกปรก หรือนะญิสออกเป็นประเภทต่างๆ ตลอดจน
กำหนดวิธีการในการทำ ความสะอาดแต่ละประเภทแตกต่างกันไป ความสะอาดจัดเป็นคุณธรรม
ที่สำคัญซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่นำมาซึ่งความสุข ความจำเริญและความสันติ ความ
สะอาดในศาสนาอิสลามนั้นเทียบเท่ากับความบริสุทธิ์ และในอัลกุรอานได้กล่าวถึงความสะอาด
อยู่หลายตอน ท่านนบีมุหัมมัดได้กล่าวไว้ว่า

عن أبي مالك الأشعري قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "الطهور شرط الإيمان" صحيح
مسلم رقم 328 الكتاب الطهارة

“แท้จริงความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งหนึ่งของความศรัทธา”

(มุสลิม, อะหมัด อ่างใน เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 203)

ดังนั้นมุสลิมจึงต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาดในชีวิตอย่างจริงจัง ศาสนาอิสลามได้
บัญญัติให้มุสลิมชำระร่างกายให้สะอาดทุกครั้งก่อนละหมาด อย่างไรก็ตาม หากการใช้
น้ำจะหมาดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อาบ กรณีเช่นนี้การอาบน้ำจะหมาดเป็นอันว่าตกไป
และจำเป็นต้องทำตะยัมมูมแทน

ศาสนาอิสลามได้ให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาดปากและฟัน ท่านศาสดาได้ตระหนักดีว่าความสะอาดของปากขึ้นอยู่กับความสะอาดของฟันเป็นสำคัญ และปากจะเป็นประตูหนึ่งที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายหากปล่อยให้ปากมีกลิ่นที่ไม่สะอาดย่อมเป็นที่รังเกียจของคู่สนทนา การแปรงฟันจึงเป็นสิ่งที่ท่านศาสดาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 209)

ดังจะเห็นได้จาก การกำหนดให้บ้วนปากและแปรงฟัน ก่อนทำการละหมาดเป็นหน้าที่ที่ระบุในคัมภีร์อัลกุรอาน การบ้วนปาก 3 ครั้งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการอาบน้ำละหมาด ซึ่งมุสลิมละหมาดวันละ 5 ครั้ง ดังนั้นมุสลิมจึงต้องบ้วนปากวันละ 15 ครั้ง ศาสดามุหัมมัด คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม ยังบัญญัติให้ทำความสะอาดฟันใน 5 โอกาส คือ เมื่อฟันกลายเป็นสีเหลือง, เมื่อปากมีรสเปลี่ยนไป, เมื่อตื่นขึ้นจากที่นอน, ก่อนขอพร(ดุอาอ์)และก่อนชำระล้างร่างกาย สำหรับคนมุสลิมเมื่อเสียชีวิตต้องทำการอาบน้ำศพ การทำความสะอาดช่องปากและฟันเป็นขั้นตอนหนึ่งในการอาบน้ำศพ ก่อนทำการห่อศพและฝังตามประเพณี (Ring, 1986 : 71) และส่งเสริมให้บ้วนปากและแปรงฟันในเวลาอื่นด้วย ดังเช่นหะดีษ

“ท่านทั้งหลายจงแปรงฟัน ที่จริงสิ่งที่ดีที่สุดคือการแปรงฟัน มันจะขจัดโรคฟันผุ มันถอนเสมหะ มันทำให้ตาสว่าง มันทำให้เหงือกแข็งแรง ทำให้กลิ่นปากหมดสิ้น มันทำให้กระเพาะดีขึ้น มันเพิ่มพูนตำแหน่งบนสวรรค์ มันทำให้มลาอิกะฮ์ทำการสรรเสริญ และเป็นเหตุให้อัลลอฮ์ทรงยินดี และทำให้ไซตอนโกรธแค้น”

ได้มีการระบุอยู่ในสุนนะฮ์ของท่านนบี คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม เป็นหะดีษหลายบทด้วยกันโดยได้อธิบายถึงมารยาทอันดีงามมากมายที่ประกอบไปด้วยแนวทางแห่งศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดของฟัน ซึ่งเป็นผลทำให้ส่วนอื่น ๆ ดีไปด้วย เช่น ผม เล็บ และอื่น ๆ และส่วนหนึ่งของบรรดาหะดีษที่สำคัญ 2 บทคือ บทแรก ได้กล่าวถึงแนวทางที่เป็นธรรมชาติ 5 ประการ บทที่สอง ได้กล่าวถึงข้อพิเศษ 10 ประการ

แนวทางที่เป็นธรรมชาติ 5 ประการ

รายงานจากอบีสุรอยเราะฮ์ รุอียัลลอฮุอันฮู ว่า ท่านรอซูล คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม ได้กล่าวว่า

عن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال : الفطرة خمس الختان والاستحذاء
ونف الإبط وقص الشارب وتقليم الأظفار. صحيح البخاري 5823 الكتاب الستذان ، سنن
الترمذي رقم 2680

“5 ประการที่เป็นแนวทางของท่านนบีที่เป็นธรรมชาติ คือ การขจัดขนใต้ร่มผ้า, การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ, การขริบหนวด, การถอนขนรักแร้ และการตัดเล็บ”

บันทึกโดย กลุ่มผู้บันทึกหะดีษ

แนวทางอันเป็นธรรมชาติทั้ง 10 ประการ

รายงานจากท่านหญิงอาอิชะฮ์ รอฎิยัลลอฮุอันฮา ว่า นางได้เล่าว่า ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า

عشر من الفطرة: قص الشارب؛ وإعفاء اللحية؛ والسواك؛ والاستنشاق الماء؛ وقص الأظفار؛ وغسل
البراحم؛ وتنف الإبط؛ وحلق العانة؛ وانتقاص الماء يعني
قال زكريا قال مصعب بن شيبة: ونسيت العاشرة إلا أن تكون المضمضة، قال أبو عيسى انتقاص الماء
الإستنجاء بالماء سنن الترمذي رقم الحديث 2681

“สิบประการจากธรรมชาติที่บริสุทธิ์ (ที่ถือว่าเป็นความสะอาดพื้นฐาน) คือ การ
ขริบหนวด, เลี้ยงเครา, แปรงฟัน, สูดน้ำเข้าจมูก, ตัดเล็บ, ล้างข้อต่อนิ้วมือ, ถอนขนรักแร้,
โกนขนใต้ร่มผ้า, ใช้น้ำให้น้อย หมายถึง ในการชำระล้าง ผู้รายงาน คือมุศอับ บุตรของชัยบะฮ์
ได้กล่าวว่า และฉันได้ลิ้มประการที่ 10 เว้นแต่ว่ามันเป็นการบ้วนปาก” บันทึกโดย บุคอรี มุสลิม
ออบูดาวูด ตีรมิซียฺ และนะสาอียฺ (สาเหอะบัคฺลเลาะห์ และคนอื่น ๆ, อ้างใน วรรณฤดี ชินช่วยแรง,
2541)

แบบอย่าง (ซุนนะฮ์) ของท่านนบีมุหัมมัด ในการดูแลรักษาช่องปาก

การแปรงฟันนั้นถือเป็นหนึ่งจากซุนนะฮ์ฟิฏเราะฮ์ (แนวทางตามธรรมชาติซึ่งเป็น
ส่วนหนึ่งจากซุนนะฮ์หรือศาสนา) เพราะมันเป็นสาเหตุที่จะทำให้ปากสะอาด และสิ่งที่จำเป็นที่
ผู้กระทำจะได้รับความพอพระทัยจากพระองค์

ท่านหญิงอาอิชะฮ์ รอฎิยัลลอฮุอันฮา ได้เล่าจากท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม
ซึ่งท่านกล่าวว่า

السواك مطهرة للفم مرضاة للرب

رواه البخاري كتاب الصوم، النسائي رقم 5، سنن ابن ماجه رقم 285، مسند أحمد رقم : 7 ، 59 ،
23072

“การแปรงฟัน (ถูฟัน) ทำให้ปากสะอาด ทำให้อัลลอฮ์ทรงโปรดปราน” บันทึกโดย
บุคอรี ชาฟีอียฺ และอันนะสาอียฺ (หะดีษศอหิยะฮ์ เล่ม 2 อรุณ บุญชม, มัรวาน สะมะฮฺน, 2525)

และจากอามิร บิน รอบีอะฮ์ รอฎิยัลลอฮุอันฮา กล่าวว่า “.....ฉันเห็นท่านนบี
ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ถูฟัน ในขณะที่ท่านยังถือศีลอด ฉันไม่ได้นับ และนับไม่ถ้วน”
รายงานโดย ออบูดาวูด บุคอรี และตีรมิซียฺ (หะดีษศอหิยะฮ์ เล่ม 2 อรุณ บุญชม, มัรวาน
สะมะฮฺน, 2525)

คือบ่งบอกให้เห็นถึงความกว้างของศาสนบัญญัติโดยไม่ได้เจาะจงเวลาหนึ่งเวลาใด และสภาพใดโดยเฉพาะ มันเป็นสัจนัตในทุกเวลา ถือเป็นสุนนะฮ์มุอ์กกะดะฮ์ไม่ใช่เป็นเรื่องจำเป็น (วาญิบ) แต่ประการใด

ดังหะดีษจากอบูฮุร็อยเราะฮ์ เล่าว่า ท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า

عن زيد بن خالد الجهني قال سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول : لولا أن أشق على أمتي لمرتهم بالسواك عند كل صلاة رواه أبو داود في سننه : كتاب الطهارة رقم الحديث 43

“หากฉันไม่เกรงว่าจะสร้างความลำบากแก่ประชาชาติของฉันจนเกินไปแล้ว ฉันอยากให้พวกเขา (ประชาชน) แปรงฟันทุกครั้งที่จะต้องละหมาด”

หะดีษคอเหียะฮ์มุสลิม เล่ม 1 (จารีก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิย, 2541)

และในบันทึกของอะหมัด ว่า

قال أبو هريرة عن النبي صلى الله عليه وسلم : لولا أن أشق على أمتي لمرتهم بالسواك عند كل وضوء رواه البخاري في صحيحه كتاب الصوم

“หากฉันไม่เกรงว่าจะสร้างความลำบากแก่ประชาชาติของฉันจนเกินไปแล้ว แน่نونฉันต้องชี้ให้พวกเขาแปรงฟันพร้อมกับทุกๆ การอาบน้ำละหมาด”

บันทึกโดย กลุ่มผู้บันทึกหะดีษ

สำหรับบันทึกอัลบุคอรียะฮ์เป็นหะดีษมุอ์ลัก ในรูปแบบของการแนะนํ แต่การมุอ์ลักอย่างนี้ก็ยังถือว่าเคาะเฮียฮ์ ที่ว่า

لامرهم بالسواك عند كل وضوء

“แน่อน ฉันต้องชี้ให้พวกเขาแปรงฟันทุกๆ การอาบน้ำละหมาด”

นักนิติศาสตร์บางท่านได้กล่าวว่า : บรรดานักวิชาการได้มีมติเห็นตรงกันว่า การแปรงฟันนั้นเป็นสุนนะฮ์มุอ์กกะดะฮ์ เพราะศาสนบัญญัติได้ส่งเสริม ตลอดจนท่านนบีได้ปฏิบัติเป็นประจำ และส่งเสริมให้กระทำ

ข้อชี้ขาดสำหรับนักนิติศาสตร์อิสลามว่าการแปรงฟันนั้นเป็นสุนนะฮ์ตามธรรมชาติของกลุ่มอัลฮะนะฟียะฮ์ ทุกการอาบน้ำละหมาดขณะบ้วนปาก และถือเป็นส่วนหนึ่งจากบรรดาความประเสริฐของการอาบน้ำละหมาดก่อนที่จะบ้วนปาก ตามธรรมชาติของกลุ่มอัลมาลิกียะฮ์ และท่านอบูฮุร็อยเราะฮ์ได้เล่าว่า ท่านรอซูลุลลอฮ์ ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า

لَوْلَا أَن أَشَقَّ عَلَى أُمَّتِي لَأَمَرْتُهُم بِالسَّوَاكِ عِنْدَ كُلِّ صَلَاةٍ

“ถ้ามีเกรงว่าจะเป็นการลำบากแก่ประชาชาติของฉัน หรือถ้าไม่เป็นการลำบากแก่ มนุษยชาติแล้วไซ้ฉันจะสั่งให้พวกเขาแปรงฟันทุก ๆ เวลาละหมาด”

บันทึกโดย อัลบุคอรี, อันนะชาอียฺ และอิบนุคุษัยมะฮฺ

พึงทราบเถิดว่า ถ้าเขาล้างแปรงฟันในขณะที่บ้วนปากในการอาบน้ำละหมาด ก็ส่งเสริมให้ แปรงก่อนที่จะละหมาด คือตามพระคัมภีร์ของกลุ่มอัชชาฟีอียะฮฺ และอัลฮะนาบิละฮฺถือว่าเป็น ชุண்ணะฮฺที่ส่งเสริมทุก ๆ การละหมาด

เพราะมีหะดีษที่รายงานโดยอับดุลลอฮฺบะฮฺ ดั่งที่ได้กล่าวมาแล้ว ที่บันทึกโดยกลุ่ม ผู้บันทึกหะดีษ

และการแปรงฟันถือเป็นชุண்ணะฮฺอีกอย่างหนึ่งขณะอาบน้ำละหมาด หลังจากล้างมือแล้ว และก่อนบ้วนปาก และขณะที่ปากและฟันเปลี่ยนสภาพด้วยการนอน หรือกินอาหาร หรือหิว หรือหยุดพูดเป็นเวลานาน หรือพูดมาก เพราะมีหะดีษที่รายงานโดยสุชัยบะฮฺ ที่ว่า

عن حذيفة قال : كان النبي صلى الله عليه وسلم إذا قام من الليل يشوص فاه بالسواك صحيح

البخاري، كتاب الوضوء رقم الحديث 238

“เมื่อท่านรอสูด คืออลลัลลอฮฺอะลัยฮิอะซัลลัม ลุกขึ้นเพื่อละหมาดตะหัจญุด (ละหมาด กลางคืน) ยามดึก ท่านจะแปรงฟันด้วยไม้สวาก”

บันทึกโดย กลุ่มผู้บันทึกหะดีษ ยกเว้นอัตติรมิซียฺ หะดีษศอเหียะฮฺมุสลิม เล่ม 1 (จารึก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิ, 2541), ศอเหียะฮฺบุคอรี 45/2 (อิสมาอีล ลุดฟี อัब्ดุลเราะห์มาน, 2546)

และให้เอาสภาพอื่นเทียบกับการนอนเมื่อปากเปลี่ยนแปลง

และเช่นเดียวกันได้มีการเน้นให้แปรงฟันเพื่อจะละหมาด และเมื่อปากเปลี่ยนแปลงและ ฟันเป็นสีเหลือง และยังเน้นอีกเมื่อจะอ่านอัลกุรอาน หรือหะดีษ หรือวิชาการทางศาสนา หรือ เพื่อการระลึกถึงอัลลอฮฺ ชุบหานะฮฺวะตะอาลา หรือเพื่อการนอนและตื่น หรือเพื่อการเข้าบ้าน และขณะที่ชีวิตจะออกจากร่าง ในเวลาละหมาดเพื่อการกินอาหาร หลังจากละหมาดวิตร และ สำหรับผู้ถือศีลอดก่อนเวลาซุฮฺริ

กลุ่มอัชชาฟีอียะฮฺ ได้เพิ่มเติมว่า ส่งเสริมให้จุ่มระหว่างฟันก่อนที่จะแปรงฟันและหลัง แปรงฟัน และอันเนื่องมาจากมีรอยอาหารติดอยู่

หลักฐานในเรื่องนี้ก็คือหะดีษที่บันทึกโดยกลุ่มผู้บันทึกหะดีษ ยกเว้นอัลบุคอรี และ อัตติรมิซียฺ จากมิกดาม อิบน์ซุรฮฺ จากบิดาของเขาแล้วว่า ฉันได้ถามท่านหญิงอาอิชะฮฺว่า

كان اول مايدأ به إذا دخل بيته السوك مسند أحمد رقم الحديث 23651

“สิ่งแรกทีนปี คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ปฏิบัติเมื่อเข้าบ้านคืออะไร? อาอิชะฮ์ตอบว่า สิ่งแรกที่ท่านปฏิบัติ คือ การแปรงฟัน”

หะดีษศอเหียะฮุมุสลิม เล่ม 1 (จารีก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิ, 2541)

และอิบนุมาญะฮ์ ได้บันทึกรายงานจาก อับดุลมาญะฮ์ ที่ว่า

وإني لأستاك حتى لقد خشيت أن أحفي مقادم فمي سنن ابن ماجه، كتاب الطهارة وسنها رقم الحديث 285

“ความจริงฉันต้องแปรงฟันอย่างแน่นอน จนกระทั่งฉันกลัวว่าเหงือกในปากของฉันจะมีปัญหา”

และรายงานจากอาอิชะฮ์ ว่า

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم لا يرقدمن ليل ولا نهار فيستيقظ إلا استاك قبل الوضوء مسند أحمد رقم 24112

“ปรากฏว่าท่านรอซูล คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม จะไม่นอนตอนกลางคืนหรือกลางวัน แล้วท่านตื่นขึ้น นอกจากท่านได้แปรงฟันก่อนที่ท่านจะอาบน้ำละหมาด”

บันทึกโดย อะหมัด และอบูดาวูด

และเพราะว่าการนอน การกินอาหาร และที่คล้ายกับทั้งสองนั้น มันจะทำให้มีกลิ่นปาก และการแปรงฟันนั้นถูกบัญญัติเพื่อให้กลิ่นปากหายไปและทำให้เกิดกลิ่นที่ดี

ตามทรรคนะของกุ่มอัซซาฟิยะฮ์ และอัลฮะนาบิละฮ์ ถือว่าเป็นการนำเกลียดที่ผู้ที่ดีอดจะแปรงฟันหลังดวงอาทิตย์คัลอัย คือหลังจากเวลาละหมาดซุฮริแล้วไปจนกระทั่งดวงอาทิตย์ตก เพราะมีหะดีษที่ศอเหียะฮ์ บทที่ว่า

عن أبي هريرة قال رسول الله صلى الله عليه وسلم لخلوف فم الصائم أطيب عند الله من ريح المسك صحيح البخاري رقم 1761

“กลิ่นปากของผู้ถือศีลอดนั้นดียิ่ง ณ ที่อัลลอฮ์กว่ากลิ่นของชะมดเพียง”

และหะดีษที่ว่า “ประชาชาติของฉันได้รับในเดือนรอมฎอน 5 ประการ แล้วท่านได้กล่าวว่า ประการที่สองก็คือพวกเขาถือศีลอดไปจนถึงเวลาเย็น โดยที่กลิ่นปากของพวกเขาดียิ่ง ณ ที่อัลลอฮ์กว่าชะมดเพียง”

การที่กลืนปากดีและหอม นั่นชี้ให้เห็นว่าส่งเสริมให้เก็บรักษามันเอาไว้ ดังนั้นการขจัดมันออกไปจึงถือว่าเป็นการน่าเกลียด โดยที่ความน่าเกลียดนั้นจะหมดไปเมื่อดวงอาทิตย์ตก เพราะขณะนั้นไม่มีการถือศีลอดแล้ว และที่เจาะจงว่าหลังดวงอาทิตย์คัล้อย ก็เพราะว่ากลืนปากนั้นมันจะเปลี่ยนแปลงด้วยการถือศีลอด ซึ่งมันจะปรากฏเช่นนั้น

กลุ่มอัลมาลิกียะฮ์และอัลฮะนะฟียะฮ์ มีทรรคนะว่า ไม่ถือเป็นการน่าเกลียดที่ผู้ถือศีลอดจะแปร่งฟันโดยทั่วไปไม่ว่าเวลาไหน เพราะหะดีษที่กล่าวมาแล้วนั้นได้กล่าวไว้กว้างๆ ชี้ให้เห็นว่าส่งเสริมให้แปร่งฟัน และคำกล่าวของท่านนบี คือ ลัลลอลอฮูอะลัยฮิอะซัลลัม ที่บอกว่า

عن عائشة قالت قال رسول الله صلى الله عليه وسلم من خير خصال الصائم السواك سنن ابن ماجه، الكتاب الصيام، رقم الحديث 1667

“ส่วนหนึ่งจากความดีที่เป็นข้อพิเศษของผู้ถือศีลอดก็คือ การแปร่งฟัน”

บันทึกโดย อิบน์มาญะฮ์ รายงานโดยอาอิชะฮ์

รอบีอะฮ์ บุตรของอามิร ได้กล่าวว่า

رأيت النبي صلى الله عليه وسلم مالاأحصى يتسوك وهو صائم سنن الترمذي، كتاب الصوم، رقم الحديث 657

“ฉันได้เห็นท่านนบี คือ ลัลลอลอฮูอะลัยฮิอะซัลลัม แปร่งฟันนับไม่ถ้วน ขณะที่ท่านถือศีลอด” บันทึกโดย อะหมัด และอัตติรมิซีย์ โดยกล่าวว่า เป็นหะดีษอะซัน

อัชชากานีได้กล่าวว่า ในความเป็นจริงแล้ว ส่งเสริมให้ผู้ถือศีลอดแปร่งฟันทั้งช่วงแรกของวันและช่วงหลังของวัน ซึ่งเป็นทรรคนะของบรรดาอิมามส่วนใหญ่

คำนิยามของการแปรงฟัน(อัศลิวก)

คำว่า “อัศลิวก” ตามหลักภาษา คือ การถูและเครื่องมือที่ใช้ถูหรือแปรง ตามหลักศาสนา คือ ใช้ไม้หรือที่เสมือนกับไม้ ใช้กับฟันเพื่อให้ครบเหลืองๆ และอย่างอื่นหายไปจากฟัน

อุปกรณ์ที่มีถูกกล่าวถึงในการทำความสะอาดช่องปากและฟันของมุสลิม เรียกว่า สิวัก หรือมิสวัค (Siwak or miswak) หรือไม้ซูกี เป็นกิ่งไม้ที่ทำจากต้นไม้ชนิดหนึ่งในแถบอาหรับ (Ring, 1986 : 71) ปัจจุบันยังคงมีการใช้มิสวัคในชุมชนมุสลิมรวมทั้งทางภาคใต้ของประเทศไทย (Petersen P E and et al., 2001)

เครื่องมือที่ใช้แปรงฟัน

ให้แปรงฟันด้วยมือขวาโดยเริ่มจากด้านขวาของปากก่อน ตามขวางของฟัน (ทั้งด้านนอกและด้านใน) จากฟันด้านหน้าไปสู่ฟันกราม และเลื่อนมาตรงกลาง แล้วด้านซ้าย และตามยาวของลิ้น เพราะมีหะดีษที่รายงานโดยอาอิชะฮ์ ว่า

كَانَ يَحِبُّ التَّيَامُنَ مَا اسْتَطَاعَ فِي طَهْوَرِهِ وَنَعْلِهِ وَتَرَجْلِهِ سَنَّ النَّسَائِي رَقْم 111

“ปรากฏว่าท่านนบีชอบทำข้างขวาก่อนการสวมรองเท้า หวีผม ทำความสะอาด และในทุกสภาพ” มุตตะอะพะกูนาอะลียะฮ์

และรายงานว่า

إِذَا اسْتَكْتُمَ فَاسْتَكَوْا عَرَضَا

“เมื่อพวกท่านแปรงฟัน พวกท่านจงแปรงตามขวางของฟัน” บันทึกโดย อับูดาวูด

การแปรงฟันตามยาวของฟันก็ได้ แต่ถือว่าน่าเกลียด เพราะมันอาจจะทำให้เหงือกมีเลือดไหล และทำให้เกิดความเสียหายที่โคนฟันได้

ส่วนลิ้นนั้น ส่งเสริมให้แปรงหรือถูตามยาว ดังที่อิบน์ ดะกีกิลอิด ได้กล่าวเอาไว้โดยอ้างหลักฐานด้วยรายงานที่บันทึกอยู่ในหนังสือหะดีษสุนันของอับิดาวูด

กลุ่มอัลฮะนาบิละฮ์ ได้กล่าวว่า ให้เริ่มจากฟันกรามด้านขวาด้วยมือซ้ายของเขา และการแปรงฟันจะกระทำได้ด้วยไม้อินทผลัมนุ่มๆ หรือไม้อื่นๆ เอน้ำใส่ให้ชุ่มปาก โดยไม่ทำให้เกิดแผล ไม่ให้เป็นอันตราย และไม่ทำให้แตกหัก เช่นใช้ไม้ข่อย หรือแปรงสีฟัน ที่ดีแล้วควรจะเป็นไม้ข่อย แล้วก็จากก้านอินทผลัม หรือไม้ที่มีกลิ่นหอม หรือไม้แข็งอ่อนนุ่มเมื่อถูกน้ำ หรือไม้หอม

ถือว่าไม่น่าเกลียดที่คนอื่นจะแปรงให้อนุญาต ถ้าไม่อนุญาตก็เป็นที่ต้องห้าม

อบูดาอูด ได้บันทึกหะดีษที่รายงานโดยอาอิชะฮฺ ว่า

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يستن وعنده رجلان أحدهما أكبر من الآخر فأوحى الله إليه في فضل السواك أن كبير أعط السواك أكبرهما سنن أبي داود، كتاب الطهارة رقم الحديث 46

“ปรากฏว่าท่านรอซูล คืออัลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม เคยแปรงฟัน โดยท่านมีชายสองคน คนหนึ่งในสองคนนั้น อายุมากกว่าอีกคนหนึ่ง โดยเขามากกระซิบกระซาบต่อท่านในเรื่องไม้แปรงฟันที่เหลือ “อันกับบิร” เอาไม้แปรงฟันให้คนสูงอายุก่อน”

การแปรงฟันนั้นจะบังเกิดผลด้วยเหมือนกัน ด้วยการใช้นิ้วมือ เมื่อไม่มีไม้แปรงฟัน ตามพรรณนาของกลุ่มอัลฮะนะฟียะฮฺ และอัลมาลิกียะฮฺ

อะลี รอฎียัลลอฮุอันฮู ได้กล่าวว่า การแปรงฟันด้วยนิ้วชี้ หรือหัวแม่มือ ก็ถือว่าเป็นการแปรงฟัน

อัลบัยหะกีและคนอื่น ๆ ได้บันทึกหะดีษที่รายงานโดยอนัส ซึ่งถือว่าเป็นหะดีษมรฟวอะว่า

يجزى من السواك الأصابع

“นิ้วมือก็ใช้ได้ถือเป็นส่วนหนึ่งจากการแปรงฟัน”

อุม്മุอับรอนิ ได้บันทึกหะดีษที่รายงานจากอาอิชะฮฺ รอฎียัลลอฮุอันฮา กล่าวว่า ดิฉันได้ถามว่า โอ้ท่านรอซูลของอัลลอฮฺ ผู้ชายที่ปากของเขาแห้ง เขาจะแปรงฟันได้ไหม? ท่านตอบว่า ได้ซิ! ดิฉันถามว่า เขาจะอย่างไร? ท่านตอบว่า ให้เอานิ้วมือเข้าไปในปากของเขา แล้วให้ถูมัน

ตามพรรณนาที่ถูกต้องที่สุดของกลุ่มอัชชาฟีอียะฮฺ และอัลฮะนาบิละฮฺ ถือว่าการใช้นิ้วมือแปรงฟันนั้นไม่บังเกิดผล และแม้จะใช้เศษผ้าก็ยังไม่บังเกิดผลตามพรรณนาของกลุ่มอัลฮะนาบิละฮฺ แต่จะใช้ได้กับทุกสิ่งที่ไม่สิ้นตามพรรณนาของกลุ่มอัชชาฟีอียะฮฺ เพราะการใช้นิ้วมือนั้นไม่เรียกว่าเป็นการแปรงฟัน โดยที่ไม่มีบัญญัติในเรื่องนี้ และจะไม่บรรลุลผลที่จะทำให้เกิดความสะอาดด้วยของหอม และให้ล้างสิ่งที่ใช้แปรงฟันด้วยน้ำเพื่อขจัดสิ่งที่มันติดอยู่

ท่านหญิงอาอิชะฮฺได้เล่าว่า **“ปรากฏว่าท่านนบีของอัลลอฮฺ คืออัลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม นั้น เคยแปรงฟัน แล้วก็ยื่นไม้แปรงฟันนั้นให้แก่ฉันเพื่อให้ฉันล้างมัน แล้วฉันก็เอามันมาเริ่มแปรงฟัน เสร็จแล้วดิฉันก็ล้างมัน และส่งไปให้ท่าน”** บันทึกโดย อบูดาอูด

จะไม่แปรงฟันด้วยไม้ทาบติม ไม้อาส (ต้นไม้ชนิดหนึ่งต้นเตี้ยใช้ทำเครื่องหอม) และไม้ต้นโหระพา และไม้หอมที่มีกลิ่นจืด เพราะมันจะเป็นอันตรายต่อเนื้อปากและเหงือก และจะไม่ทำให้เกิดความสะอาด และไม่มีตัวบทจากศาสนบัญญัติระบุเอาไว้

ท่านนบี คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า

لا تَخْلُوا بَعْدَ الرِّيحَانِ وَلَا الرِّيحَانِ فَإِنَّهَا حَرَّكَانِ عَرَقَ الْجَدَامِ

“พวกท่านจงอย่าใช้ไม้ของต้นโหระพาและต้นทับทิมแปรงฟัน เพราะทั้งสองจะทำให้เลือดที่เป็นผลเสียต่อโรคเรื้อนเคลื่อนออกมา”

บันทึกโดย มุหัมมัด บุตรอัลสุเซน อัลอัซดี ซึ่งเป็นนักท่องจำหะดีษ โดยสายรายงานจาก กุบัยเศาะฮ์ บุตรซุอัยบ์

และจะไม่แปรงฟันด้วยต้นข้าวสาลีและต้นกก และที่คล้ายๆ กันจากทุกสิ่งที่จะเป็นอันตราย ซึ่งจะทำให้เกิดแผลในปากเพราะทั้งสองนั้นจะทำให้เกิดโรคต่างๆ จะไม่แปรงฟันและเคาะฟันด้วย สิ่งที่ไม่ทราบ ไม่รู้สรรพคุณ เพื่อที่จะไม่ทำให้เกิดอันตราย และเมื่อแปรงฟันแล้ว ให้กล่าวดังนี้

اَللّٰهُمَّ طَهِّرْ قَلْبِيْ وَمَحْصُ ذُنُوْبِيْ

อัลลอฮุมมะ ภาะฮิรฺกอลบี วะมะฮิศซุนบี

“โอ้อัลลอฮ์ ขอได้โปรดให้หัวใจของฉันสะอาด และลบล้างความผิดของฉันออกไป ด้วย”

นักวิชาการบางท่านส่งเสริม (อิศตะฮับบะ) ให้กล่าว ตอนจะเริ่มแปรงฟัน ว่า

اَللّٰهُمَّ بَيِّضْ بِهٖ اَسْنَانِيْ وَشَدِّ بِهٖ لَتَاتِيْ وَتَبِّتْ بِهٖ لَهَايِيْ وَبَارِكْ لِيْ يَا اَرْحَمَ الرَّاحِمِيْنَ

อัลลอฮุมมะ บัยยิฏ บิฮิ อัสนानी วะชัดตะบิฮิ ลัซซาตี วะซັบบิด บิฮิ ละฮาตี วะบาริกลี
ยาอฺรฺฮะมฺรรุอฮิมิน

“โอ้อัลลอฮ์ ขอได้โปรดให้ฟันของฉันสะอาดด้วยมัน ให้เหงือกของฉันกระชับด้วยมัน ให้รากฟันของฉันมั่นคงแข็งแรง และขอได้โปรดให้ความเพิ่มพูนแก่ฉัน โอ้ผู้ทรงเมตตายิ่ง ในบรรดาผู้เมตตาทั้งหลาย”

อิมามอันนะวาวี ได้กล่าวว่า บทขอพรนี้ก็ไม่มีอะไร ถึงแม้จะไม่ทราบที่มา และพื้นฐานของ มันก็ตาม เพราะมันเป็นบทขอพรที่มีความหมายดี (จากหนังสือมุขนิ อัลมัฮฺตุจ เล่ม 1 หน้า 56)

กลุ่มอัชชาฟีอียะฮ์บางคนได้กล่าวว่า ให้ตั้งใจว่าปฏิบัติตามสุนนะฮ์ในการแปรงฟัน ไม่เป็นการนำเกลียดที่จะแปรงฟันในมัสยิด เพราะไม่มีหลักฐานบ่งชี้โดยเฉพาะว่าน่าเกลียด จะถือ เป็นการนำเกลียดที่จะเพิ่มพื้นที่การแปรงฟันให้ยาวเกิน 1 คืบ อัลบัยฮะกีได้บันทึกรายงานจากญาบิร ว่า “ปรากฏว่าที่แปรงฟันของท่านรอซูลคือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม นั้น เท่าขนาดปากกาที่เหน็บ อยู่ที่หน้าอกเขียนหรือเสมียน”

คุณค่าและประโยชน์ของการแปรงฟัน

บรรดานักปราชญ์ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการแปรงฟันว่า การแปรงฟันนั้นจะทำให้ปากสะอาด พระผู้ทรงอภิบาลจะทรงพอพระทัย ฟันจะขาว กลิ่นปากจะดี หลังจะตรง เหงือกจะกระชับ ผมจะงอกขึ้น อารมณ์จะดี จะฉลาด ผลบุญจะเพิ่มพูน การถอนฟันจะง่าย จะทำให้ระลึกถึงกะลิมะฮฺชะฮาดะฮฺได้ขณะจะตาย และที่คล้ายๆ กันนั้น ซึ่งมีเกือบ 30 ประการ ที่อัลฮาฟิซ อิบน์ฮะญูรได้กล่าวเอาไว้

การแปรงฟันมีประโยชน์มากดังนี้

- 1) ทำความสะอาดปาก
- 2) รู้สึกสดชื่น
- 3) ได้รับความโปรดปรานจากอัลลอฮฺ ในขณะที่เข้าเฝ้า
- 4) ทำให้ลมหายใจสะอาด

(สุนันนะชาอียฺ 10/1 พัตหุลบาริ 18/3 และมุคตะศอรฺ กิยาumulลัยของมรวะซี 111 อ้างจากอิสมาอีล ลุตฟี อับดุลเราะหฺมาน, 2546)

บรรดาแพทย์แผนปัจจุบันได้แนะนำให้ใช้ไหมแปรงฟันเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสื่อมของฟัน ฟันกลายเป็นสีเหลือง เหงือกบวม ปากเป็นแผล ป้องกันความสับสนของประสาทสายตา การหายใจ และการย่อย และยังจะป้องกันความจำเสื่อม ความโง่เขลาทางสติปัญญา และมารยาทไม่ดี

กล่าวได้ว่าเส้นแบ่งทางวัฒนธรรมสุขภาพระหว่างชาวไทยพุทธและมุสลิมได้กั้นชัดเจน เกิดการปรับเปลี่ยนและแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมอยู่ตลอดเวลา ยอมรับความหลากหลายของระบบการแพทย์มีความยืดหยุ่นในการตีความและนำมาปรับใช้ทางปฏิบัติขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสังคม

งานด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่งมองว่ากลุ่มชนมุสลิมดำรงตนอยู่แบบเดิมมีลักษณะที่ล้าหลัง เพราะยึดถือความเชื่อแบบอิสลามอย่างเคร่งครัดและไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ขัดกับหลักศาสนา แต่จากงานศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2547) ศึกษาความเจ็บป่วยในชุมชนมุสลิมที่กระบี่ ชาวบ้านมุสลิมบางคนเมื่อเจ็บป่วยรักษาด้วยสมุนไพรและยาจากหมอแผนปัจจุบัน ร่วมกับการรักษากับหมอพระ ซึ่งหากพิจารณาตามหลักคำสอนทางศาสนาอิสลามแล้วจะไม่สามารถรักษาในลักษณะนี้ได้ ซึ่งถือว่าการตั้งภาคีต้องอัลลอฮฺ (ชิริก) แต่ในกรณีนี้ชาวบ้านโดยทั่วไปจะอธิบายคล้ายกันว่า ถ้าเป็นการรักษาโรคภัยไข้เจ็บสามารถทำได้ทั้งนั้นและไม่ถือว่าเป็นการผิดหลักทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของเล็คซาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง (2542) ในการศึกษากระบวนการแพทย์พื้นบ้านทางภาคใต้ พบว่าหมอพื้นบ้านมุสลิมมีทั้งการใช้สมุนไพรและไสยศาสตร์ร่วมด้วย บางกรณีผู้ป่วยมุสลิมยอมรับการรักษาจากหมอพระ หรือหมอบ้านชาวไทยพุทธ ขณะเดียวกันหมอที่พูดภาษามลายูได้แม้มิใช่ชาวมุสลิมก็ได้รับความนิยมในการไปรับบริการ (Golomb, 1985.)

บรรณานุกรม

- วะสุปะส อัสซัยลี เรียบเรียง, ซากีห์รีน บุญมาเลิศ (แปล), **อัลฟิกฮุลอิสลามี, หลักนิติศาสตร์อิสลาม เล่ม 1** (ฟิกฮุลอิสลามีย์) กรุงเทพฯ :ศูนย์หนังสืออิสลาม กรุงเทพฯ, 2551.
- มานี ชูไทย. (2544). **อิสลามวิถีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต**. รายงานการวิจัย ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535). **วัฒนธรรมอิสลาม** : พิมพ์ครั้งที่ 3, ทางนำ. กรุงเทพฯ
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วรัญญา เพ็ชรคง และชาติชาย มุกสง. (2547). **มุสลิม ราชการและการแพทย์ พลวัตของอำนาจ ชาติพันธุ์ และพลักษณ์ทางการเมืองในชุมชนอิสลาม. ในชาติพันธุ์กับการแพทย์**. กรุงเทพฯ. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).: 95-146.
- วรรณฤดี ชินช่วยแรง, (2541). **การปรับตัวเชิงวัฒนธรรมระหว่างการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสตรีไทยมุสลิม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เลิศชาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง. (2544). **รายงานการวิจัย การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและกระบวนการรักษาผู้ป่วย**. โครงการเรื่อง โครงสร้างและพลวัตวัฒนธรรมภาคใต้กับการพัฒนาของเมธีวิจัยอาวุโส ศาสตราจารย์สุวิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์. กรุงเทพฯ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อรุณ บุญชม และมรวาน สะมะฮุน. (2525). **หะดีษขอเอียะฮ์(2)**. กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์ ส.วงศ์เสี่ยม. : 281
- จารึก เซ็นเจริญ และมุหัมมัด พายิบ. (2541). **หะดีษเศาะฮิหฺ เล่ม 1 ตัวบทและคำแปลภาษาไทย**. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อัล-อิหม่าน. : 133
- อิสมาอีล ลุดฟี อับดุลเราะห์มาน (เรียบเรียง), จารึก เซ็นเจริญ และมุหัมมัด พายิบ (แปล). (2546). **กียามุลลัยล**. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อัล-อิหม่าน. : 45

- Golomb, Louis. (1985). **An Anthropology of curing in multiethnic in Thailand**. Urbana and Chicago. University of Illinois Press.
- Petersen Paul Erik, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. (2001) Oral Health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. **International Dental Journal**; 51 : 95-102.
- Ring, Malvin E. (1986). **Dentistry: an illustrated history**. New York. Harry N. Abrams, Inc., publishers.

บทที่ 4

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



1. เด็กได้ฟันผุ ตั้งแต่ 2 ซี่แรก และมีปัญหาฟันผุวิกฤติสุดในประเทศ

ผลวิจัยของฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ศึกษาสาเหตุของฟันผุในเด็ก 725 คน เป็นระยะเวลา 5 ปี พบเด็กได้ฟันผุมากที่สุดในประเทศ เมื่ออายุได้ขวบครึ่ง ครึ่งหนึ่งของฟันที่ขึ้นในช่องปากเป็นโรคฟันผุซะแล้ว สาเหตุสำคัญจากการปรุงอาหารรสหวานให้ลูก ซึ่งพบว่าครึ่งหนึ่งของแม่ในภาคใต้ปรุงอาหารรสหวานให้ลูกตั้งแต่อายุเพียง 5 เดือน นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและเบาหวาน ผลการศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2544 จนถึงปัจจุบัน โดยนักวิจัยทางทันตแพทย์กับนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดโรคในช่องปาก ตั้งแต่เด็กแรกเกิดในเด็กจำนวน 725 คน จากทุกตำบลของ อ.เทพา จ.สงขลา ซึ่งมีประชากรไทยพุทธ และไทยมุสลิมพอๆ กันคือ ไทยมุสลิมร้อยละ 60 ไทยพุทธร้อยละ 40 โดยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพ การเลี้ยงดู และฐานะของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า **โดยเฉลี่ยเด็กมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 8 เดือน** ซึ่งช้ากว่าที่เคยมีรายงานในต่างประเทศที่ฟันซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6 เดือน พบว่าการขึ้นของฟันน้ำนมที่ช้ากว่าปกติ สัมพันธ์กับการที่มีน้ำนมแรกคลอดน้อยเมื่อ

เด็กอายุครบ 9 เดือน จะมีฟันปรากฏอยู่ในช่องปากโดยเฉลี่ย 2.4 ซี่ต่อคน และเพิ่มขึ้นเป็น 5.5 ซี่ต่อคน และ 11.4 ซี่ต่อคน เมื่อเด็กอายุ 12 เดือน และ 18 เดือนตามลำดับ แม้ว่าเด็กจะมีฟันขึ้นช้า แต่การเกิดโรคฟันผุกลับมีค่าสูงมาก เด็กอายุ 9 เดือน ร้อยละ 2 พบว่ามีฟันผุแล้ว และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 22 และ 67 เมื่อเด็กอายุครบ 12 และ 18 เดือนตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เมื่อเด็กอายุได้ 18 เดือน ครึ่งหนึ่งของฟันที่ขึ้นในช่องปากเป็นโรคฟันผุ สาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ แม่ (ร้อยละ 44.7) บังคับให้อาหารหวานให้ลูกรับประทานแล้ว เมื่อลูกอายุได้เพียง 5 เดือน นอกจากนี้พบร้อยละ 33 ของฟันผุในเด็กอายุ 18 เดือน ผุลุกลามถึงชั้นเนื้อฟัน และร้อยละ 2 ที่มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันไปแล้ว ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าห่วงมาก เนื่องจากฟันน้ำนมควรจะต้องทำหน้าที่ไปอีกอย่างน้อย 6-8 ปี ก่อนฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่การสูญเสียฟันก่อนกำหนดจะนำมาซึ่งปัญหาประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่เต็มที่ และทำให้เกิดความผิดปกติของการสบฟันตามมา เด็กที่เริ่มมีฟันผุตั้งแต่อายุ 12 เดือน จะมีโอกาสพบจำนวนฟันผุมากกว่า 3 ซี่ ขึ้นไป เมื่อเด็กอายุได้ 18 เดือน สูงกว่าเด็กที่ยังไม่มีฟันผุถึง 17 เท่า นอกจากนี้เด็กที่มีแม่ฟันผุมาก ๆ คือมีฟันผุ ตั้งแต่ 10 ซี่ ขึ้นไป จะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่มีแม่ที่สุขภาพช่องปากดีกว่าถึง 2 เท่า

การดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กในช่วงขวบปีแรกเป็นสิ่งที่สำคัญ การศึกษานี้ทำให้เห็นปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กไทยในภาคใต้ได้ชัดเจน จำเป็นในการหาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการที่เด็กมีฟันขึ้นช้า แล้วยังมีฟันผุเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเด็กวัยหนึ่งขวบจะมีฟันเพียงจำนวน 2-4 ซี่ในช่องปาก แต่ก็พบว่ามีฟันผุแล้ว นอกจากนี้ยังมีการลุกลามของฟันผุอย่างรวดเร็วและรุนแรง

ควรปลูกฝังทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูกเพื่อลดภาวะฟันผุในเด็กหลังคลอด เด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุในขวบปีแรกจะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดฟันผุที่รุนแรงขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น มีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้แม่ทำความสะอาดช่องปากและฟันของเด็กหลังจากที่เด็กได้รับนมทันทีไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมผสมทั้งนี้อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคใต้ อยู่ที่ 1 คนต่อประชากร 13,383 คน ส่วนในกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ 1 คน ต่อประชากร 1,605 คน พบว่าปัญหาฟันผุของเด็กได้มีปัญหามากที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคอีสาน ภาคกลางและภาคเหนือตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานครมีปัญหาน้อยที่สุด เนื่องจากเป็นเขตเมืองและมีความสามารถในการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า

2. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

โครงการจัดทำโดย ฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาเครือข่ายทันตบุคลากรไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (คทสส.) ระยะเวลาดำเนินงาน เมษายน 2550-มีนาคม 2551

โครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กเล็ก ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและให้ความรู้กับผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี และสามารถพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้เข้าร่วม 27 ศูนย์ แต่ละโครงการย่อยได้รับเงินสนับสนุนโครงการละ 5,000 บาท และผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องผลกระทบของฟันเด็กต่อพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ การดำเนินงานอยู่ภายใต้การดูแลของทันตบุคลากรในพื้นที่ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละโครงการย่อย

ผลการดำเนินงานพบว่า มีรูปแบบส่งเสริมสุขภาพช่องปากหลายรูปแบบ ที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเด็ก การทำสื่อที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมมุสลิม เช่น เพลงประกอบการแปรงฟันภาษามลายูถิ่น และนิทาน สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีทั้งการกำหนดมาตรการการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองสนับสนุนวัตถุดิบที่มีประโยชน์ในการทำอาหารและร่วมทำอาหาร สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลเด็กมีศักยภาพในการคิดริเริ่มและดำเนินโครงการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กได้ ทั้งการลดการดื่มนมขวด ลดการกินขนม เพิ่มการกินผลไม้แทนขนม มีการแปรงฟันเป็นประจำ

เอกสารอ้างอิง

ฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2549).

เด็กได้ฟันผุ ตั้งแต่ 2 ซี่แรก และมีปัญหาฟันผุวิกฤตที่สุดในประเทศ .สืบค้นจาก http://www.hatyai.psu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=373&Itemid=0. เมื่อ 4 มีนาคม 2552

บทที่ 5

การนำบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาค้นตสุขภาพ



จากการศึกษาในบทที่ผ่านมาทั้งบทบัญญัติศาสนาและสถานการณ์สุขภาพช่องปาก ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดมาตรการในแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

ปัญหาและสถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญหตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี หรือปฐมวัย		
ฟันผุ และไม่ได้ รับ การรักษาที่ถูกต้อง	ก. ปัจจัยและสาเหตุโดยสรุป - พฤติกรรมการเล่นเด็กไม่ถูกต้อง เช่น ดูดขวดนมคาปาก ชอบรับประทานของหวาน แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้ง หรือไม่แปรงฟันเลย และไม่ได้พบทันตแพทย์เลย - อาชีพ การศึกษาของบิดามารดา และ รายได้ของครอบครัว - ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ	

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญห ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรท้าวิจัย
1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี หรือปฐมวัย (ต่อ)		
	ข. จากงานวิจัย 1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในแก้ปัญหภาวะ เด็กขาดสารอาหารและเด็กฟันผุ (กิตติศักดิ์ เกษตรสิน สมบัติ, 2550) ใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพแบบมี ส่วนร่วม ดังนี้ คือ 1.1 การปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ มา เป็นผู้สนับสนุน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหา รวมถึงวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 1.2 บทบาทของชุมชน เป็นผู้มีส่วนร่วมใน ทุกกระบวนการ 1.3 นโยบายส่งเสริมสุขภาพเด็ก เสนอที่ ประชุมชุมชนเห็นชอบ ประกาศเป็นมาตรการ หรือ แนวปฏิบัติของชุมชน 1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ให้ร้านค้าในชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก ร้านค้าสหกรณ์ในโรงเรียน ไม่ขายขนม ผู้ปกครองไม่ พาเด็กซื้อขนมตามร้านค้า งานเลี้ยงไม่มีเลี้ยงน้ำอัดลม และลูกอม ครอบครัวสร้างความสัมพันธ์โดยการ แบ่งปันร่วมกัน ฯลฯ 2. การใช้บริการทันตกรรมใน พ.ศ.2550 ในกลุ่ม ผู้มีหลักประกันสุขภาพ (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550) พบร้อยละ 8.4 กลุ่มที่ได้รับบริการต่ำสุด คือ กลุ่ม เด็กก่อนวัยเรียน พบอัตราใช้บริการเพียง 2.1 ซึ่งต่ำมาก ค. บทบัญญัติอิสลาม 1. ส่งเสริมให้แปรงฟันก่อนละหมาดทุกครั้ง หรือ ให้แปรงฟันทุกครั้ง เมื่อฟันมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ตื่นนอน รับประทานอาหาร เป็นต้น 2. ส่งเสริมให้บ้วนปากเมื่อรับประทานอาหาร เสร็จแล้ว เพื่อทำความสะอาดช่องปาก	งานวิจัยที่ควร ดำเนินการ เช่น 1. การพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกัน ฟันผุของเด็กใน ชุมชน 2. การส่งเสริมการ เลี้ยงดูด้วยนมแม่ให้ ครบ 2 ปี ตาม บทบัญญัติอิสลาม พร้อมกับให้แม่ทำ หน้าที่เป็นหมอฟัน ของลูกด้วย

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในการแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรทำวิจัย
1. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี หรือปฐมวัย (ต่อ)		
	3. ส่งเสริมให้แปรงฟันให้ถูกวิธี เช่น หะดีษ “เมื่อพวกท่านแปรงฟัน พวกท่านจงแปรงฟันตามขวางของฟัน” ซึ่งขึ้นอยู่กับอุปกรณ์ที่ใช้ ถ้าเป็นกิ่งไม้ที่นุ่ม หรือแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม จะไม่เป็นอันตรายต่อฟันและเหงือก ง. มาตรการที่ควรส่งเสริมในประชากรมุสลิมช่วงวัยก่อนวัยเรียนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก 1. การให้ความรู้ผู้เลี้ยงดูเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีประสิทธิภาพ 2. เน้นการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กให้เป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการ “แม่หมอฟันคนแรกของหนู” 3. ผสมผสานความรู้บทบัญญัติอิสลามกับองค์ความรู้วิทยาการสมัยใหม่ ให้เหมาะสมกับตนเองและวิถีชีวิตประจำวัน 4. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาฟันผุของเด็กในชุมชน 5. การเตรียมพร้อมของบุคลากรในการนำบทบัญญัติอิสลามมาบูรณาการในงานทันตสุขภาพ	
2. สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน		
ปัญหาที่สำคัญคือ ฟันแท้ผุ	ก. ปัจจัยและสาเหตุโดยสรุป 1. ด้านการบริโภคอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก 2. ทักษะการแปรงฟันที่ไม่ดีพอ 3. พฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ข. จากงานวิจัย 1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา (ทวีชัย สายทองและคณะ, 2551) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับฟันผุ ทักษะการแปรงฟัน การเข้าถึงแหล่งขายขนม การเข้าถึง	

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรท้าวิจัย
ปัญหาที่สำคัญ คือ ฟันแท้ผุ (ต่อ)	แหล่งบริการด้านทันตกรรม แหล่งขายอุปกรณ์ ทำความสะอาดฟัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน การดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับการสนับสนุน ทางสังคม เป็นปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรม และพบว่า บุคคลในครอบครัวและครู มีบทบาทสำคัญในการ เตือนนักเรียนการดูแลรักษาฟัน 2. พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุที่ไม่ถูกต้อง เช่น แปรงไม่ถูกต้อง แปรงถี่ไปถี่มา ก่อนนอนไม่แปรงฟัน กินขนมถุง ลูกอม น้ำหวาน และขนมปังกรอบทุกวัน ค. บทบัญญัติอิสลาม เช่นเดียวกันกับวัยก่อนเรียน สิ่งที่เพิ่มเติม คือ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ (ด้อยยิบ) ง. มาตรการที่ควรส่งเสริมในประชากรมุสลิมวัยเรียน เพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก 1. การส่งเสริมให้โรงเรียนจัดให้มีการแปรงฟัน ก่อนละหมาดทุกครั้ง ในระหว่างที่อยู่โรงเรียน คือ ละหมาดดุฮรี และละหมาดอัสนี เป็นต้น 2. การรณรงค์รับประทานอาหารที่ดีอยยิบใน โรงเรียนและชุมชน	งานวิจัยที่ควร ดำเนินการ คือ การศึกษาต้นแบบ โรงเรียนที่ส่งเสริม การแปรงฟันก่อน ละหมาดทุกครั้ง
3. สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ		
1. โรค ปริทันต์ อักเสบ	ก. ปัจจัยเสี่ยง 1. การบริโภคยาสูบ 2. ไม่รู้จักจัดการกับความเครียด 3. มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ช่องปาก เช่น ความถี่/ประสิทธิภาพในการแปรงฟัน และการทำความสะอาดซอกฟัน ข. บทบัญญัติอิสลาม ชัดเจนในการเป็นสิ่งที่ไม่ อนุมัติของยาสูบ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการ พักผ่อนให้เพียงพอ และการดูแลความสะอาดของฟัน	งานวิจัยที่ควร ส่งเสริมดำเนินการ คือ การศึกษารูปแบบ ที่เหมาะสมในการ แก้ไขปัญหาระยะ ปริทันต์ในผู้ใหญ่

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรท้าวิจัย
1. โรค ปริทันต์อักเสบ (ต่อ)	ค. มาตรการที่ควรส่งเสริมในประชากรมุสลิมวัย กลุ่มทำงานและผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก - ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี ในการสร้างนิสัยในการ ดูแลอนามัยช่องปาก ที่ถูกต้องและเป็นประจำ - แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ เช่น แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนการให้ศึกษาใน การดูแลอนามัยช่องปาก - ให้มีการตรวจสุขภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสามารถสำรวจอาการ ผิดปกติในช่องปากได้	โดยส่งเสริมสุขภาพ บูรณาการกับหลักการ อิสลาม
2. มะเร็งใน ช่องปาก	สถานการณ์ของมะเร็งช่องปาก มะเร็งช่องปาก (Oral cavity) จัดเป็นโรคที่ ร้ายแรง ซึ่งพบได้ร้อยละ 3-5 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นทั่ว ร่างกาย และประมาณร้อยละ 90-95 ของมะเร็งช่อง ปากเป็นชนิด Squamous cell carcinoma (SCC) สำหรับมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่ออื่นๆ ในช่องปาก เช่น ต่อมน้ำลาย เนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟัน และ อื่นๆ พบได้น้อยกว่า (คู่มือวินิจฉัยมะเร็งในช่องปาก ระยะเริ่มแรก, 2547) ก. ปัจจัยเสี่ยง 1) บุหรี่ บุหรี่มีผลทำให้เกิดมะเร็งในหลอดลม ลำคอ และมะเร็งช่องปากด้วย ร้อยละ 90 ของมะเร็ง ในช่องปากพบในคนสูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งมาก กว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า สารเคมีที่มีอยู่ในยาเส้น เป็น สารก่อมะเร็งทำให้เกิดมะเร็งบริเวณแก้ม ริมฝีปาก เหงือก ส่วนคนไม่สูบบุหรี่เลย แต่ใกล้ชิดควันของคน ที่สูบบุหรี่ อยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่มากๆ แล้วสูดเอา ควันบุหรี่เหล่านั้น ก็มีสิทธิ์เป็นมะเร็งได้เช่นกัน 2) แอลกอฮอล์ ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ มีโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งในช่องปากร้อยละ 75-80 มะเร็งช่องปากเกิดขึ้นในคนที่ดื่มจัด และมี	งานวิจัยที่ควรส่งเสริม ดำเนินการ คือ 1) การศึกษา ความชุกในการเกิด มะเร็งในช่องปากใน ประชากรมุสลิม 2) การศึกษารูปแบบ ที่เหมาะสมในการ ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในกลุ่มผู้ใหญ่ โดยบูรณาการกับ หลักการอิสลาม เน้น ชุมชนมีส่วนร่วม

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรทำวิจัย
2. มะเร็งใน ช่องปาก (ต่อ)	โอกาสเป็นมะเร็งมากถึง 6 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม แต่ถ้า ทั้งดื่มจัด สูบบุหรี่มาก ความเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก จะสูงขึ้นเป็นทวีคูณ 3) มีสิ่งระคายเคืองในช่องปากอยู่เสมอ เช่น ฟันปลอมที่หลวม ใส่แล้วมีแผลในช่องปากเป็นเวลา นานๆ ไม่หาย มีฟันผุ คม บาดลิ้น เวลาเคี้ยวอาหาร หรือพูด และฟันปลอมที่แตกหักแล้วอุดช่องปากอยู่ เสมอ 4) อาหาร ที่มีไขมันสูง เนื้อแดง เสี่ยงต่อการ เป็นมะเร็ง หากเราได้รับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใย มากๆ ก็จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเช่นกัน 5) อายุ มะเร็งในช่องปาก มีสถิติพบมากในคน อายุมากขึ้น โดยเฉพาะอายุ 35 ปีขึ้นไป 6) เพศ มะเร็งช่องปากพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ถึง 2 เท่า น่าจะมีเหตุผลจากผู้ชายดื่มและสูบบุหรี่ มากกว่าผู้หญิง ข. บทบัญญัติอิสลาม จากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถ ปรับเปลี่ยนได้ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ หลักการ อิสลามกล่าวถึงชัดเจนห้ามการบริโภค สำหรับ อาหารให้คำนึงถึงประโยชน์หรือคุณค่าทาง โภชนาการ(ดีเยี่ยม) ซึ่งหมายถึง ให้เหมาะสมใน แต่ละคนด้วย ค. มาตรการที่ควรส่งเสริมในประชากรมุสลิมวัย กลุ่มทำงานและผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก - ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี ในการสร้างนิสัยในการ ดูแลอนามัยช่องปาก ที่ถูกต้องและเป็นประจำ - แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ เช่น แนะนำให้เลิกบุหรี่ ตลอดจนการให้ศึกษาในการ ดูแลอนามัยช่องปาก	

ปัญหาและ สถานการณ์	สาเหตุ มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ ควรทำวิจัย
3. การสูญเสีย ฟันจนไม่ สามารถเคี้ยว ได้ สำหรับ ผู้สูงอายุ	มาตรการที่ควรส่งเสริมในประชากรมุสลิมวัยกลุ่ม ผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก 1. สอนในการดูแลอนามัยในช่องปาก การ แนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วย การรักษาความสะอาด และการดูแลรักษาฟันปลอม 2. กรณีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรได้ รับการดูแลอนามัยช่องปากโดยพี่เลี้ยง ญาติ หรือ ผู้ใกล้ชิด	งานวิจัยที่ควร ส่งเสริมดำเนินการ เช่น การศึกษาการ ใส่ฟันปลอมและ อุปกรณ์อื่นๆ ใน ผู้สูงอายุมุสลิม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ (2550). ผลการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ปัญหาภาวะเด็กขาดสารอาหารและเด็กฟันผุ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ก.ย. 2550 (ฉบับเสริม 1). หน้า 129-137
- ทวีชัย สายทอง, เบญจา มุกตพันธ์ และพงษ์เดช สารการ (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ตำบลนาคนคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว.
- วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม-มิถุนายน 2551. หน้า 485-495
- สุณี วงศ์คงคาเทพ (2550). ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ.2550. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 ตค.-ธค.2550 หน้า 566-578

บทที่ 6

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ



จากการนำเสนอผลการศึกษาและทบทวนตั้งแต่สถานการณ์ ปัญหาทันตสุขภาพ ตลอดจนมาตรการในการแก้ไขปัญหา ทางคณะผู้รวบรวมและทบทวนเห็นควรดำเนินการวิจัยเพิ่มเติม โดยเฉพาะปัญหาฟันผุในวัยก่อนเรียนและวัยเรียน ซึ่งเสนอแนวทางการวิจัยเพื่อนำไปสู่การลดสภาพปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (ศิริรักษ์ นครชัยและคณะ, 2545) โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรมุสลิม ดังนี้

1. การวิจัยทางระบาดวิทยาของฟันผุในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการป้องกันฟันผุที่สามารถป้องกันได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กไทยเพื่อประโยชน์ในการวางแผนในการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป
3. การศึกษาการให้นมในเด็กฟันผุโดยเทียบกับเด็กไม่มีฟันผุ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้นมเด็กพบว่าทำได้ยาก จึงควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการเล่นของเด็กที่ฟันไม่ผุด้วย เพื่อให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้
4. การศึกษาเรื่องอาหารจากชุมชนท้องถิ่นไทย ปัจจุบันอาหารทานเล่นของไทยได้มีการผลิตจากชุมชนท้องถิ่น โดยใช้ผลผลิตจากชุมชน แต่ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงอาหารประเภทนี้กับการเกิดฟันผุ

5. การศึกษาการทำความสะอาดฟันในเด็กก่อนวัยเรียน ปัญหาที่พบ คือเด็กมักจะไม่นิยมให้ทำความสะอาด ดังนั้น การศึกษาวิธีการทำความสะอาดฟันในเด็กเล็กที่ยินยอมให้พี่เลี้ยงดูแลเด็กทำความสะอาดฟันให้ จึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษา

6. การศึกษาปริมาณฟลูออไรด์ที่เด็กไทยควรได้รับ เพื่อประมาณค่าปริมาณฟลูออไรด์ในอาหารเด็กที่ได้รับในแต่ละวัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดขนาดฟลูออไรด์ที่เด็กไทยควรได้รับ

7. การศึกษาดัชนีชี้วัดที่ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถประเมินฟันผุในระยะเริ่มแรก

8. การศึกษาการรักษาทางทันตกรรมในเด็กก่อนวัยเรียนแบบเร่งด่วน เพื่อช่วยควบคุมปริมาณเชื้อในช่องปากซึ่งการใช้วิธีดังกล่าวจำเป็นจะต้องมีงานวิจัยถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่า

นอกจากนั้นแนะนำประชาชนให้มีการดูแลอนามัยในช่องปาก โดยวิธีการต่างๆ เช่น การรณรงค์โดยสื่อท้องถิ่น สำหรับในเด็กวัยเรียนต้องใช้สื่อที่เหมาะสม ในรูปแบบของการ์ตูน ที่ถูกต้องตามหลักการอิสลาม ส่วนในเด็กก่อนวัยเรียน ต้องบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่แล้ว โดยผ่านทางแม่ของเด็ก เป็นต้น

ข้อแนะนำการดูแลอนามัยในช่องปากสำหรับประชาชน

กลุ่มเป้าหมาย	พฤติกรรมพึงประสงค์	ตัวชี้วัดที่สนใจ	เป้าประสงค์
ประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุ	1. พฤติกรรมการแปรงฟันที่เหมาะสม	1. แปรงฟันวันละ 2 ครั้งทุกวัน 2. แปรงฟันทุกซี่ 3. แปรงฟันทุกด้านทั้งด้านนอก ด้านบดเคี้ยวและด้านในที่มองไม่เห็นเมื่อยิ้ม	1. ดัชนีคราบจุลินทรีย์ไม่เกินร้อยละ 20 (28) 2. ไม่มีเลือดออกขณะแปรงฟัน 3. ซอกฟันสะอาดปราศจากคราบจุลินทรีย์ 4. ไม่มีเลือดออกจากซอกฟัน 5. ฟันสะอาดเหือกสมบูรณ์
	2. พฤติกรรมการใช้เครื่องมือทำความสะอาดซอกฟันที่เหมาะสม เช่น เลเส้นใยขัดฟัน	1. ใช้เส้นใยขัดฟันอย่างน้อยวันละครั้งทุกวัน 2. ใช้เส้นใยขัดฟันบริเวณซอกฟันทุกตำแหน่ง	

กลุ่มเป้าหมาย	พฤติกรรมพึงประสงค์	ตัวชี้วัดที่สนใจ	เป้าประสงค์
	3. มีทักษะในการแปรงฟัน	1. สามารถแปรงฟันถึงรอยต่อระหว่างฟัน และขอบเหงือกทั้งด้านบนและด้านใน 2. แปรงโดยขยับแปรงเป็นระยะสั้น ๆ	
	4. มีทักษะในการทำควมสะอาดซอกฟัน	1. ใช้เส้นใยขัดฟันโอบตัวฟัน 2. ใช้เส้นใยขัดในแนวนั้น-ลง โดยทำซ้ำกัน 3-4 ครั้ง/ด้าน ขณะขัดให้แรงกดของเส้นใยขัดฟัน กดเข้าหาฟันหาใช้ กดลงที่เหงือกไม่ 3. สามารถใช้เส้นใยขัดฟันลงได้เหงือก	
	5. ผู้มีฟันปลอมชนิดติดแน่น		
	ติดแน่น	1. ไม่มีกลิ่นเหม็นใต้ฟันปลอม 2. ใช้ไหมขัดฟันใต้ฟันปลอมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	
	ถอดได้	1. ไม่มีคราบสกปรกติดฟันปลอม 2. ถอดฟันปลอมล้างทำความสะอาดหลังมื้ออาหาร และแปรงฟันปลอมร่วมกับการแปรงฟัน	

สำหรับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน เห็นควรให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยลงถึงระดับชุมชน โดยร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน มัสยิด และองค์กรอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยใช้วิธีแบบมีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนซึ่งวิธีการนี้ทำให้การแก้ปัญหามีความยั่งยืนและมีความต่อเนื่องสำหรับแนวทางการกำหนดนโยบาย แสดงไว้ดังตาราง

แนวทางการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กลุ่มอายุ	นโยบาย	มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน
0 - 6 ปี	- สร้างเจตคติให้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก - สร้างสุขนิสัยที่ดี	1. ให้ความรู้แก่คู่สามี-ภรรยาที่มีบุตรให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กตั้งแต่แรกเกิดว่าเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวม โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผดุงครรภ์ พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ 2. ให้ความรู้และกระตุ้นบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้สามารถอบรม สาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่บิดามารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร่วมไปกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป 3. ให้ความรู้แก่บิดามารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้สามารถทำความสะอาดช่องปากของทารกตั้งแต่แรกเกิด โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำสะอาดเช็ดสันเหงือกเพื่อสร้างความคุ้นเคยให้แก่ทารกเมื่อฟันยังไม่ขึ้น โดยการแปรงฟันและเส้นใยขัดฟันในเด็กที่ฟันน้ำนมขึ้นแล้ว 4. บิดามารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กควรให้ความรู้ สาธิต เป็นตัวอย่างที่ดี และตรวจสอบให้เด็กดูแลทำความสะอาดช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ 5. บิดามารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กควรให้ความรู้และเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม 6. ในเด็กวัย 3-6 ขวบ ที่เริ่มเข้าสถานเลี้ยงดูเด็กเล็ก ครู/พี่เลี้ยงควรจัดกิจกรรมให้เด็กสนใจการทำความสะอาดช่องปาก 7. มี Basic health service program : screening and high risk follow up system (for prevention) : โดยการตรวจสุขภาพฟันปีละครั้ง
6 - 18 ปี	- สร้างเจตคติ - สร้างสุขนิสัยและพฤติกรรมอนามัยที่ดี - ตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง	1. สร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น สร้างสุขนิสัยในการดูแลอนามัยช่องปากที่ถูกต้องเป็นประจำ ส่งเสริมให้มี physical and mental fitness ป้องกันการริเริ่มพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยา สร้างพฤติกรรมบริโภคที่ดี 2. สำนวจอาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น การมีเลือดออกขณะแปรงฟัน

แนวทางการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

กลุ่มอายุ	นโยบาย	มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน
		3. สำนักรวประสิทธิภาพของการแปรงฟัน โดยการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ด้วยตัวเอง หรือผู้ปกครอง/ครู 4. มี Basic health service program : screening and high risk follow up system (for prevention) โดยการตรวจสุขภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ปีละครั้ง
19 -35 ปี	- สร้างเจตคติ - สร้างสุขนิสัยและพฤติกรรมอนามัยที่ดี - แก้ไขพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม - ตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง	1. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น สร้างสุขนิสัยในการดูแลอนามัยช่องปากที่ถูกต้องเป็นประจำ ส่งเสริมให้มี physical and mental fitness ป้องกันการริเริ่มพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยา 2. แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่, ดื่มเหล้า, เสพยา-สอนการดูแลอนามัยในช่องปากที่ถูกต้อง 3. สำนักรวอาการแสดงที่ผิดปกติ 4. มี Basic health service program : screening and high risk follow up system (for prevention) โดยการตรวจสุขภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ปีละครั้ง
36-60 ปี	- แก้ไขพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม - ตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง - ฟันฟูสมรรถนะการบดเคี้ยว - คงสภาพอวัยวะปริทันต์	1. แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่, ดื่มเหล้า, เสพยา, สอนการดูแลอนามัยในช่องปากที่ถูกต้อง 2. สำนักรวอาการแสดงที่ผิดปกติ 3. สอนให้ดูแลอนามัยในช่องปากให้เหมาะสม โดยการแปรงฟัน และใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมกับสภาพในช่องปาก แนะนำการดูแลรักษาฟันปลอม 4. ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการคงสภาพของอวัยวะปริทันต์หลังการรักษาโรค และฟันฟูสมรรถภาพการบดเคี้ยว 5. มี Basic health service program : screening and high risk follow up system (for prevention) โดยการตรวจสุขภาพอวัยวะปริทันต์ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูบบุหรี่ ผู้ป่วยเบาหวาน 6. มี Basic health service program : การคงสภาพอวัยวะปริทันต์และฟันฟูสมรรถนะการบดเคี้ยว

แนวทางการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

กลุ่มอายุ	นโยบาย	มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน
มากกว่า 60 ปี	- สํารวจและเฝ้าระวังโรค - ฟันฟูสมรรถนะการบดเคี้ยว - คงสภาพอวัยวะปริทันต์	1. สํารวจอาการแสดงที่ผิดปกติ 2. สอนให้ดูแลอนามัยในช่องปากให้เหมาะสมโดยการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมกับสภาพในช่องปาก หรือแนะนำการใช้อุปกรณ์พิเศษที่สะดวกแก่การจับถือและทำความสะอาดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้มือ แนะนำการดูแลรักษาฟันปลอม 3. Basic health service program : การคงสภาพอวัยวะปริทันต์และฟันฟูสมรรถนะการบดเคี้ยว 4. กรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ควรได้รับการดูแลอนามัยในช่องปากโดยพี่เลี้ยง ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด

สรุปผล

มาตรการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับประชาชนไทยในทุกกลุ่มอายุ สามารถแบ่งออกเป็นมาตรการดำเนินการทางทันตกรรม มาตรการที่พึงเป็นข้อปฏิบัติของประชาชน ตลอดจนมาตรการที่รัฐพึงมีบทบาทได้ดังนี้

มาตรการดำเนินการทางทันตกรรม

1. สร้างทัศนคติและเจตคติที่ถูกต้อง
2. การให้ความรู้และการสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอตลอดชีวิต ส่งเสริมการสร้างทักษะในการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก
3. ให้การสร้างเสริมสุขภาพ โดยการใช้ยา สารต่างๆ โครงการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อมของแต่ละสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถในการต้านทานโรค

มาตรการที่พึงเป็นข้อปฏิบัติของประชาชน

1. งด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
2. รับรู้การดูแลตนเอง เพื่อการป้องกันและเข้ารับการรักษาโรคตั้งแต่วัยแรก
3. มีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยควรพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพช่องปากอย่างน้อยปีละครั้ง
4. ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต้องมีการดูแลที่เหมาะสม

มาตรการที่รัฐพึงมีบทบาท

1. ให้นโยบายร่วมกับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่องานการป้องกันทางทันตกรรม
2. ส่งเสริม สนับสนุนงานการประชาสัมพันธ์ สื่อทุกรูปแบบเพื่อให้ความรู้ด้านทันตกรรมกับประชาชนทั่วประเทศ เพื่อสร้างทัศนคติและเจตนาที่ดีถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

ชัยรี สุชาติล้ำพงศ์ และคณะ (2545). **สรุปผลการศึกษาปัญหาโรคทางทันตกรรมและแนวทางการป้องกัน**. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ

បັນត្រា

[illegible]

การบูรณาการองค์ความรู้ทบับณัติศาสนาอิสลาม กับการสร้างเสริมสุขภาพ : กั้นตสุขภาพ

โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีสลิมในจังหวัดชายแดนใต้
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ปี 2551

โดย คณะทำงานวิชาการและวิจัย
สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข