E- 277985

การประยุกต์ สบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

Application of the PBRI Model in Oral Health Promotion

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[1*], ภาสกร ศรีไทย[1], มารุต ภู่พะเนียด[1], นพดล ทองอร่าม[1], อนุพงษ์ สอดสี[1]

Sutthisak Surirak[1*] , Passkorn Srithai[1] ,Marut Phuphaniat[1] ,Nopadol Thongaram[1] ,Anuphong Sodsee[1]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก[1*]

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi[1*]

(Recived: March 13, 2025; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 29, 2025)

บทคัดย่อ

ปัญหาฟันผุสามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็ก การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล สำหรับคัดกรองสุขภาพช่องปากด้วยรหัสสี 7 ระดับ และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและลดภาระโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) คัดกรองสุขภาพช่องปากและจัดกลุ่มสีเพื่อกำหนดแผนจัดการฟันผุรายบุคคล 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ การสร้างทักษะการแปรงฟัน ย้อมสีคราบจุลินทรีย์ ปรับพฤติกรรมบริโภคน้ำตาล และการให้ฟลูออไรด์ พร้อมบริการเคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน หรือรักษารากฟันตามระดับความรุนแรง 3) ประเมินผลหลังครบภาคเรียนในด้านสถานะฟันผุ พฤติกรรม และต้นทุนการรักษา ผลการคัดกรองฟันน้ำนมพบฟันผุระดับส้ม–แดง–ดำ 75 ซี่ก่อนดำเนินการ ลดเหลือ 70 ซี่หลังดำเนินการ (ลดลงร้อยละ 6.7) ในขณะที่ฟันแท้ระดับเดียวกันลดลงจาก 49 ซี่เหลือ 37 ซี่ (ลดลงร้อยละ 24.5) จำนวนฟันปกติและฟันอุดคงที่หรือเพิ่มขึ้น แสดงถึงการชะลอการลุกลามของโรค ความรู้เรื่องการดูแลช่องปากเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 11.2 คะแนน และคะแนนประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.5 ค่าใช้จ่ายคาดการณ์ในการแก้ไขปัญหาฟันน้ำนมลดลงจาก 82,570 บาทเหลือ 44,770 บาท และฟันแท้ลดจาก 160,000 บาทเหลือ 28,360 บาท คิดเป็นการประหยัดงบประมาณรวม ประมาณร้อยละ 67.8 ข้อค้นพบยืนยันว่า การประยุกต์ สบช.โมเดล ร่วมกับมาตรการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา สามารถลดความรุนแรงของโรคฟันผุ เสริมทักษะการดูแลช่องปาก และลดต้นทุนการรักษาได้

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก, สบช.โมดล, สร้างเสริมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : Sutthisak3523@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ : 083-0776939)

Abstract

Dental caries can cause pain, infection, and impaired mastication, ultimately affecting weight, growth, and self-esteem in children. This study applied the SBC Model—a seven-level, colour-coded oral-health screening system—to promote oral health and lessen the caries burden among primary-school pupils. The intervention comprised three sequential phases: 1) screening and colour-stratification to formulate individual caries-management plans; 2) Ottawa Charter-guided health-promotion activities, including tooth-brushing skill training, plaque-disclosing with dye, sugar-consumption counselling, and topical fluoride, together with fissure sealing, restorative care, or endodontic treatment according to lesion severity; and 3) end of semester evaluation of caries status, oral health behaviours, and treatment costs. Before the programme, 75 deciduous teeth were classified in the orange–red–black range (moderate-to-severe caries); this number declined to 70 after the intervention (-6.7 %). Comparable lesions in permanent teeth fell from 49 to 37 (-24.5 %). The counts of sound and filled teeth remained stable or increased, indicating slower disease progression. Mean oral-health knowledge rose by 11.2 points, and brushing-efficacy scores improved by 18.5 %. Projected expenditure for treating affected deciduous teeth dropped from THB 82,570 to THB 44,770 while permanent tooth costs fell from THB 160,000 to THB 28,360 an overall saving of approximately 67.8 %. These findings confirm that integrating the SBC Model with Ottawa Charter-based health-promotion strategies can markedly reduce caries severity, enhance self-care competencies, and lower treatment costs in schoolchildren. The approach is therefore recommended for broader adoption in similar educational settings.

Keywords: Oral health, PBRI Model, Health promotion

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันของการจัดบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน ได้แก่ พื้นที่ในเขตเมืองมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) ซึ่งหลายแห่งมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary medical care) พบว่า ยังขาดความครอบคลุมในบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ความเชื่อมโยงกับการบริการในชุมชน ขณะที่พื้นที่ในชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการให้บริการ ซึ่งเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่าการรักษาพยาบาล แต่ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ยังขาดความชัดเจนนอกเหนือจากด้านการให้บริการยังพบว่าในหลายพื้นที่ยังมีปัญหาการดำเนินการของระบบงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น การเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการส่งต่อ ระบบสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณา

การในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนั้น จำเป็นต้องมีกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิขึ้น ซึ่งในปัจจุบัน “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ ๒๕๖๒ เพื่อให้การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพให้กับประชาชน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น และช่วยลดรายจ่ายของประเทศได้ในระยะยาว (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565)

ในสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขที่ยังพบมากอีกโรค คือ โรคฟันผุ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตประจำวัน ทั้งทำให้มีกลิ่นปาก อาการเสียวฟันและอาการปวดฟัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบทั้งด้านพัฒนาการ ด้านสติปัญญา ด้านโภชนาการ และด้านบุคลิกภาพ โดยอาการเหล่านี้ส่งผลทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ บางคนต้องขาดเรียน ทำให้มีผลต่อการเข้าสังคม และการเรียนรู้ของนักเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรทำให้มีผลต่อบุคลิกภาพในอนาคต (ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) นอกจากนั้นโรคฟันผุยังสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปถึงอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม และอาจส่งผลกระทบรุนแรงถึงแก่ชีวิต ปัญหาฟันผุสามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็ก และที่สำคัญคือปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อการเรียน ทำให้เด็กหยุดเรียนอันเนื่องจากการเจ็บปวดหรือต้องไปรับการรักษาทางทันตกรรม และปัญหาฟันผุนำไปสู่การสูญเสียฟันในวัยเด็ก และอาจสะสมจนต้องสูญเสียฟันทั้งปากในวัยสูงอายุตามมา จากสถิติการใช้บริการทันตกรรมที่ผ่านมาจะพบว่าประชาชนใช้บริการทันตกรรมถอนฟันมากที่สุด รองลงมาขูดหินน้ำลาย และอุดฟัน ส่วนงานบริการทางทันตกรรมป้องกัน และการคัดกรองสุขภาพช่องปากนั้นน้อยมาก (วริศรา พานิชเกรียงไกร และคณะ, 2560) จึงแสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับที่รุนแรงแล้วจึงมาพบทันตบุคลากรทั้งที่โรคสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อไม่ให้สูญเสียฟัน

รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 49.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.2 ซี่ต่อคน ซึ่งใกล้เคียงกับผลจากการสำรวจครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ที่มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.4 ซี่ต่อคน และพบสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 80.2 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมาที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 66.3 ด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพและการรับบริการสุขภาพช่องปากของนักเรียน พบว่า การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ลดลงจากการเปรียบเทียบผลสำรวจครั้งที่ผ่านมา ร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 42.2 ด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล การกินลูกอม และการกินขนมกรุบกรอบ พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทุกวัน เป็นร้อยละ 10.6 การกินลูกอมทุกวันเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 56.8 เป็นร้อยละ 73.6 การกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 65.7 และด้านการรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ที่เคยปวดฟัน ร้อยละ 36.4 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟัน ร้อยละ 12.2 และได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 74.5 การรักษาฟัน และเหงือก ร้อยละ 50.8 และสถานบริการภาครัฐเป็นสถานบริการหลัก

ของประชาชนในการเข้ารับบริการ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561; สำนักทันตสาธารณสุข, 2566) ซึ่งจากผลการสำรวจทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมาพบมากที่สุดในเขตภาคกลาง และจากรายงานสภาวะช่องปากของเด็กจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ.2560 พบว่า เด็กอายุ 6 ปี 9 ปี และ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 9.42 25.60 และ 44.4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นตั้งแต่ปี 2557-2560 ทุกลุ่มอายุมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2566) เป็นที่น่าสงสัยว่าเหตุใดเด็กที่มีอายุเพิ่มขึ้นแทนที่จะมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลงตามความสามารถในการดูแลตัวเองที่มีมากขึ้นตามวัย แต่กลับมีปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถหรือความรู้ตามวัยในการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวแต่อาจจะประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ดังเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี (มารุต ภู่พะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต, 2562)

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเคลือบฟันและเนื้อฟันส่วนที่โผล่ขึ้นมาในช่องปากทำให้มีการสลายตัวเปื่อยยุ่ย เป็นรูและขยายเป็นโพรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาการผุทำลายจะลุกลามถึงโพรงประสาทฟันและจะมีอาการปวดฟันได้ เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันเกิดการติดเชื้ออาจบวมและเป็นหนองและเชื้อโรคอาจแพร่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ กระบวนการเกิดโรคฟันผุเป็นภาวะเสียสมดุลระหว่าง “กระบวนการสลายแร่ธาตุ”กับ“กระบวนการคืนกลับแร่ธาตุ” กล่าวคือ กระบวนการสลายแร่ธาตุ (demineralization) เป็นผลจากกรดที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากโดยเฉพาะกลุ่ม streptococcus และ lactobacillus ย่อยสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (แป้งและน้ำตาล) จนเกิดกรดแลคติกที่มีปริมาณและความรุนแรงมากพอ (pH<5.5) ก็จะสลายผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ (hydroxyapatite) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของเคลือบฟันออกมาเป็นแร่ธาตุอยู่ในคราบจุลินทรีย์และน้ำลาย ขณะเดียวกันน้ำลายและคราบจุลินทรีย์เองก็มีความเข้มข้นของแคลเซียมและฟอสฟอรัสระดับยิ่งยวดทำให้เกิดการตกตะกอนของแร่ธาตุย้อนกลับเข้าสู่ตัวฟันได้ กระบวนการนี้เรียกว่ากระบวนการคืนกลับแร่ธาตุ(Remineralization) กระบวนทั้ง 2 นี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อใดก็ตามที่กระบวนการสลายแร่ธาตุมากกว่ากระบวนการคืนกลับแร่ธาตุก็จะมีการสูญเสียแร่ธาตุจากเคลือบฟันก่อให้เกิดรอยโรคที่พบเป็นลักษณะเป็นจุดขาว (white spot lesion) ซึ่งเป็นอาการของโรคฟันผุระยะเริ่มแรกโดยในระยะเริ่มต้นจะยังคงมีผิวเคลือบฟันด้านนอกอยู่เพียงแต่มีการสูญเสียแร่ธาตุข้างใต้ผิวเคลือบฟัน (subsurface lesion) แต่ถ้าทิ้งไว้โดยไม่มีการลดกระบวนการสลายแร่ธาตุและเสริมการเกิดกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุก็จะเกิดการสลายแร่ธาตุจากเคลือบฟันมากขึ้นจนกระทั่งเกิดเป็นรูผุในที่สุด(กุสุมาวดี อุทิศพันธ์ สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และวิสาขา อุปพงศ์, 2563) ลักษณะอาการและการรักษาจำแนกได้ดังนี้ 1) โรคฟันผุระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผิวฟันเริ่มถูกทำลายด้วยกรดในน้ำตาล ผิวฟันจะมีการสึกกร่อนเล็กน้อย ยังมองไม่เห็นการผุกร่อนที่ชัดเจน อาจมองเห็นเป็นจุดสีน้ำตาลหรือสีดำบนผิวฟัน ยังไม่มีอาการเจ็บปวด รักษาโดยการอุดฟัน 2) โรคฟันผุระยะที่ 2 เป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 1 ซึ่งไม่ได้รับการรักษาถึงขั้นเนื้อฟัน ผุลุกลามเร็วกว่าระยะแรก มองเห็นชัดเจนเป็นรูสีดำ อาจมีเศษอาหารติด และจะรู้สึกเสียวฟันเวลาดื่มน้ำเย็น หรืออาหารหวานจัด ร้อนจัด เป็นต้น ต้องรักษาโดยการอุดฟัน 3) โรคฟันผุระยะที่ 3 เป็นการผุต่อจากระยะที่ 2 ที่ไม่ได้รับการรักษา มีการทำลายเนื้อฟันจนทะลุถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ระยะนี้จะมีอาการปวดฟันอย่างรุนแรง อาจปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นพัก ๆ เคี้ยวอาหารลำบากปวดมากจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ต้องรักษาโดยการถอนฟันหรือรักษารากฟันเป็นบางกรณี 4) โรคฟันผุระยะที่ 4 เป็นการผุที่มีเชื้อโรคทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน ดังนั้นการรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกทำลายไปจึงไม่รู้สึกเจ็บปวดแต่การติดเชื้อลุกลามจนถึงกระดูกที่รองรับฟัน เกิดฝีหนองมีอาการบวม แก้มบวม

คางโย้ ปวดแบบตื้อ ๆ และร้าวไปขากรรไกร ระยะนี้มีเชื้อโรคลุกลามไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่นได้ ต้องรักษาโดยการถอนฟันหรือรักษารากฟันเป็นบางกรณี

การควบคุมป้องกันโรคฟันผุสามารถดำเนินการได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1)การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก่อนที่จะเกิดฟันผุ 2)การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเพื่อรักษาในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเป็นรูผุชัดเจน และ 3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการรักษาฟันที่ผุเป็นรูแล้วด้วยการอุดฟัน (Sitthisettapong, Tasanarong, Phantumvanit, 2021)

ระดับการป้องกัน	การจัดการฟันผุ
การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์
การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	ตรวจคัดกรองสุขภาพฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกัน
การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)	อุดฟัน

ซึ่งมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสามารถดำเนินการตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ที่ใช้กลยุทธ์พื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) การชี้แนะ (Advocate) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน 2) การทำให้มีความสามารถ (Enable) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และ3) การไกล่เกลี่ย (Medicate) เป็นต้องบูรณาการการดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้เกี่ยวข้องต้องเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งดำเนินงานภายใต้กิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2560) คือ 1) การกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public policy) มีการกำหนดแนวทางในการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สบช.โมเดล ทุกปีการศึกษา 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Health environment) สร้างแหล่งเรียนรู้ และสื่อทางสุขภาพช่องปากในโรงเรียน 3) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Empowerment) สร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงเรียน 4) การสร้างทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) เสริมสร้างทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และปรับพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลให้แก่นักเรียน 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (Reoriented health care service) บริการเชิงรุกในโรงเรียนด้วยการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สบช.โมเดล และส่งต่องานบริการทันตกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับเด็กที่ต้องรักษา เช่น เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถอนฟัน จากแนวคิดในการคัดกรองสุขภาพฟันตาม สบช.โมเดล เชื่อว่าการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ ช่วยให้การจัดการโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยที่เกินจำเป็นในรายที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ทันท่วงที (สุคนธ์จิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560) จากมาตรการดังกล่าวจะ

เห็นได้ว่าการแก้ปัญหาโรคฟันผุควรต้องดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มฟันซี่แรกเป็นต้นมา เนื่องจากฟันผุไม่สามารถกลับคืนสภาพภาพเดิมได้หากเกิดพยาธิสภาพแล้ว ทำได้เพียงยับยังรอยผุไม่ให้ดำเนินต่อไป ดังนั้นการควบคุมป้องกันโรคฟันผุต้องเริ่มตั้งแต่มารดาของทารกต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของลูก (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554) เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดีควรสร้างเสริมสุขภาพช่องปากมารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ การลดปัญหาสุขภาพช่องปากระหว่างตั้งครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในช่องปาก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ และส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าแม่ที่มีฟันผุในปากสามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่ลูกโดยทางน้ำลาย และสุขภาพช่องปากมารดามีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากลูก (Lee, Kim, Lee and Kim, 2019) ดังนั้นการคัดกรองความเสี่ยงและดูแลสุขภาพช่องปากในระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ควรบูรณาการไปพร้อมกับการให้บริการในหญิงตั้งครรภ์

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2565 – 2568 ซึ่งกำหนดให้มียุทธศาสตร์ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลสู่ชุมชน ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชน ให้บริการทางวิชาการแก่สังคมโดยเน้นความร่วมมือกับชุมชน ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสานทั้ง 5 บทบาทการดูสุขภาพภาพประชาชน ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กตั้งแต่แรกเริ่มฟันซี่แรกดังแนวคิดดังกล่าวข้างต้น โดยมีกระบวนการตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การคัดกรองโรคฟันผุ และการบริการทางทันตกรรม บูรณาการกับการเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม ประจำปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 1 รายวิชา ผลการดำเนินการมีการบูรณาการโครงการกับการเรียนการสอน 6 รายวิชา ได้แก่ วิชาการส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ 02 07301 212 วิชาวิทยาการระบาดและวิทยาการระบาดในช่องปาก 02 07301 316 วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน 02 07301 329 โครงการพัฒนางานทันตสาธารณสุขชุมชน 5324 444 โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (เทคนิคเภสัช) 0207105102 อนามัยสิ่งแวดล้อม 1 0207300324 โดยจากแนวคิด สบช.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกกลุ่มสี ความหมาย และการจัดการโรคฟันผุตามแนวคิด สบช.โมเดล

กลุ่มสี	ความหมาย	การจัดการโรคฟันผุ
ขาว	ฟันปกติ	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน
เขียวอ่อน	เสี่ยง (มีคราบจุลินทรีย์มาก, รอยโรคด่างขาว)	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน
เขียวเข้ม	ฟันอุด	ฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ย้อมสีฟัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาตรการใช้ฟลูออไรด์
เหลือง	ฟันผุระดับเคลือบฟัน	การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกัน, อุดฟัน
ส้ม	ฟันผุระดับเนื้อฟัน	อุดฟัน
แดง	ฟันผุใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน	อุดฟันด้วยวิธีซับซ้อน Pulp capping
ดำ	ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน	รักษารากฟัน/ถอนฟัน

จากตารางที่ 1 แสดงการแบ่งกลุ่มสี ความหมาย และการจัดการโรคฟันผุ โดยแนวคิด สบช.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ แบ่งออกเป็น 7 สี ได้แก่สีขาว ฟันปกติ สีเขียวอ่อน มีความเสี่ยง ฟันสีเขียวเข้ม ฟันที่ได้รับการอุด โดย 3 กลุ่มนี้เน้นการจัดการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคฟันผุ สีเหลือง ฟันผุระดับเคลือบฟัน สีส้ม ฟันผุระดับเนื้อฟัน 2 กลุ่มนี้จัดการโดยการอุดฟัน สีแดง ฟันผุใกล้ทะลุโพรงประสาท จัดการโดยการอุดฟันที่มีวิธีการซับซ้อน และสีดำ ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน จัดการโดยการรักษารากฟันหรือถอนฟัน

ภาพที่ 1 แสดงแนวคิดสบช.โมเดลการจัดการโรคฟันผุ



ภาสกร ศรีไทย (2565)

กรณีศึกษา:การประยุกต์สบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ดำเนินการนำแนวคิดสบช.โมเดลการจัดการโรคฟันผุ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีการศึกษา 2566 โดยมีการปรับรวมกลุ่มสีเหลืองกับสีส้ม เนื่องจากมีข้อจำกัดในการแยกระดับฟันผุในชั้นเคลือบฟันกับเนื้อฟัน มีผลการดำเนินการ ดังนี้

ผลการดำเนินงาน

1. ผลการตรวจโรคฟันผุก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

1.1 ฟันน้ำนมของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังดำเนินงาน

ตารางที่ 2 ผลการตรวจโรคฟันผุในฟันน้ำนมก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันน้ำนม	ก่อนดำเนินการ จำนวน (ซี่)	หลังดำเนินการ จำนวน (ซี่)
สีขาว	141	141
สีเขียวอ่อน	11	11
สีเขียวเข้ม	1	5
สีส้ม	45	42
สีแดง	8	6
สีดำ	22	22

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว มีฟันน้ำนมในกลุ่มสีขาว ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 141 ซี่ กลุ่มสีเขียวอ่อน ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 11 ซี่ กลุ่มสีเขียวเข้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 1 ซี่ หลังดำเนินการเพิ่มเป็น จำนวน 5 ซี่ กลุ่มสีส้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 45 ซี่ หลังดำเนินการลดลงเหลือ 42 ซี่ กลุ่มสีแดง ก่อนดำเนินการ จำนวน 8 ซี่ หลังดำเนินการลดลงเหลือ จำนวน 6 ซี่ ส่วนกลุ่มสีดำก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 22 ซี่

1.2 ฟันแท้ของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังดำเนินงาน

ตารางที่ 3 ผลการตรวจโรคฟันผุในฟันแท้ก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	ก่อนดำเนินการ จำนวน (ซี่)	หลังดำเนินการ จำนวน (ซี่)
สีขาว	560	560
สีเขียวอ่อน	38	38
สีเขียวเข้ม	16	28
สีส้ม	47	36
สีแดง	1	0
สีดำ	1	1

จากตารางที่ 3 พบว่า นักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนวัดแก้ว มีฟันแท้ในกลุ่มสีขาว ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 560 ซี่ กลุ่มสีเขียวอ่อน ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 38 ซี่ กลุ่มสีเขียวเข้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 16 ซี่ หลังดำเนินการเพิ่มเป็น จำนวน 28 ซี่ กลุ่มสีส้ม ก่อนดำเนินการ จำนวน 47 ซี่ หลังดำเนินการลดลงเหลือ 36 ซี่ กลุ่มสีแดง ก่อนดำเนินการ จำนวน 1 ซี่ หลังดำเนินการไม่พบกลุ่มสีแดง ส่วนกลุ่มสีดำก่อนและหลังดำเนินการเท่ากัน จำนวน 1 ซี่

2. ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

2.1 ผลการประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

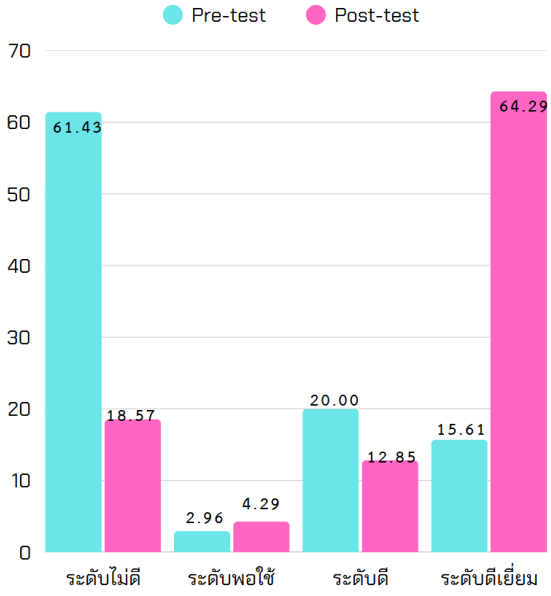
ภาพที่ 2 แสดงระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม



จากภาพที่ 2 พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.86 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 และระดับสูง ร้อยละ 67.14 ส่วนหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.43 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.29 และระดับสูง ร้อยละ 94.28

2.2 ผลการประเมินความสะอาดช่องปากก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ภาพที่ 3 แสดงระดับความสะอาดช่องปากของนักเรียนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม



จากภาพที่ 3 พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.43 ระดับพอใช้ ร้อยละ 2.96 ระดับดี ร้อยละ 20.00 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 15.61 ส่วนหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 18.57 ระดับพอใช้ ร้อยละ 4.29 ระดับดี ร้อยละ 12.85 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 64.29

3. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในแต่ละดับสีสบช.โมเดล โรงเรียนวัดแก้ว ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข นำข้อมูลการประยุกต์ใช้สบช.โมเดลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีไม่ดำเนินการจัดบริการทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสี แล้วนำไปคำนวณกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (กรมบัญชีกลาง, 2559)

3.1 ฟันน้ำนม

1) กรณีไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในฟันน้ำนม

การเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันน้ำนม	จำนวนฟัน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว เป็นสีเขียวอ่อน	141	170	23,970	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวอ่อน เป็นสีส้ม	11	400	4,400	ค่าอุดฟัน
สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม	1	400	400	ค่าอุดฟัน
สีส้ม เป็นสีแดง	45	600	22,500	ค่าอุดฟันที่ซ้ำซ้อน
สีแดง เป็นดำ	8	970	7,760	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
สีดำ	22	970	21,340	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด			80,370	

จากตารางที่ 4 พบว่า กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันน้ำนม จากสีขาว เป็นสีเขียวอ่อน จำนวน 141 ซี่ จะมีค่าใช้ที่เกิดขึ้น 23,970 บาท จากสีเขียวอ่อน เป็นส้ม จำนวน 11 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 4,400 บาท สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 400 บาท สีส้ม เป็นสีแดง จำนวน 45 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 22,500 บาท สีแดง เป็นสีดำ จำนวน 8 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 7,760 บาท และสีดำ 22 ซี่ มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 21,340 บาท รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด 80,370 บาท

2) กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 5 ระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันน้ำนม	จำนวน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว	141	-	-	
สีเขียวอ่อน	11	400	1,870	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวเข้ม	5	-	-	
สีส้ม	42	400	16,800	ค่าอุดฟัน
สีแดง	6	600	3,600	ค่าอุดฟันที่ซ้ำซ้อน
สีดำ	22	970	21,340	ค่ารักษารากฟันน้ำนม
รวมค่าใช้จ่าย			43,610	

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้ระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันเปลี่ยนไป จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ กลุ่มสีเขียวอ่อน จำนวน 11 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 1,870 บาท กลุ่มสีส้ม จำนวน 42 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 16,800 บาท กลุ่มสีแดง จำนวน 6 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 3,600 บาท กลุ่มสีดำ จำนวน 22 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 21,340 บาท รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินการทั้งหมด 43,610 บาท

3.2 ฟันแท้

1) กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 6 การเปลี่ยนระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในฟันแท้

กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	จำนวนฟัน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว เป็นสีเขียวอ่อน	560	170	95,200	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวอ่อน เป็นสีส้ม	38	400	15,200	ค่าอุดฟัน
สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม	16	400	6,400	ค่าอุดฟัน
สีส้ม เป็นสีแดง	47	600	28,200	ค่าอุดฟันที่ซ้ำซ้อน
สีแดง เป็นดำ	1	3,500	3,500	ค่ารักษารากฟัน
สีดำ	1	3,500	3,500	ค่ารักษารากฟัน
รวมค่าใช้จ่าย			152,000	

จากตารางที่ 6 พบว่า กรณีที่ไม่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม และมีการเปลี่ยนระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันแท้ จากสีขาว เป็นสีเขียวอ่อน จำนวน 560 ซี่ จะมีค่าใช้ที่เกิดขึ้น 95,200 บาท จากสีเขียวอ่อน เป็นส้ม จำนวน 38 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 15,200 บาท สีเขียวเข้ม เป็นสีส้ม จำนวน 16 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 6,400 บาท สีส้ม เป็นสีแดง จำนวน 47 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 28,200 บาท สีแดง เป็นสีดำ จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 3,500 บาท และสีดำ 1 ซี่ มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 3,500 บาท รวมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมด 152,000 บาท

2) กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 7 ระดับกลุ่มสี จำนวนซี่ฟัน และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น

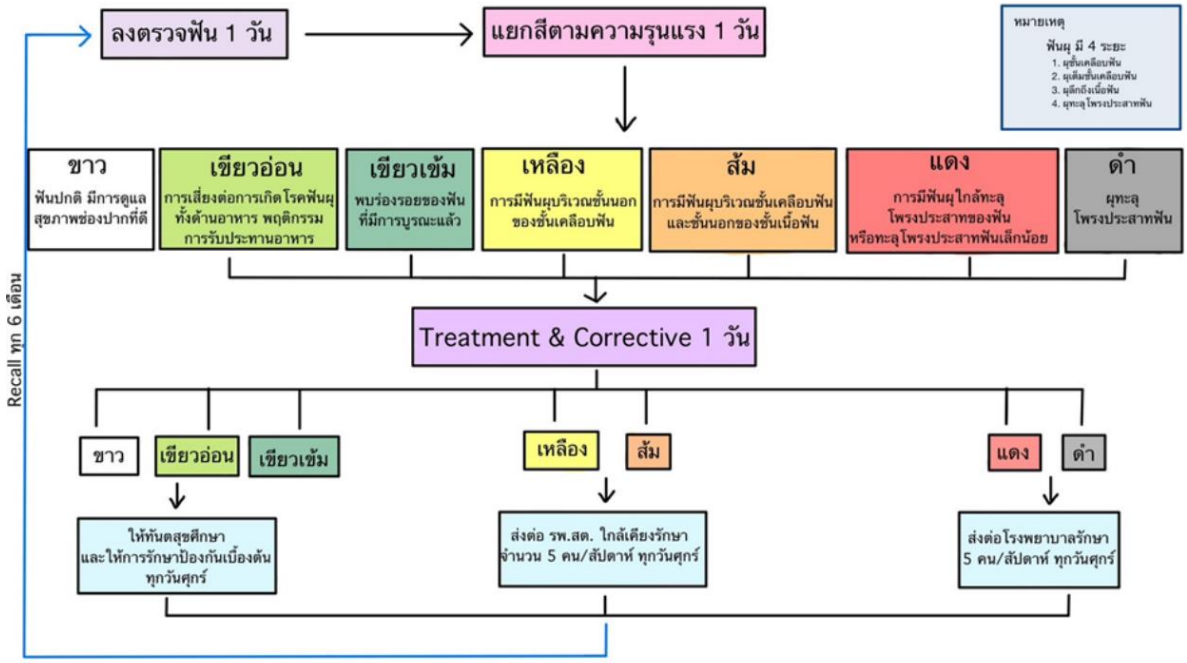
กลุ่มสีโรคฟันผุในฟันแท้	จำนวน (ซี่)	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ/ซี่ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ
สีขาว	560	-	-	
สีเขียวอ่อน	38	170	6,460	ค่าเคลือบฟลูออไรด์
สีเขียวเข้ม	28	-	-	
สีส้ม	36	400	14,400	ค่าอุดฟัน
สีแดง	-	-	-	
สีดำ	1	2,500	2,500	ค่ารักษารากฟัน
รวมค่าใช้จ่าย			23,360	

จากตารางที่ 7 พบว่า กรณีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและจัดบริการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้ระดับกลุ่มสีของโรคฟันผุในฟันเปลี่ยนไป จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ กลุ่มสีเขียวอ่อน จำนวน 38 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 6,460 บาท กลุ่มสีส้ม จำนวน 36 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 14,400 บาท กลุ่มสีดำ จำนวน 1 ซี่ จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น 2,500 บาท รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินการทั้งหมด 2,500 บาท

แนวทางแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา

การประยุกต์สบช.โมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา สามารถสรุปเป็นแผนภาพ เพื่อให้พื้นที่นำไปปรับใช้ในแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แสดงแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา



จากภาพที่ 4 ระบุขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา โดยการตรวจฟันเพื่อจัดกลุ่มโรคฟันผุตามแนวคิดสบช.โมเดล แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม จากนั้นวางแผนการให้บริการ โดยกลุ่มสีขาว เขียวอ่อน เขียวเข้ม ดำเนินการโดยให้ทันตสุขศึกษาและให้การด้านทันตกรรมป้องกันเบื้องต้นทุกวันศุกร์ กลุ่มสีเหลืองและส้ม ส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงให้การรักษา ส่วนกลุ่มสีแดงและดำส่งต่อให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ

สรุป

จากแนวคิด สบช.โมเดล ดำเนินมาตรการการจัดการโรคฟันผุ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคฟันผุอย่างมากเพราะหากรักษาฟันได้ทันท่วงทีก่อนที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นจะช่วยประหยัดทั้งในด้านการเงิน และทรัพยากรในส่วนของทางด้านทัตกรรมเป็นอย่างมาก การแบ่งสีสามารถทำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคและสามารถที่จะทำการรักษาได้ทัน สำหรับแนวทางหลังจากการคัดกรองแล้ว ในส่วนของงานรักษาก็สามารถส่งต่อได้ตามขั้นตอน แต่ในส่วนของงานป้องกันสามารถแนะนำได้ 3 แนวทาง คือ ใช้ฟลูออไรด์ ลดการรับประทานน้ำตาล และควบคุมคราบจุลินทรีย์

1. ใช้ฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์เป็นสารสำคัญในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพสูง โดยสามารถนำส่งสู่ผิวฟันได้หลายวิธี ทั้งการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (1,000-1,500 ppm) ซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานที่เข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิผลเมื่อใช้เป็นประจำวันละ 2 ครั้ง การเคลือบฟลูออไรด์เข้มข้นโดยทันตบุคลากรทุก 3-6 เดือนช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลสูงในการนำฟลูออไรด์ไปที่ผิวฟันและได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการสำคัญวิธีหนึ่งในการป้องกันฟันผุ (Walsh et al., 2019) ทั้งนี้ การใช้ฟลูออไรด์จากหลายแหล่งร่วมกันอย่างเหมาะสมจะช่วยเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้ดียิ่งขึ้น

2. ลดการรับประทานน้ำตาล น้ำตาลส่วนใหญ่ที่รับประทานเป็นน้ำตาลที่ใส่เพิ่มเติมเข้าไปทั้งระหว่างการผลิต การปรุงอาหารหรือก่อนการรับประทาน พวกขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่ม ขนมหวานและน้ำตาลในรูปแบบต่าง ๆ มักถูกใช้เป็นอาหารว่างซึ่งการรับประทานอาหารประเภทนี้บ่อย ๆ จะสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุเป็นอย่างมาก ส่วนน้ำตาลที่มีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติ เช่น นม ผักและผลไม้ไม่ค่อยทำให้เกิดฟันผุ การแนะนำเกี่ยวกับอาหารจึงควรมุ่งไปที่ “การจำกัดปริมาณ” และ “ความถี่” ในการรับประทาน สอดคล้องกับสุดาดวง กฤษฎาพงษ์ และพนิดา ธัญญศรีสังข์ (2562) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการป้องกันฟันผุควรควบคุมปริมาณและความถี่ของการบริโภคน้ำตาลให้เหมาะสม

3. ควบคุมคราบจุลินทรีย์ คราบจุลินทรีย์ (dental plaque) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดฟันผุ เนื่องจากประกอบด้วยแบคทีเรียที่สร้างกรดจากการย่อยสลายน้ำตาลในอาหาร การควบคุมคราบจุลินทรีย์จึงเป็นกลยุทธ์หลักในการป้องกันฟันผุ ซึ่งการควบคุมคราบจุลินทรีย์ทำได้ทั้งด้วยวิธีทางกลและทางเคมี วิธีทางกลที่มีประสิทธิภาพคือการแปรงฟันอย่างถูกวิธีวันละ 2 ครั้งด้วยเทคนิคที่ถูกต้องร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันเพื่อทำความสะอาดพื้นที่ที่แปรงสีฟันเข้าไม่ถึง สำหรับวิธีทางเคมี ได้แก่ การใช้ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (Alanazi et al., 2017) นอกจากนี้ การย้อมสีคราบจุลินทรีย์ช่วยให้มองเห็นคราบจุลินทรีย์ได้ชัดเจนและประเมินประสิทธิภาพของการแปรงฟันได้ดี และยังมีวิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันฟันผุประสิทธิภาพสูงคือการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) เป็นวิธีทางกายภาพปิดกั้นหลุมร่องฟันที่ลึกและแคบซึ่งแปรงสีฟันเข้าไม่ถึง ทำให้แบคทีเรียไม่สามารถเข้าไปสะสมได้ วัสดุผนึกทำให้พื้นผิวฟันเรียบขึ้น และในกรณีของวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ยังมีการปลดปล่อยฟลูออไรด์ซึ่งช่วยยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียและส่งเสริมการคืนกลับแร่ธาตุของเคลือบฟัน (ประพันธ์ กาญจนดุษฎี และเปรมจิตต์ อินทร์สะอาด, 2561)

เอกสารอ้างอิง

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2560). *สาธารณสุขและการดำเนินงานชุมชน: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา บันลือธรรม.

กรมบัญชีกลาง. (2559). รายการอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม. สืบค้นจาก https://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/cgd_circular246-2559_DentalService.pdf

กุสุมาวดี อุทิศพันธ์ สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และวิสาขา อุปพงค์. (2563). *วิทยาศาสตร์พื้นฐานของการป้องกันโรคฟันผุ*. กรุงเทพฯ: ไอกรุ๊ปเพรส.

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เบสท์ บุ๊ค.

ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12*(2), 273-286.

ประพันธ์ กาญจนดุษฎี และเปรมจิตต์ อินทร์สะอาด. (2561). แนวทางในการพัฒนาการเคลือบหลุมร่องฟันให้ยึดติดในฟันกรามแท้ซี่แรกของนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดอุทัยธานี. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 15*(3), 57-70.

มารุต ภู่พะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต. (2562). ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน. *วารสารราชพฤกษ์, 17*(3), 75-82.

วริศรา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมนัสทวีชัย, กัญจนา ติษยิคม, สุพล ลิมวัฒนานนท์ และจุฬาภรณ์ สุพล ลิมวัฒนานนท์. (2560). การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11*(2), 170-181.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2566-2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. นนทบุรี**:** สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2566). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก*. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2566, จาก https://spb.hdc.moph.go.th/hdc.

สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข.

สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2565). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ และพนิดา ธัญญศรีสังข์. (2562). น้ำตาลอิสระ: สาเหตุของโรคฟันผุ. *วิทยาสารทันตแพทย์ศาสตร์, 69*(2), 110-125.

Alanazi, K. J., Subhan, S. A., Alshehri, H. M., Aljaload, M. M., Aljafary, M. H., Alazmi, M. M. & Fawaz, A. A. (2017). Influence of Tooth Brush Grips and Brushing Techniques on Plaque Removal Efficacy. *J Dent Oral Health, 4*, 1-7.

Lee, S.M., Kim, H.N., Lee, J.H., Kim, J.B. (2019). Association between maternal and child oral health and dental caries in Korea. *J Public Health, 27*, 219–227.

Sitthisettapong, T., Tasanarong, P., Phantumvanit, P. (2021). Strategic Management of Early Childhood Caries in Thailand: A Critical Overview, *Frontiers in Public Health, 9* (664541). 1-7. DOI: 10.3389/fpubh.2021.664541

Walsh, T., Worthington, H.V., Glenny, A.M., Marinho, V.C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3(3), CD007868.