กรมอนามัย
Department of Health

แนวทางการควบคุมและจัดการ
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
ประเทศไทย พ.ศ. 2568

Thai Guideline for the Control and Management of Early Childhood Caries 2025



สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

Where we care, well-being grows.

แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

Guidelines for the Control and Management of Early Childhood Caries

กรมอนามัย
Department of Health

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

1. รศ.ทพ.ประทีป พันธุมวนิช	ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข
2. ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์	อดีตทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) และที่ปรึกษากรมอนามัย
3. ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม	อดีตทันตแพทย์ทรุงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) และที่ปรึกษากรมอนามัย
4. ทพญ.วรางคนา เวชวิธี	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) กรมอนามัย
5. ศ.(พิเศษ) ทพญ.ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล	ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
6. ทพ.ดำรง ธำรงเลาหะพันธุ์	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข

คณะผู้เขียน

1. ศ.คลินิก ดร.ทพญ.ศิริรักษ์ นครชัย	ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
2. ผศ.ดร.ทพญ.จรัญญา หุ่นศรีสกุล	ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาทันตสาธารณสุข
3. รศ.ดร.ทพญ.ทิพนาถ วิชญาณรัตน์	ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาทันตสาธารณสุข
4. รศ.ดร.ทพญ.วรางคณา จิรรัตนโสภา	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ทพญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร)
6. รศ.ดร.ทพญ.สุพัชรินทร์ พิวัฒน์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. ผศ.ทพญ.วรรณภา จินาเดช	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. อ.ทพ.ณัฐกานต์ ชัยพัฒนาวรรณ	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9. อ.ทพญ.วิไล อริยะวุฒิกุล	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
10. ทพญ.ปฐมา เชาวนเมธา	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บรรณาธิการ

1. ทพญ.กรกมล นิยมศิลป์	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
2. ทพญ.ปฐมา เชาวนเมธา	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
3. นางสาวพรชเนตต์ บุญคง	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
4. นางสาวปาจรียภัทร ตั้งจิตประสงค์	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
5. นางสาววีรยา กัญหารัตน์	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

จัดพิมพ์โดย	กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่	1 พ.ศ. 2568
จำนวน	1,100 เล่ม
ISBN	978-616-11-5449-3
พิมพ์ที่	บริษัท มานะดี มีเดีย จำกัด เลขที่ 53/1250 หมู่บ้านกฤษดานคร ถ.แจ้งวัฒนะ ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

คำนำ

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่าเด็กไทยอายุ 3 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 47 และในเด็กอายุ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 72.1 ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูด การเคี้ยว โภชนาการ และการเจริญเติบโต อีกทั้งเป็นภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอทเมื่อปี พ.ศ.2560 ซึ่งมุ่งลดการใช้ปรอทในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ รวมถึงวัสดุอะมัลกัมทางทันตกรรม การขับเคลื่อนตามอนุสัญญานี้เน้นย้ำความสำคัญของการป้องกันโรคฟันผุตั้งแต่ระยะแรก ทำให้จำเป็นต้องมีแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นระบบในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

"แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย" ฉบับนี้พัฒนาขึ้นผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง รวบรวมคำแนะนำที่มีหลักฐานล่าสุดเกี่ยวกับการป้องกัน วินิจฉัย และจัดการโรคฟันผุ โดยมุ่งหวังให้ทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข ครูปฐมวัย และผู้ปกครอง สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย



สารบัญ

คณะผู้จัดทำ ก

คำนำ ข

สารบัญ ค

สารบัญภาพ จ

สารบัญตาราง ซ

บทนำ ฎ

ส่วนที่ 1

การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเริ่มต้นที่บ้าน (Home care) 1

1.1 การควบคุมอาหาร (Dietary control) 4

1.1.1 ชนิดของน้ำตาลในอาหาร 4

1.1.2 ความถี่ในการรับประทานอาหาร 6

1.1.3 การบริโภคนมกับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ 8

1.1.4 การบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อกับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ 12

1.1.5 แนวทางโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน 16

1.1.6 การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร (Diet counseling) 21

1.2 การควบคุมคราบจุลินทรีย์โดยวิธีกล (Mechanical plaque control) 27

1.2.1 ความสำคัญของการแปรงฟันร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัย 28

1.2.2 การเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีคุณภาพ 29

1.2.3 วิธีการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย 31

1.2.4 การจัดท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันให้เด็กปฐมวัย 34

1.2.5 การเลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัย 37

1.3 บทสรุป 39

สารบัญ

ส่วนที่ 2

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับชุมชน (Community care) 47

2.1 เป้าหมายของการดูแลเด็กปฐมวัยในระดับชุมชน 48
2.2 แนวคิดหลักในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุระดับชุมชน 50
2.3 การประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน 52
2.4 ข้อเสนอแนะการประเมินความเสี่ยงฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับชุมชนในประเทศไทย 55
2.5 ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยตามระดับความเสี่ยงของฟันผุในชุมชน 60
2.6 แนวทางการดำเนินงานในระดับต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ 62
2.6.1 ระดับต้นน้ำ 62
2.6.2 ระดับกลางน้ำ 83
2.6.3 ระดับปลายน้ำ 90

ส่วนที่ 3

การควบคุมและจัดการทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข (Professional care) 127

3.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับบุคคลในเด็กปฐมวัย 130
3.2 การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ 135
3.3 การจัดการรอยโรคฟันผุ 139

ภาคผนวก 161

1. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) 162
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหลักฐานแสดงความยินยอมใช้ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์เพื่อหยุดยั้งโรคฟันผุ 171
3. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน 173
4. กระบวนการพัฒนาแนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Guidelines for the Control and Management of Early Childhood Caries) 179

สารบัญภาพ

ส่วนที่ 1

การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเริ่มต้นที่บ้าน (Home care)

ภาพที่ 1	ผลของการรับประทานน้ำตาลต่อภาวะความเป็นกรดด่างของคราบจุลินทรีย์และการเกิดฟันผุ	6
ภาพที่ 2	ตัวอย่างลักษณะขนแปรงที่หน้าตัดเรียบและปลายขนแปรงมีความมนกลม	29
ภาพที่ 3	สัญลักษณ์ “แปรงสีฟันติดดาว” และตัวอย่างแปรงสีฟันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	30
ภาพที่ 4	เปรียบเทียบลักษณะของขนแปรงที่ผ่านการใช้งานมาแล้ว	30
ภาพที่ 5	แสดงวิธีการแปรงฟันแบบ Horizontal scrub technique	31
ภาพที่ 6	วิธีการใช้นิ้วเปิดริมฝีปากเด็กเพื่อให้เห็นซี่ฟันหน้าที่จะทำความสะอาด	32
ภาพที่ 7	การใช้หลอดดูดน้ำตัดปลายแฉลบเขี่ยดูคราบจุลินทรีย์	33
ภาพที่ 8	ท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันในเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ กรณีที่มีผู้ปกครองสองคนช่วยกัน	34
ภาพที่ 9	ท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันในเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ กรณีที่ไม่มีคนช่วย	35
ภาพที่ 10	วิธีจับเด็กให้อยู่ในท่านั่งหรือให้ยืนแปรงฟัน	36

สารบัญภาพ

ส่วนที่ 2

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ระดับชุมชน (Community care)

ภาพที่ 1 ความชุกการเกิดฟันผุและประสบการณ์การเกิดฟันผุ (ดัชนีฟันผุถอนอุดรายซี่) ในฟันน้ำนม 59

ภาพที่ 2 ความชุกการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมของแต่ละประเทศ 59

ภาพที่ 3 ตัวอย่างสาเหตุและปัจจัยในระดับต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก 60

ภาพที่ 4 มาตรการต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำในงานสร้างเสริมสุขภาพ 61

ภาพที่ 5 ข้อเสนอกลยุทธ์ "ตัวช่วยและพลังร่วม" 99

ภาพที่ 6 ตัวอย่างการวิเคราะห์สถานการณ์ ในระดับต่าง ๆ ต่อการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่สูงในอายุ 3 ปี ร้อยละ 60 113

สารบัญภาพ

ส่วนที่ 3

การควบคุมและจัดการทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข (Professional care)

ภาพที่ 1 แนวทางการจัดการฟันผุ ของ ICCMS 4D 129

ภาพที่ 2 A-F ลักษณะทางคลินิก ICDAS 1-6 139

ภาพที่ 3 A-F ภาพรังสีของฟันผุระดับต่าง ๆ 140



สารบัญตาราง

ส่วนที่ 1

การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเริ่มต้นที่บ้าน (Home care)

ตารางที่ 1 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในประเทศไทย โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ปี พ.ศ.2566 37

ตารางที่ 2 สรุปแนวทางในการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารในเด็กปฐมวัย 39

ตารางที่ 3 สรุปคำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปากขั้นพื้นฐานในแต่ละช่วงอายุของเด็กปฐมวัย 41



สารบัญตาราง

ส่วนที่ 2

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ระดับชุมชน (Community care)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ที่ปราศจากโรคฟันผุ และมีประสบการณ์โรคฟันผุ 57

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี จำแนกตามพื้นที่พักอาศัยและภูมิภาค 57

ตารางที่ 3 ความชุกการเกิดฟันผุของเด็ก 3 ปี แบ่งตามเขตสุขภาพ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 และการแบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุระดับชุมชน 58

ตารางที่ 4 ข้อเสนอ แนวคิดสำคัญ ระดับความเข้มข้นในการดำเนินงานมาตรการระดับต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ แยกตามระดับปัญหาความเสี่ยงในการเกิดฟันผุระดับชุมชนของพื้นที่ 102

ตารางที่ 5 ตัวอย่างมาตรการระดับต้นน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน 103

ตารางที่ 6 ตัวอย่างมาตรการระดับกลางน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน 106

ตารางที่ 7 ตัวอย่างมาตรการระดับปลายน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน 109

สารบัญตาราง

ส่วนที่ 3

การควบคุมและจัดการทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข (Professional care)

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็ก < 3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 133

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็ก 3 - < 6 ปี สำหรับทันตบุคลากร 134

ตารางที่ 3 ความถี่ในการให้ฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากร และการกลับมาตรวจตามระดับความเสี่ยง ต่อการเกิดฟันผุ 138

ตารางที่ 4 แนวทางการจัดการรอยโรคฟันผุในฟันน้ำนม 143



บทนำ

หลักการและเหตุผล

การมีสุขภาพช่องปากที่ดีเป็นส่วนหนึ่งในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเตรียมความพร้อมให้เด็กมีสุขภาพช่องปากดีตั้งแต่ปฐมวัย เป็นรากฐานในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดีในทุกช่วงชีวิต จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ปี 2566 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 27.9 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามพบฟันผุระยะเริ่มต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 38.0 ในเด็กอายุ 3 ปี และร้อยละ 45.5 ในเด็กอายุ 5 ปี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับบริการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการลุกลามจนฟันผุเป็นรู และพบฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาสูงถึงร้อยละ 46.1 และ 70.4 ในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13.5 ของเด็กอายุ 5 ปี มีฟันกรามถาวรซี่ที่หนึ่งขึ้นในช่องปากแล้ว โดยพบฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 2.9 และพบฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 3.1 จากผลสำรวจดังกล่าว หากไม่มีแนวทางหรือมาตรการในการเฝ้าระวัง ควบคุมและจัดการโรคฟันผุที่ชัดเจน ปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเป็นปัญหาที่เรื้อรังและรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต







การสนับสนุนให้เด็กปฐมวัย มาพบทันตบุคลากรตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปากเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง และแนะนำการรับประทานอาหารที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี การได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน และได้รับบริการทันตกรรมที่เหมาะสม ล้วนเป็นกิจกรรมที่ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ อย่างไรก็ตามในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ จำเป็นต้องได้รับบริการรักษาเพื่อลดความเจ็บปวดและความรุนแรงของโรค ปัจจุบันการบูรณะฟันแบบอนุรักษ์ (minimal invasive restoration) ถูกนำมาใช้ในการบูรณะฟันเด็กปฐมวัยทดแทนการบูรณะฟันแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการกำจัดฟันผุแบบสมบูรณ์ โดยใช้หัตถการกำจัดฟันผุทั้งหมดก่อนบูรณะ มีการเลือกใช้วัสดุทางเลือกทดแทนเพื่อลดการใช้วัสดุอะมัลกัม ทั้งนี้ การจัดบริการควบคุมและจัดการโรคฟันผุสำหรับเด็กปฐมวัย หน่วยบริการจะดำเนินการตามแนวทางหรือแนวเวชปฏิบัติ และมาตรฐานบริการที่กำหนดโดยกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย จึงได้เกิดความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก จากกรมอนามัย ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมดำเนินการจัดทำแนวทางฉบับนี้ด้วยกระบวนการทางวิชาการ อ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการทบทวนและปรับแก้เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย



คำนิยาม

การควบคุมโรคฟันผุ (Caries control) หมายถึง ชุดของแนวทางปฏิบัติและมาตรการที่ใช้ในการป้องกันและลดการเกิดฟันผุ รวมถึงการหยุดยั้งการลุกลามของโรคฟันผุที่มีอยู่แล้ว โดยมีเป้าหมายหลักในการรักษาสุขภาพช่องปากและฟันให้แข็งแรง ปราศจากโรคฟันผุ วิธีการเหล่านี้รวมถึง :

- **การรักษาความสะอาดช่องปาก :** การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์อย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละสองครั้ง และการใช้ไหมขัดฟันในฟันหลังทุกวัน เพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์และเศษอาหารที่ติดอยู่ระหว่างซอกฟัน
- **การใช้ฟลูออไรด์ :** ฟลูออไรด์ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผิวเคลือบฟันและช่วยป้องกันการเกิดฟันผุ ปัจจุบันแนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ในทุกช่วงวัย
- **การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม :** การลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดฟันผุ โดยเฉพาะการเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลมและขนมหวานที่มีน้ำตาลสูง
- **การตรวจฟันเป็นประจำ :** การไปพบหมอฟันอย่างสม่ำเสมอเพื่อรับการตรวจและทำความสะอาดฟัน รวมถึงการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก
- **การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน** : การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันช่วยป้องกันการเกิดฟันผุในบริเวณที่แปรงฟันเข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะฟันกรามที่มีร่องลึก
- **การรักษาโรคฟันผุที่เกิดขึ้นแล้ว** : การรักษาฟันผุที่เกิดขึ้นแล้วเพื่อป้องกันการลุกลามของโรคฟันผุ ซึ่งอาจรวมถึงการอุดฟัน การรักษารากฟัน หรือการถอนฟันในกรณีที่ฟันผุรุนแรง



การจัดการโรคฟันผุ (Caries management) หมายถึง ชุดของวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในการดูแล รักษา และควบคุมโรคฟันผุทั้งในระดับส่วนบุคคลและประชากร โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุใหม่ หยุดการลุกลามของฟันผุที่มีอยู่แล้ว และฟื้นฟูฟันที่ได้รับความเสียหายจากฟันผุให้กลับมามีสุขภาพดี การจัดการโรคฟันผุเป็นการดูแลรักษาที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีและสามารถป้องกันการเกิดฟันผุใหม่ในอนาคต

วิธีการจัดการโรคฟันผุประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น :

- **การประเมินความเสี่ยง :** การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดฟันผุ เช่น การบริโภคน้ำตาล ประวัติการเกิดฟันผุ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ความถี่ในการแปรงฟัน และสภาวะสุขภาพทั่วไป
- **การป้องกัน :** การใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ เช่น การใช้ฟลูออไรด์ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลสูง
- **การตรวจพบและการติดตามผล :** การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันเป็นประจำเพื่อค้นหาฟันผุในระยะเริ่มต้นและติดตามผลการรักษา
- **การรักษา :** การรักษาฟันผุที่เกิดขึ้นแล้วโดยการอุดฟัน การเคลือบฟัน การรักษารากฟัน หรือการถอนฟันในกรณีที่ฟันผุรุนแรง
- **การฟื้นฟู :** การฟื้นฟูฟันที่ได้รับความเสียหายจากฟันผุให้กลับมามีสุขภาพดีและสามารถใช้งานได้ตามปกติ เช่น การทำครอบฟัน หรือการใส่ฟันเทียม
- **การให้ความรู้ :** การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคฟันผุ

แหล่งที่มา : American Dental Association (ADA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Oral Health, World Health Organization (WHO) - Oral Health

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กซึ่งมีอายุยังไม่ครบหกปีบริบูรณ์และให้หมายความรวมถึงทารกในครรภ์มารดาด้วย *(อ้างอิงตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.2562)*

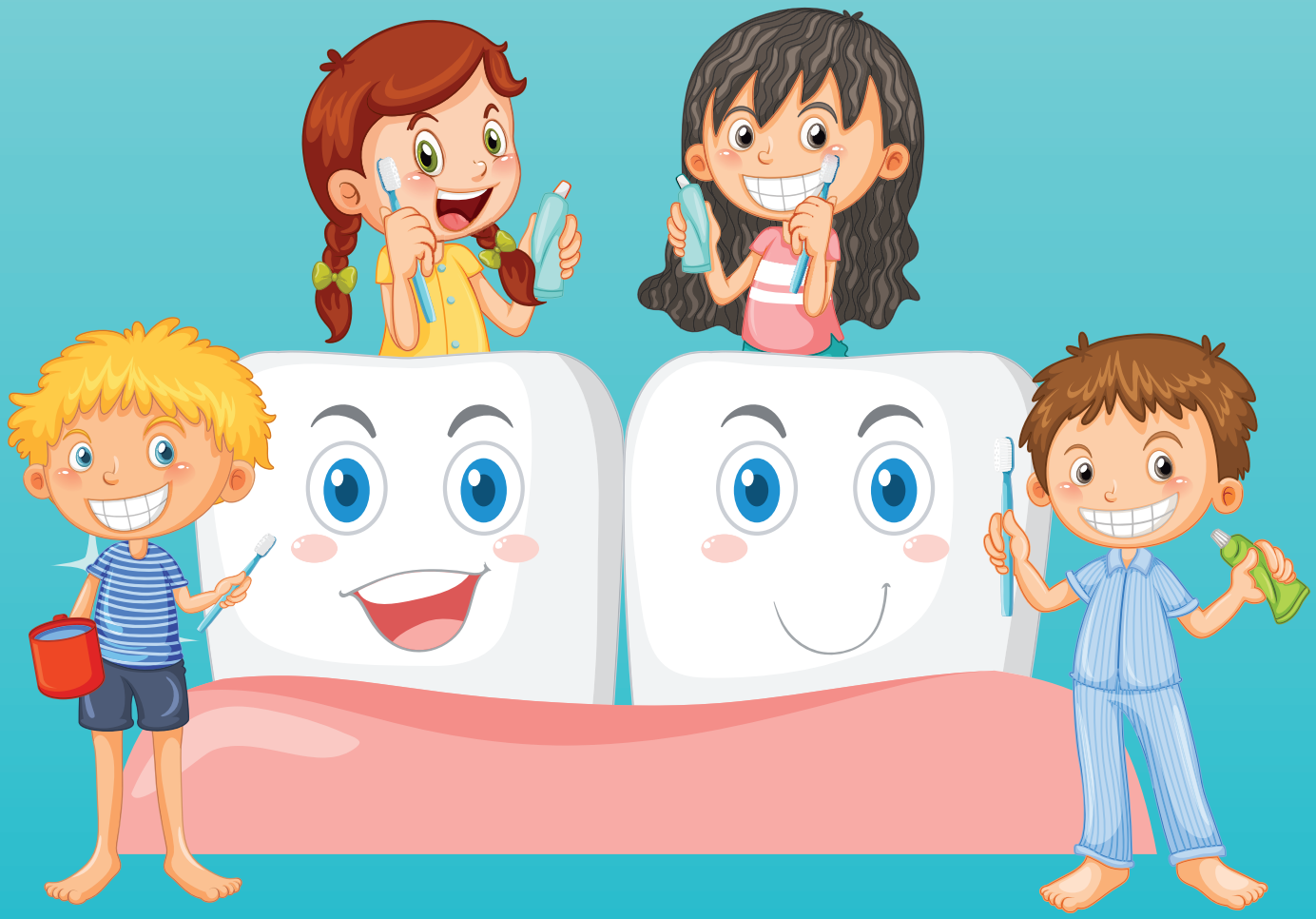
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. เพื่อตอบสนองการดำเนินงานในส่วนที่เพิ่มเติม ตามอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท

กลุ่มเป้าหมาย

ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข





ส่วนที่ 1

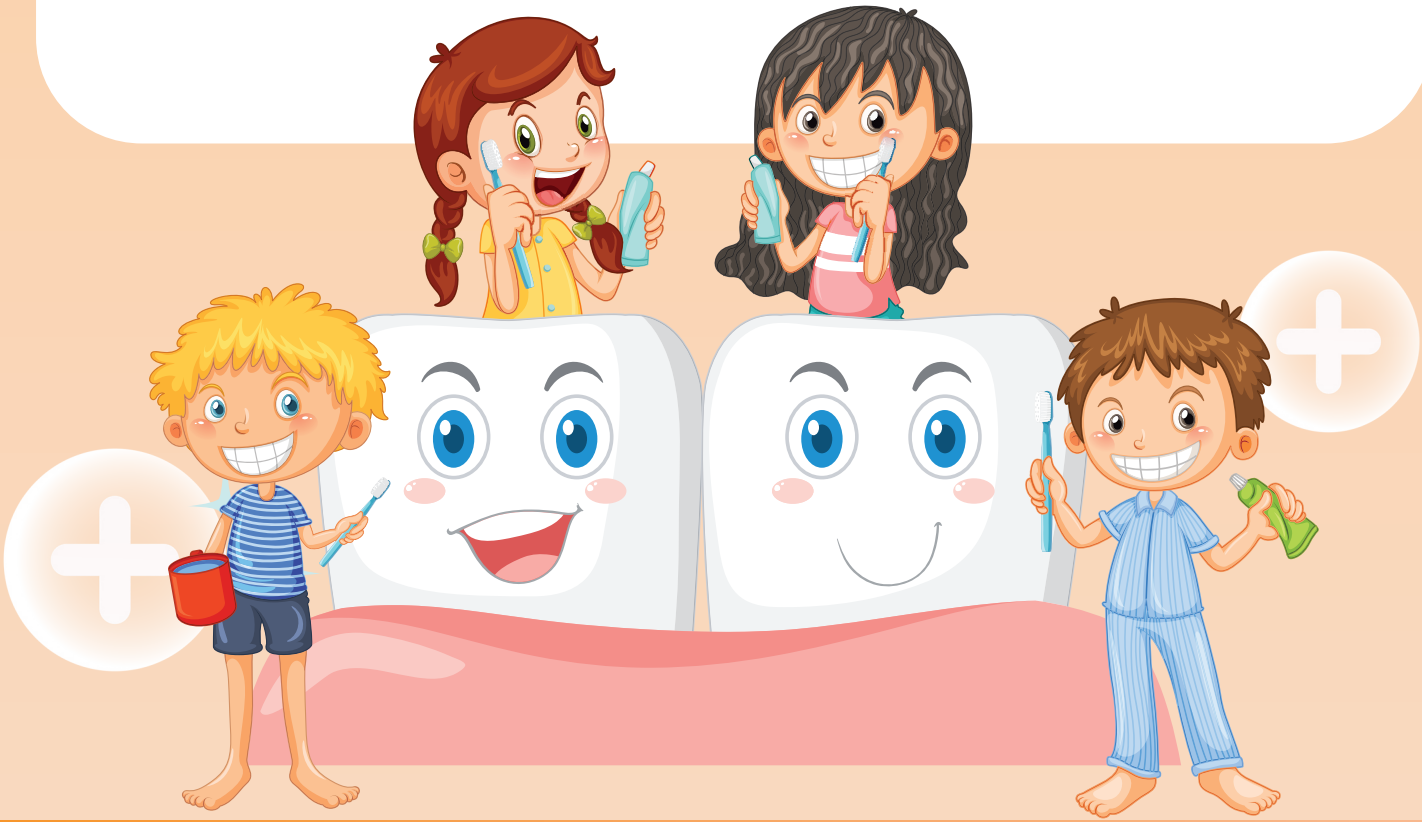
การดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยเริ่มต้นที่บ้าน (Home care)



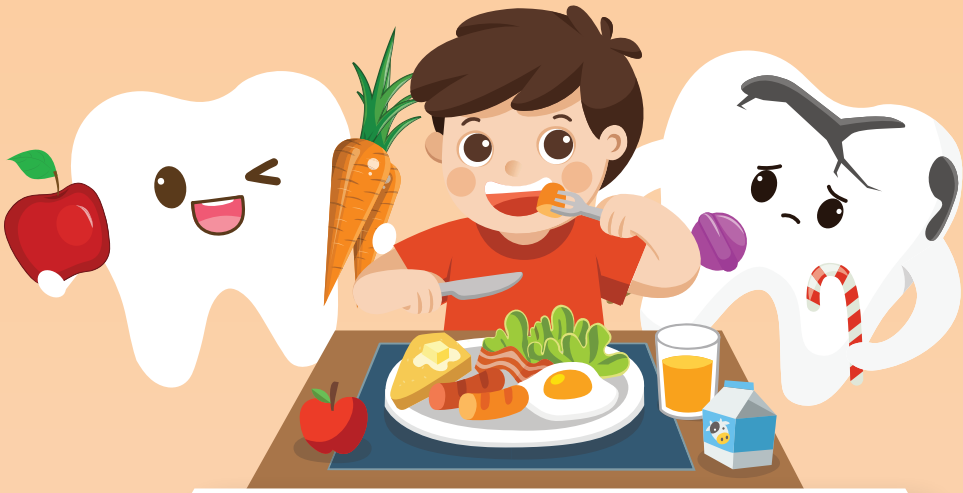
1. การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเริ่มต้นที่บ้าน (Home care)

ผศ.ทพญ.วรรณภา จินาเดช
อ.ทพ.ณัฐกานต์ ชัยพัฒนาวรรณ
อ.ทพญ.วิไล อริยะวุฒิกุล

การเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นผลมาจากทั้งปัจจัยหลักและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กโดยตรง โดยปัจจัยหลักที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การบริโภคแป้งและน้ำตาล ซึ่งเป็นแหล่งอาหารของแบคทีเรียในช่องปากที่ก่อให้เกิดฟันผุ นอกจากนี้แบคทีเรียเหล่านี้ยังสามารถสร้างคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดฟันผุ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การทำความสะอาดฟันที่ไม่เหมาะสม วิธีการให้นมเด็ก สุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก และโภชนาการที่เหมาะสม เป็นต้น[1]



การควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย สามารถเริ่มต้นทำได้ที่บ้าน (home care) โดยอาศัย**แนวทางหลัก 2 แนวทาง** ได้แก่



1.1 การควบคุมอาหาร
(Dietary control)



1.2 การควบคุมคราบจุลินทรีย์โดยวิธีกล
(Mechanical plaque control)

1.1 การควบคุมอาหาร (Dietary control)

อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดฟันผุ โดยแบคทีเรียในช่องปาก เช่น *Streptococcus mutans; S. mutans* และ *Lactobacilli*[2,3] จะใช้อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่สามารถย่อยได้เป็นแหล่งพลังงาน เมื่อแบคทีเรียเหล่านี้ย่อยน้ำตาล จะสร้างเมือกเหนียวเพื่อช่วยยึดเกาะตัวเองบนผิวฟัน และสร้างกรดที่สามารถกัดกร่อนผิวฟัน (demineralization) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่นำไปสู่การเกิดฟันผุ โดยปัจจัยด้านอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ชนิดของน้ำตาลในอาหาร และความถี่ในการรับประทานอาหาร[4]

1.1.1 ชนิดของน้ำตาลในอาหาร



น้ำตาลในอาหารสามารถจำแนกออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามแหล่งที่มาของน้ำตาล ดังนี้

1. น้ำตาลในเซลล์ (Intrinsic sugars) เป็นน้ำตาลตามธรรมชาติที่พบในผักและผลไม้ ซึ่งยังคงอยู่ภายในโครงสร้างของเซลล์ และไม่ผ่านกระบวนการแปรรูป

2. น้ำตาลในนมและผลิตภัณฑ์จากนม (Milk sugars) ได้แก่ น้ำตาลแลคโตส (lactose) และน้ำตาลกาแลคโตส (galactose)

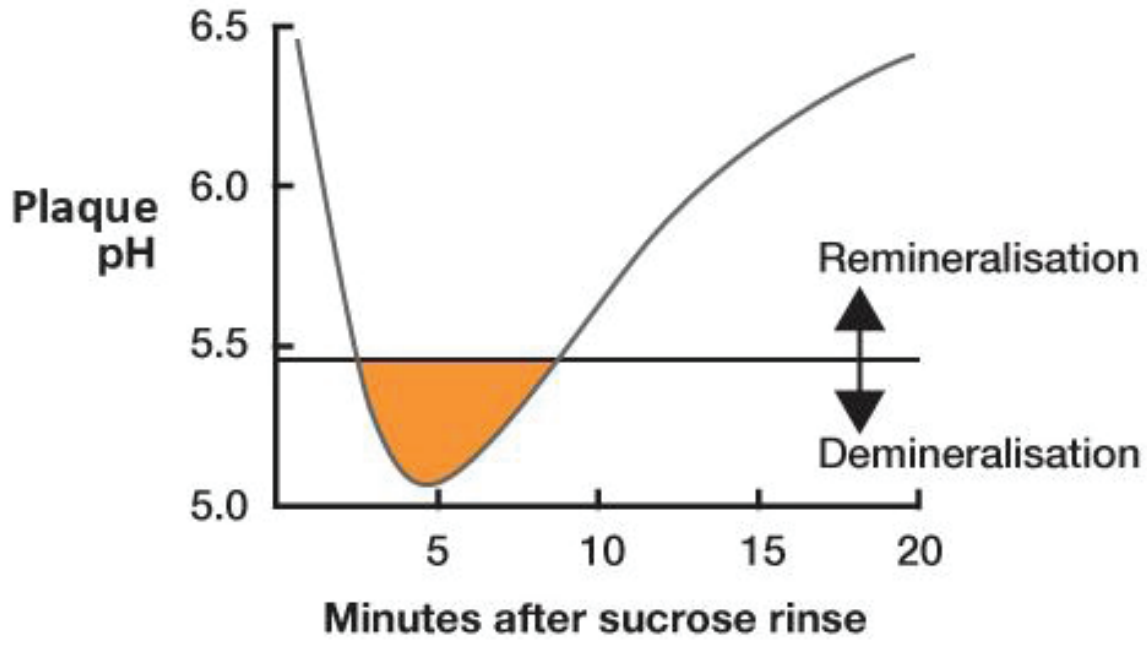
3. น้ำตาลนอกเซลล์หรือน้ำตาลอิสระ (Extrinsic sugars) เป็นกลุ่มน้ำตาลที่มีผลต่อการเกิดฟันผุสูงที่สุด[5] เนื่องจากเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว (monosaccharides) และน้ำตาลโมเลกุลคู่ (disaccharides) ที่ถูกเติมลงในอาหาร และเครื่องดื่มโดยตรง เช่น น้ำตาลทรายขาว น้ำตาลทรายแดง น้ำตาลปี๊บ ซึ่งมักใช้ในการปรุงอาหารและขนม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงน้ำตาลธรรมชาติที่ผ่านกระบวนการแปรรูป เช่น น้ำผักผลไม้ น้ำเชื่อม และน้ำเชื่อมข้าวโพด ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้สูง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Moynihan และคณะ ในปี 2018[6] พบว่า น้ำตาลที่เป็นสาเหตุของฟันผุมาจากน้ำตาลอิสระเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ระบุว่า ไม่มีหลักฐานบ่งชี้ว่าน้ำตาลในเซลล์และน้ำตาลในนม ส่งผลกระทบต่อการเกิดฟันผุเมื่อเทียบกับน้ำตาลอิสระ[5] ดังนั้น WHO จึงเน้นให้ลดปริมาณการบริโภคน้ำตาลอิสระ เพื่อป้องกันฟันผุและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สรุปได้ว่าน้ำตาลที่ก่อให้เกิดฟันผุมาจาก น้ำตาลนอกเซลล์หรือน้ำตาลอิสระเท่านั้น **ดังนั้นจึงแนะนำให้จำกัดปริมาณการบริโภคน้ำตาลอิสระไม่เกิน 10% ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน**



1.1.2 ความถี่ในการรับประทานอาหาร

หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาของ Dr. Robert Stephan ในปี 1940[7] แสดงผลของการรับประทานน้ำตาลต่อภาวะความเป็นกรดด่างของคราบจุลินทรีย์และการเกิดฟันผุ โดยให้อาสาสมัครงดแปรงฟันเป็นเวลา 3-4 วันเพื่อให้มีคราบจุลินทรีย์สะสม วัดค่า pH ที่เวลาตั้งต้น แล้วให้อมสารละลาย 10% กลูโคส ปริมาณ 10 มิลลิลิตร เป็นเวลา 10 วินาทีแล้วบ้วนทิ้ง จากนั้นวัดค่า plaque pH ทุก 5 นาที พบว่า ค่า pH ลดต่ำลงมาจนถึง pH 5.5 ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นค่าความเป็นกรด (critical pH) ที่สามารถทำลายผิวฟันได้ ภายใน 1-2 นาทีแรก และยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเวลาผ่านไป จากนั้นน้ำลายจึงจะค่อย ๆ ปรับสภาพ pH ให้สูงขึ้น ซึ่งต้องใช้เวลาถึง 40 นาที จึงจะกลับคืนสู่ pH ตั้งต้นดังเดิม แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผลของการรับประทานน้ำตาลต่อภาวะความเป็นกรดด่างของคราบจุลินทรีย์และการเกิดฟันผุ

ที่มา : (Modified from: https://www.wrigleyoralhealthcare.co.uk/research-and-evidence)

หากมีการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแป้งและน้ำตาลหลายครั้งต่อวัน จะทำให้ในช่องปากตกอยู่ในภาวะความเป็นกรดบ่อย น้ำลายไม่สามารถสร้างสมดุลกลับคืน (remineralization) ได้ทัน เกิดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่มีลักษณะแข็งและเหนียว รับประทานแล้วติดฟัน หรือละลายช้า เช่น ลูกอม ช็อกโกแลต ขนมกรุบกรอบ จะตกค้างในช่องปาก บนผิวฟันและทำให้ช่องปากเกิดภาวะกรดเป็นระยะเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุเช่นเดียวกัน

ดังนั้นเด็กจึงไม่ควรรับประทานอาหารแป้งและน้ำตาลนอกมื้ออาหารหลัก หรือรับประทานอาหารระหว่างมื้อประเภทแป้งและน้ำตาลมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน[8-11]





1.1.3 การบริโภคนมกับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ

นมเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นสาเหตุการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย[12-14] เนื่องจากแบคทีเรียใช้น้ำตาลแลคโตสในนมสร้างกรดได้ในอัตราที่ช้าและน้อยกว่าน้ำตาลชนิดอื่นมาก และนมยังมีส่วนประกอบที่ต่อต้านการเกิดฟันผุ เช่น แคลเซียม ฟอสฟอรัส เป็นต้น อย่างไรก็ตามทั้งนมแม่และนมวัวจะสามารถทำให้เกิดฟันผุได้ หากทารกมีพฤติกรรมการบริโภคนมที่ไม่เหมาะสม[15] ในวัยที่มีฟันขึ้นและเริ่มรับประทานอาหารแป้งและน้ำตาลชนิดอื่นแล้ว เช่น การให้หลับคาขวดนมหรือดูดนมในเวลากลางคืนบ่อย การให้นมทุกเวลาตามที่เด็กต้องการ (on-demand feeding) การดูดนมขวดต่อเนื่องจนเลยวัยที่เหมาะสม (prolonged feeding)

หากเลี้ยงทารกโดยการให้ดูดจากขวดนม มีข้อแนะนำดังนี้

1. อุ้มเด็กตั้งขึ้นเมื่อให้นมขวด เพื่อฝึกการกลืนที่ถูกต้อง โดยที่ไม่ต้องใช้ลิ้นมาดันของเหลว และอาจสำลักหากนอนราบ
2. ไม่ให้ทารกดูดนมหลับคาขวด
3. ไม่ใช้ขวดนมเหมือนหัวนมปลอม เพื่อให้เด็กดูดให้นอนหลับ ควรโอบกอดหรือกล่อมลูกให้หลับแทน
4. ไม่เติมน้ำตาลลงในนม รวมถึงไม่ใส่นมหวาน นมเปรี้ยว น้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้ในขวดนม เพราะจะทำให้เกิดฟันผุและสร้างนิสัยติดรสชาติหวานให้แก่เด็ก
5. เลิกนมมื้อดึกก่อนอายุ 1 ปี
6. ฝึกทารกดื่มนมจากถ้วยเมื่อเริ่มนั่งได้ คืออายุประมาณ 4-5 เดือน และพร้อมที่จะเลิกขวดนมเมื่ออายุ 1 ปี



คำแนะนำการเลิกขวดนม

เด็กที่ดูดนมขวดเลยอายุ 1 ปี จัดว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดฟันผุ[2,15] ควรแนะนำผู้ปกครองเปลี่ยนวิธีให้นม เลิกให้เด็กดูดนมขวดทันทีที่เด็กสามารถใช้แก้วดื่มและหลอดดูดน้ำได้ ก่อนเริ่มปฏิบัติ พ่อแม่ควรทำความเข้าใจกับสมาชิกทุกคนในบ้านถึงประโยชน์ของการเลิกขวดนมและผลเสียหากเด็กยังคงดูดขวดนมไม่สมวัย และปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

1) วิธีการเลิกนมขวดแบบค่อยเป็นค่อยไป

วิธีนี้เหมาะกับเด็กช่วงอายุ 1-2 ปี ให้ผู้ปกครองทำการผสมน้ำเปล่าลงในขวดนม ให้นมเจือจางลงเรื่อย ๆ จนเหลือแต่น้ำเปล่า ทำให้เด็กรู้สึกว่ารสชาติของนมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือทำการป้ายยาหรือสารที่มีรสชาติขมหรือมีกลิ่นแรงและไม่อันตรายบนจุกขวดนม ทำให้เด็กรู้สึกถึงรสชาติที่เปลี่ยนแปลงไป จนยอมเลิกดูดนมจากขวดในที่สุด หรือการให้ผู้ปกครองเล่านิทานที่ส่งเสริมการเลิกขวดนม เช่น “บ๊ายบายขวดนม” เป็นต้น อยู่เรื่อย ๆ ทำให้เด็กรู้สึกอยากทำตามและเลิกได้ในที่สุดและปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน



2) วิธีการเลิกนมขวดแบบหักดิบหรือแบบทันทีทันใด

วิธีนี้เหมาะกับเด็กอายุเกิน 2 ปี ให้ผู้ปกครองบอกกล่าวกับเด็กถึงเวลาที่เด็กต้องเลิกดูดนมจากขวด โดยอธิบายเหตุผลที่เหมาะสมกับวัย และชวนกันนำขวดนมไปทิ้งหรือทำทีเป็นการบริจาค เก็บอุปกรณ์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องไม่ให้เด็กเห็นอีก เด็กอาจร้องไห้หาขวดนมหรือมีอาการหงุดหงิด ปฏิเสธการดื่มนมในช่วง 1-3 วันแรก ผู้ปกครองต้องหนักแน่น และอดทน ดึงความสนใจเด็กออกจากขวดนมด้วยการเล่น อ่านนิทาน ปลอบโยน ให้ความรัก คำชมเชย หรือรางวัลเมื่อเด็กกินนมด้วยวิธีอื่น เด็กส่วนใหญ่จะลืมขวดนมในเวลา 3-5 วันเท่านั้น



1.1.4 การบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อกับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ[16]

เมื่อเด็กอายุมากกว่า 6 เดือน จะเริ่มให้อาหารเสริม เพื่อไม่ให้เด็กขาดสารอาหาร และช่วยกระตุ้นพัฒนาการการเคี้ยวและการกลืน ซึ่งควรเป็นอาหารที่ปราศจากการเติมน้ำตาลอิสระ และเมื่อเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป บริโภคอาหารหลัก 3 มื้อ และจำเป็นต้องมีอาหารระหว่างมื้อด้วย เนื่องจากขนาดกระเพาะเด็กจุไม่เพียงพอจนถึงมื้อหลักถัดไป

อาหารว่าง หมายถึง อาหารที่รับประทานระหว่างมื้อหลัก ซึ่งไม่จำเป็นต้องรับประทานจนอิ่มแต่ช่วยบรรเทาความหิว และให้พลังงานเพียงพอในช่วงระหว่างวัน อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและได้มาตรฐานโภชนาการควรมีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 10% ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำจาก WHO ที่แนะนำให้จำกัดปริมาณน้ำตาลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วนและโรคเบาหวาน อาหารว่างควรเป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการ มีเครื่องปรุงที่หลากหลาย สด สะอาด ในกรณีที่เป็นผักและผลไม้ ควรใช้ที่มีตามฤดูกาล เพื่อความสดและมีคุณค่าทางโภชนาการสูง



“แนะนำอาหารว่างและขนมเด็กไม่ควรกินเกินวันละ 2 มื้อ แต่ละมื้อให้พลังงานไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน”



ซึ่งพลังงานที่เหมาะสมสำหรับอาหารว่าง ควรอยู่ที่ประมาณ 100-150 กิโลแคลอรีต่อมื้อ[17] อาหารว่างมีความจำเป็นต่อสุขภาพเด็ก เนื่องจากร่างกายและกระเพาะอาหารของเด็กยังมีขนาดเล็ก ทำให้รับประทานอาหารมื้อหลักได้ในปริมาณจำกัด แต่ในขณะเดียวกันเด็กต้องการพลังงานและสารอาหารสูงเพื่อการเจริญเติบโต ดังนั้นอาหารว่างที่เหมาะสมจะช่วยเติมเต็มสารอาหารที่จำเป็นโดยไม่กระทบกับมื้ออาหารหลัก

แนวทางการเลือกอาหารว่าง และการบริโภคน้ำตาลสำหรับเด็ก[18]

01 เลือกอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ

- สำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เติมน้ำตาลอิสระ
- เลือกอาหารและเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น อาหารที่มีโปรตีนและกากใยสูง ปริมาณน้ำตาลต่ำ เช่น นมและผลไม้สด เป็นต้น

02 จำกัดปริมาณน้ำตาลให้เหมาะสม

- ไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกิน 4 ช้อนชา หรือ 16 กรัมต่อวัน
- บริโภคอาหารว่างที่มีน้ำตาลอิสระควรจำกัดไม่เกินวันละ 2 ครั้ง

03 ควบคุมพฤติกรรมการกินอาหารว่าง

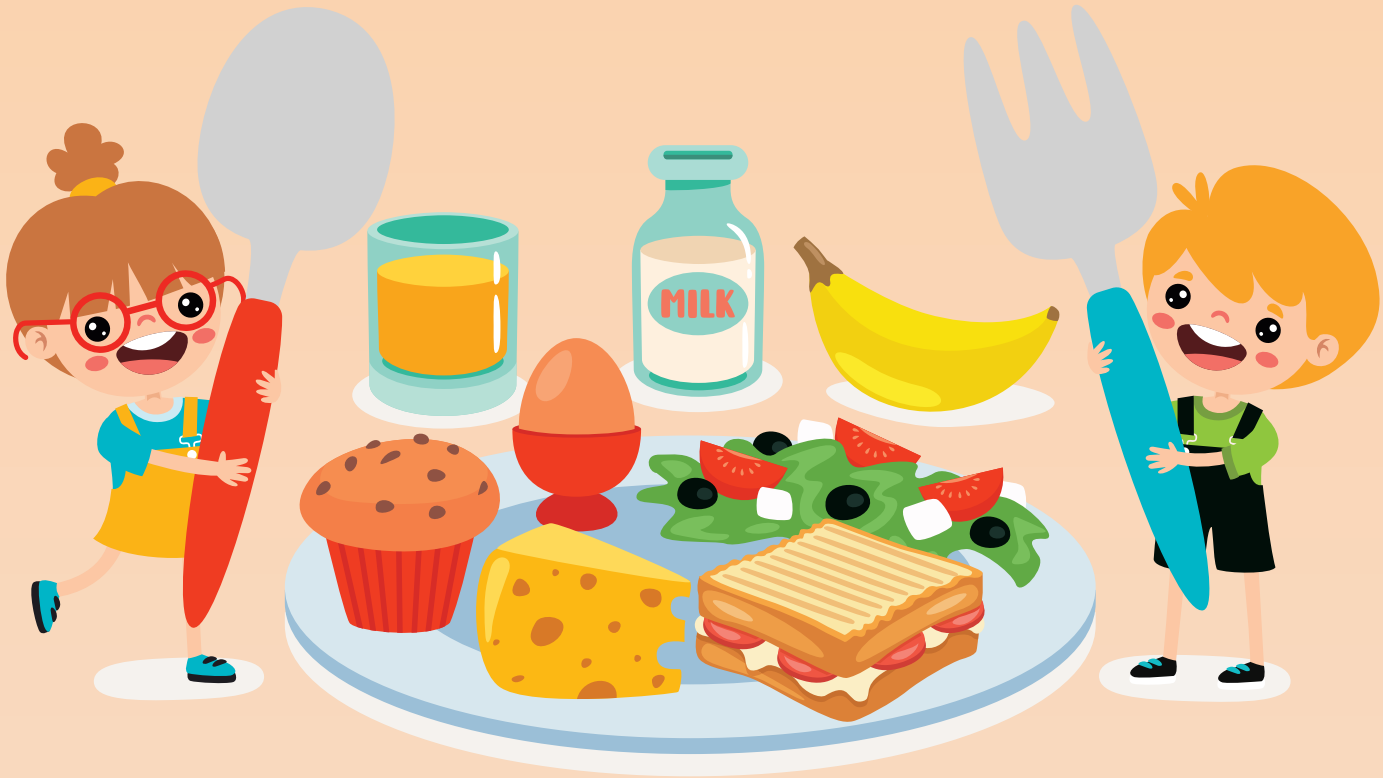
- อาหารว่างควรรับประทานห่างจากมื้อหลักอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ควรกำหนดเวลาให้ชัดเจน ไม่ควรรับประทานอาหารว่างบ่อย หรือกินจุบจิบ

04 สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการกินที่ดี

- ไม่ควรเก็บอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงไว้ในบ้าน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ ช็อกโกแลต คุกกี้ เป็นต้น
- ไม่ควรใช้ขนมเป็นรางวัล หรือเงื่อนไขในการให้รางวัล หรือลงโทษเด็ก

05 ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการเลืออาหารให้ลูก

- เนื่องจากเด็กยังไม่มีวิจารณญาณในการเลืออาหารเอง ควรช่วยเลืออาหารที่มีประโยชน์
- อ่านฉลากโภชนาการเพื่อตรวจสอบปริมาณน้ำตาลอิสระ ซึ่งอาจมาในรูปกลูโคส เด็กซ์โทรส ฟรุกโตส น้ำเชื่อม ข้าวโพดและน้ำเชื่อมต่าง ๆ เป็นต้น



หญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและมีสารอาหารครบถ้วนเพื่อรองรับความต้องการของร่างกายและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การได้รับแคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ โดยแนะนำให้บริโภคแคลเซียม 1,500-2,000 มิลลิกรัมต่อวัน จากแหล่งอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ชีส ผักใบเขียวเข้ม ถั่ว และปลาเล็กปลาน้อย นอกจากนี้ควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว (200 มิลลิลิตรต่อแก้ว) เพื่อช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟันของทารกให้แข็งแรง รวมถึงสนับสนุนสุขภาพของมารดาเอง[19]

มารดาควรรับประทานอาหารที่หลากหลายและมีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ธาตุเหล็ก แคลเซียม โอเมก้า-3 กรดโฟลิก วิตามินดี วิตามินบี และวิตามินซี ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของสมอง ระบบประสาท และการสร้างเซลล์ของทารก ในขณะเดียวกันควรหลีกเลี่ยงอาหารดิบ อาหารกึ่งสุกกึ่งดิบ รวมถึงอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูงและมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และทำให้ฟันผุได้ง่าย



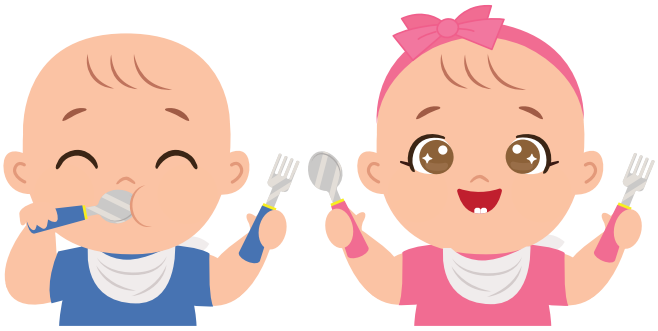
การใช้ยา Tetracycline ควรหลีกเลี่ยงอย่างเด็ดขาดในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2-3 (เดือนที่ 4-9) เนื่องจากยานี้สามารถผ่านรกไปยังทารกและสะสมในกระดูกและฟันของทารกได้ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนสีของฟันอย่างถาวร และอาจมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูก นอกจากนี้มารดาที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะฟันผุและอาการเสียวฟันสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อีกทั้งอาการแพ้ท้องที่ทำให้อาเจียนบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้กรดจากกระเพาะอาหารไปกัดกร่อนเคลือบฟัน ทำให้เกิดอาการเสียวฟันและเพิ่มความเสี่ยงต่อฟันผุได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช (fluoride varnish) มากกว่าฟลูออไรด์เจล (fluoride gel) เนื่องจากฟลูออไรด์วาร์นิชมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูงกว่า และสามารถเคลือบผิวฟันได้ดีโดยไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก อีกทั้งฟลูออไรด์เจลมักมีลักษณะเป็นกรด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดการสึกกร่อนของเคลือบฟัน โดยเฉพาะในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะกรดในช่องปากจากการอาเจียนบ่อย ฟลูออไรด์วาร์นิชจึงเป็นตัวเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าในการช่วยป้องกันฟันผุและเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับเคลือบฟันของมารดาในช่วงตั้งครรภ์[20,21]

การดูแลสุขภาพช่องปากและโภชนาการที่เหมาะสมในช่วงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพในหญิงคั้งครรภ์ และช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์



เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

ในช่วง 6 เดือนแรก เด็กควรได้รับนมแม่เป็นอาหารหลักเพียงอย่างเดียว โดยไม่จำเป็นต้องได้รับเครื่องดื่มอื่นเพิ่มเติม นมแม่มีสารอาหารที่ครบถ้วนและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับเด็ก หลังจากอายุ 6 เดือนขึ้นไป ควรเริ่มให้อาหารเสริมเพื่อช่วยเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยเริ่มจาก ข้าวบด ผักบด และผลไม้หั่นชิ้นเล็ก ๆ เพื่อฝึกให้เด็กคุ้นเคยกับเนื้อสัมผัสของอาหาร เด็กที่ดื่มนมแม่เกิน 1 ปี ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการหลับคาเต้า เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อฟันผุ การฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้วสามารถเริ่มได้ตั้งแต่อายุประมาณ 4-5 เดือน เมื่อเด็กสามารถนั่งได้ และควรเลิกขวดนมเมื่ออายุ 1 ปี หรืออย่างช้าไม่เกิน 1.5 ปี เนื่องจากเด็กที่ยังคงดูดนมขวดหลังอายุ 1 ปี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ



เด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ควรได้รับอาหารมื้อหลัก วันละ 3 มื้อ ที่ประกอบด้วยสารอาหารครบ 5 หมู่ ควรหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้งในอาหารหรือนม เพื่อไม่ให้เด็กติดรสหวาน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อฟันผุและภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีไม่ควรได้รับน้ำผลไม้คั้นสด[22]



เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรได้รับน้ำตาลอิสระเลย เนื่องจากการได้รับน้ำตาลตั้งแต่ช่วงวัยแรกเกิด อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน ฟันผุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต โดยมีหลักฐานที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงปริมาณ (dose-response relationship) ระหว่างปริมาณน้ำตาลอิสระที่บริโภคกับอัตราการเกิดฟันผุ และผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาว ควรเลี่ยงการเติมน้ำตาลทุกชนิดในอาหารและเครื่องดื่มของเด็กในช่วง 2 ขวบปีแรกของชีวิต และควรส่งเสริมให้เด็กคุ้นเคยกับรสชาติของอาหารจากธรรมชาติ เพื่อสร้างพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก[5,23]

สำหรับเด็กอายุ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป สามารถรับประทานอาหารว่างได้ไม่เกินวันละ 2 มื้อ โดยควรเลือกอาหารว่างที่มีประโยชน์ (healthy snacks) เช่น ผลไม้สดไม่หวานหั่นชิ้นเล็ก ข้าวโพด หรือมันต้ม และควรเสริมนมจืดวันละ 3 แก้ว (200 มิลลิลิตรต่อแก้ว) เพื่อให้ได้รับแคลเซียมเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต

นอกจากนี้ ควรจำกัดการบริโภคน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม ไม่ควรเติมน้ำตาลลงในอาหารหรือเครื่องดื่มของเด็ก และควรจำกัดน้ำผลไม้คั้นสดเฉพาะในมื้ออาหาร และไม่เกินวันละ 4 ออนซ์ (120 มิลลิลิตร)[22]



เด็กอายุ 3 ปี ถึงต่ำกว่า 6 ปี

เด็กวัย 3-6 ปี อยู่ในช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาทางร่างกาย สมอง และพฤติกรรมการกิน ดังนั้นการจัดอาหารให้เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เด็กในวัยนี้ควรได้รับอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ ที่ประกอบด้วยสารอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต นอกจากมื้อหลักแล้ว ควรให้เด็กบริโภคอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 มื้อ โดยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง healthy snacks เช่น ผัก ผลไม้ โยเกิร์ตธรรมชาติ ชีส นมจืด ธัญพืชไม่ขัดสีหรือมันต้ม ซึ่งให้เส้นใย วิตามิน และแร่ธาตุที่สำคัญ ในขณะเดียวกันควรหลีกเลี่ยงการเก็บอาหารว่างที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เช่น ขนมกรุบกรอบ ลูกอม ขนมหวาน และน้ำอัดลม ไว้ในบ้าน เพื่อลดโอกาสที่เด็กจะบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์

การดื่มนมจืดเป็นสิ่งสำคัญ ควรให้เด็กดื่มนมจืดวันละ 2 แก้ว เพื่อให้ได้รับแคลเซียมที่เพียงพอต่อการเสริมสร้างกระดูกและฟัน อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงนมรสหวานและนมปรุงแต่งเพราะมีปริมาณน้ำตาลสูง สำหรับการบริโภคน้ำผลไม้คั้นสด ควรจำกัดเฉพาะในมื้ออาหารและไม่เกินวันละ 4-6 ออนซ์ (120-180 มิลลิลิตร)



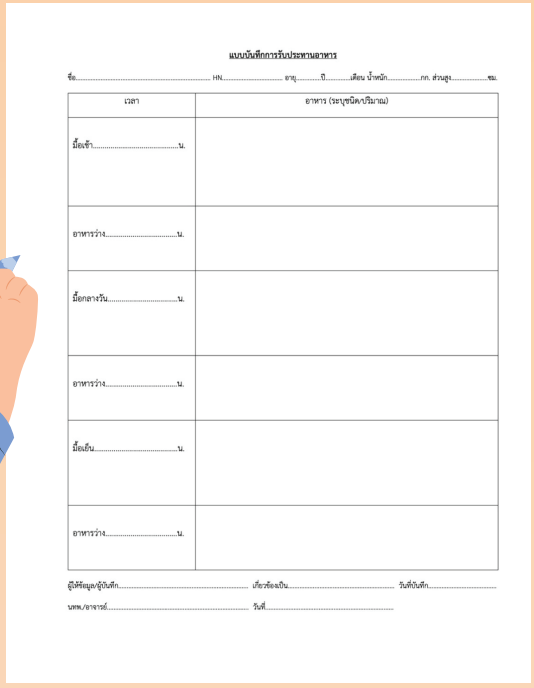
1.1.6 การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร (Diet counseling)

1) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับสุขภาพช่องปาก เพื่อให้เด็กเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร (diet counseling) และควรซักประวัติพูดคุยกับเด็กเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ โดยไม่ขัดกับสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของเด็ก



2) ให้เด็กบันทึกการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มระหว่างมื้อ โดยระบุเวลา ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน เป็นเวลา 1-3 วัน





แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

ชื่อ..... HN..... อายุ.....ปี.....เดือน น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

เวลา	อาหาร (ระบุชนิด/ปริมาณ)
มื้อเช้า.....น.	
อาหารว่าง.....น.	
มื้อกลางวัน.....น.	
อาหารว่าง.....น.	
มื้อเย็น.....น.	
อาหารว่าง.....น.	

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้บันทึก..... เกี่ยวข้องเป็น..... วันที่บันทึก.....

แพทย์/อาจารย์..... วันที่.....

3) เมื่อได้แบบบันทึกการรับประทานอาหารจากเด็ก ให้วิเคราะห์แนวทางการรับประทานอาหารและความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของเด็ก และวิเคราะห์อาหารที่เด็กได้รับในแต่ละวันว่าเพียงพอหรือไม่เมื่อเทียบตามอายุ โดยดูได้จากตารางแสดงสัดส่วนของอาหารที่เด็กไทยควรได้รับใน 1 วัน อ้างอิงจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[17]

ตัวอย่างการบันทึกรายการอาหารและเครื่องดื่มใน 1 วัน

ตัวอย่างแบบบันทึกการรับประทานอาหาร

ชื่อ ด.ญ.ลลิตา ใจดี HN 212121 อายุ 7 ปี 5 เดือน น้ำหนัก 25 กก. ส่วนสูง 112 ซม.

เวลา	อาหาร (ระบุชนิด/ปริมาณ)
มื้อเช้า 8.00 น. น.	ข้าวสวย 1 ถ้วย ต้มจืดเต้าหูหมูสับ (หมูสับ 4 ชิ้น / เต้าหู้ไข่ 3 ชิ้น / ผักกาดขาว ½ ทัพพี) ไข่เจียวหมูสับ (ไข่ 1 ฟอง / หมูสับ 1 ช้อนโต๊ะ)
อาหารว่าง 10.00 น. น.	นมจืด 1 กล่อง (กล่องเล็ก 1 กล่อง) คุกกี้ 4 ชิ้น
มื้อกลางวัน 12.00 น. น.	ผัดซีอิ๊ว 1 จาน (เส้นใหญ่ 1 ถ้วย / หมู 6 ชิ้น / ผักคะน้า ½ ทัพพี) แตงโม 4 ชิ้น
อาหารว่าง 15.30 น. น.	เลย์ (10 บาท) 1 ถุง ไอศกรีมช็อคโกแลต 1 โคน
มื้อเย็น 18.30 น. น.	ข้าวผัดกุ้ง 1 จาน (ข้าว 1 ทัพพี / กุ้ง 4 ตัว / ไข่ 1 ฟอง / แครอท 1 ช้อนโต๊ะ) น้ำอัดลม 1 แก้ว
อาหารว่าง 20.30 น.	นมช็อกโกแลต

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้บันทึก ปรินพร ใจดี เกี่ยวข้องเป็น มารดา วันที่บันทึก 7/6/65





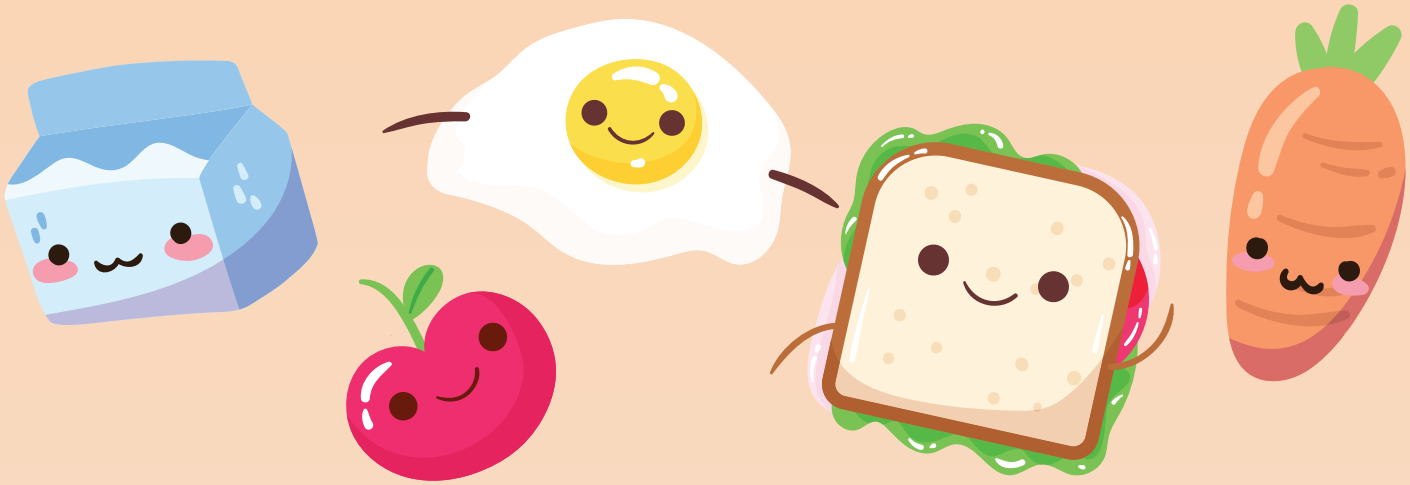
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมหรือไม่

1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารย่อยอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว แป้งและเนื้อสัตว์ทุกวัน
2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ทุกวัน
3. กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสาย ช่วงบ่าย) ทุกวัน

พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มที่ทำให้เกิดฟันผุ (แป้งและน้ำตาล)

1. บันทึกแบ่งเป็นการรับประทานในมื้อหลักหรือระหว่างมื้อ
2. บันทึกชนิดและรูปแบบของอาหารกลุ่มที่ทำให้เกิดฟันผุที่รับประทาน
3. พิจารณาจำนวนครั้งที่เด็กรับประทานแป้งและน้ำตาล แยกเป็นอาหารแข็ง อาหารเหนียวและอาหารเหลว





สรุปผลการวิเคราะห์

อธิบายให้เด็กและผู้ปกครองฟัง แนะนำแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในเด็กรายนั้น ๆ โดยให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

- ระดับการเจริญเติบโตของเด็กเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
- ความเหมาะสมของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่เด็กควรได้รับในแต่ละวัน อธิบายให้เด็กเข้าใจถึงอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลระหว่างมื้อที่เป็นสาเหตุให้เกิดฟันผุ และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลกับการเกิดฟันผุ
- พฤติกรรมการรับประทาน ชนิดและรูปแบบอาหารกลุ่มที่ทำให้เกิดฟันผุของเด็ก
- สรุประดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ
- นำผลการวิเคราะห์การรับประทานอาหารที่ได้มาประกอบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและการวางแผนทางทันตกรรมป้องกันสำหรับแต่ละบุคคล
- แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง อาหารที่แนะนำให้รับประทานแทนพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการบริโภคที่ควรปฏิบัติ



นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่เรียกว่า “**Motivational Interviewing (MI)**[24,25]” ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้เทคนิคเชิงบวก สร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปากของตนเอง จากนั้นร่วมกันวางเป้าหมายและแผนการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะช่องปากที่ดี และทำการติดตามประเมินผลร่วมกันหลังจากที่เด็กได้ลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า สุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งเป็นวิธีการที่ทันตแพทย์จะทำให้ผู้ปกครองและเด็กรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่มีบทบาทสำคัญและเดินไปสู่จุดหมายด้วยกัน โดย motivational interviewing มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากขึ้นในกรณีเด็กและผู้ปกครองเริ่มตระหนักว่า เริ่มมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น การมีคราบจุลินทรีย์ที่สังเกตได้ชัดบริเวณฟันหน้า[8] รวมไปถึงกรณีที่มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น (white spot lesions) และฟันผุเป็นรู (cavitated caries) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



หัวใจหลักของ Motivational Interviewing มีดังนี้

Collaboration
ร่วมมือเป็นฝ่ายเดียวกัน
ไม่ใช่เผชิญหน้า
หรือเป็นฝ่ายตรงข้าม

Evocation
ดึงความต้องการออกมา

Autonomy
ให้อิสระในการคิด
เลือก วางแผน
ไม่ใช่การบีบบังคับ

โดยกระบวนการ Motivational Interviewing มีดังต่อไปนี้



1.2 การควบคุมคราบจุลินทรีย์โดยวิธีกล (Mechanical plaque control)

การให้คำแนะนำการดูแลอนามัยช่องปากมีความแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทันตแพทย์และทันตบุคลากรจึงควรคำนึงไว้เสมอว่าการวางแผนให้ทันตกรรมป้องกันนั้นไม่มีรูปแบบตายตัวแน่นอน แต่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยพิจารณาจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

การให้ทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็กที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องวิธีการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ยึดเกาะกับผิวฟันของเด็ก ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวเด็กและผู้ปกครองจึงจะประสบผลสำเร็จได้ ด้วยเหตุนี้ทันตแพทย์และทันตบุคลากรจึงต้องมีวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI) แก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก อีกทั้งเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตัวเอง เด็กและผู้ปกครองจะรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่มีบทบาทสำคัญเพื่อไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี[26,27]

สำหรับวิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่ดีที่สุด คือ การแปรงฟัน ซึ่งเป็นวิธีการดูแลอนามัยช่องปากขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับการปลูกฝังในทุกช่วงวัย จัดว่าเป็นวิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์เชิงกล (mechanical plaque control) ซึ่งอาศัยการขัดถูภายใต้หลักการของแรงเสียดสี วิธีการดังกล่าวนี้ส่งผลโดยตรงในการช่วยลดภาวะเหงือกอักเสบ อีกทั้งการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร่วมด้วยจะช่วยในการป้องกันโรคฟันผุได้อีกด้วย[28]

1.2.1 ความสำคัญของการแปรงฟัน ร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัย

การสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้ำนมที่สามารถมองเห็นได้ (visible dental plaque) เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเกิดฟันผุในอนาคตได้[11,29-30] โดยมีการศึกษาพบว่าการตรวจพบแผ่นคราบจุลินทรีย์หนาที่บริเวณฟันหน้าน้ำนมนั้นจะถือว่าเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง[31] นอกจากนี้แล้วยังสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่ดีพออีกด้วย[32]

ด้วยเหตุนี้การแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จึงเป็นการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุพร้อมทั้งฟลูออไรด์ไอออนที่ปลดปล่อยออกมาจากยาสีฟันยังช่วยส่งเสริมกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุที่ผิวฟัน (remineralization) ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานทันตกรรมป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยได้[33]

สำหรับการแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีคุณภาพ วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องและเหมาะสม ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในยาสีฟันที่ควรเลือกใช้ เวลาและความถี่ในการแปรงฟัน รวมถึงการจัดท่าแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กเล็ก ซึ่งจะกล่าวลงรายละเอียดในหัวข้อถัดไปตามลำดับ



1.2.2 การเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีคุณภาพ

แปรงสีฟันเป็นอุปกรณ์สำคัญในการทำความสะอาดช่องปาก การใช้แปรงสีฟันที่ไม่มีคุณภาพ นอกจากจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่องปากแล้ว อาจส่งผลกระทบหรืออันตรายต่ออวัยวะปริทันต์อีกด้วย ดังนั้นจึงควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่ถูกสุขลักษณะ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้[34,35]

[1] หัวแปรงสีฟันต้องมีขนาดเล็กเหมาะสมกับช่องปากเด็กในแต่ละช่วงวัย และมีลักษณะสอบ เพื่อให้สามารถทำความสะอาดด้านหลังของฟันซี่ในสุดได้อย่างทั่วถึง

[2] ด้ามแปรงสีฟันมีความยาวที่เพียงพอสามารถจับได้ถนัดมือ เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถจับแปรงได้อย่างมั่นคงและควบคุมทิศทางการแปรงได้ดีมากขึ้น

[3] ขนแปรงควรมีลักษณะนุ่ม (soft) หรือนุ่มพิเศษ (ultra-soft) หน้าตัดเรียบและปลายขนแปรงมีความมนกลม (round-ended) (ภาพที่ 2) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ อีกทั้งช่วยลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่เหงือกอีกด้วย นอกจากนี้ขนแปรงควรเรียงตัวเรียบเสมอกัน ไม่ซิกแซก เพื่อให้แปรงสีฟันแนบกับผิวฟันบริเวณคอฟันให้มากที่สุดซึ่งเป็นบริเวณที่มักพบแผ่นคราบจุลินทรีย์ติดอยู่บ่อยครั้ง



ภาพที่ 2 ตัวอย่างลักษณะขนแปรงที่หน้าตัดเรียบและปลายขนแปรงมีความมนกลม

(ที่มา : เพจฟันน้ำนม)

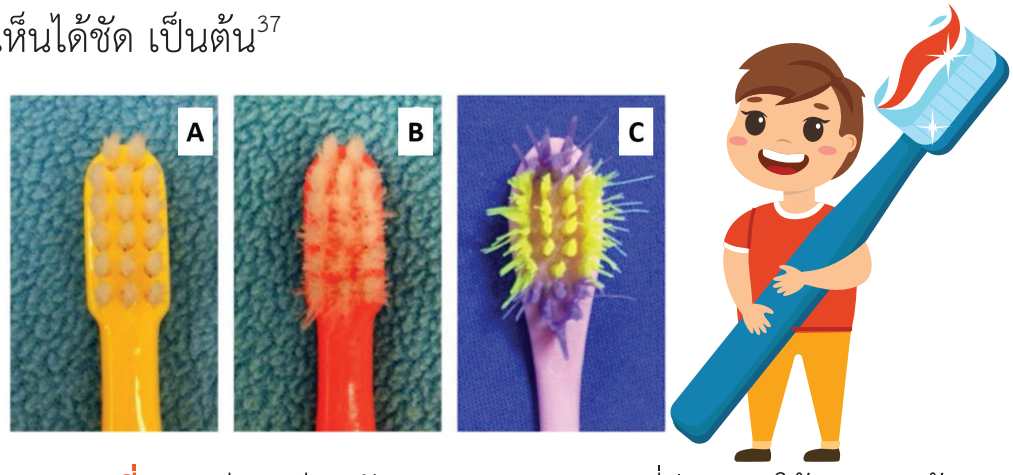
อย่างไรก็ตาม เพื่อความง่ายต่อการตัดสินใจเลือกซื้อแปรงสีฟัน ผู้ใช้งานสามารถเลือกแปรงสีฟันจากการอ่านฉลากว่ามีสัญลักษณ์ “แปรงสีฟันติดดาว” (ภาพที่ 3) ซึ่งแสดงการรับรองว่าเป็นแปรงสีฟันที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย อีกทั้งยังสามารถตรวจสอบรายชื่อแปรงสีฟันติดดาวได้ผ่านทางหน้าเว็บไซต์ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[36]



ภาพที่ 3 สัญลักษณ์ “แปรงสีฟันติดดาว” และตัวอย่างแปรงสีฟันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

(ที่มา : https://dental.anamai.moph.go.th/th/starb-name)

นอกจากนี้สมาคมทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Dental Association : ADA) ได้แนะนำให้เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3-4 เดือน หรือบ่อยกว่านั้น หากขนแปรงเริ่มเสื่อมสภาพแล้ว (ภาพที่ 4) เช่น สึก บานออก ขาดหลุดลุ่ย อย่างเห็นได้ชัด เป็นต้น[37]

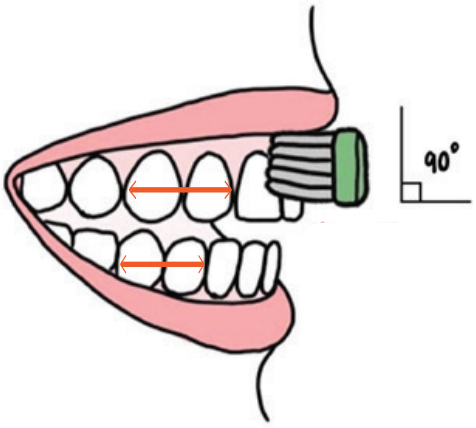


ภาพที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะของขนแปรงที่ผ่านการใช้งานมาแล้ว
(A) ขนแปรงสึกเล็กน้อย (B) ขนแปรงบานออก (C) ขนแปรงขาดหลุดลุ่ย

(ที่มา : เพจฟันน้ำนม)

1.2.3 วิธีการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย

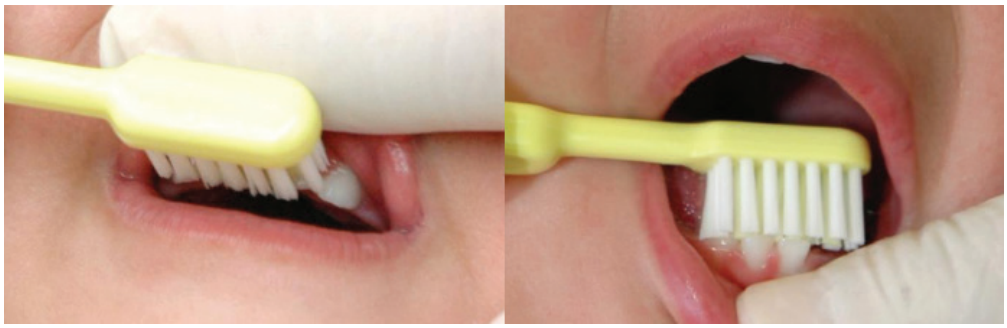
เนื่องจากเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปีนั้น มีพัฒนาการด้านทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (fine motor skill) ที่ยังไม่ดีพอ ดังนั้นการแปรงฟันจะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด (supervised brushing) โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยไม่ควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง สำหรับวิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัยนั้น คือ เทคนิคการแปรงฟันแบบถูไปมาในแนวนอน (horizontal scrub technique)[38] ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยให้วางแปรงทำมุม 90 องศากับผิวฟัน เอียงขนแปรงไปทางคอฟันเล็กน้อย และทำการเคลื่อนแปรงไปมาในแนวหน้าหลังสั้น ๆ ตำแหน่งละประมาณ 10 ครั้ง (ภาพที่ 5)



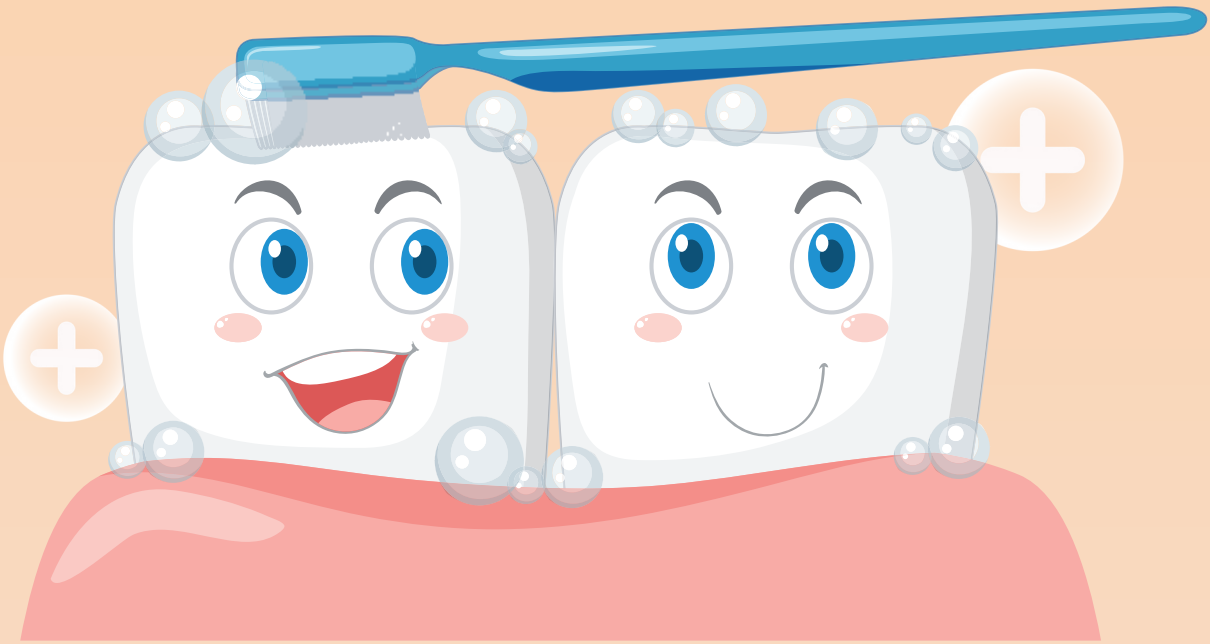
ภาพที่ 5 แสดงวิธีการแปรงฟันแบบ Horizontal scrub technique



การแปรงฟันนั้นควรแปรงให้เป็นระบบให้ครบทุกตำแหน่ง เช่น จากด้านใกล้แก้มในฟันบนซ้ายวนไปจนถึงด้านใกล้แก้มในฟันล่างขวา แล้วแปรงด้านใกล้เพดานหรือด้านใกล้ลิ้นให้ครบทั้งฟันบนและฟันล่าง จากนั้นจึงแปรงด้านบดเคี้ยว บริเวณสำคัญที่ต้องย้ำ คือ บริเวณด้านใกล้เพดานของฟันหน้าบนและด้านลิ้นของฟันหน้าล่าง ซึ่งต้องวางแปรงในแนวตั้ง และอีกบริเวณคือด้านใกล้แก้มของฟันหลังบนและบริเวณด้านใกล้ลิ้นฟันหลังล่าง ซึ่งเป็นบริเวณที่มักจะแปรงไม่ถึง[39] อีกทั้งในขณะแปรงฟันให้เด็ก ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กควรยกริมฝีปากเด็กขึ้นหรือเปิดกระพุ้งแก้มเด็กเพื่อให้เห็นซี่ฟันที่จะทำความสะอาดได้อย่างทั่วถึง[40] (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 วิธีการใช้นิ้วเปิดริมฝีปากเด็กเพื่อให้เห็นซี่ฟันหน้าที่จะทำความสะอาด
(ที่มา : Trairatvorakul C. Preventive dentistry for children and adolescents. 4th ed. Bangkok: Best books on-line; 2011.)



หากแปรงฟันให้เด็กแล้วมีเลือดออกขณะแปรง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กไม่ต้องตกใจ เนื่องจากเลือดออกเกิดจากเหงือกอักเสบที่มาจากคราบจุลินทรีย์ที่ทำความสะอาดออกไม่หมด ให้ผู้ปกครองแปรงซ้ำบริเวณที่มีคราบจุลินทรีย์เหลืออยู่จะทำให้เหงือกกลับมาเป็นปกติ ผู้ปกครองสามารถตรวจสอบความสะอาดภายหลังการแปรงฟันได้โดยสังเกตว่ายังมีคราบจุลินทรีย์ติดตามฟันหลงเหลืออยู่หรือไม่ วิธีการที่สามารถทำได้โดยง่าย คือ การใช้หลอดดูดน้ำตัดปลายแฉลบและมนปลายเล็กน้อยเขี่ยให้ครอบคลุมบริเวณโคนฟันและตัวฟัน (ภาพที่ 7) หากพบว่ามีคราบสีขาวหรือเหลืองแสดงว่ายังแปรงไม่สะอาดดี ควรทำการแปรงซ้ำอีกครั้ง[39]



ภาพที่ 7 การใช้หลอดดูดน้ำตัดปลายแฉลบเขี่ยดูคราบจุลินทรีย์

(ที่มา : https://dental.anamai.moph.go.th/th/photo-album/3167)



1.2.4 การจัดท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันให้เด็กปฐมวัย

การจัดท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันให้เด็กปฐมวัยนั้น สามารถแบ่งตามแต่ละช่วงอายุ ดังนี้[39]

เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

กรณีที่มีผู้ปกครองสองคนช่วยกัน ให้ผู้ปกครองหันหน้าและหันเข่าเข้าหากัน (knee-to-knee position) ศีรษะของเด็กหนุนอยู่บนตักของผู้ที่แปรงฟันให้ ขาของเด็กโอบข้างลำตัวของผู้ปกครองอีกคนซึ่งใช้แขนหนีบขาเด็กและจับมือทั้งสองข้างของเด็กไว้เพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวของเด็ก (ภาพที่ 8)



ภาพที่ 8 ท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันในเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ กรณีที่มีผู้ปกครองสองคนช่วยกัน

(ที่มา : Trairatvorakul C. Preventive dentistry for children and adolescents. 4th ed. Bangkok: Best books on-line; 2011.)

กรณีที่ไม่มีคนช่วย ให้ผู้ปกครองนั่งบนพื้นเหยียดขาไปด้านหน้า ให้เด็กนอนหงายบนตักและเหยียดขาไปทิศทางเดียวกัน ศีรษะของเด็กอยู่ระหว่างขาของผู้ปกครอง แขนและขาของเด็กจะถูกควบคุมการเคลื่อนไหวโดยขาของผู้ปกครอง ให้ใช้มือข้างหนึ่งแปรงฟันในขณะที่มืออีกข้างหนึ่งใช้ควบคุมการเคลื่อนไหวบริเวณส่วนหัวของเด็ก (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 ท่าที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันในเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ กรณีที่ไม่มีคนช่วย

(ที่มา : เพจฟันน้ำนม)



เด็กอายุ 3 ปี ถึงต่ำกว่า 6 ปี

ให้เด็กอยู่ในท่านอน ยืน หรือ นั่ง ตามสะดวก ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอยู่ด้านหลังตำแหน่ง 12 นาฬิกา หากอยู่ในท่านอนให้ศีรษะเด็กหนุนอยู่บนตักของผู้ปกครอง หากอยู่ในท่ายืนหรือนั่งให้ศีรษะเด็กอยู่ระดับเอวของผู้ปกครอง เด็กสามารถเงยหน้าขึ้นให้ผู้ปกครองเห็นฟันทุก ๆ ซี่ได้อย่างชัดเจน (ภาพที่ 10)





ภาพที่ 10 วิธีจับเด็กให้อยู่ในท่านั่งหรือให้ยืนแปรงฟัน

(ที่มา : เพจฟันน้ำนม)



1.2.5 การเลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัย

สำหรับความเข้มข้นของฟลูออไรด์และปริมาณยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่เลือกใช้นั้นให้พิจารณาจากอายุของเด็กและความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเป็นหลัก โดยให้ยึดถือและปฏิบัติตามแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในประเทศไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย[41] (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในประเทศไทยโดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ปี พ.ศ. 2566

ช่วงอายุ	ปริมาณ	ความเข้มข้นฟลูออไรด์	ปริมาณยาสีฟัน (กรัม)	ปริมาณฟลูออไรด์จากยาสีฟัน (มิลลิกรัม)		คำแนะนำเพิ่มเติม
				1,000 ppm	1,500 ppm	
ฟันซี่แรกขึ้นถึงอายุต่ำกว่า 3 ปี	แตะขนแปรงพอเปียก (เท่าเมล็ดข้าวสาร) 	1,000 ppm (1,400-1,500 ppm กรณีเสี่ยงฟันผุสูงมาก)	0.1	0.1	0.15	ผู้ปกครองแปรงให้และเช็ดฟองออก
อายุ 3 ปีถึงอายุต่ำกว่า 6 ปี	ปริมาณเท่ากับความกว้างของแปรง (เท่าเมล็ดข้าวโพด) 	1,000 ppm (1,400-1,500 ppm กรณีเสี่ยงฟันผุสูง)	0.25	0.25	0.38	ผู้ปกครองบีบยาสีฟันให้และช่วยแปรงฟัน เตือนให้เด็กบ้วนน้ำลายและฟองทิ้งระหว่างและหลังแปรงฟัน แต่ไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อุ้งมือ หรือ 5-10 มิลลิตร)

*การใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm ควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของทันตบุคลากร ซึ่งจะพิจารณาให้ใช้ได้หากฟลูออไรด์ในน้ำดื่มน้อยกว่า 0.5 ppm และต้องไม่ได้รับฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน การพิจารณาระดับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุจะพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินของทันตแพทยสมาคมฯ

จะเห็นได้ว่า การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีการป้องกันฟันผุที่แนะนำให้ใช้ได้ในทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ สำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัยนั้น มีรายละเอียดดังนี้[41]

[1] แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและก่อนนอน

[2] ใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 2 นาทีในแต่ละครั้ง

[3] เมื่อแปรงเสร็จแล้วต้องบ้วนยาสีฟันส่วนเกินออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ไม่จำเป็นต้องบ้วนน้ำตามด้วยปริมาณที่มากเกินไป เพื่อให้ฟลูออไรด์คงอยู่ในช่องปากในปริมาณที่เหมาะสม

[4] ภายหลังการแปรงฟันให้หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

[5] การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัยต้องใช้อย่างระมัดระวังเพื่อลดการกลืนยาสีฟัน โดยเฉพาะช่วงก่อนอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันตกกระของฟันหน้าแท้บน



1.3 บทสรุป

การให้คำแนะนำในการบริโภค (ตารางที่ 2) และการดูแลอนามัยช่องปากแก่เด็กและผู้ปกครอง (ตารางที่ 3) เพื่อให้สามารถนำเอาไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ทันตแพทย์และทันตบุคลากรจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธีแล้วนำความรู้นั้นมาผนวกรวมกับข้อมูลหรือปัจจัยจากทั้งตัวเด็กและผู้ปกครอง ตัดสินใจให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามวิจารณญาณ นอกจากนี้ภายหลังจากให้คำแนะนำไปแล้วจะต้องมีการติดตามผลเป็นระยะ หากพบว่าวิธีที่แนะนำไปไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทันตแพทย์และทันตบุคลากรต้องทำการปรับใหม่ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นเพื่อปลูกฝังให้เด็กและผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างยั่งยืน

ตารางที่ 2 สรุปแนวทางในการให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารในเด็กปฐมวัย[2,12,16-18]

ช่วงอายุ	คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร
หญิงตั้งครรภ์	• ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และมีสารอาหารครบถ้วน • ควรดื่มนมให้ได้วันละไม่น้อยกว่า 3 แก้ว • ควรได้รับแคลเซียม 1,500-2,000 มิลลิกรัม/วัน โดยเน้นแหล่งอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ชีส ผักใบเขียวเข้ม ถั่ว ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น • รับประทานอาหารที่หลากหลายและมีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เหล็ก, แคลเซียม, โอเมก้า-3, กรดโฟลิก, วิตามินดี, วิตามินบี และวิตามินซี เป็นต้น • หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารดิบ อาหารกึ่งสุกกึ่งดิบ อาหารที่มีน้ำตาลสูงและมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ • หลีกเลี่ยงการใช้ยา Tetracycline เนื่องจากสามารถผ่านสายรกได้ หากใช้ในไตรมาสที่ 2-3 (ระยะตั้งครรภ์เดือนที่ 4-9) ยาอาจสะสมในฟันและกระดูกของทารก และส่งผลต่อสีฟันของลูก[4]
วัยทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	• เด็กอายุ 6 เดือนแรกที่ได้รับนมแม่เป็นอาหารหลัก ไม่จำเป็นต้องได้รับเครื่องดื่มอื่นเพิ่มเติม • เด็กที่ดื่มนมแม่เกิน 1 ปี ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการหลับคาเต้า • ฝึกทารกดื่มนมจากถ้วยเมื่อเริ่มนั่งได้ คืออายุประมาณ 4-5 เดือนและพร้อมที่จะเลิกขวดนมเมื่ออายุ 1 ปี (หรืออย่างช้า 1 ปี 6 เดือน) เนื่องจากเด็กที่ดูดนมขวดเลยอายุ 1 ปี จัดว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดฟันผุ[15] • เด็กอายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถเริ่มให้อาหารเสริมได้ เช่น ข้าวบด ผักบด ผลไม้หั่นชิ้นเล็ก ๆ เป็นต้น • หลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาล หรือน้ำผึ้งในอาหารหรือนม เพื่อไม่ให้เด็กติดหวาน • หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้คั้นสดในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

ช่วงอายุ	คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร
วัยเตาะแตะ (อายุ 1 ปี ถึง อายุต่ำกว่า 3 ปี)	• รับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ • สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปควรบริโภคอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 มื้อ อาหารว่างควรเป็นอาหารว่างที่มีประโยชน์ (healthy snacks) เช่น ผลไม้สด ไม่หวานหั่นชิ้นเล็ก ๆ ข้าวโพด หรือมันต้ม • เสริมนมจืดวันละ 2-3 แก้ว • หลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลในอาหาร หรือเครื่องดื่ม • จำกัดการดื่มน้ำผลไม้คั้นสดเฉพาะในมื้ออาหาร และไม่เกิน 4 ออนซ์ต่อวัน
ก่อนวัยเรียน (อายุ 3 ปี ถึง อายุต่ำกว่า 6 ปี)	• รับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ • ควรบริโภคอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 มื้อ อาหารว่างควรเป็นอาหารว่างที่มีประโยชน์ มีเส้นใย วิตามิน แร่ธาตุสูง และมีความหลากหลาย เช่น ผัก ผลไม้ โยเกิร์ตธรรมชาติ ชีส นมจืด เป็นต้น • ดื่มนมจืดเป็นอาหารเสริม วันละ 2 แก้ว • ไม่ควรเก็บอาหารว่างชนิดที่มีไขมัน และน้ำตาลสูงไว้ในบ้าน • จำกัดการดื่มน้ำผลไม้คั้นสดเฉพาะในมื้ออาหาร และไม่เกิน 4-6 ออนซ์ต่อวัน



ตารางที่ 3 สรุปคำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปากขั้นพื้นฐานในแต่ละช่วงอายุของเด็กปฐมวัย

ช่วงอายุ	วิธีการแปรงฟัน	การจัดท่าที่เหมาะสมในการแปรงฟัน	การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	คำแนะนำเพิ่มเติม
ช่วงก่อนฟันขึ้น	-	-	-	ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็น แล้วเช็ดทำความสะอาดให้ทั่ว ทั้งเหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และพื้นช่องปาก
ฟันซี่แรกขึ้นถึงอายุต่ำกว่า 3 ปี	Horizontal scrub technique	ท่านอนแปรงฟัน	1,000 ppm (1,400-1,500 ppm กรณีเสี่ยงผุสูงมาก) โดยใช้ปริมาณแตะขนแปรงพอเปียก (เท่าเมล็ดข้าวสาร)	ผู้ปกครองแปรงให้และเช็ดฟองออก เด็กอาจร้องไห้ขณะแปรงฟัน เป็นเรื่องปกติ ผู้ปกครองต้องยืนหยัดในการแปรงฟันต่อเพื่อให้เด็กเกิดความเคยชิน
อายุ 3 ปีถึงอายุต่ำกว่า 6 ปี	Horizontal scrub technique	ท่านอน นั่ง หรือยืนตามสะดวก โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอยู่ด้านหลัง 12 นาฬิกา	1,000 ppm (1,400-1,500 ppm กรณีเสี่ยงผุสูง) โดยใช้ปริมาณเท่ากับความกว้างของแปรง (เท่าเมล็ดข้าวโพด)	ผู้ปกครองบีบยาสีฟันให้และช่วยแปรงฟัน เตือนให้เด็กบ้วนน้ำลายและฟองทิ้งระหว่างและหลังแปรง แต่ไม่ต้องบ้วนน้ำตามหรืออาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อุ้งมือ หรือ 5-10 มิลลิลิตร)



เอกสารอ้างอิง

1. Kim Seow W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. Int J Paediatr Dent. 2012;22(3) : 157. doi:10.1111/j.1365-263X.2011.01186.x
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: Classifications, consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:108-12.
3. Kanasi E, Johansson I, Lu SC, et al. Microbial risk markers for childhood caries in pediatricians' offices. J Dent Res. 2010;89(4):378-83. doi:10.1177/0022034509360010
4. ศิริรักษ์ นครชัย. ฟันผุในเด็กปฐมวัย: การป้องกันและการจัดการรอยโรคฟันผุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2024.
5. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children. World Health Organization; 2015 Mar 31.
6. Moynihan P, Makino Y, Petersen PE, Ogawa H. Implications of WHO Guideline on Sugars for dental health professionals. Community Dent Oral Epidemiol. 2018;46(1):1-7. doi:10.1111/cdoe.12353
7. Stephan RM. Changes in hydrogen-ion concentrations on tooth surfaces and in carious lesions. J Am Dent Assoc 1940; 27: 718–23.
8. The Dental Association of Thailand. Guideline on Caries Risk Assessment and Management. The Journal of the Dental Association of Thailand. Bangkok, Thailand.: J Dent Assoc Thai 2023;73(4):232-49.
9. Feldens CA, Rodrigues PH, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. Int Dent J. 2018;68(2):113-21. doi:10.1111/idj.12333
10. Lee JG, Messer LB. Intake of sweet drinks and sweet treats versus reported and observed caries experience. Eur Arch Paediatr Dent. 2010;11(1):5-17. doi:10.1007/BF03262704
11. Boonyawong M, Auychai P, Duangthip D. Risk Factors of Dental Caries in Preschool Children in Thailand: A Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2022;10(5):794. Published 2022 Apr 25. doi:10.3390/healthcare10050794

12. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:108-12.
13. Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. Pediatr Dent. 1999;21(2):86-90.
14. Neves PA, Ribeiro CC, Tenuta LM, et al. Breastfeeding, Dental Biofilm Acidogenicity, and Early Childhood Caries. Caries Res. 2016;50(3):319-24. doi:10.1159/000445910
15. Tham, R., Bowatte, G., Dharmage, S., Tan, D., Lau, M., Dai, X., Allen, K. and Lodge, C. (2015), Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr, 104: 62-84
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2009
17. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตารางปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย 2563 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี.โปรเกรสซีฟ; 2020.
18. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจำแนกอาหาร ขนม นมและเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการ สำหรับเด็กอายุ 3-15 ปี (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2560.
19. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. เอกสารชี้แจงจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย เรื่องการบริโภคนมวัวกับสุขภาพเด็ก; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipediatrics.org/?p=3894
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health care for the pregnant pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:277-86.
21. Linnett V, Seow WK. Dental erosion in children: A literature review. Pediatr Dent 2001;23(1):37-43.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Healthy beverage consumption in early childhood: Recommendations from key national health and nutrition organizations: Summary of oral health considerations. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:565-8.
23. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK, Daniels S, Corkins M, Golden NH, Kim JH, Lindsey C, Magge SN. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. Pediatrics. 2018 Feb 1;141(2).

24. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs [Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs]. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานครฯ: บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2560.
25. Manek S, Jawdekar AM, Katre AN. The effect of motivational interviewing on reduction of new carious lesions in children with early childhood caries: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2023 Jan;16(1):112.
26. Uguz HN, Çiftçi V, Dogan MC. Effectiveness of motivational interviewing on oral healthcare in pediatric patients. J Clin Pediatr Dent. 2023 Sep;47(5):43-50.
27. Arrow P, Raheb J, McInnes R. Motivational Interviewing and Childhood Caries: A Randomised Controlled Trial. International journal of environmental research and public health. 2023;20(5)
28. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. Journal of clinical periodontology. 2015;42:71-6.
29. Chanpum P, Duangthip D, Trairatvorakul C, Songsiripradubboon S. Early Childhood Caries and Its Associated Factors among 9- to 18-Month Old Exclusively Breastfed Children in Thailand: A Cross-Sectional Study. International journal of environmental research and public health. 2020;17(9).
30. Leroy R, Bogaerts K, Martens L, Declerck D. Risk factors for caries incidence in a cohort of Flemish preschool children. Clinical oral investigations. 2012;16(3):805-12.
31. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation — a sign for caries risk in young children. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1994;22:273-76.
32. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Arj-Ong Vallibhakara S, Attia J, Thakkinstian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. International dental journal. 2017;67(6):332-43.
33. Sitthisettapong T, Tasanarong P, Phantumvanit P. Strategic Management of Early Childhood Caries in Thailand: A Critical Overview. Frontiers in Public Health. 2021;9.
34. Park KK, Matis BA, Christen AG. Choosing an effective toothbrush. A risky venture. Clinical preventive dentistry. 1985;7(4):5-10.

35. Thevissen E, Quirynen M, van Steenberghe D. Plaque removing effect of a convex-shaped brush compared with a conventional flat brush. Journal of periodontology. 1987;58(12):861-7.
36. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน กรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2004.
37. ADA.org [homepage on the Internet]. USA: Toothbrushes. [updated 2022; cited 2025 March 10]. Available from: https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/toothbrushes
38. Muller-Bolla M, Courson F. Toothbrushing methods to use in children: a systematic review. Oral health & preventive dentistry. 2013;11(4):341-7.
39. Trairatvorakul C. Preventive dentistry for children and adolescents. 4 ed. Bangkok: Best books on-line; 2011.
40. Ungchusak C. Oral health promotion and prevention of early childhood caries. Thai Dent Public Health J. 2017;22:44–61.
41. The Dental Association of Thailand. Guideline on Use of Fluoride in Dentistry. The Journal of the Dental Association of Thailand. Bangkok, Thailand.: J Dent Assoc Thai 2023;73(2):92-103.



ส่วนที่ 2

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันฟันผุ ในเด็กปฐมวัยระดับชุมชน (Community Care)



2. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับชุมชน (Community Care)

ผศ.ดร.ทพญ.จรัญญา หุ่นศรีสกุล
รศ.ดร.ทพญ.ทิพนาถ วิชญาณรัตน์
ทพญ.ปฐมา เชาวนเมธา

2.1 เป้าหมายของการดูแลเด็กปฐมวัยในระดับชุมชน

การดูแลเด็กปฐมวัยในระดับชุมชนมีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมและลดการเกิดฟันผุในเด็ก โดย**เน้นการจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากในทุกระดับ ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมส่วนบุคคล** แนวทางนี้มุ่งให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน ผ่านการดำเนินงานที่บูรณาการทั้งในระดับบุคคล ชุมชน สังคม และระดับประเทศ

การดำเนินงานดังกล่าวใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ **ระดับต้นน้ำ** (Upstream) ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนนโยบายและโครงสร้างสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก **ระดับกลางน้ำ** (Midstream) ที่เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือภายในชุมชนและองค์กร และ**ระดับปลายน้ำ** (Downstream) ซึ่งเน้นการให้บริการและดูแลในระดับบุคคล ทั้งหมดนี้เป็นการอาศัยหลักฐานทางวิชาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาว



ในแง่ของการป้องกันฟันผุโดยใช้แนวทางประชากรเป็นฐาน แนวทางนี้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ มารดาใหม่ และผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก แนวทางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร่วม โดยเฉพาะผลกระทบของน้ำตาลที่มีต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวมของเด็ก รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ และการใช้ฟลูออไรด์ในการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการจัดการปรับปรุงเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

แนวทางการดำเนินงานและการป้องกันดังกล่าวได้รับการสนับสนุนโดยหลักการ 6 ประการของกลยุทธ์โลกว่าด้วยสุขภาพช่องปากจากองค์การอนามัยโลก (WHO) [1] พร้อมกับผลงานการศึกษาที่ได้รับการพิสูจน์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แนวทางเหล่านี้ถูกนำมาปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในชุมชนอย่างยั่งยืน



2.2 แนวคิดหลักในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันฟันผุระดับชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำหลักการ 6 ประการของกลยุทธ์โลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก[1] ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่



ซึ่งในเอกสารกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพช่องปาก ค.ศ. 2023-2030 ได้วางแนวทางเพื่อรับมือปัญหาด้านสุขภาพช่องปากทั่วโลก โดยเน้นการเสริมสร้างการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับชุดสิทธิประโยชน์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สาระสำคัญของกลยุทธ์นี้ครอบคลุม

- การป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก
- การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับระบบสาธารณสุขโดยรวม
- การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
- การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ
- การพัฒนานโยบายเชิงรุกเพื่อปกป้องสุขภาพช่องปากของประชากร

ทั้งนี้การดำเนินการเพื่อให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการประสานงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษา และบริการสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนการวางแผนโครงการ พร้อมทั้งปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรในท้องถิ่น

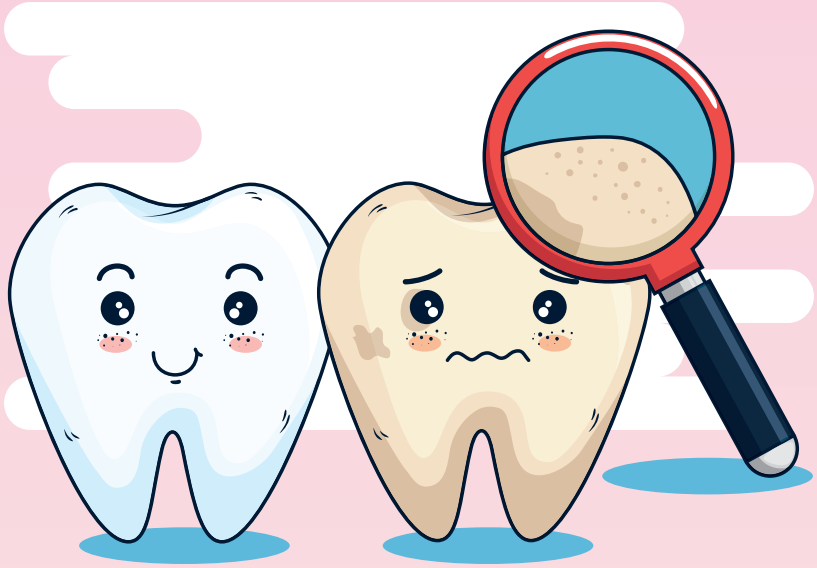


2.3 การประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน (Caries risk assessment at community level)

การประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมถึงเป็นแนวทางในการวางนโยบายเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มประชากร โดยทั่วไปการประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุในระดับบุคคลเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ของปัจจัยป้องกัน (protective factors) เช่น การใช้ฟลูออไรด์ การได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น ประสบการณ์หรือการมีรอยโรคฟันผุ และปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (sociocultural factors) เช่น สถานะทางสังคม ซึ่งการประเมินความเสี่ยงฟันผุระดับบุคคลนั้นได้รับการพัฒนาขึ้นทั่วโลกและใช้อย่างแพร่หลาย[2] อย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการประเมินความเสี่ยงของการเกิดฟันผุระดับชุมชนนั้นยังไม่ได้มีการสรุปอย่างแน่ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กปฐมวัย

การจำแนกกลุ่มเสี่ยงของการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทเฉพาะของประเทศหรือการพิจารณาขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจำแนกกลุ่มประชากรว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในระดับชุมชน อาจใช้พื้นฐานของประสบการณ์ฟันผุซึ่งมีรายงานว่าเป็นตัวพยากรณ์ฟันผุที่ดี[3,4] โดยอาจพิจารณาจาก

1. การเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับชาติหรือระดับภูมิภาค
2. เป้าหมายที่กำหนดโดยองค์กรด้านสุขภาพ
3. ผลกระทบต่อสุขภาพและการพัฒนาโดยรวม



ตัวอย่างและแนวทางปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดฟันผุของเด็กปฐมวัยระดับชุมชน

- **แนวทางจากค่าเฉลี่ยระดับชาติหรือระดับภูมิภาค :**

เช่น ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ

จากข้อมูลการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม ดังนั้นในชุมชนที่มีอัตราสูงกว่านี้ (เช่น มากกว่าร้อยละ 50) อาจถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

- **แนวทางจากเป้าหมายปราศจากฟันผุ :**

เช่น มีเป้าหมายให้เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 75[5]

ประชากรที่มีอัตราปราศจากฟันผุต่ำกว่าเป้าหมาย หรือมีการเกิดฟันผุสูงกว่าเป้าหมายนี้อย่างมีนัยสำคัญอาจถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

- **แนวทางพิจารณาจากความรุนแรง :**

เช่น ชุมชนเสี่ยงสูงอาจเป็นชุมชนที่มีเด็กปฐมวัยที่มีฟันผุรุนแรง (S-ECC) เกินร้อยละ 10-15 โดยนิยามคือ มีรอยโรคฟันผุบนผิวเรียบในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี[5]

- **แนวทางพิจารณาเชิงเปรียบเทียบ :**

เช่น จัดอันดับชุมชนที่มีอัตราการเกิดฟันผุสูงสุด ร้อยละ 20-25 หรือตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 ขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง โดยไม่คำนึงถึงค่าเปอร์เซ็นต์สัมบูรณ์ แนวทางนี้คล้ายกับ Significant Caries Index (SiC) ที่เสนอให้มุ่งความสนใจในกลุ่มประชากรที่ฟันผุจำนวนสูงสุดหนึ่งในสามของประชากร[6]

- **แนวทางพิจารณาหลายปัจจัย :**

บางการประเมินความเสี่ยงพิจารณาไม่เพียงแต่อัตราการเกิดโรค แต่รวมถึงปัจจัยอื่น เช่น สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การเข้าถึงบริการทันตกรรม และสถานะการเติมฟลูออไรด์

ชุมชนอาจถูกจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงหากมีอัตราการเกิดโรคปานกลาง (เช่น มากกว่าร้อยละ 30) ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

โดยภาพรวมเกณฑ์การจำแนกกลุ่มเสี่ยงสูงสามารถแตกต่างกันไปตามลำดับความสำคัญด้านสุขภาพในท้องถิ่น ทรัพยากร และสภาวะสุขภาพช่องปากโดยรวมของประชากร ในทางปฏิบัติหน่วยงานสาธารณสุขส่วนใหญ่ใช้การผสมผสานระหว่างอัตราการเกิดโรคแบบสัมบูรณ์ การเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับชาติหรือภูมิภาค และการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อจำแนกชุมชนเสี่ยงสูง **โดยมีเป้าหมายเพื่อระบุพื้นที่เพื่อวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีความจำเพาะกับชุมชน** ดังนั้นการจำแนกกลุ่มเสี่ยงของการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับชุมชนควรพิจารณา**เกณฑ์ที่จะส่งผลกระทบมากที่สุดต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่จำกัดของแต่ละพื้นที่**



2.4 ข้อเสนอแนะการประเมินความเสี่ยงฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับชุมชนในประเทศไทย

การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบความชุกโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีร้อยละ 47.0 (แบ่งตามภูมิภาคต่าง ๆ ร้อยละ 45.1-55.5) และความชุกโรคฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 72.1 (แบ่งตามภูมิภาคต่าง ๆ ร้อยละ 70.4-79.6) (ตารางที่ 1) และข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center : HDC) พบรายงานความชุกการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 25 (มีความครอบคลุมในการตรวจร้อยละ 50 ของสังกัดสาธารณสุขของประเทศ) อย่างไรก็ดีจากสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยทั่วโลกจากหลายรายงานวิจัย แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับสูงถึงสูงมาก[7,8] (ภาพที่ 1 และ 2)

สำนักทันตสาธารณสุข ได้มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน และติดตามสภาวะสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบ HDC กำหนดค่าเป้าหมายระดับประเทศ คือ ร้อยละ 75 ของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ซึ่งอาจใช้แนวทางนี้ในการจัดระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน ทั้งนี้ กรณีที่การตรวจฟันในพื้นที่รวมรอยโรคฟันผุเริ่มแรก (initial caries) หรือรอยขุ่นขาว (white spot lesions) อาจแนะนำให้คำนวณความชุกฟันผุรวมชั้นเคลือบฟันที่ยังไม่เป็นโพรง (non-cavitated lesions) และฟันผุถึงชั้นเนื้อฟันที่เป็นโพรงแล้ว (cavitated lesions) นอกจากนี้หากมีข้อมูลความรุนแรงของฟันผุในพื้นที่อาจใช้พิจารณาร่วมด้วย เช่น ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) ของเด็กอายุ 3 ปี ในพื้นที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาค อาจพิจารณาเป็นชุมชนที่มีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง หรือสูงมาก เป็นต้น



จากตาราง 1 และ 2 ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่าเด็ก 3 ปี มีความชุกโรคฟันผุร้อยละ 47.0 และมีฟันผุถอนอุดเฉลี่ย 2.5 ซี่ต่อคน ในระดับประเทศ โดยหากแบ่งตามเขตสุขภาพ (ตาราง 3) พบว่าเด็กอายุ 3 ปีมีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 39.0 (เขตสุขภาพที่ 13) ถึงร้อยละ 57.5 (ในเขตสุขภาพที่ 12) ซึ่งหากแบ่งตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชนจะอยู่ในช่วงสูงและสูงมาก

โดยสรุป จากเกณฑ์ค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข การปราศจากฟันผุในเด็ก 3 ปี ร้อยละ 75 และการเทียบเคียงกับความชุกฟันผุนานาชาติ[7,8] ในประเทศไทย จึงได้กำหนดการแบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุระดับชุมชนอิงตามข้อมูลการเกิดฟันผุในเด็ก 3 ปี จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ดังนี้

- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุต่ำ หมายถึง ความชุกฟันผุในพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ 25
- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุสูง หมายถึง ความชุกฟันผุในพื้นที่อยู่ในช่วงร้อยละ 25 ถึง ร้อยละ 50
- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุสูงมาก หมายถึง ความชุกฟันผุในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50

ทั้งนี้ การพิจารณาว่าพื้นที่ของตัวเองจัดอยู่ในระดับความเสี่ยงใด ให้พิจารณาจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ระดับเขตสุขภาพดังแสดงในตาราง 3



ตาราง 1 ร้อยละของผู้ที่ปราศจากโรคฟันผุ และมีประสบการณ์โรคฟันผุ

อายุ (ปี)	ปราศจากฟันผุ	ฟันผุระยะเริ่มต้น	ฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
3	53.0	38.0	46.1	2.6	1.5	47.0
5	27.9	45.5	70.4	7.6	5.0	72.1

ที่มา : รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566

หมายเหตุ : ปราศจากฟันผุ คือ ผู้ไม่มีประสบการณ์ฟันผุ (ไม่มีฟันผุ ไม่มีฟันอุด และไม่มีฟันที่ถูกถอนจากฟันผุ)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี จำแนกตามพื้นที่พักอาศัยและภูมิภาค

ภูมิภาค	พื้นที่พักอาศัย	ฟันที่มีในปาก	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)			
			ฟันผุ	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ประเทศ		19.9	2.4	0.1	0.0	2.5
	เมือง	19.9	2.1	0.1	0.0	2.2
	ชนบท	19.9	2.7	0.1	0.0	2.8
	กทม.	19.9	1.9	0.0	0.1	2.0
กลาง		19.9	2.4	0.1	0.0	2.5
เหนือ		19.9	2.1	0.1	0.0	2.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ		19.9	2.3	0.0	0.0	2.3
ใต้		19.9	3.1	0.1	0.0	3.2

ที่มา : รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566

ตาราง 3 ความชุกการเกิดฟันผุของเด็ก 3 ปี แบ่งตามเขตสุขภาพ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 และการแบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุระดับชุมชน*

เขตสุขภาพ	จังหวัด	ร้อยละฟันผุเด็กอายุ 3 ปี	ความเสี่ยงฟันผุระดับชุมชน*
1	เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน	42.8	สูง
2	ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย	48.6	สูง
3	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี	46.3	สูง
4	สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี	45.9	สูง
5	เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี	42.5	สูง
6	สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด	46.4	สูง
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	48.9	สูง
8	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ	50.9	สูงมาก
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	40.8	สูง
10	อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร	46.9	สูง
11	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	52.9	สูงมาก
12	สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	57.5	สูงมาก
13	กรุงเทพมหานคร	39.0	สูง

* ความเสี่ยงฟันผุระดับชุมชน ตามเกณฑ์
- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุต่ำ หมายถึง ความชุกฟันผุในพื้นที่ต่ำ < ร้อยละ 25
- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุสูง หมายถึง ความชุกฟันผุอยู่ในช่วงร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 50
- ระดับความเสี่ยงการเกิดฟันผุสูงมาก หมายถึง ความชุกฟันผุในพื้นที่ > ร้อยละ 50

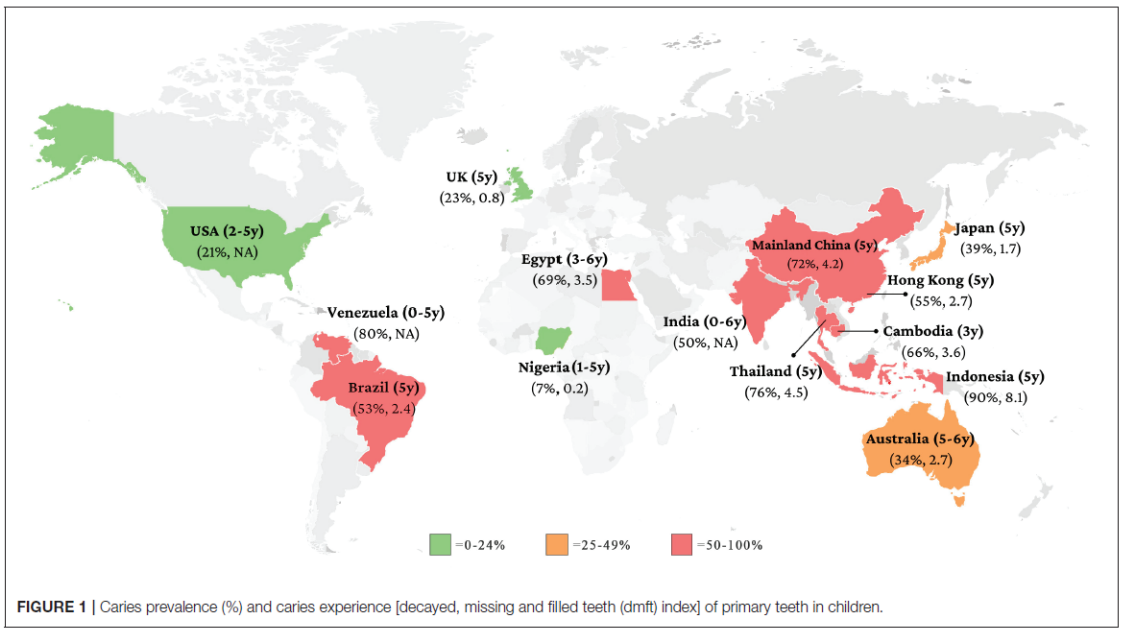


FIGURE 1 | Caries prevalence (%) and caries experience [decayed, missing and filled teeth (dmft) index] of primary teeth in children.

ภาพที่ 1 ความชุกการเกิดฟันผุและประสบการณ์การเกิดฟันผุ (ดัชนีฟันผุถอนอุดรายซี่) ในฟันน้ำนม

ที่มา : *Chen, J., Duangthip, D., Gao, S. S., Huang, F., Anthonappa, R., et al.,(2021). Oral Health Policies to Tackle the Burden of Early Childhood Caries: A Review of 14 Countries/Regions [Policy and Practice Reviews]. Frontiers in Oral Health, 2. https://doi.org/10.3389/froh.2021.670154*

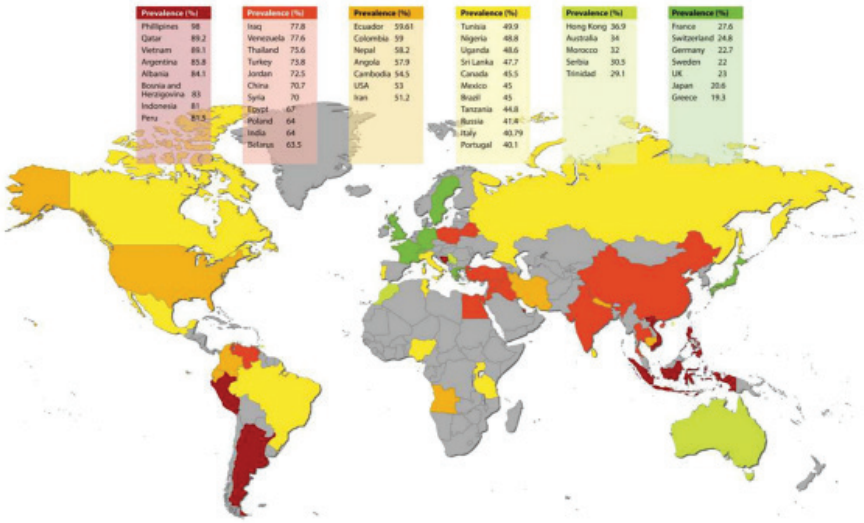


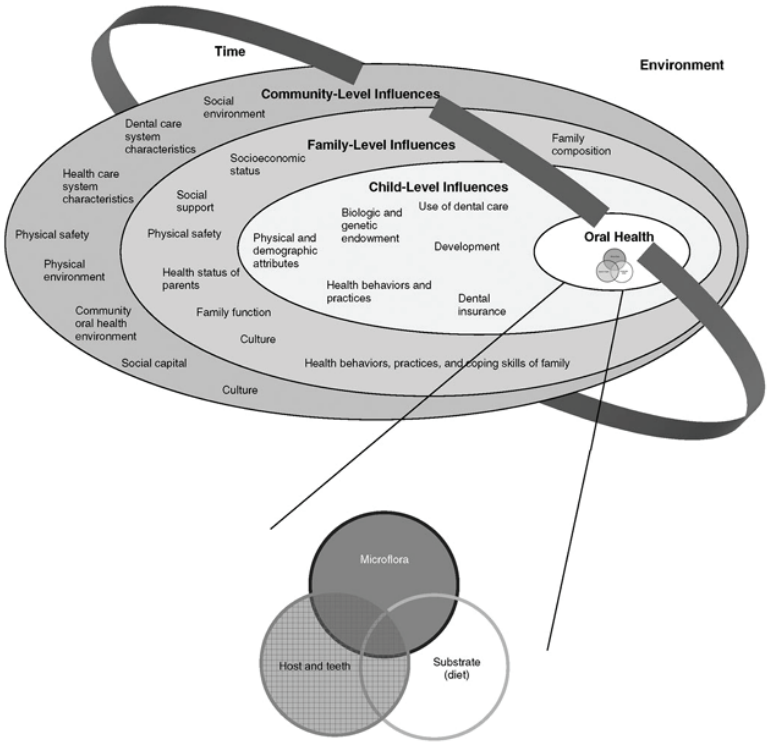
Fig. 2 Worldwide ECC prevalence map. Prevalence was color coded as following: (**a**) < 29% - low prevalence (dark green), (**b**) 29.1–39% - medium low prevalence (light green), (**c**) 40-49.9% - medium prevalence (yellow), (**d**) 50–60% - medium high prevalence (orange), 60–80% - high prevalence (light

ภาพที่ 2 ความชุกการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมของแต่ละประเทศ โดยแบ่งเป็น ความชุกระดับต่ำ < 29% (สีเขียวเข้ม); ความชุกระดับต่ำถึงปานกลาง 29.1-39 (สีเขียวอ่อน); ระดับปานกลาง 40-49.9% (สีเหลือง); ระดับกลางถึงสูง 50-60% (สีส้ม); ระดับสูง 60-80% (สีแดงอ่อน); ระดับสูงมาก >80% (สีแดงเข้ม)

ที่มา : *Maklennan, A., Borg-Bartolo, R., Wierichs, R. J., Esteves-Oliveira, M., & Campus, G. (2024). A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. BMC Oral Health, 24(1), 835. https://doi.org/10.1186/s12903-024-04605-y*

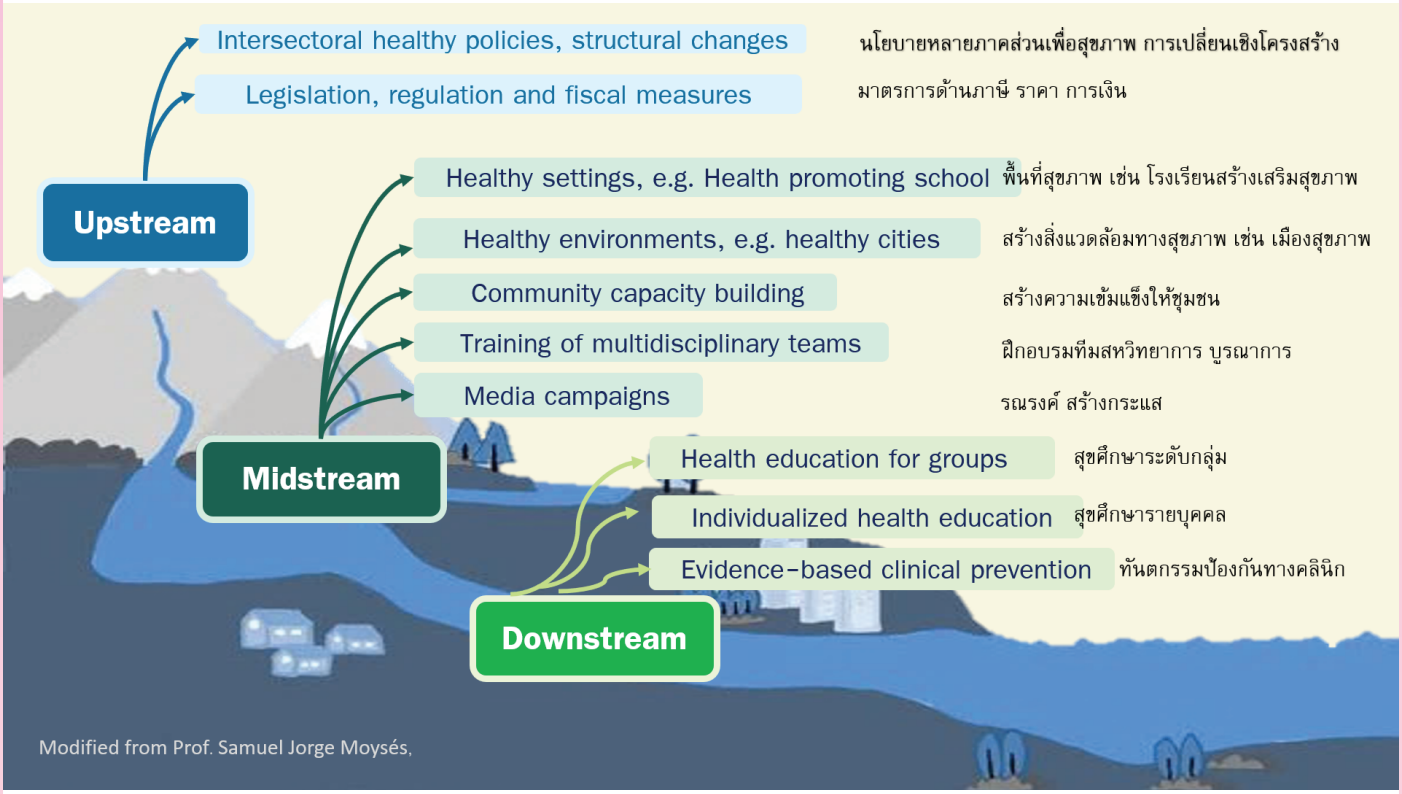
2.5 ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการการเกิดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยตามระดับความเสี่ยงของฟันผุในชุมชน

การออกแบบการจัดการตามระดับปัญหาของพื้นที่ มุ่งให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ ใช้หลักคิดที่สำคัญ คือ **การมีสุขภาพช่องปากที่ดีหรือไม่ดี มีอิทธิพลทั้งจากตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะแตกต่างกันตามพื้นที่** ทั้งนี้ ในหลายการศึกษาพบสาเหตุทั้งจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม[9-17] ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากจึงควรมุ่งรอบด้านให้เชื่อมโยงและเกื้อกูลต่อกัน ทั้งในระดับบุคคล ระดับชุมชน ระดับสังคม ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานระดับประชากร ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยใช้**แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละพื้นที่** เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ระดับองค์กร/หน่วยงาน ระดับชุมชน ระดับมหภาค และ**ดูแลปัจจัยต่าง ๆ ให้รอบด้านให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่** ตามแนวทางของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model)[18] (ภาพที่ 3) ร่วมกับการใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดการปัจจัยต่าง ๆ ทุกระดับที่มี**หลักฐานการวิจัยหรือได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและนานาประเทศ**[7,19-26]



ภาพที่ 3 ตัวอย่างสาเหตุและปัจจัยในระดับต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก[10]

โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพทั้งใน**ระดับต้นน้ำ** ซึ่งให้ความสำคัญในการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือต้นทางของปัญหาในภาพรวมของระดับมหภาค ที่จะช่วยควบคุมสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยภาพรวมของประชากร ลดโอกาสเกิดความเหลื่อมล้ำของสังคม **ระดับกลางน้ำ** เน้นการสร้างความเข้มแข็งในระดับพื้นที่ และการสร้างวัฒนธรรม ให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมและดำเนินการร่วมกัน **และระดับปลายน้ำ** มุ่งหวังควบคุมและจัดการโรคเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เพิ่มความสำคัญกับการจัดการให้เหมาะกับบุคคล (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 มาตรการต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ในงานสร้างเสริมสุขภาพ



2.6 แนวทางการดำเนินงานในระดับต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมจากทั้งในประเทศไทยและนานาประเทศ[1,7,12,18,20,23,26-32] ขอนำเสนอตัวอย่างเพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานในระดับต่าง ๆ เพื่อจัดการฟันผุในเด็กปฐมวัย ดังนี้

2.6.1 ระดับต้นน้ำ (Upstream)

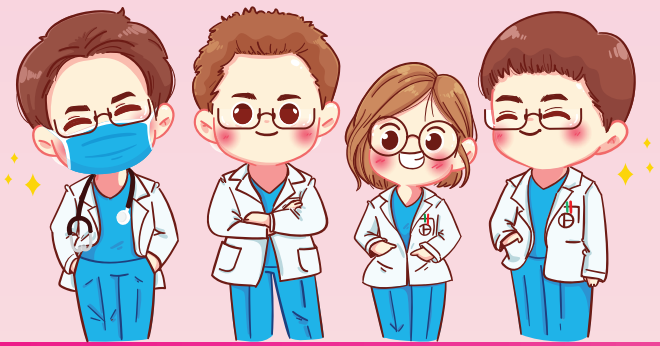
เป็นการดำเนินการระดับมหภาค (societal focus) เพื่อ**เปลี่ยนแปลงเชิงต้นเหตุ ต้นทางรอบด้าน ที่เป็นรากแห่งปัญหาต่อสุขภาพ** ที่มีผลต่อบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม และระบบบริการในวงกว้าง เช่น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กฎหมาย ระเบียบทางการเงิน ภาษี หรือนโยบายข้อตกลงร่วมกันในพื้นที่ เป็นต้น โดยแบ่งแนวทางเป็นระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

แนวทางระดับประเทศ : นโยบายสร้างระบบบริการเชิงรุก

1. วางระบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค

- จัดสรรกำลังคน ระบบงาน และงบประมาณ เพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก จัดตั้งหน่วยงานหรือกลุ่มผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมกำหนดโครงสร้างเพื่อรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น ทีมสนับสนุนในด้านกฎหมาย การเงิน และเทคโนโลยี โดยคำนึงถึงจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสมในพื้นที่ต่าง ๆ
- พัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับภาคีเครือข่าย (เช่น สหวิชาชีพ หน่วยงานการศึกษา และองค์กรชุมชน) เพื่อทำให้นโยบายเกิดขึ้นจริงในพื้นที่

• ประสานงานกับสหวิชาชีพ (ทันตแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข) หน่วยงานการศึกษา (เช่น โรงเรียนและมหาวิทยาลัย) และองค์กรชุมชน เพื่อออกแบบและผลักดันนโยบายให้เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ รวมถึงสร้างความร่วมมือและการยอมรับจากประชาชน



2. สนับสนุนการทำงานสหวิทยาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ

ใช้แนวทางการบูรณาการปัจจัยเสี่ยงร่วม (Common Risk Factor Approach)[30] ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมสาเหตุที่ก่อให้เกิดหลายโรคพร้อมกัน แทนที่จะดูแลแต่ละโรคแยกจากกัน

- จัดการพฤติกรรมการบริโภคหวานและการหลีกเลี่ยงน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่มเสริม พัฒนากฎหมายหรือมาตรการต่าง ๆ เช่น ควบคุมโฆษณาอาหารหวานในสื่อมุ่งเป้าเด็ก ลดโปรโมชั่นพิเศษสำหรับสินค้าที่มีน้ำตาลสูง หรือสนับสนุนทางเลือกอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ
- ส่งเสริมให้เด็กกินนมแม่เพื่อควบคุมฟันผุ พร้อมกันกับการป้องกันโรคอ้วนในเด็ก และเสริมพัฒนาการที่ดี[23] ประสานกับโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้กินนมแม่เพื่อป้องกันฟันผุ ควบคู่ไปกับป้องกันโรคอ้วนในเด็ก และสนับสนุนพัฒนาการทางโภชนาการ
- ควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงโรคเหงือกอักเสบ/ปริทันต์ ช่วยลดโอกาสเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะทารกน้ำหนักตัวต่ำ จัดโปรแกรมตรวจและทำความสะอาดช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเหงือกอักเสบ/ปริทันต์และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับแม่และลูก



3. ให้คำแนะนำล่วงหน้าแบบบูรณาการระหว่างสหวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration in Anticipatory Guidance)[31]

▶ จัดระบบการให้ความรู้ การติดตามผล และการใช้เทคโนโลยีระหว่างทันตบุคลากร บุคลากรทางการแพทย์ และทีมสุขภาพ

• สร้างแพลตฟอร์มหรือระบบออนไลน์เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลของทันตบุคลากร แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่น ๆ ให้สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว และวางแผนดูแลร่วมกัน

▶ เน้นการตรวจพบปัญหาตั้งแต่ระยะแรก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันท่วงที

• จัดทำแบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคและการแปรงฟันในครอบครัว เพื่อช่วยวินิจฉัยปัญหาและดำเนินการแก้ไขได้ทันก่อนที่อาการจะรุนแรง

▶ การติดตามและกระตุ้นซ้ำ ได้แก่ การแจ้งเตือนให้ลดการบริโภคน้ำตาล การสร้างแรงจูงใจในการแปรงฟัน และการนัดพบหมอฟันอย่างสม่ำเสมอ

• รวมถึงการแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน หรือการเยี่ยมติดตามเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ลดการบริโภคน้ำตาล สร้างแรงจูงใจในการแปรงฟันให้สม่ำเสมอและนัดหมายเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากได้ตามกำหนด ที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับแม่และลูก



4. สนับสนุนบทบาทบุคลากรที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ (Non-Dental Personnel)[25]

- เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ด้านอื่น เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. จัดการงานด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ซับซ้อน เช่น การทาฟลูออไรด์วาร์นิช การใช้ SDF และ SMART ซึ่งเป็นหัตถการที่ทำได้ง่ายและปลอดภัย เพื่อลดภาระของทันตบุคลากรในพื้นที่ขาดแคลน
- ส่งเสริมการสร้าง self-care ให้ชุมชนหรือผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง
  - จัดโปรแกรมฝึกอบรม เช่น สาธิตวิธีแปรงฟัน การเลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์อย่างเหมาะสม การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากอื่น ๆ โดยเน้นให้ผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง



5. บูรณาการงานด้านสุขภาพช่องปากกับสุขภาพองค์รวม

พื้นฐานสำคัญในการเชื่อมโยงสุขภาพช่องปากกับสุขภาพองค์รวม มุ่งส่งเสริมการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) ของหลักประกันสุขภาพและการสนับสนุนโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เพื่อลดภาระโรคในระยะยาวซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)[28] และระบบบริการปฐมภูมิ[25]

- บูรณาการเพื่อสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา เช่น แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) (Development and play / Diet / Dental / Disease)
- สร้างหลักสูตรที่เอื้อต่อการบูรณาการสุขภาพช่องปากกับการเรียนรู้ของเด็ก โรงเรียนหรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอาจใส่กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน กิจกรรมเกมหรือสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการลดน้ำตาล และการฝึกตรวจช่องปากเบื้องต้นในห้องเรียน โดยเน้นให้ผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง



6. กำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพช่องปากให้อยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

- ผนวกตัวชี้วัดช่องปากเข้ากับตัวชี้วัดสุขภาพอื่น ๆ เช่น อัตราเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย สุขภาพดีสมส่วน และมีอัตราฟันผุต่ำ หรือแม้แต่การกำหนดร้อยละการเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กอายุน้อย
- ประเมินผลผ่านการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลจากสาธารณสุข ท้องถิ่น โรงเรียน และครอบครัว เพื่อให้เห็นภาพรวม และใช้ผลลัพธ์นี้ในการวางแผนเชิงนโยบายต่อไป

7. การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพดี

- ประสานงานกับหน่วยงานด้านภาษี สิ่งแวดล้อม ตลาด และร้านค้าในชุมชน ออกมาตรการกระตุ้นให้ลดการขายสินค้าที่มีน้ำตาลสูง หรือสนับสนุนอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ในราคาที่เข้าถึงได้ง่าย
- แทรกเนื้อหาการดูแลสุขภาพช่องปากในหลักสูตรการศึกษาของเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่เพียงสอนทฤษฎี แต่ให้สอนปฏิบัติอย่างจริงจัง (เช่น แปรงฟันร่วมกัน, ตรวจดูฟันของตนเอง) เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมตั้งแต่เด็ก





นโยบาย “จัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ”

1. ลดการเติมน้ำตาลในสูตรนมผงและอาหาร (Evidence-Based Policy)[33,34]

ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อควบคุมการเติมหวาน

ออกกฎหมายหรือข้อบังคับเกี่ยวกับภาษีเพื่อควบคุมปริมาณน้ำตาลในสูตรนมผงและอาหาร โดยอาจเป็นการกำหนดเพดานน้ำตาล (Sugar cap) ลดแรงจูงใจของผู้ผลิตในการเติมน้ำตาลเกินความจำเป็น

ควบคุมการตลาดอาหารหวานที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก

จำกัดการโฆษณาหรือโปรโมชั่นอาหารที่มีน้ำตาลสูงในสื่อที่เด็กเข้าถึงง่าย เช่น ช่องการ์ตูน เว็บไซต์สำหรับเด็ก และแพ็กเกจอาหารในโรงเรียน เพื่อป้องกันการสร้างค่านิยมหรือกระตุ้นให้เด็กอยากบริโภคสินค้าที่มีน้ำตาลเกินความเหมาะสม

2. สนับสนุนการเข้าถึงยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์อย่างมีประสิทธิภาพ

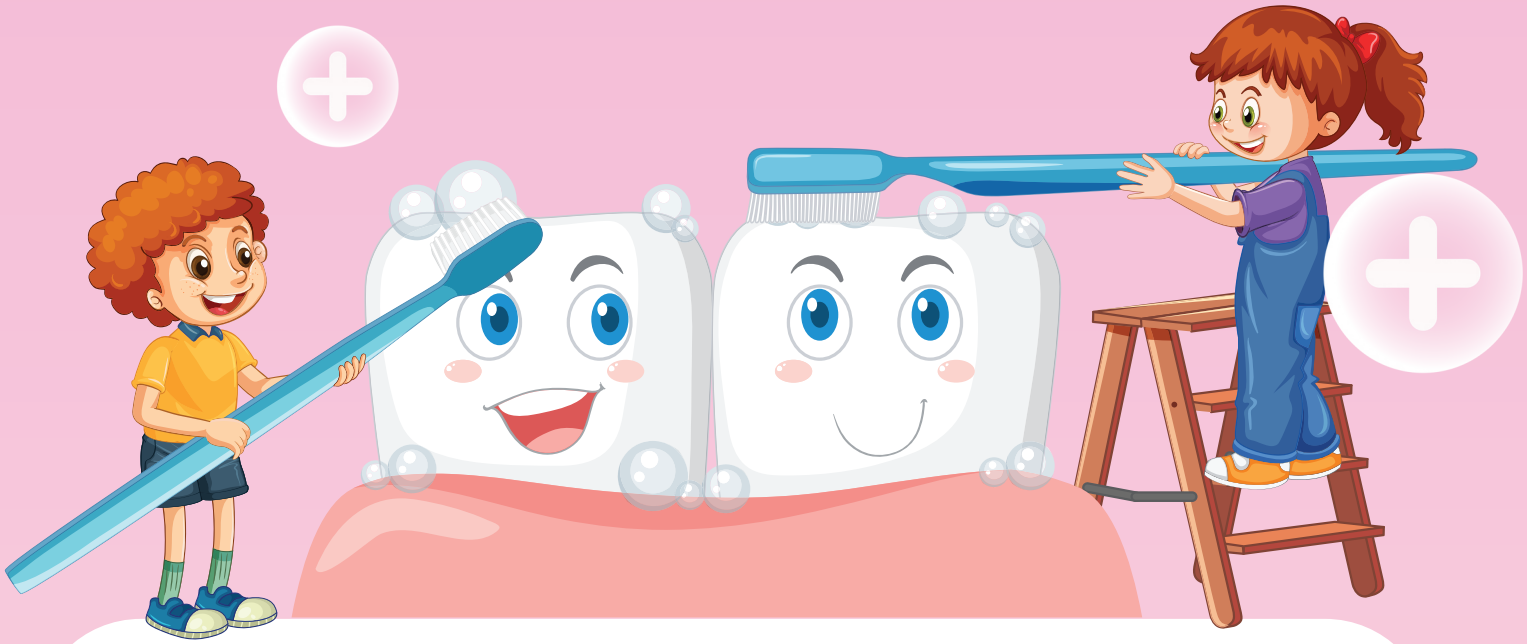
กำหนดแนวทางการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย

ร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการและนักวิจัย เพื่อพัฒนา “คู่มือเลือกใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์” ให้เหมาะกับอายุ เช่น ปริมาณฟลูออไรด์ ความเข้มข้น วิธีแปรงฟัน และข้อควรระวังต่อการกลืนยาสีฟัน เป็นต้น

ควบคุมฉลากยาสีฟัน กำหนดคุณภาพการผลิต รวมถึงมาตรฐานแปรงสีฟัน

บังคับให้ผู้ผลิตระบุข้อมูลส่วนประกอบ ปริมาณฟลูออไรด์ และข้อแนะนำในการใช้ โดยหน่วยงานรัฐต้องสุ่มตรวจคุณภาพผลิตภัณฑ์เป็นระยะ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภค นอกจากนี้ควรกำหนดมาตรฐานขนแปรง ความนุ่ม-แข็ง ความยาว และวัสดุที่ใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานของเด็กแต่ละวัย





3. มาตรการป้องกันในชุมชน

เติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม (ควรพิจารณาบริบทของชุมชน และการบริโภคน้ำในพื้นที่)

หากพื้นที่นั้นมีระบบประปาหรือแหล่งน้ำรวม อาจนำกลยุทธ์การเติมฟลูออไรด์ในระดับชุมชน (community water fluoridation) มาใช้ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยได้รับฟลูออไรด์สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ควรประเมินความเป็นไปได้ด้านทรัพยากร เทคโนโลยี งบประมาณ และการยอมรับของชุมชนด้วย

ฝึกแปรงฟันให้เด็กจริง (hands-on toothbrushing)[26,35] หรือการแปรงฟันและย้อมสีฟันในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.)

จัดกิจกรรมสาธิตหรือเวิร์กช็อปที่ให้ผู้ดูแลและเด็กได้ฝึกแปรงฟันจริง เห็นกระบวนการย้อมสีฟันเพื่อตรวจหาคราบจุลินทรีย์ และใช้เป็นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Active Learning) ซึ่งช่วยสร้างความตระหนักและความมั่นใจให้ทั้งผู้ดูแลและเด็ก

4. การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy: OHL)[25]

▶ ให้ความสำคัญในการสร้างทักษะจริงของผู้ดูแลและเด็ก รวมถึงการเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

พัฒนาโปรแกรมอบรมเพื่อให้ผู้ปกครองหรือแกนนำชุมชนได้เรียนรู้วิธีการประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้น สอนเด็กแปรงฟัน และวางแผนการโภชนาการที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ แกนนำชุมชนสามารถเป็นผู้กระจายความรู้และชี้แนะคนอื่น ๆ ในพื้นที่ได้

▶ กระตุ้นให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง

อาจใช้อุปกรณ์สื่อการสอน เช่น อินโฟกราฟิก หนังสือคู่มือ เกมสนุก ๆ แอปพลิเคชัน หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ เพื่อสื่อสารประเด็นสุขภาพช่องปากให้เข้าใจง่ายและจูงใจให้เปลี่ยนพฤติกรรม



5. การรณรงค์ สร้างกระแสการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

เชื่อมโยงการรณรงค์กับการจัดบริการในระดับพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและเกิดต่อเนื่อง

เช่น ในช่วงเปิดเทอม อาจจัด “โครงการฟันสวยพร้อมเปิดเทอม” ในโรงเรียนหรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และมีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรหรือผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาช่วยสอนวิธีแปรงฟัน และตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นให้อย่างสม่ำเสมอ

มุ่งให้เกิดความยั่งยืนด้วยการเสริมแรงเชิงโครงสร้าง (Structural support)

ผลักดันให้ชุมชน หรือ อปท. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) มีการออกข้อบังคับมาตรการ หรืองบประมาณสนับสนุนอย่างถาวร เช่น มีงบสำหรับซื้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แจกในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การควบคุมการจำหน่ายขนมหวานในโรงเรียน และการสร้าง “มุมแปรงฟัน” ให้พร้อมใช้งาน



นโยบายสร้างนำซ่อม

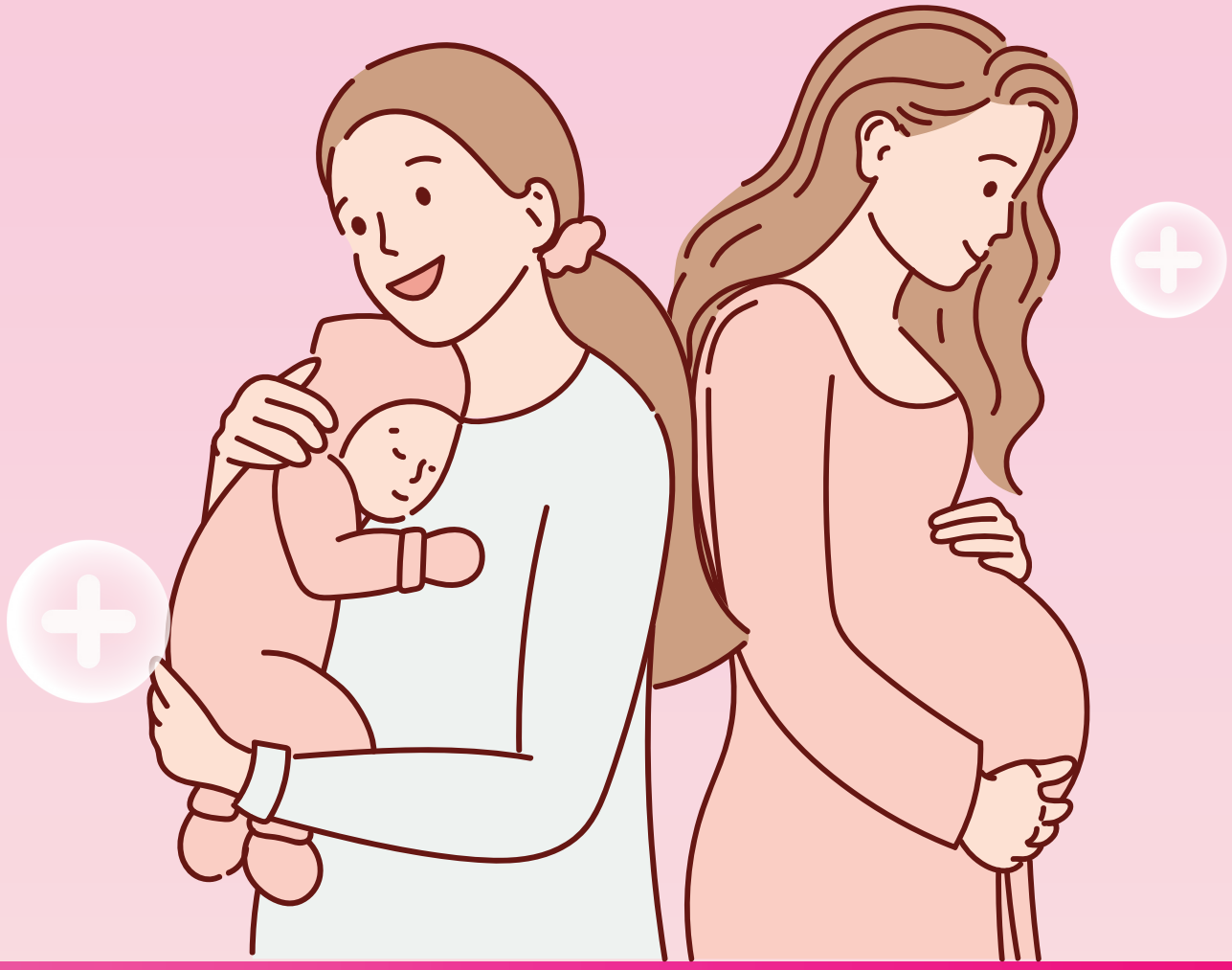
1. สนับสนุนแนวคิด “EARLY is the KEY”[25,28,36]

เรียนรู้การดูแลช่องปากล่วงหน้าสำหรับหญิงตั้งครรภ์

ให้การศึกษาและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปากในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การขูดและขัดทำความสะอาดฟัน หรือขูดน้ำลาย และการเรียนรู้วิธีป้องกันฟันผุสำหรับลูกในอนาคต

ดูแลเด็กตั้งแต่ไม่มีฟันและแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ตั้งแต่ซี่แรก

หลังคลอด ให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ในการเช็ดเหงือกและกระพุ้งแก้มก่อนที่ฟันจะขึ้น รวมทั้งเริ่มแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทันทีที่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น เพื่อสร้างนิสัยที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก





งดอาหารหวานก่อน 2 ปี พบแพทย์หรือทันตบุคลากรตั้งแต่ 1 ปีแรก

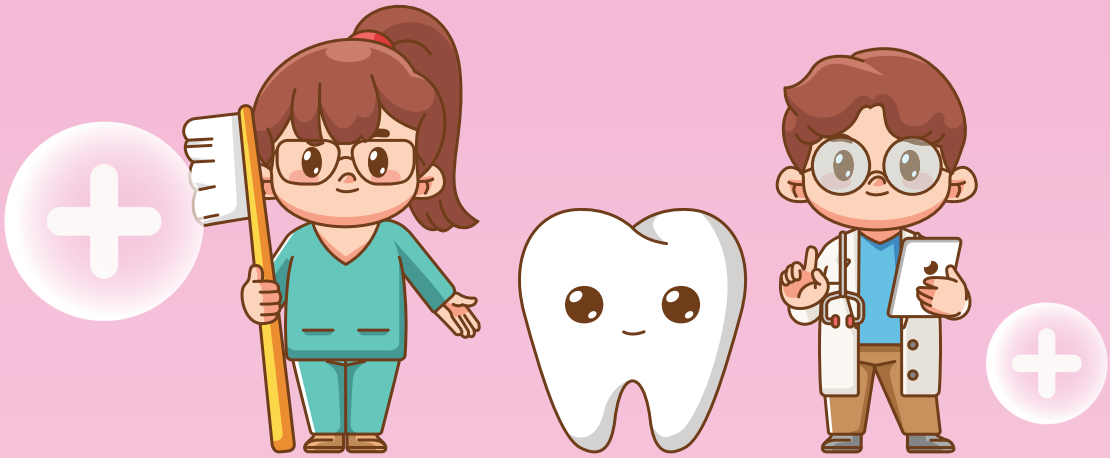
สนับสนุนให้ผู้ปกครองรับคำแนะนำการให้อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก 0–2 ปี เพื่อหลีกเลี่ยงการบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไป และจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยครั้งแรกเมื่ออายุครบ 1 ปี เพื่อเฝ้าระวังปัญหาฟันผุตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ใช้ฟลูออไรด์วาร์นิช, SDF, ART เพื่อป้องกันและบูรณะฟันผุในระยะแรก

หากตรวจพบปัญหาฟันผุในช่วงเริ่มต้น ให้ใช้มาตรการป้องกัน เช่น ฟลูออไรด์วาร์นิช หรือการบูรณะฟันแบบน้อยที่สุด (เช่น Silver Diamine Fluoride; SDF และ Atraumatic Restorative Treatment; ART) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย รวดเร็ว และประหยัด

สนับสนุน self-care โดยปรับสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้าง

เช่น จัดให้มี “มุมแปรงฟัน” ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กำหนดเวลาตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับคลินิกปฐมภูมิ หรือสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมสาธารณสุขประจำเดือน/ประจำสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ปกครองและเด็กมีโอกาสใช้มาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง



2. การจัดการกำลังคนและพัฒนาศักยภาพ

เพิ่มจำนวนทันตบุคลากร และกระจายโอกาสเข้าถึงในพื้นที่ห่างไกล

ส่งเสริมการผลิตบุคลากรด้านทันตกรรมให้เพียงพอต่อความต้องการในชนบท และอาจจัดระบบ “ทันตบุคลากรหมุนเวียน” เพื่อให้บริการเชิงรุกในชุมชนหรือพื้นที่ขาดแคลน

สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในสายงานอื่นมีทักษะด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อช่วยในงานตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นและให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการป้องกันฟันผุ เช่น การแปรงฟันและโภชนาการ

3. เพิ่มสิทธิการเข้าถึงบริการ

พิจารณาปรับวงเงินสนับสนุนสิทธิประกันสังคมในหญิงตั้งครรภ์

เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสิทธิเพิ่มในการขูดน้ำลาย ขัดทำความสะอาดและตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันได้อย่างทั่วถึง

อาจเปิดคลินิกให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการ จัดโครงการดูแลสุขภาพช่องปากแบบเคลื่อนที่ หรือทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อเข้าถึงชุมชนที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและภูมิศาสตร์



4. นำระบบประเมินผลตาม “คุณค่าของผลงาน” (Value-Based Oral Health Care)[37] มาปรับใช้

เน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายโดยรวม

วัดผลงานจากคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ แทนการวัดผลงานจากปริมาณหัตถการเพียงอย่างเดียว เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรให้ความสำคัญต่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว

ยกระดับคุณภาพการดูแล

อาจมีการให้เงินสนับสนุนหรือแรงจูงใจเพิ่มเติมในรูปแบบ pay-for-performance สำหรับหน่วยบริการที่สามารถป้องกันโรคได้ดี ลดภาระโรคฟันผุ หรือสามารถรักษาฟันให้มีอายุการใช้งานยาวนานขึ้น

5. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี

ใช้ระบบการสื่อสารทางไกล (Tele-Dentistry) ดิจิทัลเทคโนโลยี หรือ AI[28,38,39] ในการให้คำแนะนำ และการติดตามผล

สร้างแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์ม Tele-Dentistry ให้ผู้ปกครองสามารถถ่ายภาพช่องปากของเด็กและส่งปรึกษาทันตบุคลากรทางออนไลน์ ช่วยประหยัดเวลาและลดอุปสรรคการเดินทาง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

ตรวจช่องปากด้วยตัวเองพร้อมการให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์

พัฒนาคู่มือหรือเครื่องมือดิจิทัลให้ครอบครัวสามารถตรวจสภาพฟันของเด็กเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง บันทึกผล และรับคำแนะนำเฉพาะบุคคลหรือนัดหมายออนไลน์เพื่อเข้ารับบริการที่หน่วยทันตกรรมปฐมภูมิ

ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันหรือฟลูออไรด์วาร์นิช

ผลิตภัณฑ์เหล่านี้สามารถช่วยป้องกันฟันผุได้ดี หากมีการติดตามผลและประเมินพฤติกรรมผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่ง Tele-Dentistry จะช่วยประสานงานนี้ได้อย่างรวดเร็ว

เข้าถึงได้ครอบคลุม (Scalability) และเชื่อมโยงข้อมูลระดับพื้นที่-ระดับประเทศ

หากหน่วยบริการทุกแห่งใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเดียวกัน จะทำให้สามารถเก็บข้อมูลสุขภาพช่องปากในเด็กอย่างเป็นระบบ ส่งต่อข้อมูลระหว่างพื้นที่และวิเคราะห์ภาพรวมได้ในระดับประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนเชิงนโยบาย



นโยบายสนับสนุนการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลและงานวิจัย

1. ปรับระบบการจัดการข้อมูลในทุกระดับ

เน้นการเฝ้าระวังและติดตามผลแบบบูรณาการ[7,23,28]

สร้างโครงสร้างหรือแพลตฟอร์มศูนย์กลางในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพช่องปาก โดยผสานข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น งานวิจัยทางคลินิก โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และโครงการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้ทุกภาคส่วน (สาธารณสุข การศึกษา ชุมชน) สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลร่วมกันได้

เชื่อมโยงข้อมูล “ระดับบุคคล – ระดับพื้นที่ – ระดับประเทศ” ให้ทันสมัยและใช้งานได้ตลอดเวลา

พัฒนาระบบดิจิทัลกลาง (centralized database) ที่สามารถบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กได้ตั้งแต่ระดับครอบครัว (เช่น ผ่านแอปพลิเคชันบันทึกการแปรงฟัน) จนถึงศูนย์บริการสาธารณสุข และเชื่อมข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับประเทศเพื่อนำไปวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาและวางแผนเชิงนโยบายอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ



2. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

เน้นตอบโจทย์ปัญหาของเด็กปฐมวัย รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสด้วยวิธีที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

มุ่งเน้นสนับสนุนงานวิจัยที่เจาะจงประเด็นสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงบริการยาก เช่น เด็กในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มเศรษฐกิจ-สังคมต่ำ เพื่อหาวิธีการป้องกันและรักษาที่ใช้ทรัพยากรน้อย แต่ให้ผลลัพธ์สูง (high impact/low cost)

พัฒนาต่อเนื่องทั้งด้านระบบ โครงสร้าง และการประเมินประสิทธิผลมาตรการต่าง ๆ

ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยบริการสุขภาพทดลองมาตรการใหม่ ๆ เช่น การติดตามผ่าน Tele-Dentistry หรือเทคโนโลยี AI แล้วเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพทั้งเชิงคุณภาพและเชิงต้นทุน (cost-effectiveness) พร้อมนำผลการวิจัยมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและนโยบายอย่างต่อเนื่อง



แนวทางระดับจังหวัด

1. ประยุกต์นโยบายระดับประเทศมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดควรศึกษาและประเมินสภาพสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรในจังหวัดของตน จากนั้นประยุกต์นโยบายที่ได้รับจากส่วนกลางให้เหมาะสม เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งในเชิงเทคนิคและการบริหาร

2. สนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกแบบสหวิชาชีพ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดร่วมกัน

ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัด ควบคู่กับการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลที่จะเก็บและวิเคราะห์ตัวชี้วัดร่วม (เช่น อัตราเด็กปฐมวัยปราศจากฟันผุ) เพื่อสามารถประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

3. ประเมินผล เสริมแรงเชิงระบบ และขยายผลสู่ทุกอำเภอหรือหน่วยบริการ

จัดทำระบบติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) ในระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ หากพบว่าวิธีการใดได้ผลดี ให้กระจายแนวทางดังกล่าวไปสู่อำเภอหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั่วทั้งจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างทั่วถึงและยั่งยืน



แนวทางระดับพื้นที่

1. ผลักดัน “นโยบายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยปลอดขวดนม” และจัดกิจกรรมสุขภาพช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ประสานงานกับครูและผู้ดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้กำหนดระเบียบหรือข้อบังคับภายในศูนย์ เช่น การไม่ใช้ขวดนมในการป้อนเด็กที่มีอายุมากกว่า 1-2 ปี และการจัดกิจกรรมแปรงฟันร่วมกันหลังรับประทานอาหารกลางวัน เพื่อสร้างวินัยในการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่เล็ก

2. จัดหางบประมาณหรือแนวทางบริหารการตลาดเพื่อเข้าถึงแปรงสีฟันและยาสีฟันฟลูออไรด์ (ตามความเสี่ยงของพื้นที่)

หากเป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือภูมิศาสตร์ ควรจัดหางบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล เพื่อจัดซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันฟลูออไรด์แจกจ่าย หรือทำความตกลงกับร้านค้าในพื้นที่ให้จำหน่ายสินค้าคุณภาพในราคาย่อมเยา

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน

จัดเวทีประชาคมหรือกิจกรรมอาสาสมัคร (อสม.) เพื่อให้คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กอาจร่วมกิจกรรมสาธิตการแปรงฟัน กิจกรรมโภชนาการสำหรับเด็กเล็ก รวมถึงการสังเกตอาการฟันผุเบื้องต้นในครอบครัว เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ก็จะเกิดความตระหนักและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



ข้อดี

- **สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม :**

การปรับนโยบายสาธารณะและปัจจัยสนับสนุนในระบบบริการสุขภาพจะส่งผลในวงกว้าง ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยได้อย่างถาวร อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพขององค์กรและชุมชนในการรับมือกับปัญหาสุขภาพช่องปากในระยะยาว

- **ลดปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยได้อย่างยั่งยืน :**

เมื่อมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายมหภาคจนถึงการปฏิบัติจริงในครอบครัวและบุคคล จะช่วยให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากได้ตรงจุด เสริมสร้างพฤติกรรมที่ดีและระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ข้อแนะนำ

- **ต้องสร้างแนวทางเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชนยอมรับ :**

การสื่อสารเชิงรณรงค์และการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน หากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย ก็จะช่วยให้แนวทางต่าง ๆ ถูกนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- **ควบคู่กับกฎหมายหรือมาตรการบังคับใช้ :**

การออกกฎหมายหรือมาตรการบังคับใช้ เช่น ควบคุมการตลาดอาหารหวานหรือกำหนดมาตรฐานด้านทันตกรรม จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิผลมากขึ้น ไม่พึ่งพาเพียงความร่วมมือโดยสมัครใจหรือโครงการรณรงค์ระยะสั้นเท่านั้น การมีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนจะสร้างแรงจูงใจและข้อบังคับที่แน่นอนให้ทุกฝ่ายปฏิบัติตามอย่างเป็นรูปธรรม

2.6.2 ระดับกลางน้ำ (Midstream)

ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของชุมชน ครอบครัว และองค์กรในระดับพื้นที่ (community and organization focus) โดยอาศัยแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของชุมชน เน้นการสร้างความสามารถ ความเข้าใจ สร้างกระแส สร้างวัฒนธรรม ตลอดถึงการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ **เพื่อจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลในระดับพื้นที่** รวมถึงเป็นตัวเชื่อมให้การดำเนินงานระดับต้นน้ำ สามารถนำไปสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ระดับประชาชนและชุมชนได้ เช่น การทำงานโดยยึดพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายหรือเป้าหมายที่จำเพาะเป็นหลัก (setting approach) การทำงานแบบบูรณาการ การสร้างกระแส การสร้างวัฒนธรรม การสนับสนุนเพื่อสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การสร้างค่านิยม การปรับความเชื่อในวงกว้าง การส่งเสริมศักยภาพพลังอำนาจของชุมชน ครอบครัว เป็นต้น



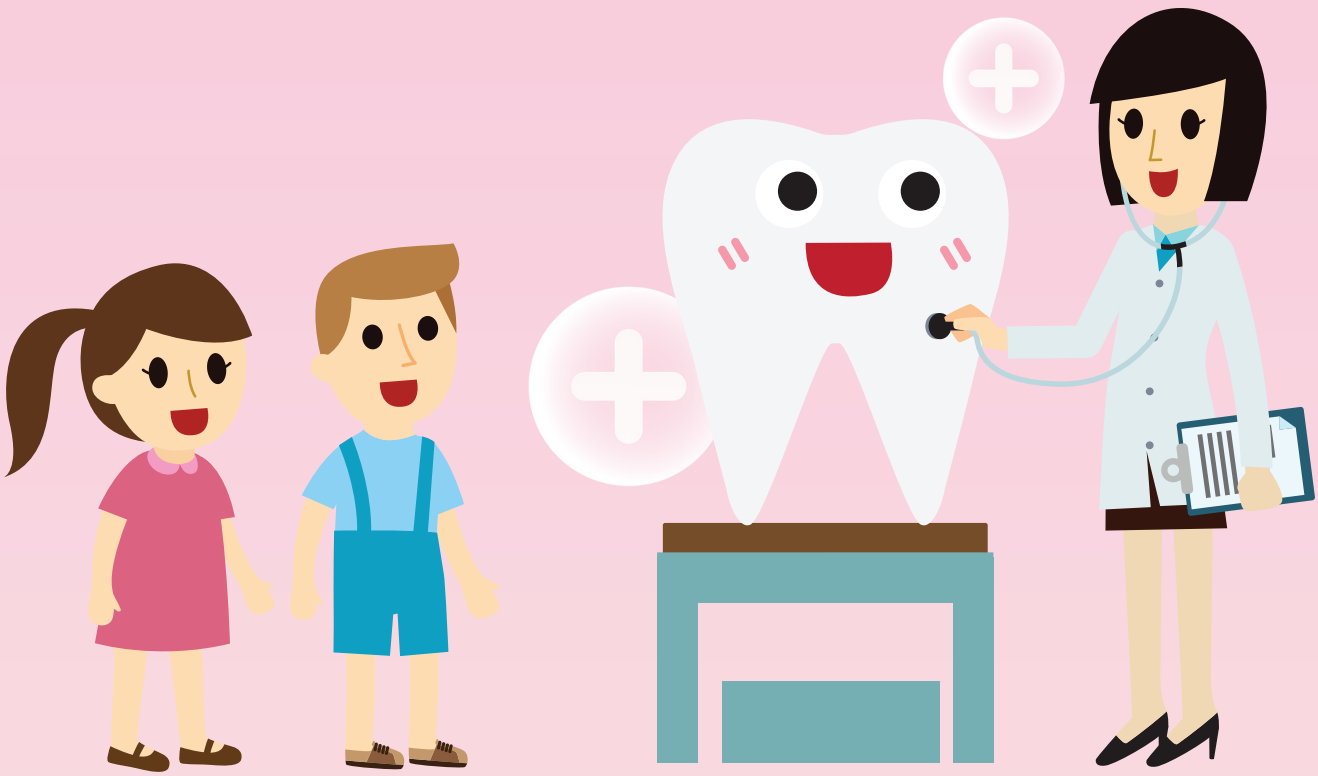
1. ดำเนินงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่

- **ร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วม (Setting approach)**

ทำงานกับหลายหน่วยงาน เช่น สถานพยาบาลปฐมภูมิ โรงเรียน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการสุขภาพช่องปากเด็กอย่างครอบคลุม

- **บูรณาการงานด้านพยาบาล การแพทย์ และสุขภาพช่องปาก**

สร้างกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่หรือโครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงร่วม (common risk factor approach)[30] เช่น จัดการเรื่องอาหาร การลดน้ำตาลหรือเครื่องดื่มหวานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการเสริมสร้างทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง



2. ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ครอบคลุมทุกวงจรของโครงการ

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุร่วมกัน

ใช้กระบวนการประชาคมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เด็กปฐมวัยเกิดปัญหาฟันผุ

หาแนวทางและประเมินผลงานร่วมกัน

จัดตั้งเครือข่ายในชุมชน หรือเชิญชวนให้กลุ่มผู้ปกครองมาร่วมออกแบบกิจกรรม เช่น แปรงฟันหมู่ การกำหนดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และการติดตามผลระยะยาว

3. รณรงค์ สร้างกระแสตามพฤติกรรมเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ใช้สโลแกนที่ดึงดูดความสนใจ

เช่น “ลูกรักฟันดี เริ่มที่ซี่แรก” “Bright Smiles, Bright Kids” “เด็กไทยไม่กินหวาน” “หวานน้อย อร่อยได้” หรือ “ยาสีฟันมีฟลูออไรด์ ของมันต้องมีทุกบ้าน” เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สนับสนุน Influencers/micro-influencers

สอดแทรกสาระเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยลงในภาพยนตร์ ทีวี ซีรีส์ สื่อชุมชน หรือ social media ให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่



4. รณรงค์ สร้างกระแส พร้อมใช้งานวิจัยและข้อมูลที่มีพลัง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปาก (Advocacy for behavioral change)

ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยหรือสถิติต่าง ๆ มาสร้างความเข้าใจในชุมชนว่าปัญหาฟันผุในเด็กเป็นเรื่องเร่งด่วนและแก้ไขได้

สร้างกฎเกณฑ์ นโยบายของสังคม (Advocacy for policy change)

ดำเนินการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อสร้างระบบหรือกลไกสนับสนุนที่ยั่งยืน

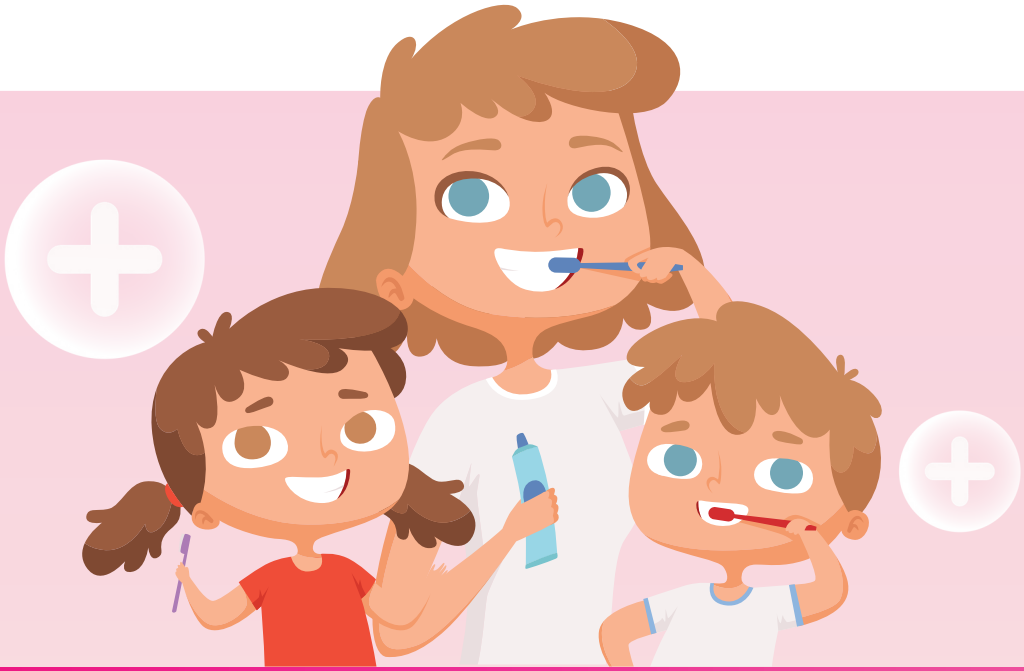
5. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการมากกว่าแค่ให้ความรู้

เช่น การสาธิตแปรงฟันจริง (hands-on) การจัด workshop สอนผู้ปกครองดูแลสุขภาพปากและฟันของเด็กในระดับชุมชน

ใช้ Social media, ดิจิทัลเทคโนโลยี หรือปัญญาประดิษฐ์ (AI)[28]

ถ่ายทอดเนื้อหาให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน เน้นสร้างพลังบวก (positive reinforcement) ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy)[36] และพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพภายในชุมชน



6. จัดระบบบริการเชิงรุกในพื้นที่

Early detection, early prevention และบริการครอบคลุม

จัดการส่งเสริมระบบ อสม. เพื่อให้ชุมชนเข้าถึงบริการพื้นฐาน เช่น ทาฟลูออไรด์วาร์นิช การใช้ SDF การบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ได้ในพื้นที่

ส่งเสริมศักยภาพครอบครัวให้ดูแลช่องปากโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

จัดฝึกอบรมให้ครอบครัวมีความรู้ในการป้องกันฟันผุ พร้อมสร้างทีมงานในพื้นที่ที่สามารถรักษาควบคู่การป้องกันได้

7. ส่งเสริมศักยภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยช่วง 3-6 ปี

การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1,500 ppm

แนะนำให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่งให้ความรู้และฝึกแปรงฟันแบบ 2-2-2 (แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที และงดน้ำ/อาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) ควบคู่กับ spit, don't rinse (บ้วนฟองทิ้ง ใช้น้ำให้น้อยที่สุดระหว่างและหลังแปรงฟัน)

ฝึกการบ้วนน้ำลายและไม่กลืนยาสีฟัน

ควบคู่การจัดเมนูที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก เช่น ลดน้ำตาลในอาหารกลางวัน และเพิ่มผัก/ผลไม้เพื่อช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์





8. พัฒนาระบบฐานข้อมูล การประเมินผล และใช้ข้อมูลในพื้นที่

วางระบบเก็บข้อมูลในระดับชุมชน

เช่น จัดทำฐานข้อมูลเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก การเข้าอบรม และพฤติกรรมการแปรงฟัน

ประเมินผลเพื่อนำไปวางแผนต่อ

ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (เช่น อัตราการลดฟันผุ) เพื่อปรับปรุงกิจกรรมหรือแนวทางที่เหมาะสม และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและประเทศนำไปต่อยอด

ข้อดี

- **ความจำเพาะต่อประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมาย**

มีเป้าหมายชัดเจนต่อเด็กปฐมวัยหรือครอบครัวในชุมชน ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

- **ขยายขอบเขตได้กว้างขวาง**

เมื่อมีการดำเนินงานที่ชัดเจนในระดับชุมชน สามารถขยายผลต่อสู่ระดับจังหวัดหรือประเทศได้ในภายหลัง

ข้อแนะนำ

- **ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องรอบด้านในพื้นที่**

ออกแบบวิธีดำเนินงานและประเมินผลร่วมกัน คำนึงถึงศักยภาพ ความพร้อม และทรัพยากรของทีมงานในแต่ละพื้นที่

- **การเลือกพื้นที่นำร่อง**

ควรพิจารณาจากความพร้อมหรือปัญหาที่เร่งด่วน เพื่อนำร่องพัฒนาแนวทางและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ เมื่อมีความสำเร็จหรือบทเรียนที่ชัดเจน





2.6.3 ระดับปลายน้ำ (Downstream)

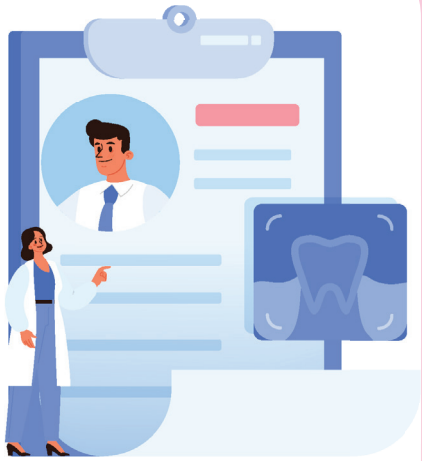
ระดับปลายน้ำ มักเป็นการแก้ปัญหาที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมายระดับบุคคลโดยตรง (Individual focus) เน้นการจัดการพฤติกรรม การป้องกันโรค และการรักษาให้เหมาะรายบุคคล ทั้งในแง่ป้องกันไม่ให้เกิดโรค ควบคุมการลุกลามของโรค และคงสภาพที่ดีของพฤติกรรม สภาวะช่องปากที่ดีไว้





1. กำหนดพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นปัญหา[32]

ระบุเป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการปรับปรุงอย่างชัดเจน เช่น “ผู้ปกครองเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการสอนแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติ” เพื่อให้สามารถติดตามผลได้อย่างตรงจุด



2. ใช้ทฤษฎีในการปรับพฤติกรรม หรือใช้แนวทางการมีส่วนร่วม

คำนึงถึงความต้องการ อุปสรรค และการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีโอกาสประสบผลสำเร็จสูงขึ้น เช่น ปรับเนื้อหาการสอนให้สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และวิถีชีวิตของผู้ปกครอง

นำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change theory) มาประยุกต์ เช่น การเสริมแรงเชิงบวก (positive reinforcement) หรือ social cognitive theory ซึ่งมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ใช้แนวคิด “EARLY is the KEY”[28,36] ในระดับบุคคล



- **มุ่งให้ความรู้ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และเตรียมตัวสำหรับเด็กแรกเกิด** ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม เช่น การขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน รักษาฟันผุก่อนคลอด และฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้ทารกตั้งแต่ไม่มีฟันเพื่อให้เกิดความคุ้นชิน
- **เน้นป้องกันก่อนเกิดปัญหาด้วยฟลูออไรด์และมาตรการอื่น ๆ** เช่น ฟลูออไรด์วาร์นิช SDF หรือ SMART เพื่อจัดการปัญหาฟันผุระยะเริ่มต้นให้ทันเวลา

4. คัดกรองกลุ่มที่ด้อยโอกาส กลุ่มเสี่ยง



- **ใช้ทรัพยากรที่จำกัดมุ่งไปสู่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง** เช่น กลุ่มเด็กในครอบครัวรายได้น้อย หรืออาศัยในพื้นที่ห่างไกล และใช้แนวทางรณรงค์ในวงกว้างสำหรับกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม

5. ให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลในหญิงตั้งครรภ์

ดูแลช่องปากของผู้เป็นแม่ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กปฐมวัย ส่งเสริมให้ได้รับการตรวจ และบำบัดโรคทันตกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดอาการเสี่ยงสู่ทารกในครรภ์ รวมถึงเตรียมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กให้ปราศจากปัจจัยกระตุ้นให้เกิดฟันผุ



6. ใช้แนวทางประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กรายบุคคล

ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินและติดตาม อาจใช้แบบประเมินสั้น ๆ ที่ดูปัจจัยเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการกินหวาน การแปรงฟัน ความถี่ในการดื่มนมขวด เป็นต้น เพื่อวางแนวทางดูแลที่เหมาะสมกับสาเหตุและระดับความรุนแรงของแต่ละคน



7. ให้ทันตสุขศึกษารายบุคคล/กลุ่ม เน้นการฝึกปฏิบัติจริง

เชื่อมโยงสุขภาพช่องปากเด็กกับสุขภาพองค์รวม เช่น การสาธิตวิธีตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ ปรับลดพฤติกรรมการบริโภคหวาน ฝึกการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการตรวจฟันเด็กด้วยตัวเอง

เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดแรงสนับสนุนระหว่างเพื่อนผู้ปกครองและช่วยแก้ไขอุปสรรคผ่านการเรียนรู้เชิงกลุ่ม



8. มาตรการทันตกรรมป้องกันและรักษาตามระดับความเสี่ยง

ใช้ฟลูออไรด์รายบุคคล การเคลือบหลุมร่องฟัน หรือขูดหินน้ำลายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เป็นการเสริมเกราะป้องกันลดโอกาสเกิดฟันผุ และควบคุมโรคเหงือกอักเสบก่อนจะลุกลามไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อน

บูรณาการการรักษาแบบครอบคลุม (Comprehensive care) ให้การดูแลทันตกรรมป้องกันและรักษา เช่น อุดฟัน ถอนฟัน หรือใช้เทคนิคพิเศษตามระดับความพร้อมของบุคลากร



9. เสริมแรงและกระตุ้นซ้ำ (Reinforcement)



เยี่ยมบ้านหรือพบปะเป็นระยะ (เช่น ทุก 4 เดือน) สร้างความมั่นใจให้ผู้ปกครอง จัดการอุปสรรคหรือข้อจำกัดต่าง ๆ และปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง

ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น application, chatbot หรือกลุ่ม LINE เพื่อแจ้งเตือนวันแปรงฟัน ติดตามการเปลี่ยนแปลง และให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา



10. พัฒนาและใช้นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Application “รักยิ้ม” หรือการใช้ Line, Chatbot, Gamification ให้ผู้ใช้งานสามารถรับคำแนะนำเฉพาะบุคคล ติดตามความคืบหน้า แชร์ผลการตรวจ หรือแม้แต่แข่งขันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนุกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กระตุ้นให้บุคลากรอื่น ๆ มีบทบาทป้องกันฟันผุระยะต้น เช่น ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลชุมชน ใช้ SDF หรืออุปกรณ์พิเศษ ดูแล และให้ความรู้รายบุคคล โดยอาจมีกลไกการจูงใจ เช่น คะแนนสะสมหรือการยกย่องในที่สาธารณะ



ข้อดี

มีประสิทธิผล เพราะดูแลเหมาะสมต่อบริบทของรายคน โดยควรใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วม ใช้ทฤษฎีในการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย



ข้อแนะนำ

ควรหาแนวทางที่เพิ่มประสิทธิภาพ เพื่อลดต้นทุนทางบุคคล เวลา อาจใช้แนวคิดออกแบบวิธีการให้เหมาะสมกับความหลากหลายของกลุ่ม (target segmentation) เช่น กลุ่มใช้สื่อ social เรียนรู้เองได้ กลุ่มที่ต้องการความเข้มข้นเน้นการสอนแบบตัวต่อตัว เป็นต้น รวมถึง ใช้โอกาส “รุกขณะรับ” สร้าง self-care ควบคู่กับการให้การรักษา ส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่อง และทำควบคู่กับระดับต้นน้ำและกลางน้ำ เพื่อลดวงจรการเกิดโรคซ้ำ และการเกิดในรายใหม่

ทั้งนี้ การดำเนินการทั้ง 3 ระดับ ควรมี**ความเชื่อมโยง**ต่อกันในประเด็นที่ต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยสัดส่วนหลักของการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นระดับปัญหาเพียงใด **ควรเกิดจากระดับต้นน้ำ และระดับกลางน้ำ เพื่อสร้างผลกระทบในวงกว้าง เน้นการครอบคลุม ป้องกันทั้งในกลุ่มที่เป็นปัญหา และยังไม่เกิดปัญหา** รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยยังคำนึงถึงบริบทที่เป็นสาเหตุภาพรวมของปัญหาของชุมชน หรือสังคม ทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่จุดร่วมกัน และสร้างพลังร่วมในชุมชน ก่อให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่องในสังคมได้



3 LEVELS



ในภาพรวมของประเทศไทย นับว่าระดับปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยสะท้อนถึงปัญหาที่อยู่ในระดับที่สูง **จึงควรใช้มาตรการที่เน้นแนวทางแบบสูงถึงสูงมาก โดยทุกพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการจัดการที่ตั้งเป้าหมายเพื่อสร้างความครอบคลุม มีคุณภาพและมีความคุ้มค่า โดยเน้นการใช้ “ตัวช่วยและพลังร่วม” ผ่านการทำงานแบบบูรณาการ เครือข่าย สหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับบุคลากรด้านอื่น ๆ มีการขยายพื้นที่การทำงานออกจากห้องฟันสู่พื้นที่สาธารณะ นำดิจิตัลเทคโนโลยี AI มาใช้เพิ่มขึ้น มีการสร้างกระแส สร้างวัฒนธรรม และนำการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นฐานสำคัญ ร่วมกับการดำเนินงานที่ตรงกับสถานการณ์ปัญหาจริงในพื้นที่และนำแนวทางต่าง ๆ ที่ได้รับการพิสูจน์หรือได้รับการยอมรับ โดยเปรียบเทียบเป็นต้นไม้ ที่จะต้องมีรากฐานจากความตรงประเด็น และการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมและเน้นต้นทางที่มีอิทธิพลในวงกว้าง โดยใช้ “ตัวช่วยและพลังร่วม” เป็นแกนกลาง กิ่งก้านในการขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดใบ แผ่กว้าง และสร้างสุขภาพที่ดี ออกดอกผลได้ต่อเนื่อง** (ภาพที่ 5)





ภาพที่ 5 ข้อเสนอกลยุทธ์ **"ตัวช่วยและพลังร่วม"** (ข้อความด้านขวามือของต้นไม้) เพื่อเป็นแนวทาง ที่จะทำให้เกิดความครอบคลุม คุ้มค่า และมีคุณภาพ (ข้อความด้านซ้ายมือของต้นไม้) ในการดำเนินงานต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ





โดยหากในบางพื้นที่ย่อยอาจมีปัญหาฟันผุที่ต่ำ สามารถใช้แนวทางเน้นสนับสนุนการควบคุมปัญหาไม่ให้เพิ่มขึ้น ป้องกันและดูแลรายใหม่ เน้นการคงสภาพ ติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพช่องปากในสังคมให้เข้มแข็ง เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความครอบคลุมได้ต่อเนื่อง









พื้นที่ที่มีปัญหาฟันผุระดับสูง เน้นแก้ปัญหาทั้งเชิงสาเหตุและการดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เลือกให้ความสำคัญกับการ**จัดการให้ตรงจุด เน้นต้นทางหรือสาเหตุร่วมที่สำคัญของพื้นที่ของตนเอง**ให้ชัดเจนขึ้นโดยใช้ **“ตัวช่วยและพลังร่วม” มาออกแบบในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น**

พื้นที่ที่มีปัญหาฟันผุระดับสูงมาก ควรใช้ทั้งแนวทางที่ดำเนินในกลุ่มระดับสูง และเพิ่มเติม **แนวทางที่แก้ไขสาเหตุเชิงโครงสร้างระดับต้นน้ำให้มากขึ้น และเพิ่มความเข้มข้นในประเด็นต่าง ๆ** ให้ชัดเจนขึ้น โดยสัดส่วนและประเด็นที่มุ่งเน้นที่อาจมีความแตกต่างตามบริบทของพื้นที่ต่อลักษณะปัญหาที่แตกต่างกัน



ทั้งนี้ อาจพิจารณาแนวทางความเข้มข้นการดำเนินงานแบ่งแยกตามระดับปัญหาในพื้นที่ (ตาราง 4) และตัวอย่างกิจกรรมแบ่งตามระดับต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ (ตาราง 5-7) เพื่อออกแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่

ตาราง 4 ข้อเสนอ แนวคิดสำคัญ ระดับความเข้มข้นในการดำเนินงานมาตรการระดับต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ แยกตามระดับปัญหาความเสี่ยงในการเกิดฟันผุระดับชุมชนของพื้นที่

ระดับปัญหาของพื้นที่	แนวคิดสำคัญ	ข้อเสนอ ระดับความเข้มข้น		
		ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
ต่ำ	เน้นคงสภาพ สร้างระบบ วัฒนธรรม พัฒนาต่อเนื่อง และยังต้องเข้มข้นในรายใหม่	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง
สูง	เน้นพัฒนา และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จัดการสาเหตุเงื่อนไขที่สำคัญ และเพิ่ม**“ตัวช่วยและพลังร่วม”** มาใช้	สูง	สูง	สูง
สูงมาก	มีแนวทางหลักเช่นเดียวกับระดับสูง เพิ่มเติมการจัดการต้นทาง เพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินงานและความครอบคลุมให้มากขึ้น	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก



ตาราง 5 ตัวอย่างมาตรการระดับต้นน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน

ระดับต้นน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
เน้นนโยบายเชิงบูรณาการทั้งระดับมหภาค จังหวัด พื้นที่ ที่เชื่อมโยงกัน	• บูรณาการระบบบริการสุขภาพช่องปากกับระบบบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และร่วมกับภาคีด้านอื่น ๆ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงร่วม • บูรณาการเพื่อสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา • กำหนดตัวชี้วัดร่วมในหน่วยงานเชิงบูรณาการ • สนับสนุนให้บุคลากรด้านอื่น ๆ ช่วยดูแลการรักษาที่ไม่ซับซ้อน และสร้าง self-care	**บูรณาการกับนโยบายลดความเหลื่อมล้ำและแก้ไขปัญหาความยากจน** **กำหนดนโยบายบูรณาการในระดับพื้นที่ที่ชัดเจนในการแก้ปัญหา เช่น พื้นที่นำร่องในการดำเนินงานเชิงบูรณาการในทุกอำเภอ**
นโยบายเน้นจัดการพฤติกรรมเสี่ยงให้ตรงประเด็นและสำคัญของพื้นที่	• ระดับประเทศ : ใช้ข้อมูล เพื่อเน้นกำหนดนโยบายควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุ อย่างต่อเนื่องและรอบด้าน • ระดับพื้นที่ : เชื่อมโยงกับระดับประเทศและจัดการปัญหา เน้นเรื่องที่มีอิทธิพลหรือลำดับความสำคัญที่สูงในระดับพื้นที่	**นำมาตรการควบคุม กำกับนโยบายมาใช้เพิ่มขึ้น เช่น ควบคุมการโฆษณาและการจำหน่ายขนมหวานในพื้นที่เสี่ยง** **พิจารณามาตรการป้องกันในระดับชุมชน อาทิ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม**



ระดับต้นน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
นโยบายด้านบริการสุขภาพเชิงรุก เน้นสร้างนำซ่อม	• สนับสนุนนโยบายใช้แนวคิด “EARLY is the KEY” • พัฒนาและใช้นวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความครอบคลุม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ เช่น AI, digital, tele-dentistry, การดำเนินงานแบบเครือข่าย แบบเบ็ดเสร็จในพื้นที่ เป็นต้น • ออกแบบระบบทั้งกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี ระบบบริการ ที่เน้นการพัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุก	🚀 นำระบบประเมินผลตามคุณค่าของผลงานมาทดลองใช้ 🚀 ทดลองค้นหาแนวทางเพิ่มสิทธิและช่องทางเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในกลุ่มที่ด้อยโอกาส 🚀 ดำเนินงานเชิงรุกทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่สาธารณะ ผสมผสานกับแนวเทคโนโลยีและการจัดการเชิงภาคีเครือข่ายในขอบเขตที่กว้างขวางกว่าเรื่องสุขภาพ



ระดับต้นน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
นโยบายสนับสนุนการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล และงานวิจัยนวัตกรรม เพื่อสร้างความยั่งยืนและประสิทธิภาพ	• จัดการข้อมูล เน้นการเฝ้าระวังและติดตามผลแบบบูรณาการ • มีเครือข่ายการพัฒนาร่วมกันระหว่างนักวิชาการ ทีมงานในระดับพื้นที่ กลุ่มสร้างนโยบาย (แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา) เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ในบริบท	🚀 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ โครงสร้างที่เน้นการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมและแก้สาเหตุของพื้นที่ที่สำคัญ 🚀 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในเชิงผลลัพธ์ที่ชัดเจนและมีการประเมินผล พร้อมจัดการเรียนรู้ ถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงเป็นระยะ 🚀 ระดับเป้าหมาย มีความท้าทายและมีการสร้างระบบจูงใจเพื่อสู่เป้าหมาย



ตาราง 6 ตัวอย่างมาตรการระดับกลางน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน

ระดับกลางน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
สร้างความเข้มแข็งในชุมชน	• ส่งเสริมศักยภาพของทีม ทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างครบวงจร (ศึกษาชุมชน วางแผนดำเนินการ ประเมินผล) • เน้นการดำเนินงานแบบเครือข่าย ภาคีเพื่อช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาร่วมกัน • จัดทำประชาคมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมชุมชน • จัดทำโครงการเฉพาะพื้นที่เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบ ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย • ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยกันในหมู่บ้าน เช่น บ้านหรือศูนย์การเรียนรู้สุขภาพช่องปากในชุมชน และสร้างเวทีการเรียนรู้และชื่นชมอย่างต่อเนื่อง	**เพิ่มเติมสร้างความกว้างขวางและเข้มข้นในชุมชนอาทิ** **ผลักดันนโยบายระดับท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** **สร้างระบบที่เข้าถึงชุมชนได้ครอบคลุมต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เช่น อสม. ครบเครื่องเรื่องดูแลฟันหนูน้อย (ทั้งป้องกัน รักษา ส่งต่อ)** **สร้างแกนนำครอบครัวต้นแบบปลอดฟันผุในทุกชุมชน**



ระดับกลางน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
ดำเนินงานบูรณาการ	• บูรณาการบริการในคลินิก ANC / การให้ความรู้และการดูแลสุขภาพช่องปากแก่หญิงตั้งครรภ์และได้รับคำแนะนำล่วงหน้าในการดูแลบุตร • บูรณาการการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเข้ากับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ • จัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ • เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ เพื่อติดตามและให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ครอบครัว	**บูรณาการกับหน่วยงานด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านสังคม เพื่อสร้างประเด็นหรือโจทย์ร่วมกันในพื้นที่**
การจัดการเรียนรู้และการสร้าง oral health literacy (OHL) ในระดับชุมชน	• ออกแบบ ใช้หลักสูตร ผสมผสาน OHL ที่เอื้อต่อการสร้างการเรียนรู้ของเด็กแบบบูรณาการ • ส่งเสริมการเรียนรู้ การรู้เท่าทันต่อสื่อต่าง ๆ และจัดสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นการสร้างประสบการณ์ตรงของเด็กใน สพด. สถานที่เล่นของเด็กในชุมชน เช่น role play, การย้อมสีฟันและดูกระจกเป็นระยะ (monitor & reinforcement & feedback) active learning, นิทาน เพลง เป็นต้น	**พัฒนา OHL ให้มีผลต่อวงกว้าง และนำไปสู่นโยบายระดับมหภาค** **สร้างระบบการเรียนรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อมใน สพด. ที่เหมาะกับบริบท**



ระดับกลางน้ำ “ตัวช่วย & พลังร่วม”	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
การสร้างกระแส สร้างวัฒนธรรมในระดับพื้นที่	• สร้างกระแส รณรงค์ระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย • micro-influencer ร่วมสร้างกระแส ในพื้นที่ ทั้งใน สพด.และ ชุมชน	🚀 สร้างกระแส เพื่อผลักดันนโยบายในระดับมหภาค หรือที่มีผลต่อเงื่อนไขของประชากรโดยรวม 🚀 ส่งเสริม influencers ในการสร้างกระแสวงกว้าง
ระบบบริการเชิงรุกในพื้นที่	• ให้การรักษาควบคู่กับการป้องกันในพื้นที่ • ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมดูแลช่องปาก • สร้างระบบเข้าถึงบริการด้วยตนเองที่สะดวก รวดเร็ว โดยใช้กำลังคนที่น้อยลง เช่น ใช้ ระบบนัดออนไลน์ สื่อสารแบบทางไกล ตรวจช่องปากด้วย AI แนะนำการดูแลแบบ chatbot, application ที่ตอบสนองรายบุคคลได้ • พัฒนาและจัดการฝึกอบรมสำหรับทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร เพื่อจัดการโรคฟันผุ	🚀 พัฒนาศูนย์การดูแลแบบครบวงจรทั้งเรื่องการตรวจ ดูแล รักษา ที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว เข้าถึงได้ทุกคนในพื้นที่ 🚀 พัฒนาระบบเฝ้าระวังฟันผุ และส่งเสริม OHL ในเด็กระดับบุคคล ผ่าน AI และ big data ที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ทั้งโดยระบบรัฐ เอกชน และประชาชน



ตาราง 7 ตัวอย่างมาตรการระดับปลายน้ำ เพื่อจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน

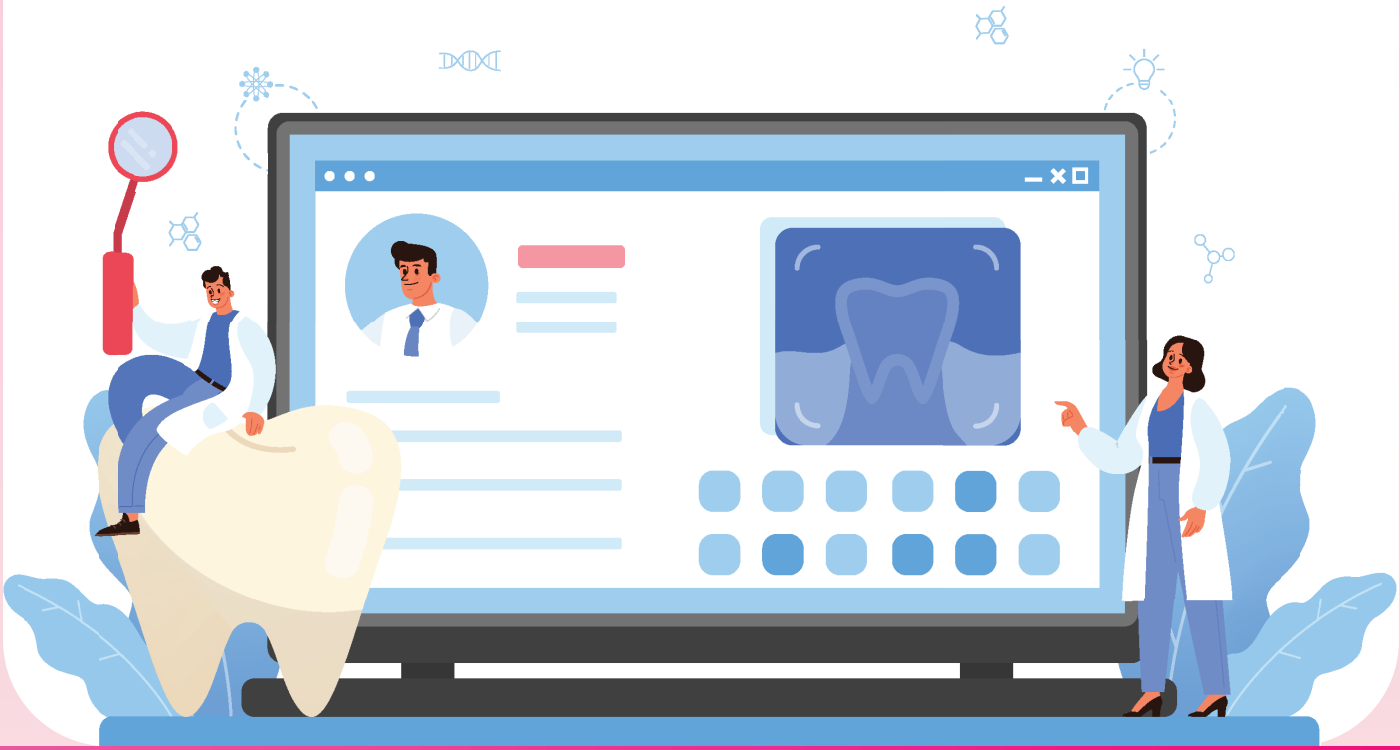
ระดับปลายน้ำ	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
การให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลแก่หญิงตั้งครรภ์	• ตรวจฟัน ย้อมแผ่นคราบจุลินทรีย์ แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก ให้การรักษาที่เหมาะสม ส่งเสริมการตรวจช่องปากด้วยตัวเอง • ให้คำแนะนำล่วงหน้า เช่น เช็ดเหงือกการมาพบทันตบุคลากรใน 1 ปีแรก การแปรงฟันตั้งแต่ซี่แรกขึ้นด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การไม่เติมน้ำตาลทุกชนิดในอาหารอย่างน้อย 2 ปีแรก เป็นต้น • บูรณาการการให้คำแนะนำร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	**เพิ่มแนวทาง ช่องทางการตรวจฟันด้วยตัวเอง การได้รับคำแนะนำในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสม การส่งต่อเพื่อมารับบริการ การนัดหมาย ให้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น เช่น การใช้ tele-dentistry, AI, chatbot หรือผ่านบุคลากรด้านอื่น ๆ เป็นต้น**
การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ	• เน้นประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุแบบเข้มข้น ดูแลแบบมีส่วนร่วม	**เพิ่มความถี่ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ โดยอาจใช้เครือข่าย หรือเทคโนโลยีการสื่อสาร**

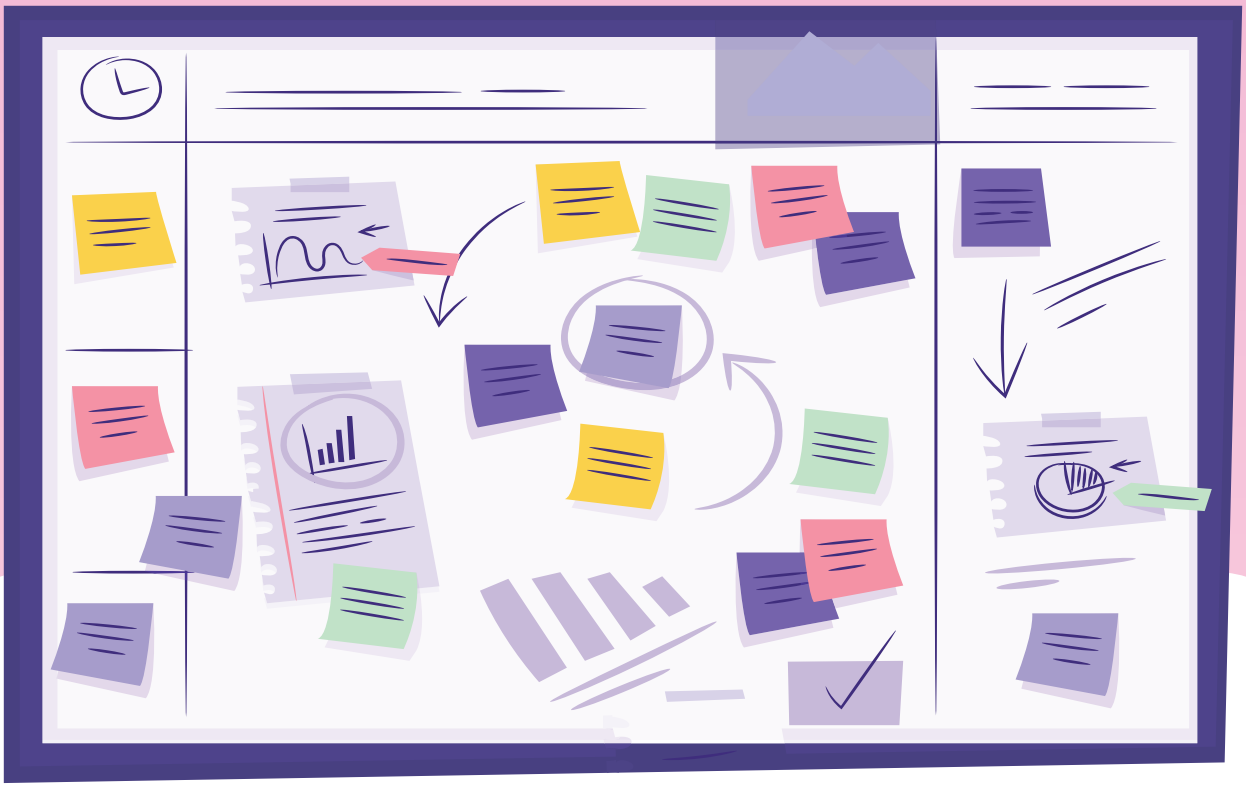


ระดับต้นปลายน้ำ	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
การให้ทันตสุขศึกษารายบุคคล/กลุ่ม ดูแลเด็ก 0-3 ปี	• สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย • ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ให้กับหญิงตั้งครรภ์ มารดา หรือผู้ดูแลอื่น ๆ อย่างน้อยภายในไม่เกิน 1 ปี • บูรณาการการให้คำแนะนำร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ • ฝึกปฏิบัติแปรงฟันจริง (hands-on) • ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กแปรงฟันแล้วแปรงซ้ำ ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1,000- 1,500 ppm ตามแนวทางรายบุคคล • ใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี และ/หรือ บุคลากรด้านอื่น ๆ ควบคู่กับแนวทางที่ทำโดยทันตบุคลากร • ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคำนึงถึงบริบทของครอบครัว	**เพิ่มเติมความเข้มข้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มการครอบคลุม อาทิ** **เพิ่มการเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำที่เหมาะสม** **หามาตรการ กลยุทธ์ แยกแยะดูแลกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพความเสี่ยง และธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย**



ระดับต้นปลายน้ำ	ความเสี่ยงการเกิดฟันผุระดับชุมชน	
	สูง	สูงมาก (เพิ่มแนวทางจากระดับสูง)
การให้ทันตสุขศึกษารายบุคคล/กลุ่ม ดูแลเด็ก 3-6 ปี	• เน้นการมีส่วนร่วมทั้งของเด็กและผู้ปกครองทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เช่น ให้เด็กมีส่วนร่วมในการตรวจฟันขณะมาทำฟัน สื่อสารเรื่องผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กสู่ผู้ปกครองรายบุคคล • ใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการปฏิบัติตัว เช่น ปตท. (แปรงฟัน ตรวจฟัน ทานอาหารที่มีประโยชน์) ในสพด. • ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1,500 ppm ในทุกพื้นที่ ภายใต้การดูแลของผู้ใหญ่	**สร้างโอกาสในการเข้าถึงสื่อความรู้ สื่อการเล่นในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม เช่น ใช้ดิจิทัล เทคโนโลยี หรือนวัตกรรมส่งเสริมการเล่นต่าง ๆ anywhere, anytime ได้**
ให้การป้องกันและการรักษาเชิงรุกรายบุคคล ดูแลเด็ก 0-6 ปี	• นำมาตรการการดูแลตามความเสี่ยงระดับบุคคลแบบมีส่วนร่วมมาใช้ เน้นตรวจ รักษา ติดตามผล • เน้นแนวคิด early diagnosis, early prevention ทั้งในรายเก่ารายใหม่ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง • ส่งเสริม “รุกขณะรับ” ควบคุมโรค โดยการใช้ SDF, SMART ควบคู่กับการป้องกัน ให้ครอบคลุมเด็กทุกราย	**เพิ่มความถี่ในการติดตามผลและการใช้สารป้องกันฟันผุ เช่น ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่าง ๆ** **เน้นการเข้าถึงเชิงรุกถึงระดับครัวเรือนและหน่วยบริการเคลื่อนที่** **ใช้แนวทาง care beyond the dental office (ทุกที่ ดูแลฟันได้)**





ทั้งนี้ แต่ละพื้นที่สามารถออกแบบ ให้เหมาะสมกับบริบทของตัวเองได้ โดยขอนำเสนอ **ตัวอย่างจำลองการวางแผน โดยพิจารณาปัจจัยรอบด้าน และกำหนดแนวทางดำเนินงานให้เชื่อมโยงระหว่าง มาตรการต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ให้สอดคล้องกับปัจจัยต่าง ๆ โดยมีลำดับขั้นตอนหลัก ดังนี้**

1. ร่วมกันระบุสถานการณ์และสาเหตุสำคัญในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่าย เช่น

- ฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ระดับเขต = ร้อยละ 45 นับเป็น **ระดับสูง** (เกณฑ์ฟันผุ ร้อยละ 25-50)
- เลือกปัญหา/พฤติกรรมหลัก เช่น เด็กก่อน 3 ปี **มีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 60**
- ระบุเป้าหมายหลัก เช่น **เด็กไม่มีคราบจุลินทรีย์ ใน 4 ซี่หน้า ร้อยละ 50**
- หาสาเหตุ/เงื่อนไขของปัญหาทุกระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน ประเทศ (ตัวอย่างสมมติ : ภาพที่ 6) และเชื่อมโยงเหตุผลของทุกระดับ



ภาพที่ 6 ตัวอย่างการวิเคราะห์สถานการณ์ ในระดับต่าง ๆ ต่อการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่สูงในอายุ 3 ปี ร้อยละ 60

2. กำหนดกลยุทธ์หลัก เลือก “ตัวช่วย & พลังร่วม” มาใช้ (สามารถนำแนวทางที่ทบทวนว่ามีความสำเร็จ ทั้งจากเอกสารฉบับนี้ จากประสบการณ์ในพื้นที่ และเนื้อหาทางวิชาการอื่น ๆ) เพื่อมากำหนดแนวทาง ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำให้เชื่อมโยงกันที่สัมพันธ์กับการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านบน ซึ่งอาจแตกต่างไปในแต่ละพื้นที่ได้



ต้นน้ำ
มุ่งผลวงกว้าง

กำหนดตัวชี้วัด สนับสนุนแบบบูรณาการ

- เด็กร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ 4D : Development, Disease, Diet, Dental
- ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่า 50
- มีรหัสบริการ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกตัวชี้วัด แนะนำการดูแลช่องปากของเด็กได้



นโยบาย หนูน้อยฟันดี ด้วยวิถีเครือข่าย และเทคโนโลยี ทุกที่ทั่วไทย

- นโยบายนำ Digital, AI , Tele-dentistry มาใช้
- กำหนดรหัสบริการ ให้บันทึกตัวชี้วัดในการแนะนำการดูแลช่องปากเด็กโดยบุคลากรอื่น ๆ หรือใช้ Digital, AI, Tele-dentistry ได้
- ทำ MOU เสริมศักยภาพ อบจ. ชุมชน เอกชน ภาคี ฯลฯ สนับสนุน หนูน้อยฟันดี ทั่วไทย



กำหนด Theme รณรงค์ร่วมกันทั้งประเทศ

Brush & Bright

สัญลักษณ์ตัวช่วย & พลังร่วม

- บูรณาการ
- การมีส่วนร่วม พลังเครือข่าย
- ทำงานเชิงรุก
- สร้างกระแส สร้างวัฒนธรรม

กลางน้ำ
มุ่งองค์กร ชุมชน

พื้นที่จัดระบบ ให้สอดคล้องกับระดับต้นน้ำและเหมาะกับพื้นที่

- จัดทีมนำร่อง แบบ Zone หาแนวทางเชิงรุก ที่เหมาะกับบริบท
- พัฒนาศักยภาพทีมงาน ทำงานเชิงรุก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอน hands-on ทำงานแบบเครือข่าย สหวิชาชีพ ใช้ AI
- จัดระบบข้อมูล นำหลายด้านวิเคราะห์ ถอดบทเรียน

พัฒนาเครือข่าย สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อเด็ก และสนับสนุนการใช้ Digital, AI, Tele - dentistry

- จัดประชาคมในพื้นที่ วางแผน ดำเนินงานร่วมกัน ส่งเสริมเครือข่าย อสม. เน้นเชิงรุกสู่ครอบครัวช่วยแปรงฟัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้รางวัล เผยแพร่ พัฒนาต่อเนื่อง จัดหาแปรงสีฟันติดดาว ราคาถูกในชุมชน
- ออกแบบระบบ การใช้ Digital, AI, Tele - dentistry
- สร้างกลไก สนับสนุน ควบคุม กำกับ

รณรงค์สร้างกระแสเชื่อมโยงกับระดับประเทศ ให้เหมาะกับบริบท

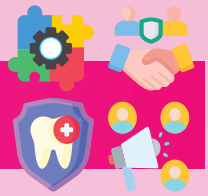
- ใช้ influencers ในท้องถิ่น สร้างกระแส "จ๊ะเอ๋ ให้หนูน้อยฟันดี ตั้งแต่ชี่แรก"
- เครือข่าย เยี่ยมบ้าน ชวนกัน ฟันสวย ด้วยมือของครอบครัว

สัญลักษณ์ตัวช่วย & พลังร่วม

- บูรณาการ
- การมีส่วนร่วม พลังเครือข่าย
- ทำงานเชิงรุก
- สร้างกระแส สร้างวัฒนธรรม

ปลายน้ำ
มุ่งบุคคล

เชื่อมโยงแนวทางต้นน้ำ กลางน้ำ สู่ระดับบุคคล



1. กิจกรรมหลักเน้นสร้างคุณภาพ แปรงฟันได้สะอาด ในเด็ก 0-3 ปี

1.1 เน้นใช้การมีส่วนร่วม รับฟังปัญหา อุปสรรค ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ส่งเสริมการตรวจฟันและแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยตัวเอง hands-on ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้แนวทางให้คำแนะนำล่วงหน้า ติดตามผลเป็นระยะ

1.2 แลกเปลี่ยน เผยแพร่ เทคนิค เคล็ดลับ การแปรงฟันได้สะอาด ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการ

2. เพิ่มการขยายความครอบคลุม:

2.1 สนับสนุน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง คลินิกเอกชน ให้ความรู้ ใช้แอปรักยิ้ม ใช้ chatbot 21 วันฟันดีพลัส ใน รพ.ชุมชน

2.2 ส่งเสริมการดูแลด้วยตัวเองผ่านสื่อต่าง ๆ ในสถานที่ที่ผู้ดูแลเด็กสนใจ ทั้ง online, onsite

2.3 กิจกรรมเชิงรุก ขยายสถานที่ Care Beyond Dental Clinic เช่น

- onsite: ANC หลังคลอด WCC โรงเรียนพ่อแม่ Nursery ชุมชน.....
- online: FB หน่วยงาน Application รักยิ้ม Chatbot 21 วันฟันดีพลัส ช่องทางการสื่อสารที่ผู้ดูแลเด็กมักใช้...

3 เน้นสร้างความคุ้มค่า:

3.1 เลือกวิธีการให้เหมาะสมกับธรรมชาติของกลุ่ม เช่น

- บุตรคนแรก ผู้ที่ด้อยโอกาส หรือมีแววเสี่ยงสูง ใช้กระบวนการดูแลมีส่วนร่วม เข้มข้น
- กลุ่มที่สามารถแสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง ให้โอกาสการเข้าถึงช่องทางสื่อมากขึ้น

3.2 เน้นทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในเด็กคนเดียวกัน ใช้ฐานระบบข้อมูลที่ ผู้ดูแลเด็ก และหน่วยงานของรัฐ ใช้ร่วมกันได้

3.3 ทำกิจกรรมเชื่อมโยงกับการรณรงค์ของประเทศ และท้องถิ่น

4 สร้างกลไก ติดตาม ช่วยเหลือ ผ่านเครือข่าย อสม. ทีมสหวิชาชีพ chatbot เช่น ติดตามผล ทุก 3 เดือน ในรายที่เสี่ยง

สัญลักษณ์ตัวช่วย & พลังร่วม


บูรณาการ


การมีส่วนร่วม
พลังเครือข่าย

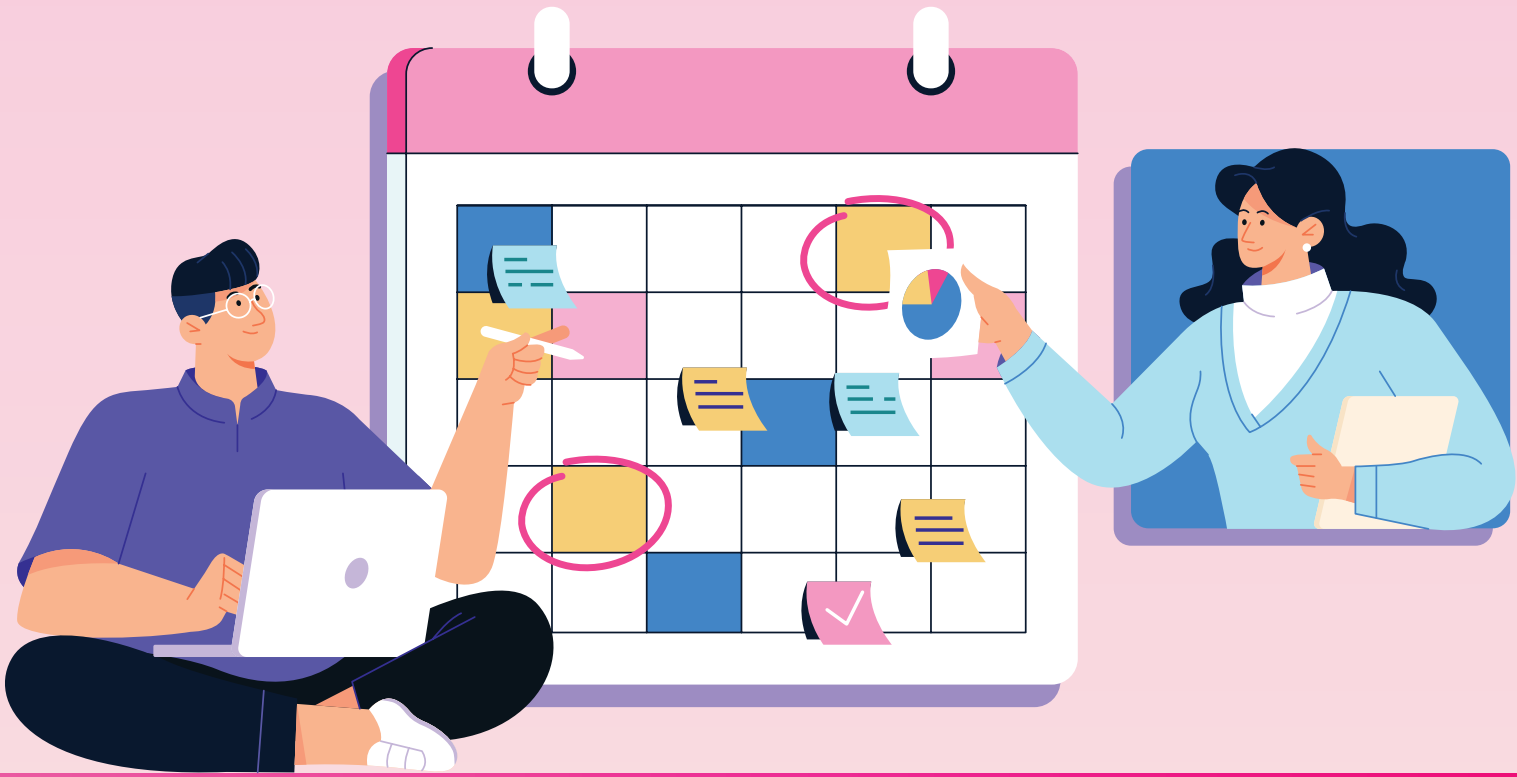

ทำงานเชิงรุก


สร้างกระแส
สร้างวัฒนธรรม

3. ร่วมกันติดตาม ปรับปรุง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินผลเป็นระยะ โดยใช้ฐานข้อมูลหลายด้าน

แหล่งศึกษาข้อมูล/สื่อช่วยในการสื่อสารปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเด็นน่าสนใจ	แหล่งเรียนรู้
1. รางวัลที่ 1 Lion Oral Health Award 2017 โครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อหนูน้อยฟันดี ด้วยวิธีชุมชน ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และการทำงานแบบ Ecological model ทำให้ลดฟันผุได้	
2. ตัวอย่าง Best practices จากสหรัฐอเมริกา มีตัวอย่างกิจกรรมในหลายพื้นที่และบทเรียนที่หลากหลาย	https://www.astdd.org/bestpractices/early-childhood-caries-prevention-and-management-bpar-2023.pdf
3. การแนะนำใช้ถ้อยคำ สื่อความหมาย สร้างคุณค่า (Value-based message) เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	https://www.dhsv.org.au/__data/assets/pdf_file/0008/256256/VBM-Guide-FINAL_interactive.pdf



ประเด็นน่าสนใจ	แหล่งเรียนรู้
4. Application รักยิ้ม สำนักทันตสาธารณสุข สามารถตรวจฟันด้วย AI และแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น	คู่มือการใช้ระบบ Application รักยิ้ม https://rakyim.anamai.moph.go.th/manual
5. นิทาน เพลง และ Poster สนับสนุนการดำเนินงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	
6. เพลงที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัย เช่น เจ้าฟันน้อย (การดู 36 ล้านครั้ง) เจ้าขี้ฟัน (7 ล้านครั้ง) เป็นต้น	Youtube channel: ฟันสวยฟ้าผ่า Family https://www.youtube.com/channel/UC36JNsluksndKWnVWw-kvIg
7. การใช้ Chatbot 21 วันฟันดีพลัส ในการควบคุมการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยเป็นการเล่นต่อเนื่องเป็นเวลา 21 วัน	https://www.facebook.com/21daysgoodteethplus (กดส่งข้อความ และพิมพ์คำว่า เริ่มต้นใช้งาน) Paper: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653924015417?via%3Dihub



ประเด็นน่าสนใจ	แหล่งเรียนรู้
8. ตัวอย่างเพจที่มีสื่อเน้นการดูแลในเด็กปฐมวัย ทั้ง วิดีทัศน์ Infographic, Animation	FB ฟันน้ำนม: https://www.facebook.com/thaimilkteeth FB ฟันสวยฟ้าผ่า: https://www.facebook.com/Funsuayfapha FB ลูกรักฟันดีที่ซี่แรก: https://www.facebook.com/profile.php?id=100064722037034
9. QR code for Kids เพื่อเรียนรู้ Infographic, Animations ในการเรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย	 สามารถ Search ได้จาก https://www.dent.psu.ac.th/unit/rohc/index.php/links/
10. ตัวอย่างเกมส์ Home Based Digital Learning for childhood Funland สำหรับเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไปเล่นกับผู้ปกครอง	

ประเด็นน่าสนใจ	แหล่งเรียนรู้
11. แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	 ดาวน์โหลดแนวทาง



เอกสารอ้างอิง

1. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva, World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO;2024.
2. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, et al. A Comparison of Four Caries Risk Assessment Methods. Frontiers in Oral Health. 2021;2.
3. Mejàre I, Axelsson S, Dahlén G, et al. Caries risk assessment. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2014;72(2):81-91.
4. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, et al. Evidence-Based Caries Management for All Ages-Practical Guidelines. Frontiers in Oral Health. 2021;2.
5. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Pediatr Dent. 2016;38(6):52-4.
6. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. International dental journal. 2000;50(6):378-84.
7. Chen J, Duangthip D, Gao SS, et al. Oral Health Policies to Tackle the Burden of Early Childhood Caries: A Review of 14 Countries/Regions. Frontiers in Oral Health. 2021;2.
8. Maklennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. BMC Oral Health. 2024;24(1):835.
9. Adair PM, Pine CM, Burnside G, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economicall diverse groups. Community dental health. 2004;21 (1 Suppl):102-11.
10. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. Pediatrics. 2007;120(3):e510-20.

11. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. Journal of Dentistry. 2012;40(11):873-85.
12. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. International journal of paediatric dentistry. 2019;29 3:238-48
13. Hunsrisakhun J, Pithpornchaiyakul S, Yongstar P. Factors Associated with Oral Hygiene of Young Children in Southern Province of Thailand. Health Science Journal of Thailand. 2022;4(3):64-73.
14. Panaumpan N, Hunsrisakhun J, Watanapa A. Factors Influencing the Quality Tooth Brushing Behavior for Children Aged 6-24 Months by Caregivers Based on An Ecological Model. J Dent Assoc Thai. 2022;72(4):619-30.
15. Patcharanuchat P, Hunsrisakhun J, Pothidee T, Watanapa A, Sutanchaiyanonta W , Promsinchai P. Thoughts, Beliefs and Contexts Regarding Tooth-Brushing and Oral Care of Toddlers: Case Studies from 3 Regions of Thailand. Khon Kaen University Dental Journal. 2022;25(2):10.
16. Marshman Z, Ahern SM, McEachan RRC, Rogers HJ, Gray-Burrows KA, Day PF. Parents' Experiences of Toothbrushing with Children: A Qualitative Study. JDR Clin Trans Res. 2016;1(2):122-30.
17. Trubey RJ, Moore SC, Chestnutt IG. Children's toothbrushing frequency: the influence of parents' rationale for brushing, habits and family routines. Caries Res. 2015;49(2):157-64.
18. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health education quarterly. 1988;15(4):351-77.
19. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(1):1-11.
20. Sitthisettapong T, Tasanarong P, Phantumvanit P. Strategic Management of Early Childhood Caries in Thailand: A Critical Overview. Front Public Health. 2021;9:664541-664541.

21. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. Front Public Health. 2019;7:209.
22. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. In. Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO.2019.
23. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2018;46(3):280-7.
24. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. Journal of clinical periodontology. 2017;44(S18).
25. Early childhood caries prevention and management best practice approach report (BPAR). Association of State and Territorial Dental Directors (ASTDD);2023.
26. Ungchusak C. Oral health promotion and prevention of Early Childhood Caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22(supplement):44-61.
27. Chen J, Duangthip D, Gao SS, et al. Oral Health Policies to Tackle the Burden of Early Childhood Caries: A Review of 14 Countries/Regions. Front Oral Health. 2021;2:670154.
28. Saikia A, Aarthi J, Muthu MS, et al. Sustainable development goals and ending ECC as a public health crisis. Front Public Health. 2022;10:931243.
29. Fisher J, Berman R, Buse K, et al. Achieving Oral Health for All through Public Health Approaches, Interprofessional, and Transdisciplinary Education. NAM Perspect. 2023;2023.
30. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community dentistry and oral epidemiology. 2000;28(6):399-406.
31. Sathyaprasad S, Elizabeth Abraham A, A A. Interprofessional Collaboration in Anticipatory Guidance for the Prevention of ECC. International Journal of Science and Research (IJSR). 2023.

32. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 3rd Edition. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2002.
33. Hagenaars LL, Jeurissen PPT, Klazinga NS, Listl S, Jevdjevic M. Effectiveness and Policy Determinants of Sugar-Sweetened Beverage Taxes. J Dent Res. 2021;100(13):1444-51.
34. Andreyeva T, Marple K, Marinello S, Moore TE, Powell LM. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022;5(6):e2215276.
35. Kimhasawad W, Punyanirun K, Somkotra T, Detsomboonrat P, Trairatvorakul C, Songsiripradubboon S. Comparing protection-motivation theory-based intervention with routine public dental health care. International journal of dental hygiene. 2021;19(3):279-86.
36. Ungchusak C. Oral health promotion and prevention of Early Childhood Caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22(spec):44-61. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/149597. Accessed 06/30.
37. (AAPD) AAoPD. Value-Based Care. Pediatric Oral Health & Research Policy Center 2021; https://www.aapd.org/contentassets/9423a3720b5b4f379c93cee8afe9468c/brief.pdf. Accessed 23 February 2025.
38. Chen R, Santo K, Wong G, et al. Mobile Apps for Dental Caries Prevention: Systematic Search and Quality Evaluation. JMIR mHealth and uHealth. 2021;9(1):e19958.
39. Fernández CE, Maturana CA, Coloma SI, Alonso, CARRASCO-LABRAb, Giacaman RA. Teledentistry and mHealth for Promotion and Prevention of Oral Health: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Dental Research. 2021;100:914-27
40. Choonhawarakorn K, Kasemkhun P, Leelataweewud P. Effectiveness of a message service on child oral health practice via a social media application: A randomized controlled trial. Int J Paediatr Dent. 2024.

41. Hunsrisakhun J, Naorungroj S, Tangkuptanon W, Wattanasit P, Pupong K, Pithpornchaiyakul S. Impact of Oral Health Chatbot With and Without Toothbrushing Training on Childhood Caries. International dental journal. 2024.
42. Ajay K, Azevedo LB, Haste A, et al. App-based oral health promotion interventions on modifiable risk factors associated with early childhood caries: A systematic review. Front Oral Health. 2023;4:1125070.
43. Abou El Fadl R, Blair M, Hassounah S. Integrating Maternal and Children's Oral Health Promotion into Nursing and Midwifery Practice- A Systematic Review. PloS one. 2016;11(11):e0166760.
44. Ministry of Public Health (Thailand) [Internet]. [Document title in Thai]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Mar 10]. Available from: https://fileex.moph.go.th/media/e9f3192f523c79cbbbcf7b405e879384-2567.pdf



ส่วนที่ 3

การควบคุมและจัดการทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข (Professional care)



การควบคุมและจัดการทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข (Professional care)



ศ.คลินิก ดร.ทพญ. ศิริรักษ์ นครชัย
รศ.ดร.ทพญ.สุพัชรินทร์ พิวัฒน์
รศ.ดร.ทพญ.วรางคณา จิรรัตนโสภา
ผศ.ทพญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ



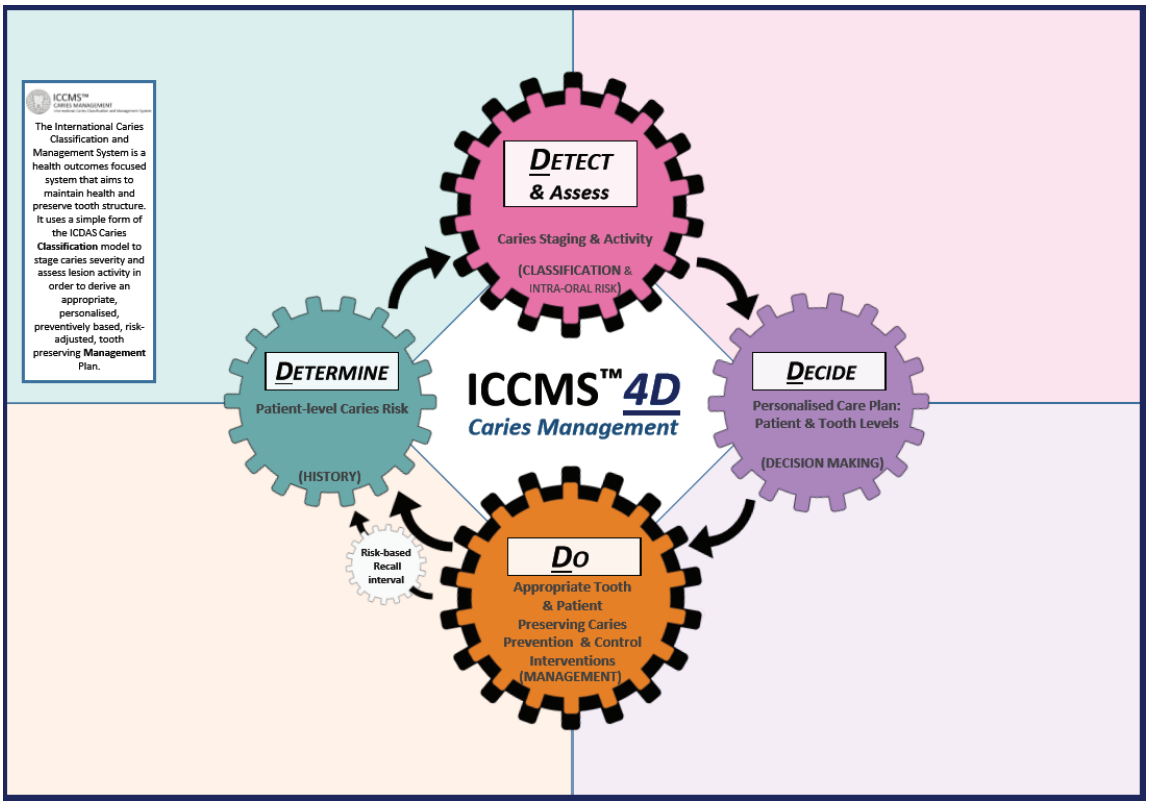
การควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยโดยทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขนั้นแนะนำให้ดำเนินการตามแนวทางการจัดการฟันผุของ The international caries classification and management system (ICCMS) 4D ในลักษณะครบวงจร (ภาพที่ 1) ซึ่งประกอบด้วย

D1. Determine คือการประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุในระดับบุคคล จากการสอบถามประวัติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลให้บุคคลนั้นอยู่ในความเสี่ยงและปัจจัยป้องกันฟันผุที่บุคคลนั้นได้รับ ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงออกมาหลากหลาย และมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ

D2. Detect & Access คือตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่พบในช่องปาก เช่น แผ่นคราบจุลินทรีย์ ฟันผุ ความสมบูรณ์ของผิวเคลือบฟัน และวินิจฉัยระดับและการลุกลามของรอยโรคฟันผุเป็นรายซี่เพื่อเป็นข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการจัดการ

D3. Decide คือการประมวลข้อมูลที่ได้จาก D1 และ D2 สรุประดับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและปัจจัยที่ทำให้เสี่ยง ทำการวางแผนให้เหมาะกับระดับบุคคล ทั้งในแผนการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค หรือแผนการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล (individual level) และแผนการจัดการรอยโรคฟันผุ (caries lesion management) ซึ่งจะวางแผนตามระดับความรุนแรงของรอยโรค ความร่วมมือของเด็ก ระดับความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ของจุดที่ให้บริการ รวมไปถึงอัตรากำลังของผู้ให้บริการ

D4. DO คือการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยแผนการจัดการปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง ฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน พัฒนาศักยภาพผู้ปกครองให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานตนได้ ส่งเสริมการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ตามระดับความเสี่ยง การให้ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตบุคลากรในการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค ผู้ดำเนินการอาจเป็นทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข หรือ ครู เป็นต้น ส่วนการจัดการรอยโรคฟันผุดำเนินการโดยทันตบุคลากร อาจให้บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกฝนช่วยจัดการรอยโรคฟันผุโดยวิธีไม่รุกราน (non-invasive approach) เช่น การทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) หรือการทาฟลูออไรด์วาร์นิช (fluoride varnish) เป็นต้น หลังจากดำเนินการตามแผนที่วางไว้แล้ว ควรมีการติดตามผล หรือการกลับมาตรวจ (recall) เพื่อติดตาม ประเมินระดับความเสี่ยงของบุคคล การลุกลามและการเกิดฟันผุขึ้นใหม่ เข้าสู่กระบวนการ D1, D2, D3, และ D4 ตามลำดับ โดยระยะเวลาการกลับมาตรวจขึ้นกับระดับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ



ภาพที่ 1 แนวทางการจัดการฟันผุของ ICCMS 4D



3.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับบุคคลในเด็กปฐมวัย

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับบุคคลในเด็กปฐมวัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเฉพาะบุคคล
2. วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและวางแผนการจัดการให้เหมาะสมกับความแตกต่างของสาเหตุและปัญหาของแต่ละบุคคล
3. เป็นข้อมูลให้ผู้ปกครองทราบถึงระดับความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อฟันผุของบุตรหลานตน
4. ติดตามระดับความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุ

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับบุคคลในเด็กปฐมวัยนั้นยึดตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565 จัดทำโดยทันตแพทยสมาคมฯ ซึ่งใช้ทำนายความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่ควรปรับเปลี่ยนของเด็กปฐมวัยที่ถูกประเมิน เป็นข้อมูลให้แก่ผู้ปกครอง และทันตบุคลากร นำไปสู่การจัดการลดความเสี่ยงและการเกิดโรคในระดับบุคคล เพิ่มเติมจากการจัดการส่งเสริมป้องกันโรคในระดับชุมชน โดยแนวทางการประเมินแยกตามช่วงอายุ คือ ช่วงอายุต่ำกว่า 3 ปี และ ช่วงอายุตั้งแต่ 3 ปี - < 6 ปี โดยแต่ละช่วงอายุมีแนวทางในการประเมินดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ





การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุช่วงอายุต่ำกว่า 3 ปี ออกแบบมาสำหรับบุคลากรสาธารณสุขใช้ เนื่องจากเป็นการประเมินที่ไม่ยุ่งยาก ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุช่วงอายุตั้งแต่ 3 ปี - < 6 ปี สำหรับทันตบุคลากรเป็นผู้ใช้ ทันตบุคลากรสามารถใช้แบบประเมินทั้งสองแบบนี้ อธิบายแก่ผู้ปกครองเพื่อสามารถประเมินและติดตามความเสี่ยงด้วยตัวเองได้ อย่างไรก็ตามเพื่อประโยชน์สูงสุดของการใช้งาน แนวทางการประเมินความเสี่ยงนี้ ควรพัฒนาต่อยอดดังนี้

1. ออกแบบให้มีความน่าสนใจในการใช้งาน โดยใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีมาช่วย

2. ออกแบบให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่น ๆ ของเด็ก เช่น การตรวจฟัน ทันตกรรมป้องกันและการรักษาที่เด็กได้รับ เป็นต้น และเชื่อมโยงกับการประเมินความเสี่ยงแต่ละครั้งเพื่อจะได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงได้

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็ก < 3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็ก < 3 ปี	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สภาวะสุขภาพ		
มีภาวะ*ที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปาก มีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปาก		
พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นได้ชัดเจนบริเวณฟันหน้าบน	3	0
พบฟันผุ รอยโรคขุ่นขาวบนผิวเคลือบฟัน (white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรู	3	0
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป) อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน	หรือยังไม่มีฟันขึ้น 0	1
ดูดนมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากขวดนม	1	0
ดูดนมระหว่างการนอน หรือใช้การดูดนมกล่อมนอนหลังอายุ 12 เดือน	1	หรืออายุ ≤ 12 เดือน 0
รับประทานอาหาร/ ขนม / เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร** > 2 ครั้ง/วัน	1	0
ผู้ดูแลหลักมีฟันผุเป็นรู หรือได้รับการถอนฟันเนื่องจากฟันผุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา***	1	0

หมายเหตุ * ภาวะที่ต้องการการดูแลพิเศษ มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา หรือได้รับผลจากยา
** นอกมื้ออาหาร หมายถึง ห่างจากอาหารมื้อหลัก มากกว่า 30 นาที
*** จากการซักประวัติ

<u>เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุตามคะแนนรวม</u>

0-2 คะแนน = เสี่ยงต่ำ หมายถึง มีแนวโน้มที่จะไม่มีฟันผุใหม่ ถ้ายังมีพฤติกรรมการกินอาหารและการดูแลความสะอาดช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่อง

3-5 คะแนน = เสี่ยงสูง หมายถึง มีแนวโน้มสูงที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน

> 6 คะแนน = เสี่ยงสูงมาก หมายถึง มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน และมีโอกาสเกิดฟันผุใหม่หลายด้าน

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็ก 3 - < 6 ปี สำหรับทันตบุคลากร

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็ก 3 - < 6 ปี	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สภาวะสุขภาพ		
มีภาวะ*ที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปาก มีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปากและภาพรังสี		
พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นได้ชัดเจน	3	0
พบรอยโรคขุ่นขาวที่มีการดำเนินของโรคบนผิวเคลือบฟัน (active white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรูหรือพบฟันผุจากภาพรังสี	3	0
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน	0	1
ยังไม่เลิกขวดนม	1	0
ดูดนมระหว่างการนอน	1	0
รับประทานอาหาร/ ขนม / เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร** > 2 ครั้ง / วัน	1	0
ใส่เครื่องมือในช่องปาก	1	0
พี่หรือน้องมีฟันผุ***	1	หรือไม่มีพี่น้อง 0

หมายเหตุ * ภาวะที่ต้องการการดูแลพิเศษ มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา หรือได้รับผลจากยา
** นอกมื้ออาหาร หมายถึง ห่างจากอาหารมื้อหลัก มากกว่า 30 นาที
*** จากการซักประวัติ

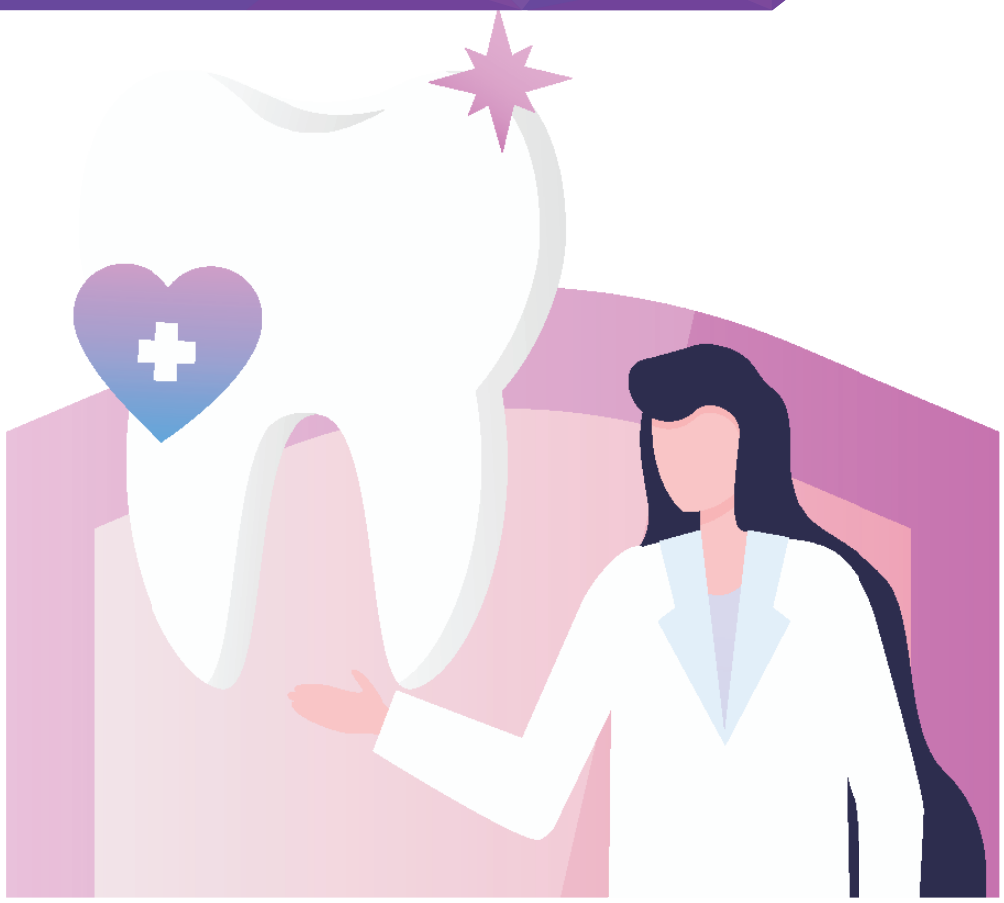
<u>เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุตามคะแนนรวม</u>

0-2 คะแนน = เสี่ยงต่ำ หมายถึง มีแนวโน้มที่จะไม่มีฟันผุใหม่ ถ้ายังมีพฤติกรรมการกินอาหารและการดูแลความสะอาดช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่อง

3-5 คะแนน = เสี่ยงสูง หมายถึง มีแนวโน้มสูงที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน

> 6 คะแนน = เสี่ยงสูงมาก หมายถึง มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน และมีโอกาสเกิดฟันผุใหม่หลายด้าน

3.2 การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ



การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานได้ด้วยตนเอง สามารถลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงในบุตรหลานของตน โดยวิเคราะห์จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุว่าปัจจัยใดยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยง ในการให้ทันตสุขศึกษานั้นนอกจากให้ความรู้แล้ว ควรสร้างความตระหนักและสร้างทักษะในการจัดการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ โดยจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันจริงฝึกตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์และรอยโรคฟันผุ ฝึกการประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดฟันผุ การแนะนำให้ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในความเข้มข้นที่เหมาะสมกับความเสี่ยง และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ควรมีการรับฟังอุปสรรคข้อจำกัดของผู้ปกครอง และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นให้ผู้ปกครองกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการกำจัดปัจจัยเสี่ยง รวมถึงให้แรงเสริมเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้ปกครองในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่



การใช้ฟลูออไรด์ที่ให้โดยทันตบุคลากร หรือบุคลากรสาธารณสุข

การใช้ฟลูออไรด์ในเด็กปฐมวัย ที่ให้โดยทันตบุคลากรหรือบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกฝนแล้ว คือการใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงซึ่งสามารถช่วยป้องกันและหยุดยั้งฟันผุในระยะเริ่มต้น โดยการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็กในวัยนี้ แนะนำให้ใช้เป็น 5% โซเดียมฟลูออไรด์วาร์นิช [2] สำหรับความถี่ในการทาขึ้นกับระดับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของเด็ก แสดงในตารางที่ 3 ไม่ควรใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กที่มีประวัติการแพ้วัสดุที่มีลักษณะกาวเหนียวเป็นส่วนประกอบ เช่น พลาสเตอร์ยา หรือวัสดุทางทันตกรรมอื่น ๆ เช่น สารยึดติดต่าง ๆ (adhesive) ที่มักมีสารโคโลโฟนี (colophony) เป็นส่วนประกอบ





วิธีการทาฟลูออไรด์วาร์นิช

1. ทำความสะอาดฟันโดยเช็ดฟัน ขัดฟัน หรือแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันในกรณีที่มีด้านประชิด
2. กั้นน้ำลายและเช็ดผิวฟันให้แห้ง
3. ใช้พู่กันขนาดเล็ก (micro brush) หรือก้านฟองน้ำขนาดเล็ก (micro sponge) ทาฟลูออไรด์วาร์นิชบาง ๆ บนผิวฟันและทาซ้ำบริเวณที่มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น และบนด้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ด้านประชิด และด้านบดเคี้ยว เป็นต้น หลีกเลี่ยงการทาโดนเนื้อเยื่ออ่อน เพื่อลดโอกาสการแพ้ หรืออาการระคายเคือง
4. ภายหลังการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันที่ทาฟลูออไรด์วาร์นิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติดและการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน



การวางแผนติดตาม หรือการกลับมาตรวจ

ระยะเวลาในการวางแผนติดตามขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ทันตแพทยสมาคมฯ แนะนำให้เด็กที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ กลับมาตรวจทุก 6-12 เดือน เด็กที่มีความเสี่ยงสูงกลับมาตรวจทุก 3-6 เดือน และ เด็กที่มีความเสี่ยงสูงมากกลับมาตรวจทุก 3 เดือน [1] ดังแสดงในตารางที่ 3 ในการกลับมาตรวจทุกครั้ง ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเปรียบเทียบกับการประเมินที่ผ่านมา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ยังคงอยู่ หรือเกิดขึ้นใหม่ ร่วมกันหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขกับผู้ปกครอง กระตุ้นให้กำหนดเป้าหมายความสำเร็จ ในกรณีที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้อาจวางแผนติดตามเฉพาะบุคคลเพื่อกระตุ้นซ้ำให้แรงเสริมและความช่วยเหลือจนมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลง นอกจากนี้ในการกลับมาตรวจควรมีการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ ติดตามการลุกลามของรอยโรคฟันผุ ฟันผุใหม่ที่เกิดขึ้น สภาพของวัสดุบูรณะฟัน และมีการให้ฟลูออไรด์ที่ให้โดยทันตบุคลากร

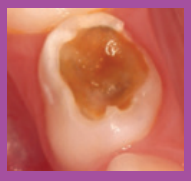
ตารางที่ 3 ความถี่ในการให้ฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากรและการกลับมาตรวจตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

ความถี่ในการจัดการ	ความเสี่ยงในการเกิดฟันผุระดับบุคคล		
	ต่ำ	สูง	สูงมาก
การใช้ฟลูออไรด์วาร์นิช (5% โซเดียมฟลูออไรด์) [2]	-	ทุก 3-6 เดือน	ทุก 3 เดือน
การกลับมาตรวจ [1]	ทุก 6-12 เดือน	ทุก 3-6 เดือน	ทุก 3 เดือน



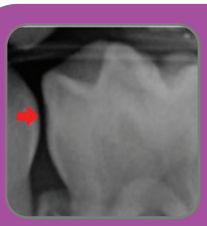
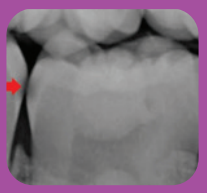
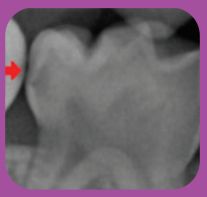
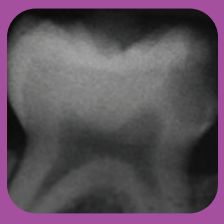
3.3 การจัดการรอยโรคฟันผุ

รอยโรคฟันผุแบ่งตามระบบการตรวจและประเมินฟันผุนานาชาติ (International caries detection and assessment; ICDAS) [3] เป็น 6 ระดับ ดังภาพที่ 2

 A	ICDAS 1 ฟันเริ่มผุเมื่อเป่าให้ฟันแห้งพบมีรอยโรคขาวขุ่น (white spot lesion) ถ้าฟันเปียกจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง
 B	ICDAS 2 ฟันเริ่มผุมีรอยเปลี่ยนแปลงสีผิวเคลือบฟันชัดเจนทั้งแห้งและเปียก
 C	ICDAS 3 ฟันผุในชั้นผิวเคลือบฟันที่มีการแตกหักของผิวเคลือบฟัน
 D	ICDAS 4 ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟันแต่ไม่แสดงเป็นโพรงออกมาให้เห็นชัดเจน เห็นเป็นเงา (shadow) สะท้อนผ่านผิวเคลือบฟัน
 E	ICDAS 5 ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของด้านบดเคี้ยว
 F	ICDAS 6 ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดมากกว่าครึ่งหนึ่งของด้านบดเคี้ยว

ภาพที่ 2 A-F ลักษณะทางคลินิก ICDAS 1-6

ส่วนรอยโรคฟันผุจากภาพรังสี แบ่งตามระบบการจำแนกฟันผุและการจัดการนานาชาติ (The international caries classification and management system; ICCMS) [4] เป็น 6 ระดับ ดังภาพที่ 3

 A	RA 1 เงาดำใน 1/2 ของเคลือบฟันส่วนนอก (radiolucency within outer 1/2 of enamel)
 B	RA 2 เงาดำใน 1/2 ของเคลือบฟันส่วนใน (radiolucency within inner 1/2 of enamel)
 C	RA 3 เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนนอก (radiolucency within outer 1/3 of dentin)
 D	RB 4 เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนกลาง (radiolucency within middle 1/3 of dentin)
 E	RC 5 เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนใน (radiolucency within inner 1/3 of dentin)
 F	RC 6 เงาดำถึงเนื้อเยื่อใน (radiolucency into the pulp)

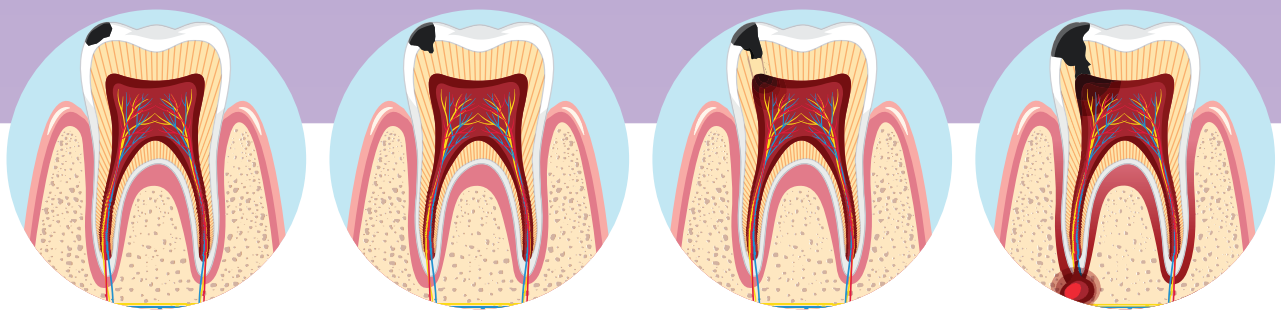
ภาพที่ 3 A-F ภาพรังสีของฟันผุระดับต่าง ๆ



ในการจัดการรอยโรคฟันผุในฟันน้ำนมจะพิจารณาจาก ตำแหน่งของฟันผุ ความลึกของรอยผุ (depth of lesion) การมีโพรงฟันผุ (cavitation) และสภาวะฟันผุ (caries activity) นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงสถานที่ในการให้บริการ ได้แก่ การให้บริการในคลินิกทันตกรรม (clinical setting) และ การบริการภาคสนาม (outreach setting) เช่นการให้บริการทันตกรรมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งมีความจำกัดของเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร

ตำแหน่งของฟันผุ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบดเคี้ยว (occlusal surface)
2. ด้านประชิด (proximal surface) ที่สัมผัสกับฟันข้างเคียง
3. ด้านผิวเรียบ (smooth surface) ได้แก่ ด้านแก้ม (buccal) ด้านริมฝีปาก (labial) ด้านลิ้น (lingual) ด้านเพดาน (palatal) และ ด้านประชิดที่ไม่สัมผัสกับฟันข้างเคียง



ความลึกของรอยผุ พิจารณาจากการตรวจทางคลินิก ฟันผุนั้นอยู่ในระดับเคลือบฟัน (enamel) หรือระดับเนื้อฟัน (dentin)

การมีโพรงฟันผุ ฟันผุระยะเริ่มต้น (initial) และปานกลาง (moderate) ส่วนใหญ่จะไม่พบโพรงฟันผุ แต่ฟันผุในระยะนี้อาจจะสูญเสียผิวเคลือบฟันเล็กน้อย เกิดเป็นโพรงขนาดเล็ก ส่วนฟันผุระยะกว้างขวาง (extensive) จะพบโพรงฟันผุ

สภาวะฟันผุ แบ่งเป็น 2 แบบคือ

1. สภาวะอยู่นิ่ง (inactive) ฟันผุที่อยู่ในสภาวะอยู่นิ่ง มีลักษณะผิวเรียบ แข็ง
2. สภาวะลุกลาม (active) ฟันที่อยู่ในสภาวะลุกลาม มีลักษณะผิวไม่เรียบ มีสีขาวเหลืองไม่มันวาว มีคราบจุลินทรีย์บนรอยผุ ถ้าเป็นรอยผุด้านประชิด พบว่ามีความสัมพันธ์กับคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ

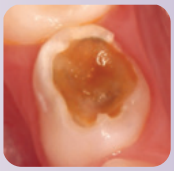
รอยโรคฟันผุที่อยู่ในสภาวะอยู่นิ่ง จัดการโดยการดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติ ส่วนรอยโรคฟันผุที่อยู่ในสภาวะลุกลามต้องได้รับการจัดการโดยแนวทางการจัดการรอยโรคฟันผุในฟันน้ำนมแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แนวทางการจัดการรอยโรคฟันผุในฟันน้ำนม

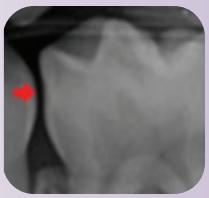
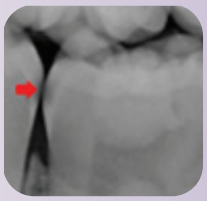
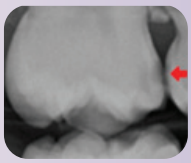
ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting)
Occlusal caries				
ฟันผุระดับผิวเคลือบฟัน (enamel caries) • ฟันไม่มีโพรงผุอยู่ในสภาวะลุกลาม (active non-cavitated lesions)	 • ผิวเคลือบฟันมีการเปลี่ยนแปลงสี เช่น ขุ่นขาว ถ้าฟันเปียกจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง มีคราบจุลินทรีย์บนรอยผุ	1	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • Resin based sealant [6-9] • GI sealant* [7, 10] * กรณีที่ควบคุมความชื้นได้ยาก	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • GI sealant [7, 10]
	 • ผิวฟันไม่เรียบ มี สีขาว เหลือง ไม่มันวาว การเปลี่ยนแปลงสีผิวเคลือบฟันพบได้แม้ฟันไม่แห้ง มีคราบจุลินทรีย์บนรอยผุ	2		

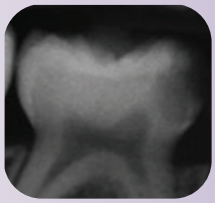
ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting)
ฟันผุระดับผิวเคลือบฟัน (enamel caries) • ฟันมีโพรงผุอยู่ในสภาวะลุกลาม (active cavitated lesions)	 • ผิวเคลือบฟันไม่เรียบ สีเปลี่ยนแปลง อาจพบการแตกหัก ของผิวเคลือบฟัน แต่ไม่ลุกลามถึงเนื้อฟัน มีคราบจุลินทรีย์บนรอยผุ	3	• Resin based sealant [6-9] • GI sealant* [7, 10] * กรณีที่ควบคุมความชื้นได้ยาก	• GI sealant* [7, 10]
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันไม่มีโพรงผุอยู่ในสภาวะลุกลาม non-cavitated lesions)	 • ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟัน แต่ไม่แสดงเป็นโพรงออกมาให้เห็นชัดเจน เห็นเป็นเงา (shadow) สะท้อนผ่านผิวเคลือบฟัน	4	• Resin based sealant # [6, 7] • GI sealant [7, 10, 11] • Minimally invasive restoration # [11] # กรณีที่เห็นเป็นเงาสะท้อนเป็นบริเวณกว้าง มีแนวโน้มจะเกิดการแตกหักของผิวเคลือบฟัน	• GI sealant* [7,10,13]

ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting)
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 • ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟัน แต่ไม่แสดงเป็นโพรงออกมาให้เห็นชัดเจน เห็นเป็นเงาผิวเคลือบฟันมีการแตกหัก	4	• Resin based sealant # [6, 7] • GI sealant [7, 10, 11] • Minimally invasive restoration # [11] # กรณีที่เห็นเป็นเงาสะท้อนเป็นบริเวณกว้าง มีแนวโน้มจะเกิดการแตกหักของผิวเคลือบฟัน	• GI sealant* [7,10,13]
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 • ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของด้านบดเคี้ยว	5	• Minimally invasive restoration [5, 11]	• ART [12-14] • SDF [7, 18] • SMART [16-18]
	 • ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดมากกว่าครึ่งหนึ่งของด้านบดเคี้ยว	6	• Minimally invasive restoration [5, 11] • SSC [14]	• ART [12-14] • SDF [7, 18] • SMART [16-18]

ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting)
Smooth surface caries				
ฟันผุระดับผิวเคลือบฟัน (enamel caries) • ฟันไม่มีโพรงผุ อยู่ในสภาวะลุกลาม (active non-cavitated lesions)	 • ฟันเริ่มผุเมื่อเป่าให้ฟันแห้ง พบมีรอยโรคขาวขุ่น (white spot lesion) ถ้าฟันเปียกจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง	1	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 7, 11]	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 7, 11]
	 • ฟันเริ่มผุมีรอยเปลี่ยนแปลงสีผิวเคลือบฟันชัดเจนทั้งแห้งและเปียก	2		

ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting)
ฟันผุระดับผิวเคลือบฟัน (enamel caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 • ผิวเคลือบฟันไม่เรียบมีการแตกหักไม่ลุกลามถึงเนื้อฟัน ผิวเคลือบฟันมีสีเปลี่ยนแปลง มีคราบจุลินทรีย์บนรอยผุ • ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟันแต่ไม่แสดงเป็นโพรงออกมาให้เห็นชัดเจน เห็นเป็นเงา (shadow) สะท้อนผ่านผิวเคลือบฟัน	3 , 4	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 7, 11] • Minimally invasive restoration (ใช้กรณีต้องการความสวยงาม หรืออยู่ในบริเวณที่ทำความสะอาดยาก) [5, 11]	• ส่งเสริมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,500 ppm. [1, 5] • Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 7, 11]
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 • ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของด้านเรียบ	5	• Minimally invasive restoration [5, 11]	• ART [12-14] • SMART [16-18] • SDF [7, 17]
	 • ฟันผุเป็นโพรงในชั้นเนื้อฟันขนาดมากกว่าครึ่งหนึ่งของด้านเรียบ	6	• Minimally invasive restoration [5, 11] • SSC [14]	• ART [12-14] • SMART [16-18] • SDF [7, 17]

ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting) (ในกรณีที่มีเครื่อง X-ray)
Proximal caries				
ฟันผุระดับผิวเคลือบฟัน (enamel caries) • ฟันไม่มีโพรงผุ (non-cavitated lesions)	 ผิวฟันปกติ ภาพรังสีเงาดำใน 1/2 ของเคลือบฟันส่วนนอก	RA1	• Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 11]	• Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 11]
	 เงาดำใน 1/2 ของเคลือบฟันส่วนใน ± รอยต่อผิวเคลือบฟัน-เนื้อฟัน (enamel-dentin junction; EDJ)	RA2		
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันไม่มีโพรงผุ (non-cavitated lesions)	 ผิวฟันปกติ แต่อาจพบสันฟันมีการเปลี่ยนสี (marginal ridge discoloration) ภาพรังสี : เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนนอก	RA3	• Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 7, 11] • Minimally invasive restoration [5, 11]	• Surface remineralization e.g. fluoride varnish [1, 11]

ความลึกของรอยผุ (Depth of lesion)	ลักษณะทางคลินิก (Clinical appearance)	ระดับของรอยผุ (ICDAS)	การจัดการ (Management)	
			คลินิกทันตกรรม (Clinical setting)	การบริการภาคสนาม (Outreach setting) (ในกรณีที่มีเครื่อง X-ray)
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวฟัน อาจไม่มีหรือมีการแตกหักของสันฟัน (intact or breakdown marginal ridge) ภาพรังสี : เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนกลาง	RB4	• Minimally invasive restoration [5, 11] • SSC [14]	• ART [12-14] • SMART [16-18] • SDF [7, 17]
ฟันผุระดับเนื้อฟัน (dentin caries) • ฟันมีโพรงผุ (cavitated lesions)	 พบโพรงฟันผุในเนื้อฟันชัดเจน ภาพรังสี : เงาดำใน 1/3 ของเนื้อฟันส่วนใน	RC5	• Minimally invasive restoration [5, 11] • SSC [14]	• ART [12-14] • SMART [16-17] • SDF [7, 17]

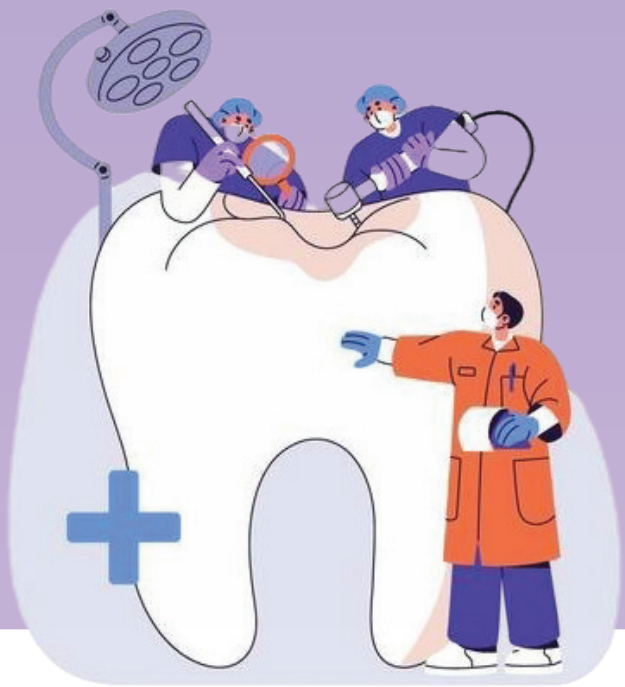


หมายเหตุ:

1. การบูรณะฟันแบบอนุรักษ์ (minimal invasive restoration) ในคนไข้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง แนะนำให้ใช้วัสดุที่สามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ (fluoride releasing materials) เช่น กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (high viscous glass ionomer cement; HVGIC) หรือ เรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (resin modified GI; RMGI) มากกว่า เรซินคอมโพสิต (composite resin) [19]

2. ในการบริการภาคสนาม กรณีฟันผุเป็นโพรง (ICDAS 5 & 6 และ RB 4 & RC 5) ถ้าไม่สามารถทำการควบคุมฟันผุที่มีการบูรณะฟันด้วยวิธี atraumatic restorative treatment (ART) หรือ simplified and modified atraumatic restorative treatment (SMART) ได้ทันที แนะนำให้ใช้ SDF เพื่อหยุดการลุกลามของฟันผุ (caries arrested) ก่อน แล้วจึงกลับไปบูรณะต่อ silver modified atraumatic restorative treatment (SMART) โดยแนะนำให้ใช้วัสดุบูรณะเป็น HVGI เท่านั้น

3. ในคลินิกทันตกรรม กรณีฟันผุเป็นโพรง (ICDAS 5 & 6, RC 5) หากไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธี minimal invasive restoration หรือ SSC ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความร่วมมือของเด็กและเวลา ให้พิจารณาทำ ITR (interim therapeutic restoration) [14] หรือตามแนวทางการบริการภาคสนาม



การบูรณะฟันแบบอนุรักษ์ (Minimal Invasive Restoration)

เป็นการบูรณะฟันที่มีการเลือกกำจัดเนื้อฟันส่วนที่ผุ (selective caries removal) โดยกำจัดเนื้อฟันผุออกทั้งหมดบริเวณส่วนที่ไกลจากเนื้อเยื่อใน (pulp) เพื่อให้เกิดการแนบที่ดีของวัสดุอุด และสามารถเหลือส่วนที่นิ่ม (soft caries) ในบริเวณใกล้เนื้อเยื่อในเพื่อหลีกเลี่ยงการทะลุเนื้อเยื่อใน แล้วบูรณะด้วยวัสดุที่เหมาะสมกับขนาดของโพรงฟัน เช่น กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ หรือ เรซินคอมโพสิต เป็นต้น



ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride ; SDF)

ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ที่ใช้ส่วนใหญ่คือ ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ร้อยละ 38 ไม่ควรใช้ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ในเด็กที่แพ้โลหะเงิน ผู้ที่มีเหงือกอักเสบเป็นแผล (ulcerative gingivitis) หรือเนื้อเยื่อในช่องปากอักเสบ (stomatitis)



วิธีทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์

ปริมาณที่ใช้ในการทาไม่เกินครั้งละ 1 หยด (25 ไมโครลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม โดยมีขั้นตอนการทาดังนี้

1. กำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ กันน้ำลายบริเวณฟันที่มีรอยผุด้วยผ้าก๊อซ หากรอยผุอยู่ใกล้เหงือกให้ทาปิโตเลียมเจลบนเหงือกบริเวณใกล้เคียงนั้น
2. เป่าฟันและรอยผุให้แห้ง
3. ใช้ฟองน้ำขนาดเล็ก ทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์บนรอยผุ (1 หยด เพียงพอสำหรับใช้ทาฟันได้ 5 ซี่)
4. รอให้ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ซึมเข้าสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที
5. ล้างส่วนเกินออกด้วยน้ำ

ภายหลังการทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ รอยโรคฟันผุที่ถูกยับยั้ง (arrested caries) จะมีสีน้ำตาล ดำ (ผิวหรือเนื้อฟันปกติจะไม่ติดสี) รอยผุควรได้รับการทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ซ้ำ โดยทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ไปจนกว่ารอยโรคจะหยุดผุ รอยผุได้รับการบูรณะ หรือฟันหลุดไปตามธรรมชาติ หลังจากที่การลุกลามของฟันผุชะลอลงแล้ว ควรพิจารณาทำการบูรณะฟันตามปกติ เมื่อมีความพร้อมของเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



Interim Therapeutic Restoration (ITR)

วัตถุประสงค์ของการบูรณะชั่วคราวเพื่อรอเวลาเหมาะสมที่จะบูรณะฟันแบบถาวร ขั้นตอนการทำคล้ายกับวิธีของ ART ทำโดยการเลือกกำจัดส่วนผุที่นิ่มออกโดยใช้ hand instrument เช่น spoon excavator หรือหัวเบอร์ชนิดกรอช้า (slow-speed rotary burs) แล้วบูรณะชั่วคราวด้วยวัสดุกลุ่มกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ โดยควรเลือกใช้วัสดุที่มีสีแตกต่างจากสีฟัน เช่น ฟูจิ 7 (Fuji VII) เพื่อให้สะดวกต่อการรื้อออกเมื่อต้องการบูรณะแบบถาวร



Atraumatic Restorative Treatment (ART)

เป็นการบูรณะฟันที่มีการกำจัดรอยโรคฟันผุส่วนผุที่นิ่ม (soft caries) ออก โดยใช้ hand instrument หรือหัวเบอร์ชนิดกรอช้า โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ แล้วบูรณะด้วยวัสดุบูรณะฟันที่ไม่ไวต่อความชื้นและปล่อยฟลูออไรด์ได้ โดยแนะนำให้ใช้วัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (high viscous glass ionomer cement; HVGIC)







อัตราความสำเร็จของ ART ที่ทำการบูรณะด้วยวัสดุกลุ่มกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง สูงที่สุดเมื่อทำการบูรณะในฟันที่ผุเป็นรูเพียงด้านเดียว (single-surface ART) [20-23] โดยเมื่อติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี อัตราการคงอยู่ (survival rate) ของ ART ที่บูรณะด้านเดียวด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (single-surface HVGI) เท่ากับร้อยละ 94.3 ในขณะที่ ART ที่บูรณะหลายด้าน (multi-surface ART) ความสำเร็จจะลดลง เท่ากับร้อยละ 65.4 [20] ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าอัตราการล้มเหลว (annual failure rate) ของ ART ที่บูรณะด้านเดียว และ ART ที่บูรณะหลายด้าน เท่ากับร้อยละ 4.7 และ 17.0 ต่อปี ตามลำดับ [23]

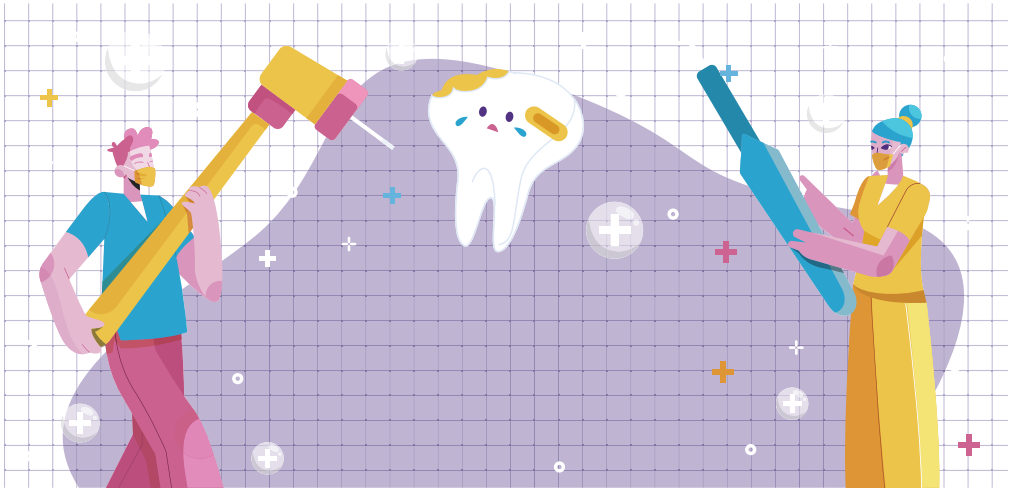




Simplified and Modified Atraumatic Restorative Treatment (SMART)

เป็นทางเลือกหนึ่งในการควบคุมรอยโรคฟันผุที่เป็นโพรงโดยเฉพาะฟันน้ำนม มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาน้อย ใช้เพียงอุปกรณ์พื้นฐาน ไม่จำเป็นต้องใช้เก้าอี้ทำฟัน สามารถทำในภาคสนาม ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เป็นการบูรณะฟันที่พัฒนาจาก ART โดยใช้เฉพาะเครื่องมือ hand instrument เช่น spoon excavator เน้นการกำจัดส่วนผุเฉพาะตรงรอยต่อของเนื้อฟัน-เคลือบฟันเพื่อให้เกิดการแนบที่ดีตามขอบของวัสดุอุด เหลือเนื้อฟันผุบริเวณที่ลึกใกล้โพรงฟันไว้ แล้วบูรณะด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (HVGIC)





วิธีทำการควบคุมรอยโรคฟันผุที่เป็นรูด้วยวิธี SMART

1. กำจัดเนื้อฟันผุตามขอบของโพรงฟันให้สะอาดด้วย spoon excavator โดยเนื้อฟันผุที่อยู่ใกล้โพรงฟันสามารถปล่อยทิ้งไว้ได้
2. ล้างทำความสะอาดรูฟันผุด้วย triple syringe หรือในภาคสนามให้ใช้สำลีชุบน้ำและซับด้วยสำลีแห้ง
3. ทา 10% polyacrylic acid (dentin conditioner) เป็นเวลา 10 วินาที
4. ล้างและเป่าลมให้แห้ง ในภาคสนามให้ล้างด้วยสำลีเปียกก้อนเล็กและซับด้วยสำลีแห้ง
5. ทำการผสมวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ หรือปั่นแคปซูล ตามที่บริษัทผู้ผลิตแนะนำ
6. ใส่วัสดุลงในรูฟันผุและหลุมร่องฟันโดยรอบ ใช้นิ้วที่มีปิโตเลียมเจลบาง ๆ กดวัสดุให้แนบกับรูฟันผุและหลุมร่องฟัน กำจัดวัสดุส่วนเกินด้วย hand instrument เช่น carver
7. ทาน้ำยาเคลือบหรือปิโตเลียมเจลบนวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ เพื่อไม่ให้น้ำลายมาสัมผัสโดนขณะวัสดุกำลังแข็งตัว
8. รอจนวัสดุแข็งตัว ตรวจสอบและกำจัดจุดสบสูง หากมีเพียงเล็กน้อยอาจปล่อยไว้ได้ วัสดุจะสึกไปเองในที่สุด

Silver-Modified Atraumatic Restorative Technique (SMART)

เป็นการใช้ SDF ที่มีคุณสมบัติการหยุดการผุได้อย่างรวดเร็ว ร่วมกับการบูรณะฟันแบบ simplified and modified atraumatic restorative treatment เพื่อควบคุมรอยโรคฟันผุ โดยมี 2 ทางเลือกคือ

ทางเลือกที่ 1. multiple-appointment SMART : ทา SDF ในโพรงฟันผุเพื่อหยุดการผุของฟันก่อน แล้วในครั้งต่อมาตักส่วนผุบริเวณรอยต่อของเนื้อฟัน-เคลือบฟัน แล้วบูรณะฟันด้วย HVGIC

ทางเลือกที่ 2. same-day SMART : ทา SDF ในโพรงฟันผุ แล้วตักส่วนผุบริเวณรอยต่อของเนื้อฟัน-เคลือบฟัน ตามด้วยการบูรณะโพรงฟันด้วย HVGIC โดยทำทั้งหมดในครั้งเดียวกัน



เอกสารอ้างอิง

1. The Dental Association of Thailand. Guideline on caries risk assessment and management. J Dent Assoc Thai 2023;73(4) : 232-49.
2. The Dental Association of Thailand. Guideline on use of fluoride in dentistry. J Dent Assoc Thai. 2023;73(2) : 92-103.
3. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(3):170-8.
4. Pitts NB, Martignon S, Douglas GVA, Deery C, Ellwood R, Manton DJ, et al., editors. ICCMS™ Guide for Practitioners and Educators ICDAS Foundetion, 2014.
5. Tinanoff N, Banerjee A, Buzalaf MAR, Chen JW, Dhar V, Ekstrand KR, et al. Principles and care pathways for caries management in children: IAPD Rome forum. Int J Paediatr Dent. 2024;34(5) : 692-9.
6. Chi DL, van der Goes DN, Ney JP. Cost-effectiveness of pit-and-fissure sealants on primary molars in Medicaid-enrolled children. Am J Public Health. 2014;104(3) : 555-61.
7. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, Fontana M, Guzmán-Armstrong S, Nascimento MM, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc. 2018;149(10) : 837-49.e19.
8. Pitts NB, Ekstrand KR. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(1):e41-52.
9. Wright JT, Tampi MP, Graham L, Estrich C, Crall JJ, Fontana M, et al. Sealants for preventing and arresting pit-and-fissure occlusal caries in primary and permanent molars. Pediatr Dent. 2016;38(4) : 282-308.

10. Wright JT, Crall JJ, Fontana M, Gillette EJ, Nový BB, Dhar V, et al. Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: A report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. J Am Dent Assoc. 2016;147(8):672-82.e12.
11 Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on carious tissue removal. Adv Dent Res. 2016;28(2) : 58-67.
12. Holmgren CJ, Roux D, Doméjean S. Minimal intervention dentistry: part 5. Atraumatic restorative treatment (ART)--a minimum intervention and minimally invasive approach for the management of dental caries. Br Dent J. 2013;214(1):11-8.
13. Jiang M, Fan Y, Li KY, Lo ECM, Chu CH, Wong MCM. Factors affecting success rate of atraumatic restorative treatment (ART) restorations in children: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2021;104:103526.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill. : American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:452-65. 2024.
15. Horst JA, Ellenikiotis H, Milgrom PL. UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride: rationale, indications and consent. J Calif Dent Assoc. 2016;44(1) : 16-28.
16. Aly AAM, Aziz AMA, Elghazawy RK, El Fadl RKA. Survival analysis and cost effectiveness of silver modified atraumatic restorative treatment (SMART) and ART occlusal restorations in primary molars: a randomized controlled trial. J Dent. 2023;128:104379.
17. Duffin SR. SMART oral Health: the medical management of caries: Independently Published; 2019.
18. Seifo N, Cassie H, Radford JR, Innes NPT. Silver diamine fluoride for managing carious lesions: an umbrella review. BMC Oral Health. 2019;19(1):145.
19. Cheng L, Zhang L, Yue L, Ling J, Fan M, Yang D, et al. Expert consensus on dental caries management. Int J Oral Sci. 2022;14(1):17.
20. de Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2018;22(8) : 2703-25.

21. Lo EC, Holmgren CJ. Provision of Atraumatic Restorative Treatment (ART) restorations to Chinese pre-school children–a 30-month evaluation. Int J Paediatr Dent. 2001;11(1) : 3-10.
22. Frencken JE, Liang S, Zhang Q. Survival estimates of atraumatic restorative treatment versus traditional restorative treatment: a systematic review with meta-analyses. Br Dent J. 2021 Apr21. doi : 10.1038/S41415-201-2701-0. Epub ahead of print.
23. van't Hof MA, Frencken JE, van Palenstein Helderman WH, Holmgren CJ. The atraumatic restorative treatment (ART) approach for managing dental caries: a meta-analysis. Int Dent J. 2006;56(6) : 345-51.

ภาคผนวก

1. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
   (Motivational Interviewing : MI)
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหลักฐานแสดงความยินยอม
   ใช้ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์เพื่อหยุดยั้งโรคฟันผุ
3. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน
4. กระบวนการพัฒนาแนวทางการควบคุมและจัดการ
   โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
   (Guidelines for the Control and
   Management of Early Childhood Caries)



การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)



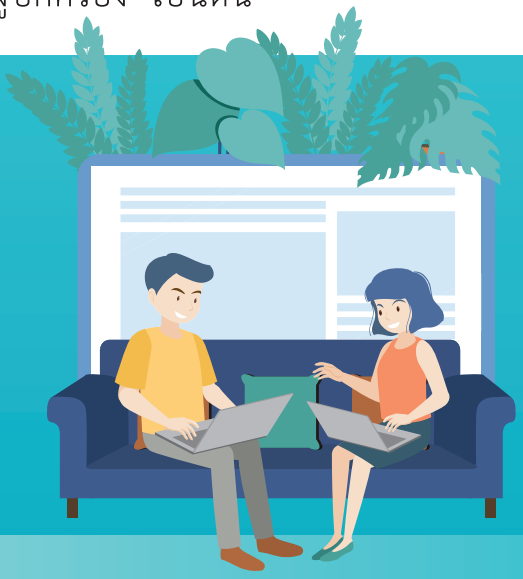


การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)

เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นถูกพัฒนาและมีความชัดเจนมากขึ้นในปี ค.ศ. 1991 ภายหลังการร่วมงานของ ดร.วิลเลี่ยม มิลเลอร์ และ ดร.สตีเฟน โรลนิค นักจิตบำบัดชาวอเมริกัน โดยใช้เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาซึ่งยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client center counseling) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบำบัด ค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จุดเน้นที่สำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การช่วยให้ผู้รับบำบัดตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจทำให้เป็นปัญหาในอนาคต และแนวทางการจัดการกับปัญหาเหมาะสมกับผู้รับบำบัดที่มีความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับภาวะความลังเลใจและก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลงสำหรับคนที่มีทักษะและมีต้นทุนเดิมก็สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้[1]



การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางและมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่[2] การเลิกดื่มสุรา[3] การบริโภคอาหาร[4] การออกกำลังกาย[5] หรือเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ[6] หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง[7] เป็นต้น





สำหรับหลักการสำคัญอันเป็นเสมือนหัวใจหลักของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความยั่งยืน ประกอบด้วย 3 ส่วน[1] ได้แก่

1. การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) มากกว่าการเผชิญหน้า (Confrontation)
2. การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษา (Evocation) มากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Imposing)
3. การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy) มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมไปกับสัมพันธภาพอันดีจึงจะสามารถดึงให้ผู้มีปัญหาหันมามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ในกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย จะใช้หลักการของ “OARS” [8] ซึ่งประกอบด้วย

1. การตั้งคำถามปลายเปิด (Open end questioning)
2. การแสดงความชื่นชม (Affirmation)
3. การสะท้อนตอบ (Reflective listening)
4. การสรุปความ (Summarization)

จากหลักการที่กล่าวมาข้างต้น ทันตแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างบทสนทนาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก โดยรายละเอียดและตัวอย่างบทสนทนาแสดงให้เห็นตามตารางดังนี้

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยตามหลักการ “OARS”

การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)	ตัวอย่างบทสนทนาของทันตแพทย์
- คำถามที่สนับสนุนการตอบที่มีรายละเอียด มักเป็นคำถามประเภท “เพราะอะไร” “อย่างไร” เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งแตกต่างจากการถามคำถามปลายปิด ได้แก่คำถามประเภท “ใช่ไหม” “เท่าไหร่” “ที่ไหน” ซึ่งมักจะได้คำตอบสั้น ๆ - การถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ (Evocative question) ทำให้ผู้รับคำปรึกษาฉุกใจคิด ถึงความเสี่ยงและหันมาให้สนใจกับพฤติกรรมสุขภาพของตัวเอง	“คุณแม่ดูค่อนข้างกังวลกับการที่ลูกชายมีฟันน้ำนมผุเยอะนะครับ ช่วยเล่าให้คุณหมอฟังหน่อยได้ไหมครับว่าเพราะอะไร และตัดสินใจมาพบหมอฟันได้อย่างไรครับ?”



การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)	ตัวอย่างบทสนทนาของทันตแพทย์
การแสดงความชื่นชม (Affirmation)	
- การชื่นชมนี้มีความใกล้เคียงกับคำชมเชยแต่ออกจะมีวาทะโวหารที่สละสลวยกว่า โดยเน้นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การตัดสินใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยเฉพาะความพยายามปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพดี - การแสดงความชื่นชมนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมี แต่ก็ต้องเข้าใจว่า มันควรเป็นความรู้สึกจริง ๆ ของผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่เป็นเพียงการชมเชยแบบไม่จริงใจหรือขอไปที และควรใช้อย่างถูกจังหวะ ไม่ใช่บ่อยจนเกินไป	“คุณแม่พยายามแปรงฟันซ้ำให้ลูกทุกวัน ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีมากเลยนะคะ ทั้ง ๆ ที่คุณแม่เลิกงานกลับมาก็คงเหนื่อยเหมือนกัน หมอเห็นถึงความตั้งใจของคุณแม่นะคะ”



การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)	ตัวอย่างบทสนทนาของทันตแพทย์
การสะท้อนตอบ (Reflective listening)	
- เป็นการสะท้อนความที่หวังผลให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดถึงเหตุผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง - พูดถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความใส่ใจและผู้ให้คำปรึกษาประเมินดูแล้วน่าจะเสริมแรงจูงใจแก่ผู้รับคำปรึกษาได้	“โดยปกติคุณแม่จะให้น้องนอนหลับคาขวดนมอยู่บ่อยครั้งเพราะเห็นว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการกล่อมลูกเข้านอน แต่ตอนนี้คุณแม่เริ่มกังวลใจแล้วว่าการนอนหลับคาขวดนมนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้ฟันหน้าน้ำนมของน้องผุ และมีอาการปวดฟันตอนนอนจนต้องพามาพบคุณหมอในวันนี้”
- การสรุปความเป็นเสมือนการขมวดปมของการสนทนาที่ผ่านมาว่าการสนทนานั้นได้หัวข้อที่ต้องดำเนินการในประเด็นใดบ้าง - สรุปให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจและเห็นภาพรวมว่า [1] ปัญหาคืออะไร (ทั้งปัญหาหลักและปัญหาเชิงพฤติกรรม) [2] สรุปแรงจูงใจที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง (เป็นเหตุผลหรือความจำเป็น) [3] สรุปทางเลือกที่สามารถนำมาวางแผนการในการเปลี่ยนแปลงตนเอง	“ขออนุญาตถามคุณแม่อีกครั้งนะครับว่าคุณหมอเข้าใจทุกอย่างที่เราคุยกันก่อนหน้านี้หรือไม่... คุณแม่กังวลเรื่องคราบสีขาวติดอยู่บริเวณฟันหน้าบนของน้อง เพราะทำให้ฟันไม่สวยจึงพาน้องมาพบคุณหมอในวันนี้ จากการตรวจเบื้องต้นคุณหมอได้อธิบายให้คุณแม่ฟังว่ามันคือคราบขี้ฟัน คุณแม่เล่าให้ฟังเพิ่มเติมว่ากลัวน้องเจ็บเวลาแปรงฟันตรงตำแหน่งนี้ คุณหมอจึงได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องให้กับคุณแม่ และจะขอนัดมาติดตามผลอีก 3 เดือนว่าสามารถกำจัดคราบขี้ฟันตรงตำแหน่งบริเวณนี้ได้ดีขึ้นหรือไม่”



การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจส่วนใหญ่เป็นการสนทนาตัวต่อตัว และมีบางส่วนที่ทำเป็นกลุ่ม รวมทั้งอาจมีการสนทนาผ่านทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการสนทนาประมาณ 15-50 นาทีต่อครั้ง และมีจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ประมาณ 1-6 ครั้ง โดยมักมีระยะเวลาในการให้ intervention 3-12 เดือน ทั้งนี้ผู้ทบทวนงานวิจัยหลายท่านได้แนะนำว่าการมอง intervention ในลักษณะของ dosage ซึ่งหมายความว่ากระบวนการดังกล่าว อาจมีจำนวนครั้ง มีระยะเวลาที่แตกต่างกัน แต่ควรมีปริมาณรวมที่เพียงพอในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ต้องการ

โดยสรุปแล้ว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง ต้องอาศัยเทคนิคเชิงบวก สร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก จากนั้นร่วมกันวางเป้าหมายและแผนการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะช่องปากที่ดี และทำการติดตามประเมินผลร่วมกันหลังจากที่ผู้ปกครองได้ลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วว่า สุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งเป็นวิธีการที่ทันตแพทย์จะทำให้ผู้ปกครองและเด็กรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่มีบทบาทสำคัญและเดินไปสู่จุดหมายด้วยกัน



เอกสารอ้างอิง

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
2. Soria R, Legido A, Escolano C, López Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners. 2006;56(531): 768-74.
3. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, Greengold B, Nyamathi K, Marfisee M, et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. Drug and alcohol dependence. 2010;107(1): 23-30.
4. Thorpe M. Motivational interviewing and dietary behavior change. Journal of the American Dietetic Association. 2003;103(2): 150-1.
5. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. Clinical rehabilitation. 2014;28(12): 1159-71.
6. Kopp SL, Ramseier CA, Ratka-Krüger P, Woelber JP. Motivational Interviewing As an Adjunct to Periodontal Therapy-A Systematic Review. Frontiers in psychology. 2017;8:279.
7. Arrow P, Raheb J, McInnes R. Motivational Interviewing and Childhood Caries: A Randomised Controlled Trial. International journal of environmental research and public health. 2023;20(5).
8. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. Australian family physician. 2012;41(9): 660-7.
9. เทอดศักดิ์ เดชคง. แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565

เอกสารชี้แจงข้อมูลและหลักฐานแสดงความยินยอมใช้ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์เพื่อหยุดยั้งโรคฟันผุ



กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
Department of Dentistry | Bangrakam Hospital Phitsanulok
โทรศัพท์ : 0-5537-1168 , 0-5537-1170 ต่อ 118 LINE ID : @xyc0320u

เอกสารชี้แจงข้อมูลและหลักฐานแสดงความยินยอมใช้ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์เพื่อหยุดยั้งโรคฟันผุ

1.ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride) คืออะไร และ เหมาะกับใคร ?

ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์ หรือ ฟลูออไรด์สีเงิน เป็นสารน้ำที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ความเข้มข้น 44,800 ppm. + เงิน (Ag) และ แอมมีน (NH3) ถูกคิดค้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1969 ที่ประเทศญี่ปุ่น เป็นฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงที่มีฤทธิ์ฆ่าแบคทีเรียทันทีที่ทาไปในฟันผุที่ยังไม่มีอาการปวดฟัน

เหมาะสำหรับ

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ภาวะน้ำลายน้อย, ฟันผุหลายซี่ในช่องปาก
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำฟันได้ตามปกติเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพกายหรือจิตใจ เช่น เด็กเล็กที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้, เด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ผู้ป่วยที่อาจต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้ยาสลบแต่ยังไม่สามารถทำได้
3. ผู้ป่วยที่มีฟันผุเยอะหลายตำแหน่ง ไม่สามารถทำทั้งหมดได้ในครั้งเดียว เป็นต้น

2.ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากการใช้/ข้อห้าม/ข้อพึงระวัง



ผลลัพธ์

1.เมื่อทาแล้วสารโลหะเงินจะทำปฏิกิริยากับอากาศจน**ฟันกลายเป็นสีดำ**

2.สารประกอบในฟลูออไรด์จะฆ่าเชื้อแบคทีเรียจนฟันหยุดผุ

ข้อห้าม

1.ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้โลหะ

2.ห้ามใช้ในผู้ป่วยเหงือกอักเสบเป็นแผล/เยื่อบุช่องปากอักเสบ

ข้อพึงระวัง

1.สีดำของฟลูออไรด์อาจติดเหงือก/ริมฝีปาก แต่จะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์ แต่ถ้าเปื้อนเสื้อผ้าจะซักไม่ออก

2.ฟลูออไรด์มีรสชาติฝาด/รสของโลหะ

3.ข้อปฏิบัติตัวหลังการใช้

3.1 งดรับประทานอาหาร และงดดื่มน้ำอย่างน้อย 30 นาที

3.2 แปรงฟันได้ตามปกติด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1,000 - 1,500 ppm. อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งทุกเช้าและก่อนนอนตามปกติ

3.3 กลับมาตรวจฟันอีกครั้งใน 1 เดือนแรก และทุก ๆ 6 เดือนเพื่อตรวจดูรอยโรคฟันผุหลังจากทาซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์

คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน



สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการเร่งรัดการดำเนินงานลดการใช้อะมัลกัมทางทันตกรรมและเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายใต้อนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท

ที่ ๔๓ /๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของประเทศไทย และคณะอนุกรรมการพัฒนากลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรม

ตามคำสั่งกรมอนามัย ที่ ๓๘๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการเร่งรัดการดำเนินงานลดการใช้อะมัลกัมทางทันตกรรมและเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายใต้อนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางการลดการใช้วัสดุอะมัลกัมและจัดการขยะอะมัลกัมให้สอดคล้องกับข้อตกลงความร่วมมือตามอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท และแผนยุทธศาสตร์ชาติประเทศไทย นั้น

เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ แห่งคำสั่งกรมอนามัย ที่ ๓๘๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ประกอบกับมติคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการเร่งรัดการดำเนินงานลดการใช้อะมัลกัมทางทันตกรรมและเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภายใต้อนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ประธานกรรมการจึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของประเทศไทยและคณะอนุกรรมการพัฒนากลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรมโดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒. คณะอนุกรรมการพัฒนาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของประเทศไทย

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑ รองศาสตราจารย์ประทีป พันธุมวนิช ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
๑.๑.๒ นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
๑.๑.๓ นางปิยะดา ประเสริฐสม ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
๑.๑.๔ นางสาววรางคนา เวชวิธี ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) กรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๑.๑.๕ ศาสตราจารย์คลินิกศิริรักษ์ นครชัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธาน
๑.๑.๖ ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก	อนุกรรมการ

๑.๑.๗ ผู้แทนราชวิทยาลัย...

๑.๑.๗ ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ สาขาทันตสาธารณสุข — อนุกรรมการ

๑.๑.๘ ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ — อนุกรรมการ

๑.๑.๙ ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๐ ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๑ ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๒ ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๓ ผู้แทนสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๔ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๕ นางกรกมล นิยมศิลป์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๖ นางสาวนพวรรณ โพชนุกูล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๗ นางสาวนันท์มนัส แย้มบุตร ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๘ นายวรุต ชลิทธิกุล ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๑๙ นางสาวณัชชา เปรมประยูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๒๐ นายพชร เถาว์ศิริ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๒๑ นางสาวอริศรา พัตตาสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๒๒ นางสาววิจิตรา กุกำจัด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย — อนุกรรมการ

๑.๑.๒๓ นางปฐมา...

๑.๑.๒๓ นางปฐมา เชาวนเมธา อนุกรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ และเลขานุการ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๑.๑.๒๔ นางสาวพรชเนตต์ บุญคง อนุกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

๑.๒.๑ พัฒนาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของประเทศไทย เพื่อลดการใช้อะมัลกัม

๑.๒.๒ ขับเคลื่อนการใช้แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเพื่อการลดใช้อะมัลกัม

๑.๒.๓ ผลักดัน กำกับ ติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการใช้แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพ

๑.๒.๔ ประสานงานและบูรณาการเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการพัฒนากลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรม

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑ รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย ประธาน

๒.๑.๒ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย อนุกรรมการ

๒.๑.๓ ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย อนุกรรมการ

๒.๑.๔ ผู้อำนวยการกองจัดการกากของเสียและสารอันตราย อนุกรรมการ
กรมควบคุมมลพิษ

๒.๑.๕ นางนุชนารถ สุพรรณศรี อนุกรรมการ
นักวิทยาศาสตร์เชี่ยวชาญ
กองบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม
กรมโรงงานอุตสาหกรรม

๒.๑.๖ นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ อนุกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒.๑.๗ นายพงศ์ภัทร มหาทุมะรัตน์ อนุกรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๑.๘ ผู้แทนกองเครื่องมือแพทย์ อนุกรรมการ
กองควบคุมเครื่องมือแพทย์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒.๑.๙ นางสาวศิริวิมล...

๒.๑.๙ นางสาวศิริวิมล ศรีสวัสดิ์ อนุกรรมการ
ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

๒.๑.๑๐ นายจีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย อนุกรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
ชมรมทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒.๑.๑๑ นางสาวจริยา โล่สวัสดิ์กุล อนุกรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
ชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๒.๑.๑๒ นางสาวนฤกร อรุณรุ่งรัศมี อนุกรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน

๒.๑.๑๓ ผู้อำนวยการกองสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น อนุกรรมการ
กรมการปกครองท้องถิ่น

๒.๑.๑๔ นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัด อนุกรรมการ
สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๑.๑๕ นางสาวศิริพร หิ้นจิ้ว อนุกรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๑ วัดธาตุทอง
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

๒.๑.๑๖ นายประโชติ กราบกราน อนุกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเลขานุการ
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

๒.๑.๑๗ นางสาวธนิษฐา หองสุวรรณ อนุกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

๒.๑.๑๘ นางสาวนันท์มนัส แย้มบุตร อนุกรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๒.๑ พัฒนากลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรม คัดแยก เก็บรวบรวม การขนส่ง ตลอดจนถึงการกำจัด

๒.๒.๒ ขับเคลื่อนกลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรม

๒.๒.๓ กำกับ ติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการขับเคลื่อนกลไกการจัดการขยะอะมัลกัมจากคลินิกทันตกรรม

๒.๒.๔ ประสานงาน...

๒.๒.๔ ประสานงานและบูรณาการเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)
อธิบดีกรมอนามัย
ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการเร่งรัดการดำเนินงาน
ลดการใช้อะมัลกัมทางทันตกรรมและเสริมสร้างขีดความสามารถ
ของประเทศในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายใต้อนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท

ร่าง นันทัมมนัส
ตรวจ นันทัมมนัส
พิมพ์ ศิริวิมล

กระบวนการพัฒนาแนวทางการควบคุม และจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Guidelines for the Control and Management of Early Childhood Caries)



กระบวนการพัฒนาแนวทางการควบคุม และจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Guidelines for the Control and Management of Early Childhood Caries)

Flow Chart	รายละเอียด	ระยะเวลา	เอกสาร/Link	ผู้รับผิดชอบ
แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย				**ผู้รับผิดชอบหลัก** - คณะทำงานพัฒนาแนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
พัฒนาแนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	1. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 2. กำหนดขอบเขตและรูปแบบการดำเนินงาน 3. ทบทวนและรวบรวม สถานการณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 4. จัดทำ (ร่าง) แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ปี พ.ศ. 2567-2568	1.https://dental.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-2567/218833 2.https://dental.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-2567/219329	
ไม่ผ่าน พิจารณา ผ่าน	5. จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแนวโดยคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทบทวน ปรับปรุง และแก้ไขต้นฉบับแนวทาง	ปี พ.ศ.2568	https://dental.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-2/220522	
ชี้แจงแนวทางเครือข่าย	6. ชี้แจงแนวทางร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	ปี พ.ศ.2568	https://dental.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-2/221466	
นิเทศติดตาม	7. นิเทศติดตามการใช้แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พร้อมปรับปรุงแก้ไข	ปี พ.ศ.2568-2569		





กรมอนามัย
Department of Health



สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย