

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กวัย 21 – 30 เดือน

Factors related to early childhood caries in 21-30 months old children

ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์

กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าโอกาสการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 21 ถึง 30 เดือน เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็กอายุ 21-30 เดือน ที่ไปรับบริการในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 24 ตำบล ใน 5 จังหวัดได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ สุรินทร์ และตรัง แต่ละจังหวัดคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามความสมัครใจ ผลการศึกษา พบความสัมพันธ์ของการศึกษามารดาและบิดา กับการเกิดฟันผุของเด็ก โดยเด็กที่มารดาหรือบิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าโอกาสการเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มารดาหรือบิดามีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ด้านปัจจัยการเลี้ยงดู พบว่าเด็กที่แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กที่มาจากครอบครัวไม่สุขบุหรื มีพฤติกรรมกินนมจืด ดูดน้ำตามหลังดื่มนม และเด็กที่กินผักผลไม้เป็นประจำ มีค่าโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเด็กที่ได้รับการแปรงฟันอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และใช้ยาสีฟัน มีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้มีพฤติกรรมดังกล่าว

คำสำคัญ ฟันผุ เด็กปฐมวัย พฤติกรรม

Abstract

This Quasi-experimental study aimed to develop dental health promotion program in Well Baby Clinic in Tumbon health promoting hospitals. Study was done in 5 provinces; Chiang Mai, Chiang Rai, Prae, Surin and Trang. Activities comprised of training course for dental nurses or health personnel increased skill in community empowerment and educated mothers to brush their child's teeth by using guideline. This study

was done in 9-18 months-old children. Handout for mothers to look after their kids' teeth, toothbrush and fluoride toothpaste were provide in experimental group. In control group, there was no additional activity, only normal dental health education. Calibration was done among examiners. Twice data collection were drawn from oral examination and questionnaire, first at the age of 9-18 months-old and follow up until the child at the age of 21-30 months-old. Result found that, in control group, dmft incremental is 1.76 fold of experimental group. Risk factors related with caries in this study were consumption of sweeten milk, added sweetener in food and milk, milk fed during sleep, and child's health and regularly taken medicine are also significant risks. Protective factors were tooth brushing and eat vegetable and eat fruit as between meal menu. Health volunteer is the key person working close with mothers and child attendants in terms of oral health motivation to improve oral health outcome.

Key words: Dental Health Promotion, Early Childhood Caries (ECC), Well Baby Clinic of Tambon Health Promotion Hospitals.

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กเล็กหรือเด็กปฐมวัย (Early Childhood Caries = ECC) คือการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กที่อายุต่ำกว่า 72 เดือน โดยฟันผุเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสถานการณ์โรคฟันผุในฟันน้ำนมของประเทศไทยจากการสำรวจในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากข้อมูลพบฟันผุในเด็กมีความชุกสูง เด็กอายุ 3 ขวบพบมีฟันผุร้อยละ 56.2^[1] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมการเลี้ยงดู^[1] ทั้งนี้การผุของฟันน้ำนมเริ่มพบตั้งแต่เด็กอายุเพียง 9 เดือน ซึ่งการมีฟันผุของเด็กวัยนี้มีผลกระทบคือ เด็กจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเพิ่มขึ้น^[2] ความทุกข์ทรมานจากการปวดฟันเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหารทำให้เด็กมี

น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ต้องขาดเรียนเพื่อไปรับบริการ อุดฟัน ถอนฟัน การสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ทำให้ฟันมีโอกาสดูดซับเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุหลายอย่าง ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ มารดา ตัวเด็กเอง พฤติกรรมการเลี้ยงดู การบริโภคขนมและเครื่องดื่ม การดูแลทันตสุขภาพและการเข้าถึงบริการ และในประเทศไทยเองก็ได้มีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในศูนย์เด็กเล็กอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การจะสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองดูแลทันตสุขภาพของเด็กควรเริ่มตั้งแต่เด็กเริ่มมีฟันขึ้นตั้งแต่อายุ 6 เดือน โดยการกระตุ้นให้ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกเด็กดี สามารถปรองดองฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นโครงการระยะ 3 ปี ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึง ตุลาคม 2558 ดำเนินการใน 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ สุรินทร์ และตรัง กลุ่มเป้าหมายได้แก่แม่หรือผู้ปกครอง และเด็กอายุ 9-18 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กวัย 21-30 เดือน เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากต่อไป

วิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง การคัดเลือกประชากร ดำเนินการโดยคัดเลือกจังหวัด ตามความสมัครใจ จำนวน 5 จังหวัดได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ สุรินทร์ และตรัง แต่ละจังหวัดคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามความสมัครใจ มีจำนวนรวม 24 ตำบล กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่กลุ่มแม่และเด็กอายุ 21-30 เดือน ที่ไปรับบริการในคลินิกเด็กดี

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย

การเก็บข้อมูล ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรม การเลี้ยงดูและการทำความสะอาดช่องปาก และตรวจช่องปากเด็กเพื่อบันทึกสถานะฟันผุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติ binomial logistic regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ศึกษาคือเด็กอายุ 21-30 เดือนและผู้ปกครอง จำนวน 463 คู่ เป็นเด็กเพศชายร้อยละ 51.6. เด็กเพศหญิงร้อยละ 48.4 ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 54.0 สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นคู่ ร้อยละ 94.8 อายุเฉลี่ยของเด็กเมื่อตรวจช่องปาก เท่ากับ 27.25 ± 3.96 เดือน อายุผู้ปกครองเมื่อตอบแบบสอบถามเท่ากับ 37.21 ± 13.79 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองคิดเป็น 9,424.52 บาท ตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะประชากรสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากรสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	239	51.6

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลักกับการเกิดฟันผุ ถอน อุด (dmft) ในเด็กวัย 21 – 30 เดือน

ตัวแปร	N	p*	OR	95% CI ของ OR	p-value
ผู้เลี้ยงดูหลัก					0.004
มารดา	179	0.237	0.846	0.754 – 0.948	0.004
อื่น ๆ	167	0.269	1.000	-	-

* p = ค่าโอกาสฟันผุในแต่ละซี่

สำหรับปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดู เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านการศึกษาของมารดาและบิดา พบว่า ค่าโอกาสที่เด็กในกลุ่มมารดาหรือบิดาที่มีการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่ฟันแต่ละซี่ผุต่ำกว่ากลุ่มที่มีมารดาหรือบิดามีการศึกษาระดับประถมหรือมัธยม แตกต่างอย่างมี

ข้อมูลลักษณะประชากรสังคม	จำนวน	ร้อยละ
- หญิง	224	48.4
ผู้เลี้ยงดูหลัก		
- มารดา	250	54.0
- อื่น ๆ	213	46.0
สถานภาพการสมรสของบิดามารดา		
- คู่	439	94.8
- อื่น ๆ	24	5.2

อายุเฉลี่ยของเด็ก (เดือน) = 27.25 ± 3.96
 อายุผู้ตอบแบบสอบถาม (ปี) = 37.21 ± 13.79
 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)
 = $9,424.52 \pm 7,938.38$

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการเกิดฟันผุในเด็ก

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ปัจจัยคุณลักษณะของกับผู้ปกครอง พฤติกรรม การเลี้ยงดู และการทำความสะอาดช่องปากเด็ก กับการเกิดฟันผุ (dmft) ในเด็กวัย 21 – 30 เดือน พบว่า ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กที่เลี้ยงดูโดยมารดา มีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยคนอื่น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าโอกาสมีฟันผุของเด็กกลุ่มเลี้ยงดูโดยมารดา (p) คิดเป็น 0.237 หรือคิดเป็นร้อยละ 23.7 โอกาสมีฟันผุของเด็กกลุ่มเลี้ยงดูโดยคนอื่น คิดเป็น 0.269 หรือร้อยละ 26.9 ตาราง 2

นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ค่าโอกาสที่เด็กในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า, มัธยมศึกษา, และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีฟันแต่ละซี่ผุถอนอุดเมื่ออายุ 21 – 30 เดือน เท่ากับ 0.231, 0.269 และ 0.167 ตามลำดับ โดยเด็กในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่ามี

ความเสี่ยงที่ฟันแต่ละซี่ผุถอนอดสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.498 เท่า (95% CI : 1.170 – 1.918) ส่วนเด็กในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความเสี่ยงที่ฟันแต่ละซี่ผุถอนอดสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.833 เท่า (95% CI : 1.472-2.283)

ค่าโอกาสที่เด็กในกลุ่มบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า, มัธยมศึกษา, และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีฟันแต่ละซี่ผุเมื่ออายุ 21 – 30 เดือน เท่ากับ 0.254, 0.261 และ 0.134 ตามลำดับ โดยเด็กในกลุ่มบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่ามีความเสี่ยงที่ฟันแต่ละซี่ผุถอนอดสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูง

กว่า 2.196 เท่า (95% CI : 1.635 – 2.950) ส่วนเด็กในกลุ่มบิดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความเสี่ยงที่ฟันแต่ละซี่ผุถอนอดสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า 2.280 เท่า (95% CI : 1.718-3.027)

นอกจากนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดามารดาหรือคนในบ้าน มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุของเด็กเช่นกัน ทั้งนี้เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีบิดา มารดา หรือคนอื่นในบ้านสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีบิดา มารดา หรือคนอื่นในบ้านไม่สูบบุหรี่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดูกับการเกิดฟันผุถอนอด (dmft) ในเด็กวัย 21 – 30 เดือน

ตัวแปร	N	p*	OR	95% CI ของ OR	p-value
ระดับการศึกษาของมารดา					<0.001
ประถมหรือต่ำกว่า	96	0.254	1.498	1.170-1.918	0.001
มัธยม	219	0.261	1.833	1.472 – 2.283	<0.001
ปริญญาตรี	24	0.134	1.000	-	-
ระดับการศึกษาของบิดา					<0.001
ประถมหรือต่ำกว่า	69	0.231	2.196	1.635-2.950	<0.001
มัธยม	239	0.269	2.280	1.718 – 3.027	<0.001
ปริญญาตรี	36	0.167	1.000	-	-
การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว					<0.001
ไม่มีใครสูบ	380	0.158	1.000	-	-
บิดา/มารดาสูบ	177	0.162	1.029	0.915 – 1.156	0.637
คนอื่นสูบ	163	0.205	1.375	1.228 – 1.539	<0.001

* p = ค่าโอกาสฟันผุในแต่ละซี่

ด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดู พบว่าค่าโอกาสเกิดฟันผุในเด็กที่กินนมจืด ดูดน้ำตามหลังดื่มนม และเด็กที่กินผักผลไม้เป็นประจำ มีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จัดเป็นปัจจัยป้องกันฟันผุ ส่วนเด็กที่กินนมหวาน นมเปรี้ยว ผู้ปกครองเติมน้ำตาลในนม เด็กหลับคาขวดนม มีค่าโอกาสเกิดฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของเด็ก ขณะที่ค่าโอกาสเกิดฟันผุของเด็กในกลุ่มกินและไม่กินนมแม่เมื่ออายุ 21-30 เดือน พฤติกรรมเด็กกินนมขวดม้อดึก ดูดน้ำหวานจากขวด และเด็กที่ผู้ปกครองเคยเคี้ยวอาหารให้เด็ก ไม่มีความแตกต่างกับเด็กในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมความเสี่ยงกับการเกิดฟันผุ ในเด็กวัย 21 – 30 เดือน

ตัวแปร	N	p*	OR	95% CI ของ OR	p-value
กินนมแม่					0.869
ไม่ใช่	682	0.172	1.000	-	-
ใช่	54	0.174	1.015	0.849 – 1.214	0.869
กินนมจืด					<0.001
ไม่ใช่	225	0.202	1.000	-	-
ใช่	509	0.159	0.748	0.679 – 0.825	<0.001
กินนมหวาน					<0.001
ไม่ใช่	584	0.164	1.000	-	-
ใช่	150	0.202	1.288	1.154 – 1.437	<0.001
กินนมเปรี้ยว					<0.001
ไม่ใช่	466	0.1883	1.000	-	-
ใช่	269	0.1450	0.748	0.662 – 0.808	<0.001
เติมสารให้ความหวาน					<0.001
ไม่ใช่	731	0.1712	1.000	-	-
ใช่	5	0.3444	2.544	1.643 – 3.939	<0.001
หลับคาขวดนม					<0.001
ไม่เคย	503	0.159	1.000	-	-
มากกว่า 4 ครั้ง	142	0.216	1.455	1.298 – 1.629	<0.001
เด็กกินนมขวดมือนอก					0.972
ไม่ใช่	335	0.172	1.000	-	-
ใช่	401	0.172	0.998	0.910 – 1.095	0.972
เด็กดูดน้ำตามหลังดูดนม					<0.001
ไม่เคย	245	0.196	1.000	-	-
ให้บ้างไม่ให้บ้าง	246	0.196	1.002	0.901 – 1.115	0.965
ให้ทุกครั้งยกเว้นกลางคืน	113	0.151	0.731	0.630 – 0.847	<0.001
ให้ทุกครั้ง	132	0.096	0.439	0.373 – 0.515	<0.001
ดูดน้ำหวานจากขวด					0.365
ไม่เคย	682	0.171	1.000	-	-
เคย	54	0.183	1.085	0.909 – 1.296	0.365
เด็กกินผักผลไม้เป็นประจำ					0.002
ไม่ใช่	31	0.223	1.000	-	-
ใช่	705	0.170	0.713	0.578 – 0.879	0.002
เคยเคี้ยวอาหารให้เด็ก					0.714
ไม่เคย	593	0.171	1.000	-	-
เคย	143	0.175	1.022	0.908 – 1.15	0.714

* p = ค่าโอกาสฟันผุในแต่ละซี่

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากเด็กและการได้รับการตรวจช่องปากกับการเกิดฟันผุในเด็กวัย 21 – 30 เดือน พบว่าเด็กที่ได้รับการแปรงฟันอย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จัดเป็นปัจจัยด้านการป้องกันฟันผุ ส่วนเด็กที่ผู้ปกครองทำความสะอาดฟันโดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ด หรือเด็กที่เคยได้รับการตรวจช่องปาก ไม่มีความแตกต่างกับเด็กในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากเด็กและการได้รับการตรวจช่องปาก กับการเกิดฟันผุ ในเด็กวัย 21 – 30 เดือน

ตัวแปร	N	p*	OR (e ^B)	95% CI ของ OR	p-value
ใช้ผ้าชุบน้ำทำความสะอาดฟัน					0.107
ไม่ใช่	490	0.168	1.000		
ใช่	246	0.180	1.084	0.983 – 1.196	0.106
ความถี่ของการแปรงฟัน					<0.001
ไม่ได้แปรง/ไม่แน่	94	0.230	1.000	-	-
1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์	120	0.230	0.999	0.856 – 1.166	0.989
4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์	57	0.183	0.746	0.611 – 0.912	0.004
ทุกวัน	465	0.144	0.561	0.491 – 0.640	<0.001
การตรวจสุขภาพช่องปาก					0.151
ไม่เคย	249	0.179	1.000	-	
เคย	487	0.168	0.931	0.845 – 1.026	0.150

* p = ค่าโอกาสฟันผุในแต่ละซี่

วิจารณ์ผล

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หรือ Early childhood caries (ECC) มีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับการเกิดฟันผุในฟันแท้ ได้แก่ปัจจัยด้านอนามัยช่องปากและด้านอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคน้ำตาล อย่างไรก็ตามด้วยธรรมชาติของวิธีรับประทานอาหารของเด็กและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เด็กยังต้องพึ่งพิงพ่อแม่หรือผู้ดูแลเป็นหลัก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่หรือผู้ดูแล จึงเข้ามาอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กอยู่ไม่น้อย การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่ สภาวะของตัวฟัน เช่นการมีฟันสร้างไม่สมบูรณ์ (Enamel hypoplasia) ภาวะโภชนาการและการเลี้ยงดู เชื้อในช่องปาก การแปรงฟันและอนามัยของช่องปาก และการใช้ฟลูออไรด์รูปแบบต่างๆ รวมทั้งปัจจัยด้านสภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

การศึกษานี้พบว่า เด็กที่เลี้ยงดูโดยมารดามีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยคนอื่น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเลี้ยงดูโดยคนอื่นทำให้เด็กมีโอกาสเกิดฟันผุมากกว่า มารดาเป็นผู้เลี้ยงดู

ปัจจัยด้านการศึกษาของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็ก กล่าวคือเด็กในกลุ่มมารดาหรือบิดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าโอกาสที่ฟันแต่ละซี่จะต่ำกว่ากลุ่มที่มีมารดาหรือบิดามีการศึกษาระดับประถมหรือมัธยม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Seow และคณะในปี 2012^[1] รายงานว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูงสุดในกลุ่มเด็กที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่มีการศึกษาน้อยและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และผู้เลี้ยงดูเด็ก

มีความสัมพันธ์กับค่าโอกาสเกิดฟันผุของเด็กอายุ 21-30 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Majorana A และคณะ^[1] ในปี 2014 รายงานเช่นกันว่าอัตราการเกิดฟันผุในเด็กวัย 24-30 เดือน ที่สัมผัสกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวในช่วงขวบปีแรก จะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้สัมผัสถึง 7.14 เท่า

ด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดู พบว่าเด็กที่กินนมจืด ดูดน้ำตามหลังดื่มนม และเด็กที่กินผักผลไม้เป็นประจำ มีค่าโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมชุดนี้จัดเป็นปัจจัยด้านการป้องกันฟันผุ ส่วนเด็กที่กินนมหวาน นมเปรี้ยว ผู้ปกครองเติมน้ำตาลในนม เด็กหลับคาขวดนม มีค่าโอกาสเกิดฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของเด็ก ขณะที่ค่าโอกาสเกิดฟันผุในเด็กในกลุ่มกินและไม่กินนมแม่เมื่ออายุ 21-30 เดือน พฤติกรรมเด็กกินนมขวดเมื่อดื่กดูดน้ำหวานจากขวด และเด็กที่ผู้ปกครองเคยเคี้ยวอาหารให้เด็ก ไม่มีความแตกต่างกับเด็กในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว

ความสัมพันธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการเกิดฟันผุ ในเด็ก เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ทั้งนี้เพราะองค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆทั่วโลก ต่างสนับสนุนและผลักดันนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน (Exclusive breast feeding) การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับฟันผุในเด็ก 21-30 เดือน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายการศึกษาที่ได้ผลตรงกันว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน มีผลช่วยป้องกันฟันผุ^[4,1] แต่มีการศึกษาที่พบว่า การเลี้ยงนานกว่า 12 เดือน^[1] 18 เดือน^[2] และ 20 เดือน^[2] อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ และ การให้นมแม่ตามความต้องการของเด็กแบบไม่เป็นเวลา (on-demand) ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเช่นกัน^[2]

ด้านความสะอาดช่องปาก การศึกษาที่ผ่านมาต่างให้ผลตรงกันว่าเด็กที่นอนมัยในช่องปากไม่ได้ มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ จะมีความเสี่ยงต่อฟันผุมากกว่าเด็กที่ช่องปากสะอาด การศึกษานี้ก็ให้ผลตรงกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กที่แปรงฟัน 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีฟันผุไม่แตกต่างจากเด็กที่ไม่ได้แปรงฟัน แต่เด็กที่แปรงฟันตั้งแต่ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป จะมีค่าโอกาสของการเกิดฟันผุ น้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้แปรงฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิกุลและคณะ ในปี 2553^[2] ที่รายงานว่าผู้ปกครองที่แปรงฟันให้เด็ก 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ก็จะลดโรคฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล

การศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับค่าโอกาสการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 21-30 เดือน กลุ่มที่ศึกษา พบว่าเด็กที่แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กที่มาจากรครอบครัวยุคใหม่ไม่สูบบุหรี่ กินนมจืด ดูดน้ำตามหลังดื่มนม และเด็กที่กินผักผลไม้เป็นประจำ และเด็กที่ได้รับการแปรงฟันอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้มีพฤติกรรมดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท.: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2556.
2. Ohsuka K, Chino N, et al. Analysis of risk factors for dental caries in infants: a comparison between urban and rural areas. Environ Health Prev Med 2009; 14(2): 103-10.

3. WK. Seow. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *nt J Paediatr Dent* 2012; 22(3): 157-68.
4. Majorana A, Cagetti MG, Bardellini E, Amadori F, Conti G, Strohmenger L, Campus G. Feeding and smoking habits as cumulative risk factors for early childhood caries in toddlers, after adjustment for several behavioral determinants: a retrospective study. *BMC Pediatr* 2014; 15: 14-45.
5. Hong L, Levy SM, Warren JJ, Broffitt B. Infant breast-feeding and childhood caries: a nine-year study 2014. *Pediatr Dent* 2014; 36(4): 342-7.
6. Van Palenstein Helderma W.H., Soe W, van 't Hof MA. Risk Factors of Early Childhood Caries in a Southeast Asian Population. *J DENT RES* 2006; 85: 85-88.
7. K Tanaka, Yoshihiro M; Satoshi S, Yoshio H. Infant Feeding Practices and Risk of Dental Caries in Japan: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Pediatric Dentistry* 2013; 35 (3): 267-271(5)
8. Nobile C GA, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C and Pavia M. Nobile (2014) Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study *BMC Public Health* 2016; 16: 520
9. Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madyusoh S. Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *J Dent Res.* 2009 Feb; 88(2): 137-41.
10. Thanakanjanaphakdee W and Trairatvorakul C. Effectiveness of Parental Toothbrushing Instruction toward The 1-Year Incremental DMF Rate of 9-18 Month Old Children. *J Dent Assoc Thai* 2010; 60(2): 82-91.