

# ประสบการณ์ในงานทันตกรรมป้องกัน สำหรับเด็ก 0-5 ปี ของทันตภิบาลไทย Experience in Oral Health Prevention for Children 0-5 Years of Thai Dental Therapists

อัฉรา มณีมนโรรมย์<sup>1</sup>, ปิยะนารถ จาติเกต<sup>2</sup>, อุบลวรรณ ธีระพิบูลย์<sup>3</sup>  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน  
<sup>2</sup>สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
<sup>3</sup>คลินิกเอกชน จังหวัดเชียงใหม่

Atchara Maneemanorom<sup>1</sup>, Piyanart Chatiket<sup>2</sup>, Ubonwan Theerapiboon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pua Crown Prince Hospital, Nan

<sup>2</sup>Division of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

<sup>3</sup>Private Practice, Chiang Mai

ชม. ทันตสาร 2563; 41(2) : 135-149

CM Dent J 2020; 41(2) : 135-149

Received: 8 January, 2019

Revised: 23 April, 2019

Accepted: 8 May, 2019

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสบการณ์การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปีของทันตภิบาลไทย

**วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกแบบเจาะจง เป็นทันตภิบาลที่ได้รับรางวัลทันตภิบาลดีเด่นระดับประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 19 คน เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถาม ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและบทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานและบทบาทหน้าที่ในงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก

## Abstract

**Objective:** To study experience of Thai dental therapists in oral health prevention for 0-5 year-old children.

**Materials and method:** In-depth interviews were conducted with nineteen dental therapists who were selected by purposive sampling of national award winning dental therapist from 2010 to 2016.

The questions include role and experience in the job especially in oral health prevention for 0-5

Corresponding Author:

ปิยะนารถ จาติเกต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

Piyanart Chatiket

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

E-mail: pichatiket@yahoo.com

0-5 ปี และการแสวงหาความรู้ประกอบการทำงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

**ผลการศึกษา:** ทันตภิบาลทั้งหมดมีประสบการณ์ที่ต่างกันในงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี ทั้งการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ การนัดพบผู้ป่วยเป็นระยะหรือการเรียกผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม โดยการจัดการทางทันตกรรมป้องกันดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการตามระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในแต่ละบุคคล แต่เป็นการดำเนินการในภาพรวมและเป็นไปตามข้อตกลงของหน่วยงาน รวมทั้งยึดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก อย่างไรก็ตามพบว่า การดำเนินงานที่มีประสบการณ์มากคือ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในขณะที่การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนมมีการดำเนินงานน้อย อีกทั้งยังพบว่า ทันตภิบาลมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ไม่ถูกต้องนัก ทั้งการเลือกให้เหมาะสมกับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ข้อบ่งชี้ รวมถึงวิธีการใช้

**บทสรุป:** การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ของทันตภิบาลไทยในงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี ยังต้องการการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของแต่ละบุคคล อันจะส่งผลให้ทันตภิบาลมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานทันตกรรมป้องกันในเด็กให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อไป

**คำสำคัญ:** ทันตภิบาล ทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี

year-old children and how to update new knowledge in this specific field. All data was collected as qualitative data during October 2017 to February 2018. Then content analysis and thematic analysis were performed to categorize, analyze and summarize the data.

**Results:** The study revealed that 19 dental therapists have vary levels of experience in oral health prevention of 0-5 year-old children including caries risk assessment, periodicity of examination or recall, oral hygiene instruction, dietary advice, professional topical fluoride application and primary teeth's sealant. The mentioned interventions are not base on the individual caries risk level but depend on agreement of each of individual workplace and have to comply to policy indicators of ministry of public health. The most frequently practiced intervention is oral hygiene instruction, while primary teeth's sealant is not widely practiced. In addition, there are misconception in professional topical fluoride indication, case selection and application.

**Conclusions:** This study indicates that in order to provide an effective oral health prevention for 0-5 year-old children, experience of dental therapist should be calibrated and prioritized in the intervention selection for each patients with different levels of caries risk.

**Keywords:** dental therapist, oral health prevention, oral health prevention for children, children 0-5 years

## บทนำ

โรคฟันผุเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่พบได้บ่อยในเด็กก่อนวัยเรียน<sup>(1-3)</sup> เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม<sup>(4,5)</sup> และจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560 ยังคงพบพฤติกรรมกรรมการปล่อยให้เด็กอายุ 3 ปีและ 5 ปีแปรงฟันด้วยตนเอง การปล่อยให้เด็กดื่มนมหวานและนมเปรี้ยว รวมทั้งการใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุทั้งสิ้น<sup>(6,7)</sup>

โรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้<sup>(1)</sup> งานทันตกรรมป้องกันในเด็กจึงมีบทบาทอย่างมากในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุและเป็นสิ่งที่ทันตบุคลากรรวมทั้งประชาชนทั่วไปควรให้ความสำคัญ โดยผู้ที่มีบทบาทในงานทันตกรรมป้องกันที่ใกล้ชิดตัวเด็กและสำคัญที่สุด คือ ผู้ปกครอง<sup>(1,2,8)</sup> แต่จากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองเพียงอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอ<sup>(9,10)</sup> และจำเป็นต้องมีบุคลากรอื่นเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น นั่นคือทันตบุคลากร ซึ่งนอกจากทันตแพทย์แล้ว ในประเทศไทยยังมีทันตภิบาลหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข<sup>(11)</sup> ที่ได้รับแนวคิดการทำงานซึ่งผลิตเพื่อดูแลเด็กในกลุ่มก่อนวัยเรียนและกลุ่มวัยเรียนจากประเทศนิวซีแลนด์ ใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่าเดนทัล-เนิร์ส (dental nurse)<sup>(12)</sup> และได้เปลี่ยนชื่อเรียกเป็น เดนทัล เทอราพี (dental therapy) หรือเดนทัล เทอราพิสต์ (dental therapist) ในภายหลัง<sup>(11,12)</sup>

ในอีกหลายประเทศก็มีบุคลากรที่มีบทบาทในงานทันตสาธารณสุขเช่นกัน แต่มีชื่อเรียกและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน เช่น เดนทัล เนิร์ส หรือเดนทัล เทอราพิสต์ ที่มีบทบาทเด่นในด้านการรักษา และเน้นให้การรักษาในกลุ่มเด็กที่รับบริการทางทันตกรรมในโรงเรียน เดนทัล ไฮจินิสต์ (dental hygienist) จะเน้นที่การส่งเสริมป้องกันในเด็กและผู้ใหญ่ ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนและออรัล เฮลท์ เทอราพิสต์ (oral health therapist) เป็นการพัฒนาศักยภาพการทำงานให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นโดยการรวมทั้งบทบาทของเดนทัล เทอราพิสต์และเดนทัล ไฮจินิสต์เข้าด้วยกัน<sup>(11)</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบางประเทศจะใช้ชื่อภาษาอังกฤษเดียวกัน แต่บทบาทหน้าที่อาจจะแตกต่างกันออกไป ไม่ได้มีรูปแบบที่ตายตัวว่าหากเรียกชื่อเดียวกันจะมีบทบาทหน้าที่เหมือนกัน<sup>(11)</sup> การศึกษานี้จึงใช้ชื่อเรียกทันตภิบาลใน

ภาษาอังกฤษว่า เดนทัล เทอราพิสต์ ตามชื่อการศึกษาของ Agrasuta ในปี 2015<sup>(11)</sup>

สำหรับทันตภิบาลในประเทศไทยนั้นมีบทบาทเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค<sup>(13,14)</sup> รวมทั้งด้านการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ซับซ้อน<sup>(14)</sup> ดังที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(15,16)</sup> ตัวชี้วัดเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(17,18)</sup> สมรรถนะที่กำหนดโดยทันตแพทยสภา<sup>(19,20)</sup> รวมทั้งหลักสูตรการเรียนการสอนของทันตภิบาล<sup>(21-26)</sup> ทำให้ทันตภิบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่ช่วยขับเคลื่อนบริการด้านทันตสาธารณสุข โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล<sup>(13)</sup>

หลายการศึกษาในต่างประเทศได้ศึกษาเกี่ยวกับงานทันตกรรมป้องกันของทันตภิบาลรวมทั้งบุคลากรที่มีบทบาทใกล้เคียงกับทันตภิบาล และให้ข้อสรุปว่าทันตบุคลากรเหล่านั้นยังต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะทางทันตกรรมป้องกันอยู่<sup>(27-31)</sup> ส่วนในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาของ Nenthong และ Duangsong<sup>(31)</sup> ที่มีการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคลือบหลุมร่องฟันโดยทันตภิบาลและเสนอแนะให้มีการเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเคลือบหลุมร่องฟันให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นประจำเพื่อให้มีการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและมั่นใจ แต่ยังไม่พบการศึกษาใดที่ศึกษาถึงประสพการณ์การทำงานของทันตภิบาลไทยเกี่ยวกับงานทันตกรรมป้องกันในเด็กที่ครอบคลุมทั้งในเรื่องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ การนัดพบผู้ป่วยเป็นระยะหรือเรียกผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ รวมถึงการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าประสพการณ์เหล่านี้นับเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่ทันตบุคลากรจะใช้ในการมอบหมายงานหรือวางแผนการทำงานร่วมกับทันตภิบาล รวมทั้งยังสามารถช่วยเติมเต็มสิ่งที่ทันตภิบาลยังขาดอยู่ ซึ่งนอกจากจะเป็นโอกาสที่ทันตภิบาลจะได้พัฒนาตนเองแล้ว ยังช่วยให้ทันตภิบาลได้แสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่อีกด้วย อันจะส่งผลให้งานทันตกรรมป้องกันในเด็กสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

การศึกษานี้จึงให้ความสนใจในกลยุทธ์การป้องกันโรคฟันผุที่ทำโดยทันตภิบาล ว่าทันตภิบาลไทยมีประสพการณ์การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปีเป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกแบบเจาะจงเป็นทันตภิบาลที่ได้รับรางวัลทันตภิบาลดีเด่นระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 19 คน ซึ่งมีประสบการณ์และมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมป้องกันทั้งในกลุ่มเด็ก 0-5 ปีและในภาพรวมงานทันตกรรม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถามได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและบทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานและบทบาทหน้าที่ในงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี และการแสวงหาความรู้ประกอบการทำงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี รูปแบบการสัมภาษณ์มีทั้งการสัมภาษณ์แบบบุคคลต่อบุคคล สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และสัมภาษณ์โดยการโทรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ทั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยค่าสถิติที่ใช้ คือ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มนำร่องซึ่งเป็นทันตภิบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมกัน ได้แก่ การถามซ้ำระหว่างการสัมภาษณ์ สรุปข้อมูลที่ได้ระหว่างสัมภาษณ์เป็นระยะ นำข้อมูลที่ได้มาเทียบกับข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ และการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากบุคคลที่สาม

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ สวัสดิภาพและป้องกันภัยอันตรายของผู้ถูกวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 01/2561)

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ และส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุตั้งแต่ 31 ปีถึง 59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 9 ปีถึง 39 ปี ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จบการศึกษาทันตภิบาลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 9 คน จังหวัดขอนแก่น 6 คน จังหวัดพิษณุโลก 2 คน จังหวัดอุบลราชธานี 1 คน และจังหวัดตรัง 1 คน และศึกษาต่อด้านสาธารณสุข 18 คน มีผู้เปลี่ยนสายงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุขโดยไม่ได้ทำงานทางทันตกรรมแล้ว 1 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลเฉพาะส่วนประสบการณ์ในขณะที่เคยปฏิบัติงานทางด้านทันตกรรมอยู่เท่านั้น สถานที่ปฏิบัติงานหลักของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 คน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 6 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 2 คน และโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน ทั้งนี้ ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ สสจ. เคยปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต.หรือ รพช.ในขณะที่ได้รับรางวัลทันตภิบาลดีเด่น ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติงานตามจังหวัดในภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคเหนือ 6 คน ภาคกลาง 4 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 คน และภาคใต้ 2 คนโดยมีรูปแบบการสัมภาษณ์ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบบุคคลต่อบุคคล 3 คน โทรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 12 คน โทรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับโทรศัพท์ 3 คน และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 คน (ตารางที่ 1)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล

### 2.1 ประสบการณ์และบทบาทหน้าที่โดยรวม

มีรูปแบบการทำงานค่อนข้างหลากหลายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นระดับของสถานบริการ จำนวนประชากร จำนวนทันตภิบาลในสถานบริการ การมอบหมายงานจากหัวหน้าหน่วยงาน ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ของแต่ละพื้นที่ บางคนรับผิดชอบงานทันตกรรมในบางกลุ่มอายุ บางคนรับผิดชอบในทุกกลุ่มอายุและอาจรับผิดชอบงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจากงานทันตกรรมด้วยทันตภิบาลจำนวน 11 คนรับผิดชอบทั้งงานด้านทันตกรรมและงานอื่นๆ ของสถานบริการ

*“กรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าศูนย์ข้อมูล แล้วก็เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงานนี้แหละครับจับอ้อมสามจับอ้อม” (L- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561)*

*“มันจะแบ่งเป็น 3 ส่วนค่ะหมอ ในเรื่องของคลินิกก็ช่วย*



สุขภาพช่องปากรวมทั้งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การบริโภคอาหารและการดูแลฟัน รวมทั้งทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ในเด็กที่มีฟันน้ำนมขึ้นแล้ว และนัดพบตามรอบวัคซีนครั้งถัดไป หรือกำหนดระยะเวลา การนัดพบนอกเหนือจากรอบวัคซีนตามความเหมาะสม

“ในคลินิก *Well Baby* ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 3 ปี เลยกะ เด็กที่มาฉีดวัคซีนกับเราแรกเกิดถึง 9 เดือนนี้มาตามพยาบาล เขานัดกะ แล้วเราก็จะเข้าไปร่วมประมาณว่าเด็ก 9 เดือนแรก เราก็คงมีแปรงสีฟันให้น้องเขา บางคนที่มีฟันเราจะให้แปรงอันแรกของน้องหนู และกรณีที่นมผสมบางคนนมไม่พอให้ลูกดื่ม จากเต้าอยู่แต่ว่าบางคนให้นมอย่างเดียวที่เป็นนมผง เราก็คงแนะนำในกลุ่มนี้ให้กับผู้ปกครองเขาละ แล้วก็เด็กที่สูงกว่านี้ก็ ปีครั้งที่มาเราจะนับฟันว่ามีกี่ซี่แล้วและแนะนำให้ความรู้ให้เขา ดูแลเรื่องดื่มนมจากแก้ว อะไรก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องในช่องปากละ ก็ดูแลเรื่องลิ้นเรื่องกระพุ้งแก้ม” (H- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

“พี่ก็จะเข้าไป *Well Baby* ตอนประมาณ 6 เดือน เขาจะ ได้รับการตรวจช่องปาก ฟิกผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้วิธี *hand-on* แจกแปรงสีฟันให้ตอน 9 เดือน ก็ทา ฟลูออไรด์วานิชให้ พร้อมให้คำแนะนำตามช่วงวัย และเวลานัดจะตามรอบของ *Well Baby*” (D- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561)

**เด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี** การให้บริการส่วนใหญ่แล้วจะมีการออกตรวจสุขภาพช่องปากเชิงรุกที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีลักษณะการดำเนินงานทางทันตกรรมป้องกันโดยรวม คล้ายคลึงกับในเด็กอายุ 0-3 ปี

“เด็กพอสามปีเสร็จแล้วก็ *move* เข้าศพด. (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ถูกใหม่กะหมอบ เข้าศพด.เสร็จแล้วสมมติว่า เด็กหญิง ก.ไก่อ เขามีพฤติกรรมเขามี *risk* สูงมากในอัตรา การเกิดฟันผุที่ก็จะ *move* ไปศพด.ที่เขาเรียนด้วย เราจะลงไปพูดคุยกับคุณครูที่อยู่ในศพด.นั้นว่า หนึ่งเราจะไปดูเรื่อง พฤติกรรมการกินขนมที่ศูนย์ พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็ก แล้วเราก็จะเน้นกับคุณครูให้เหมือนกับว่า ให้เขาดูแลเด็กเป็นพิเศษอย่างนั้นกะหมอบ แล้วก็จะมีการส่งต่อ เราจะคุยกับผู้ปกครอง แล้วก็จะส่งเข้ามาในโรงพยาบาลให้หมอเด็กจัดการ เคลียร์ช่องปากของเขากะหมอบกะ” (J- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

### 2.2.1 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ

ทันตภิบาลทุกคนไม่ได้กล่าวถึงการดำเนินงานนี้อย่างชัดเจน รวมทั้งไม่มีรูปแบบการประเมินและแบบฟอร์มการประเมิน ความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งแบบฟอร์มที่ใช้นั้นใช้เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากมากกว่าใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุและส่วนใหญ่จะมีการตรวจดูสถานะในช่องปากเด็ก เช่น ตรวจลิ้นและเนื้อเยื่อต่าง ๆ จำนวนซี่ฟัน จำนวนฟันผุ คราบจุลินทรีย์ สอบถามถึงพฤติกรรม การทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหาร และการดูแลฟันของเด็ก แต่มักไม่ได้สอบถามลึกลงไปถึงปัจจัยอื่น ๆ อย่างครบถ้วน เช่น ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจอื่น ๆ สถานะช่องปากของผู้ดูแล เป็นต้น และในผู้ที่มีการประเมิน ความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุโดยส่วนใหญ่แล้วจะพิจารณาให้เด็กที่มีฟันผุและ/หรือมีพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมักไม่ได้แบ่งความเสี่ยงเป็นระดับสูง ปานกลางหรือต่ำ แต่แบ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยงมากกว่า โดยในกลุ่มเสี่ยงนี้จะมีการให้คำแนะนำการ ดูแลสุขภาพช่องปาก ปรับเปลี่ยนระยะเวลานัดพบให้ถี่ขึ้น รวมทั้งมีการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละราย

“ประเมินนี้พี่ดูแค่ฟันผุที่เขามาหาเราอะนะนะ ที่ว่าเริ่มต้น เป็นจุดขาว ๆ ก็สอนเขาจุดขาวให้แค่นี้ ไม่ได้ลงลึกมาก นะคะ กับดูว่าเขายังติดขวดหรือดูดนิ้วไหม การอมข้าว” (Q- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2561)

“เราจะมีแบบฟอร์มการตรวจฟันคะว่าเด็กตรวจฟันมี พฤติกรรมการกินยังงัย อะไรยังงัย ซึ่งแบบฟอร์มอันนี้นี่เราก็คงมีการอัปเดตของกระทรวงคะหมอบ ถ้าใครที่มัน *risk* มาก ๆ เราก็คงลงไปตรวจซ้ำ พฤติกรรมการบริโภคของเขา การแปรง ฟันของผู้ปกครอง เราจะทำตั้งแต่ศูนย์ถึงสามปีนะคะหมอบ” (J- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

### 2.2.2 การนัดพบผู้ป่วยเป็นระยะหรือเรียกผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ

ในกลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปีจะมีการนัดพบตามรอบของการ ฉีดวัคซีนซึ่งขึ้นอยู่กับสถานบริการเป็นหลัก ในขณะที่กลุ่มเด็ก อายุ 3-5 ปีจะมีการนัดพบหรือมีทันตภิบาลออกไปตรวจ สุขภาพช่องปากเด็กตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนทุก ๆ 6 เดือนโดยยึดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีทันตภิบาลที่นัดพบเด็กเพิ่มเติม ซึ่ง

จะมีการกำหนดระยะเวลาตามประสบการณ์ของทันตภิบาลแต่ละคน และการนัดพบนี้มีทั้งการนัดพบในเด็กทุกรายและการนัดพบเฉพาะเด็กที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ

“ถ้าไม่เสี่ยงจะนัดตามวัคซีนนะคะ แต่ถ้าเสี่ยงก็จะบอกเลยว่า อันนี้เสี่ยงแล้วนะคะ เริ่มมีสีน้ำตาลแล้วนะคะ ก็จะมีนัดถี่ขึ้น จะนัดสามเดือนคะคุณหมอ” (C- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2561)

“Well Baby เวลาพอหลุดขুবครึ่งไปแล้วเนี่ย คำก็จะนัดห่างละ ทีนี้เป็นหน้าที่ของเราเอง เราจะนัดเอง หลังจากนั้นส่วนใหญ่จะนัดทุกสองเดือนคะ ถึงขুবครึ่งแล้วเป็นเรานัดเอง ช่วงอายุ 6 เดือน 9 เดือน แล้วก็ขুবครึ่ง มาตามนัดรอบวัคซีนก่อนเพราะพอขুবครึ่งแล้วเด็กอายุ 18 เดือนฟันจะผุน้อยมาก แต่จะเริ่มมากตอนอายุประมาณ 2 ขวบกว่าเพราะมีการกินมากขึ้น” (F- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561)

“ปกติถ้าวางแผนเนี่ยก็คือตามตัวชี้วัดก่อนละว่าอย่างน้อย กลุ่มนี้ (อายุ 3-5 ปี) ได้รับการตรวจปีละสองครั้งเป็นเกณฑ์ตัวหลักก่อน” (O- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2561)

### 2.2.3 การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ทันตภิบาลทุกคนมีการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปีแก่ผู้ปกครอง คุณครูหรือสอนเด็กโดยตรงโดยมักทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร ซึ่งในเด็กที่ฟันน้ำนมยังไม่ขึ้นจะสอนการทำมาสะอาดช่องปาก ส่วนเด็กที่มีฟันน้ำนมขึ้นแล้วจะสอนทักษะการแปรงฟัน แต่มีส่วนน้อยมากที่สอนการใช้ไหมขัดฟัน และไม่ได้สอนอย่างเข้มงวดมากนัก และในการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากนั้นทันตภิบาลแต่ละคนก็มีรูปแบบการให้ที่แตกต่างกัน รวมถึงการใช้เครื่องมือและเทคนิคในการสอนที่แตกต่างกันออกไปเช่นกัน

“เด็กเล็กที่ไปปรับรางวัลมาอีกล่าสุดจะเป็นเรื่องของการออกแบบคู่มืออะคะหมอบ เป็นภาพสีๆ เลยคะ ใน Well Baby Clinic ที่พี่ทำอยู่ จะเป็นเน้นภาพ หมายถึงว่าจะไม่มีตัวหนังสือที่อ่านจนน่าเบื่อคะ ว่าฟันผุในเด็กภาพเป็นอย่างนี้ และระดับนี้ทำอะไรได้บ้าง จะต้องเลิกนมตอนอายุประมาณเท่าไร ผู้ปกครองที่มาทุกเคสจะต้องได้รับแต่เราก็จะนั่งคุยทุกเคสนะคะ แนะนำวิธีการใช้ถุงนิ้วให้ด้วยว่าใช้ยังไง ทำความสะอาดยังไง คือคุยตัวต่อตัวเลยคะหมอบ” (S- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561)

“เอาผู้ปกครองมานั่งตรวจด้วยกันเลยคะ ถ้าวันนั้นนัดตรวจช่องปากเด็กอะคะ บอกครูที่ศูนย์ไว้เลยว่าเชิญผู้ปกครองอยู่ด้วยวันนี้ทั้งวัน เดียวหมอบไปตรวจ แต่จะเอาเด็กเป็น model ให้พ่อแม่ ดูเลยว่านี้ไงๆ ฟันในช่องปากลูกคุณเป็นยังไง แล้วก็สอน hand-on เลยคะ แบบแปรงแห้งเลยอะคะ ก็เอาเทคนิคหลายอย่างมารวมกัน แล้วก็ตอนเข้าพยายาม deal กับผู้ปกครองว่าขอให้แปรงให้ลูก อย่างน้อยไม่มีเวลาจริง ๆ ขอวันละครั้ง จะเป็นเวลาไหนก็ได้ หมอบไม่ได้เลือกว่าเช้า กลางวัน เย็น แต่ขอวันละครั้ง ถ้าไม่มีเวลาจริง ๆ ขอวันละครั้งเลยอะไรอย่างเนี่ย ก็คุยกัน” (R- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2561)

### 2.2.4 การให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร

ในที่นี้หมายรวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการดูนมและการดื่มนมด้วย ทันตภิบาลทุกคนได้ให้คำแนะนำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยจะมีการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารและนมของเด็ก ให้คำแนะนำ รวมทั้งกำหนดมาตรการที่เข้มงวดเกี่ยวกับการบริโภคและการดื่มนมในสถานศึกษาด้วย

“มีการถาม ติดตามเรื่องเดิม เป็นไงบ้าง ช่วงนี้มีขนมครุเขาจะบอก คนนี้มี คนนั้นไม่มี บอกเขาแล้ว เขาไม่ฟัง ครูเขาจะบอกประเภทนี้” (O- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2561)

“มีการควบคุมอาหารในศูนย์เด็กเล็กให้เป็นผลไม้ ไม่มีขนมกรุบกรอบในศูนย์เด็กเล็ก” (D- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561)

### 2.2.5 การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่

ทันตภิบาลส่วนใหญ่ให้ฟลูออไรด์รูปแบบวานิช (fluoride varnish) ในเด็กอายุ 0-5 ปี แต่มีบางส่วนที่ให้ฟลูออไรด์เจลซึ่งไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้และวิธีการ ส่วนซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride) นั้นพบว่าทันตภิบาลส่วนใหญ่รู้จักฟลูออไรด์รูปแบบนี้จากการอบรม แต่ยังไม่มีการปฏิบัติในการนำมาใช้

“ส่วนตัวแล้วไม่ค่อยเอาวานิชมา เพราะว่ามันมีปัญหาที่ผู้ปกครองไม่เข้าใจแล้วมันมีสีเหลืองติดฟัน ปากก็เลยใช้ฟลูออไรด์เจลหะคะหมอบ ก็เซ็ดให้แห้ง แล้วเอาฟลูออไรด์เจลชุบสำลีก้อนเล็กๆ อย่างเงี้ยคะ มันอาจจะกันน้ำลายได้ไม่เยอะมากแต่ก็ดีกว่าวานิชในส่วนของป่าอะนะคะ บางทีวานิชมัน..มันต้องบอกว่าเราก็ไม่เชี่ยวชาญในเรื่องปริมาณวานิชสักเท่าไร”

ต้องบอกอย่างนี้” (R- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2561)

“เราก็อยากรู้ว่าซิลเวอร์ฟลูออไรด์เป็นยังไง ในขณะที่อาจารย์เคยอบรมให้เรา แต่เรายังไม่เคยเห็นตัวจริงเลย อะไรประมาณนี้ เพราะว่าโรงพยาบาลเราไม่ใช่ เขาไม่ซื้อให้เรา เราก็ไม่ได้ใช้ เราก็อยากให้อยู่ แต่ไม่มีของ (หัวเราะ)” (C- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2561)

ความถี่ในการให้อยู่ที่ระยะเวลา 3-6 เดือนซึ่งมีทั้งการกำหนดระยะเวลาจากความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุและการกำหนดตามการนัดหมายของสถานบริการ ทั้งนี้การเลือกเคลือบการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่นี้ก็มีการให้ตามความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ การให้ในเด็กทุกราย และการให้ตามข้อกำหนดของหน่วยงาน ซึ่งในตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการกำหนดให้เด็กได้รับการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ตามเป้าหมายด้วย

“เราก็จะคุยกับทางโรงพยาบาลแล้วความถี่ในการทาเนี่ยเท่าไร มันจะมี 3 เดือน 6 เดือน ถ้ากรณีเราเห็นว่าช่องปากนี้โอเค ทาทางจะย่ำแย่หนักเลยอะไรอย่างนี้ หมอเขาก็จะแนะนำว่าเป็น 3 เดือน กรณีที่โอเคมากเลยคะ ฟันดีมาก ก็จะเป็นที่ 6 เดือน” (S- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561)

### 2.2.6 การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม

มีเพียงส่วนน้อยที่เคลือบหลุมร่องฟันเด็กในระยษะฟันน้ำนม เนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องการจัดการพฤติกรรมเด็กและความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีตัวชี้วัดกำหนดเป้าหมายของการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จึงพบว่ามีกรเคลือบหลุมร่องฟันในฟันแท้มากกว่า แต่แม้ว่าจะไม่ได้เคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม ทันตภิบาลก็ได้ให้คำแนะนำกับงานทันตกรรมป้องกันอื่นๆ แทน เช่น การแปรงฟัน การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นต้น

“พอ screen ว่าเด็กอนุบาลสองจะเข้าป.1 ถ้าฟันแท้ขึ้นก็จะ sealant เป็นปกติอยู่แล้วคะ แต่การชี้วัดที่มาเก็บใหม่จะทำกับเด็ก 6 ขวบแทน 7 ขวบคะ” (E- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2561)

“Sealant ในเด็กนี้ที่ยังไม่ได้ทำในกลุ่มนี้ แต่จะทำในกลุ่มประถมนี้เน้นให้ฟลูออไรด์กับให้ความรู้ไปก่อนเพราะว่ากลุ่มนี้จะค่อนข้างงอแงเวลาทำฟันนะ เราก็ยังไม่พร้อมที่จะให้เหมือนกัน” (Q- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2561)

### 2.3 การแสวงหาความรู้ประกอบการทำงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี

ทันตภิบาลแต่ละคนต่างมีวิธีการแสวงหาความรู้จากหลายแหล่งประกอบกัน โดยที่ความรู้จากหลักสูตรการเรียนการสอนในวิทยาลัยการสาธารณสุขนั้นยังไม่เพียงพอ ยังต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาต่อการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมต่างๆ ความรู้ที่ถ่ายทอดมาจากทันตแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งการนำประสบการณ์ของตนมาใช้ร่วมด้วย

“คุณหมอ ถ้าถามบอกตรงๆ มันเป็นวิชาการ เราก็ได้แค่วิชาการ แต่เชิงปฏิบัติจริงๆ หนึ่ง เราต้องมาดูที่หน้างานว่าเราควรจะมีกระบวนการหรือมีเทคนิคอะไรที่จะสื่อสารให้คนไข้เข้าใจเรา บางอย่างในวสส. มันก็ไม่ได้มีทั้งหมด มันก็ต้องมาเรียนรู้เอา เรียนรู้เองอย่างงี้” (C- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2560)

“เราก็ศึกษา ศึกษาจากประสบการณ์ ลองผิดลองถูก ศึกษาในตำรามั้ง เวลาเค้ามึงหนังสืออะไรมา เราก็ศึกษาในตำรา เวลาคนไข้เป็นโรคอะไรเคื่อกก็จะส่งมานะ ทันตะภูธร มั้ง ทันตภิบาลก็จะมีวารสารส่งมาตลอด ตอนนั้นมาตลอดเราก็จะศึกษา” (A- สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2560)

โดยสรุปแล้ว การศึกษานี้ทำให้ได้ทราบถึงบทบาทการทำงานของทันตภิบาลผู้ให้สัมภาษณ์เองรวมทั้งการทำงานในภาพรวมของทันตภิบาลไทย ซึ่งมุ่งประเด็นไปที่ประสบการณ์การทำงานทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปีของทันตภิบาลผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 6 การดำเนินงานหลักที่ผู้วิจัยต้องการศึกษากล่าวคือ (1) การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ได้ทราบถึงรูปแบบการตรวจและประเมินสุขภาพช่องปากรวมถึงแบบฟอร์มที่ใช้ตรวจประเมิน รูปแบบการจัดกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ และการจัดการเมื่อพบว่าเด็กมีความเสี่ยง (2) การนัดพบผู้ป่วยเป็นระยะหรือนัดพบเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ ได้ทราบถึงการกำหนดระยะเวลาและหลักเกณฑ์ในการนัดพบเด็กในแต่ละครั้ง (3) การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้ทราบถึงข้อมูลที่ทันตภิบาลให้แก่ผู้รับบริการและรูปแบบของการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก (4) การให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร ได้ทราบถึงข้อมูลหลักๆ ที่ทันตภิบาลให้แก่ผู้รับบริการและรูปแบบของการให้ข้อมูลนั้น (5) การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ได้ทราบถึงรูปแบบของฟลูออไรด์ที่ให้ ความถี่ในการให้ฟลูออไรด์ รวมทั้งการ



เลือกเคสของทันตภิบาลในการให้ฟลูออไรด์ (6) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม ได้ทราบถึงข้อบ่งชี้ของทันตภิบาลในการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนมและข้อจำกัดของทันตภิบาลในการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม นอกจากนี้ยังทราบถึงการแสวงหาความรู้ทางทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปีที่ทันตภิบาลใช้ประกอบการทำงานด้วย

## บทวิจารณ์

ทันตภิบาลส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์ในการนำหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุมามาพิจารณาในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปี อาจเนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ ได้แก่

1) ภาระงานของทันตภิบาลที่มีมากมายภายใต้ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและเวลาที่มีอยู่ ทำให้ไม่สามารถนำปัจจัยต่าง ๆ มาประเมินได้ทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiprasitti และ Tangjikhongpittaya<sup>(13)</sup> ที่ทันตภิบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าภาระงานของตนมีมากและขยายขอบเขตอย่างต่อเนื่อง 2) ข้อจำกัดด้านความรู้และการฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในการเรียนการสอนที่ยังไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติจริงหลังจบหลักสูตร ดังที่ทันตภิบาลบางคนให้ข้อมูลว่าไม่มีการเรียนการสอนเรื่องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในหลักสูตรของตน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiprasitti และ Tangjikhongpittaya<sup>(13)</sup> ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของทันตภิบาลให้สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจริงหลังจบการศึกษาอีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Francisco และคณะ<sup>(28)</sup> ที่พบว่าทันตภิบาลยังต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการกับโรคฟันผุ รวมทั้งต้องให้ความสำคัญกับการใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุด้วย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าหลักสูตรการเรียนการสอนของทันตภิบาลนั้นขาดการให้ความรู้และการฝึกทักษะในเรื่องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กหรือไม่เนื่องจากไม่ปรากฏรายละเอียดเรื่องนี้ในโครงสร้างหลักสูตรการเรียนการสอนของทันตภิบาลไทย<sup>(21-26)</sup> ซึ่งอาจต้องการการศึกษาเพิ่มเติมหรือทดสอบความรู้ของทันตภิบาลในเรื่องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กของทันตภิบาลไทยในเชิงลึกต่อไป 3) แม้จะมีการเผยแพร่แบบฟอร์มการ

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุโดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยและกรมอนามัยขึ้นมาในปีพ.ศ. 2561<sup>(32,33)</sup> แล้วนั้น ยังพบว่าหลายแห่งยังไม่ได้นำแบบฟอร์มดังกล่าวหรือแบบฟอร์มจากแหล่งอื่นมาใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนหรือมีแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งช่วงเวลาในการดำเนินงานวิจัยนี้ยังคงคาบเกี่ยวกับช่วงที่มีการเผยแพร่แบบฟอร์มการประเมินนี้ทางสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ายังไม่มีการแสวงหาข้อมูลที่เป็นปัจจุบันหรือยังไม่มีข้อตกลงเรื่องการใช้แบบฟอร์มเหล่านี้อย่างเป็นทางการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ทันตภิบาลควรมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักการต่อไป

การนัดพบผู้ป่วยที่โดยส่วนใหญ่แล้วไม่ได้กำหนดระยะเวลาการนัดพบตามความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของเด็กแต่ละคน อาจเนื่องมาจาก 1) ประสบการณ์ในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุที่ยังมีจำกัด ซึ่งตามมาตรการจัดการกับฟันผุของสมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งสหรัฐอเมริกา<sup>(34)</sup> นั้นได้กำหนดระยะเวลาที่ควรนัดพบผู้ป่วยเป็นระยะ โดยขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาก็คือผลการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุนั่นเอง 2) การคำนึงถึงข้อตกลงของหน่วยงานและตัวชีวิตมากกว่าคำนึงถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของเด็กแต่ละราย ซึ่งไม่ปรากฏตัวชีวิตที่กำหนดให้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุรวมทั้งการนัดพบเด็กตามความเสี่ยง<sup>(17,18)</sup> ทำให้ไม่ได้มีการนัดพบเด็กอย่างเข้มงวดเท่าที่ควรและแม้ว่าจะมีบางส่วนที่นัดพบเด็กเพิ่มเติมแต่ก็ยังคงกำหนดระยะเวลาการนัดพบตามประสบการณ์ของแต่ละคนและไม่ได้มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการนัดพบเด็กตามระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งในเด็กที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุสูงย่อมต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดโรคฟันผุที่มากกว่าเด็กที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุต่ำกว่า ซึ่งจะมีระยะเวลานัดพบที่สั้นกว่าการนัดตามรอบวัดขึ้นหรือการนัดพบทุก 6 เดือน ดังการศึกษาของ Soongswang และคณะ<sup>(35)</sup> ที่พบว่าการป้องกันฟันผุที่มีการติดตามต่อเนื่องทุก 3 เดือนนั้นให้ผลในการป้องกันฟันผุที่มากกว่าบริการตามรอบวัดขึ้นร่วมกับการเยี่ยมบ้านทุก 6 เดือน แม้จะพบว่าทันตภิบาลทั้งหมดได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แต่มีทันตภิบาลเพียงส่วนน้อยที่ให้ความรู้ในเรื่องการใช้ไหมขัดฟันให้เด็ก และมีอุปสรรคในเรื่อง

ความร่วมมือของเด็กและผู้ปกครองขณะให้ความรู้และการนำไปปฏิบัติจริง ดังนั้นการเน้นย้ำเรื่องความสำคัญของการใช้ไหมขัดฟันและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ทันตภิบาลในเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ดังที่สมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยว่าการใช้ไหมขัดฟันให้เด็กโดยผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกำจัดเศษอาหารและลดการสะสมของแบคทีเรีย<sup>(36)</sup>

การให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารที่พบว่าความรู้ที่ทันตภิบาลให้แก่ผู้ปกครองเด็กโดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประเภทของนมที่ควรให้แก่เด็กและประเภทของอาหารที่เด็กควรได้รับ แต่มีทันตภิบาลบางส่วนที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาระงานของทันตภิบาลต่อจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งทันตภิบาลเองต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เพียงผู้เดียว นอกจากนี้แล้วการที่ทันตภิบาลออกไปพบเด็กตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือในโรงเรียนนั้น ย่อมเป็นไปได้ยากที่จะได้พบปะกับผู้ปกครองเด็กโดยตรงและมีอาจสำรวจพฤติกรรมการบริโภคของเด็กพร้อมทั้งให้คำแนะนำได้อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีบางส่วนคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hayes, Wallace และ Coxon<sup>(37)</sup> ที่ศึกษาถึงการรับรู้และเข้าใจของทันตภิบาลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารและพบว่าทันตภิบาลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการให้คำแนะนำดังกล่าวแต่มีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถกระทำได้อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ เวลาที่จำกัดความร่วมมือและพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วย รวมทั้งทักษะและความรู้ของผู้ให้คำแนะนำด้วย

ทันตภิบาลบางส่วนเลือกใช้ฟลูออไรด์รูปแบบเจลในเด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้ที่ควรใช้ในเด็กที่อายุ 6 ปีขึ้นไปและสามารถควบคุมการกลืนได้<sup>(1,38)</sup> รวมทั้งมีวิธีการให้ที่ไม่ถูกต้อง โดยให้เหตุผลในการไม่เลือกใช้ฟลูออไรด์วานิชว่า ผู้ปกครองยังไม่เข้าใจและไม่พึงพอใจที่หลังการทาฟลูออไรด์วานิชแล้วฟันจะติดสีเหลืองในระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้งไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการทา ทำให้ทันตภิบาลหันไปเลือกใช้ฟลูออไรด์เจลแทน ซึ่งเหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Promma และ Leelasithorn<sup>(39)</sup> ที่พบว่าปัญหาหนึ่งในการนำฟลูออไรด์วานิชไปใช้คือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครองบางคนเกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์วานิช

และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังทา จากข้อค้นพบนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมและทบทวนความรู้ที่เป็นปัจจุบันในเรื่องการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่โดยทันตบุคลากรเพิ่มมากขึ้นทั้งในเรื่องข้อบ่งชี้และวิธีการ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานทันตกรรมป้องกันในเด็กต่อไป

มีทันตภิบาลเพียงส่วนน้อยที่เคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม โดยมักเลือกทำในซี่ที่มีหลุมร่องฟันลึกและสามารถจัดการพฤติกรรมเด็กได้ นอกจากนี้การที่มีตัวชี้วัดที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายให้เด็กอายุ 6 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันและกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งหรือเด็กอายุ 6 ปีและแม่จะระบุไว้ในรายละเอียดว่าให้มีการเคลือบหลุมร่องฟันในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง<sup>(18,40)</sup> แต่พบว่าในทางปฏิบัติมีเพียงส่วนน้อยที่เคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม โดยให้ข้อมูลว่าไม่มีเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดให้มีการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีหรือในฟันน้ำนม อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Nenthong และ Duangsong<sup>(31)</sup> พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการเคลือบหลุมร่องฟันไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเคลือบหลุมร่องฟัน แต่กลับพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ปฏิบัติงานและอายุของทันตภิบาลกับประสิทธิภาพในการเคลือบหลุมร่องฟัน แสดงว่าการเลือกดำเนินงานเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำมนั้นอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีเป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับทักษะการทำงานและประสิทธิภาพของทันตภิบาลมากกว่า แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การศึกษาของ Nenthong และ Duangsong<sup>(31)</sup> เป็นการศึกษาการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันแท้ที่สอบถามเกี่ยวกับเทคนิควิธีการเคลือบหลุมร่องฟันด้วยและเป็นเพียงการศึกษาภายในจังหวัดเท่านั้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบและให้ข้อสรุปได้อย่างชัดเจน

ภาพรวมของประสิทธิภาพทางทันตกรรมป้องกันของทันตภิบาลไทย ที่พบว่า เมื่อทันตภิบาลพบเด็กและผู้ปกครองในแต่ละครั้งมักมีการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารและให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2560<sup>(18,40)</sup> ที่ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายในการให้เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ เด็กได้รับการเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่และให้โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ

น้ำตาลเกินร้อยละ 5 ตามร้อยละที่กำหนดในแต่ละปี แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Francisco และคณะ<sup>(28)</sup> ที่พบว่าทันตภิบาลในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่มีการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และมีการจัดการโรคฟันผุด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยที่วิธีการที่ใช้มากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และการนัดมาติดตามดูแลเป็นระยะ ๆ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ลักษณะการดำเนินงานทางทันตกรรมป้องกันในเด็ก 0-5 ปีของทันตภิบาลไทยที่ได้ปฏิบัติจริงในภาพรวมนั้นยังไม่มี การดำเนินงานในระดับบุคคลอย่างแท้จริง เริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุที่ทันตภิบาลส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะของการตรวจสอบสุขภาพช่องปากมากกว่าการมุ่งหวังเพื่อประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กแต่ละคน ซึ่งเมื่อไม่มีการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กแต่ละคนแล้ว จึงไม่เกิดการจัดการทางทันตกรรมป้องกันอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของเด็ก รวมทั้งไม่มีระยะเวลาการติดตามเด็กแต่ละคนอย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงนั้น ๆ การศึกษานี้จึงพบว่าทันตภิบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินงานทางทันตกรรมป้องกันต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะเดียวกันในเด็กทุกคน รวมทั้งมีระยะเวลาการนัดหมายหรือติดตามเด็กทุกคนพร้อม ๆ กัน การดำเนินงานในลักษณะนี้จึงอาจจะไม่เกิดผลสำเร็จในการป้องกันโรคฟันผุในระดับบุคคลได้อย่างแท้จริง และไม่สามารถแก้ปัญหาโรคฟันผุของเด็กแต่ละคนได้อย่างตรงจุด ซึ่งตามหลักของงานทันตกรรมป้องกันระดับบุคคลในเด็กนั้น จุดเริ่มต้นของงานทันตกรรมป้องกันในเด็กที่ควรมีการคำนึงถึงเป็นอันดับแรกคือการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กแต่ละคน เพื่อที่จะได้พิจารณาการจัดการทางทันตกรรมป้องกันอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงนั้น รวมไปถึงการมีระยะเวลาการติดตามที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถเฝ้าระวังและเห็นการเปลี่ยนแปลงในเด็กแต่ละคนในแต่ละระดับความเสี่ยงได้ และแม้ว่าผลการศึกษานี้จะพบทันตภิบาลที่ทำงานทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคลอยู่บ้างแต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติอย่างชัดเจนเท่าใดนัก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลทั้งในเรื่องของหลักสูตรการเรียนการสอนและบทบาทหน้าที่ รวมทั้งบริบทการทำงานของทันตภิบาลแต่ละคนจากการศึกษานี้ ทำให้ผู้วิจัยพบว่าการทำงานของทันตภิบาลนั้น มีข้อจำกัดและอุปสรรคหลายด้านที่ทำให้ทันตภิบาลหนึ่งคน

ไม่สามารถดำเนินงานทันตกรรมป้องกันระดับบุคคลในเด็กได้อย่างสมบูรณ์แบบ ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดทางด้านความรู้และการฝึกปฏิบัติในหลักสูตรการเรียนการสอนที่ยังไม่เพียงพอต่อการนำมาปฏิบัติจริง ประสบการณ์การทำงานและบทบาทหน้าที่ที่ไม่ได้มีเฉพาะในเด็ก แต่ต้องรับผิดชอบงานทันตกรรมในทุกกลุ่มอายุหรือรับผิดชอบงานในหลายพื้นที่ รวมทั้งรับผิดชอบงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากงานทันตกรรม บริบทการทำงานและสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดการมุ่งเน้นกลยุทธ์ทางทันตกรรมป้องกันในระดับชุมชนมากกว่าระดับบุคคล อีกทั้งการทำงานภายใต้ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในแต่ละปี ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้อาจทำให้บทบาทของทันตภิบาลนั้นเอื้อต่อการดำเนินงานในประชากรทั้งกลุ่มมากกว่าการดำเนินงานในระดับบุคคล

ภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยมีความเห็นว่างานทันตกรรมป้องกันระดับบุคคลในเด็กจะเป็นไปได้มากขึ้นหากทันตภิบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องคำนึงถึงการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุมากขึ้น เพื่อให้ทันตภิบาลสามารถพิจารณาการจัดการทางทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมโดยเน้นการดำเนินงานในระดับบุคคลเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งต้องการการเฝ้าระวังและมีการจัดการทางทันตกรรมที่มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า ซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่น้อยกว่านี้อาจพิจารณาใช้การจัดการทางทันตกรรมที่ดำเนินการในภาพรวมภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ นอกจากนี้แล้ว ระบบทันตสาธารณสุขของประเทศไทยอาจต้องร่วมกันหาวิธีการเพื่อช่วยลดข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้ทันตภิบาลสามารถดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคลได้มากขึ้น โดยพิจารณากรอบการทำงานของทันตภิบาลให้สามารถดำเนินงานได้ตรงกับสมรรถนะและบทบาทที่ควรจะเป็นมากขึ้น มีการเสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องงานทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคล รวมทั้งการมุ่งให้ความสนใจในกลยุทธ์ทางทันตกรรมป้องกันระดับบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้ อาจจะต้องมีการพัฒนาระบบการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการทำงานให้แก่ทันตภิบาลหลังจบการศึกษามาแล้ว ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วยลดข้อจำกัดทางด้านความรู้และทักษะของทันตภิบาล และช่วยให้ทันตภิบาลได้สัมผัสกับงานทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคลมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่ อันได้แก่ 1) ไม่สามารถสัมภาษณ์เชิงลึกในลักษณะของบุคคลต่อบุคคลได้

ทั้งหมด จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการรับข้อมูลจากการสังเกตและการสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้วิจัยจึงพยายามลดช่องว่างของความสัมพันธ์โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและหาบุคคลที่สามารถเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งพบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ต่างก็ยินดีที่จะให้ข้อมูล และมีการสื่อสารทั้งสองทางอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพร้อมให้ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติมในภายหลังด้วย 2) ผู้วิจัยเป็นทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจมีอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองร่วมด้วย จึงได้มีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปวิเคราะห์อย่างเป็นกลางให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ได้แก่ 1) ในอนาคตเป็นไปได้ว่าจะมีทันตภิบาลที่จบการศึกษาจากหลักสูตรใหม่ที่มีการปรับปรุงเนื้อหาให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น รวมทั้งมีการปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับข้อเสนอของทันตแพทยสภาที่ยื่นเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการปรับบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และ/หรือความรู้ของทันตภิบาลไทยในอนาคตอาจต้องมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรการเรียนการสอนที่เป็นปัจจุบันร่วมกับการพิจารณาหลักสูตรการเรียนการสอนที่ผ่านมา ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาลตามข้อเสนอของทันตแพทยสภารวมทั้งตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีด้วย เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่อาจมีผลต่อบทบาทการทำงานของทันตภิบาลที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน 2) ในอนาคตอาจมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานในเรื่องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งหากทันตบุคลากรให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ก็จะส่งผลดีต่องานทันตกรรมป้องกันอื่นๆ และทำให้เกิดการป้องกันโรคฟันผุในเด็กได้มากขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าติดตามและมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตต่อไป 3) การศึกษานี้ศึกษาถึงประสบการณ์ของทันตภิบาลเฉพาะเรื่องที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นงานที่ทันตภิบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์และเป็นการดำเนินงานสำคัญทางทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก แต่ยังมีงานทันตกรรมป้องกันอื่นๆ ที่เริ่มเข้ามามีบทบาทและถูกกล่าวถึงมากขึ้น เช่น การบูรณะฟันด้วย SMART technique เป็นต้น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจและควรมีการศึกษาในอนาคต 4) การ

ศึกษานี้ศึกษาถึงประสบการณ์ทางทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็กใน 6 การดำเนินงานซึ่งทำให้ทราบถึงประสบการณ์ในภาพรวมและในประเด็นหลักๆ ที่ต้องการศึกษา จึงไม่ได้ลงรายละเอียดถึงเรื่องขั้นตอนหรือวิธีการดำเนินงาน ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาทำการศึกษาเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อให้ทราบข้อมูลที่ละเอียดหรือเฉพาะเจาะจงมากขึ้น อีกทั้งในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับงานทันตกรรมป้องกันในเด็กค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรให้ความสำคัญและมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

### บทสรุป

ทันตภิบาลไทยยังต้องการการพัฒนาทักษะและประสบการณ์ทางทันตกรรมป้องกันในเด็กมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการทันตกรรมป้องกันในระดับบุคคลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของแต่ละบุคคล รวมทั้งต้องการระบบการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการทำงานให้แก่ทันตภิบาลหลังจบการศึกษามาแล้ว อันจะทำให้ทันตภิบาลมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานทันตกรรมป้องกันในเด็กให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สามารถสำเร็จได้โดยได้รับความร่วมมือจากทันตภิบาลทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งทันตแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและให้ข้อมูลต่างๆ รวมถึงคณาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่เป็นที่ปรึกษาและเอื้ออำนวยให้ดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จและบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent* 2002; 24(6): 543-551.
2. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent* 2011; 2011: 1-7.

3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive strategies. *Pediatr Dent* 2014; 37(6): 50-52.
4. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(1): 1-10.
5. Twetman S, Dhar V. Evidence of Effectiveness of Current Therapies to Prevent and Treat Early Childhood Caries. *Pediatr Dent* 2015; 7(3): 246-253.
6. Dental Health Division. *The 7<sup>th</sup> National oral health survey of Thailand report 2012*. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013 (in Thai).
7. Dental Health Division. *The 8<sup>th</sup> National oral health survey of Thailand report 2017*. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018 (in Thai).
8. Trairatvorakul C. *Oral health prevention in childhood and adolescence*. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2554: 85-104 (in Thai).
9. Jitaram P, Makboon K. Dental care behavior of the caregivers of children aged 3-5 years. *TDNJ* 2014; 25(1): 26-41 (in Thai).
10. Sakolwasan C, Batpun P. Oral Health Promotion Process Development for Preschool Children in child-care Centers, Muang District, Nan Province. *CM Dent J* 2009; 16(1): 85-93 (in Thai).
11. Agrasuta V. Role of dental therapist and dental hygienist in various countries. *Th Dent PH J* 2015; 20(3): 78-87 (in Thai).
12. Coates DE, Kardos TB, Moffat SM, Kardos RL. Dental Therapists and Dental Hygienists Educated for the New Zealand Environment. *JDE* 2009; 73(8): 1001-1008.
13. Chaiprasitti S, Tangjikhongpittaya C. Practical Roles of Dental Therapist Working at District Hospital : A Case Study of Four District Hospitals in Lampang Province. *CM Dent J* 2015; 36(2): 145-159 (in Thai).
14. Dental auxiliary association Thailand. Role of dental nurse in Oral health service plan 2016: 1-11 (in Thai).
15. Royal Thai Government Gazette, 113 (35๑), 30 Oct.1995. (in Thai).
16. Royal Thai Government Gazette, 133 (155๑), 13 Jul.2016. (in Thai).
17. Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health. *Inspection guideline 2017*. Nonthaburi; 2016 (in Thai).
18. Bureau of Dental Health, Ministry of Public Health. *Dental health guideline 2018*. Nonthaburi: Department of Health; 2017 (in Thai).
19. Office of The Dental Council. The desired competency of dental therapist 2013: 1-4 (in Thai).
20. Office of The Dental Council. The desired competency of dental therapist 2015: 1-10 (in Thai).
21. Sirindhorn College of Public Health. *Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health 2012*. Trang; 2011: 1-130 (in Thai).
22. Sirindhorn College of Public Health. Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health 2012. Suphanburi; 2011:1-130 (in Thai).
23. Sirindhorn College of Public Health [URL of homepage on the Internet]. Khon Kaen: Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health 2011; 2011 [cited 2016 Dec 29]. Available from: [http://www.scphkk.ac.th/mis/index\\_co-deigniter.php/eregis/general/curs](http://www.scphkk.ac.th/mis/index_co-deigniter.php/eregis/general/curs)

24. Sirindhorn College of Public Health [URL of homepage on the Internet].Chonburi: Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health2011; 2011 [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://dph.scphc.ac.th/home/khorngsrang/hlaksutr-satharnsukh-sastr-banthit-than-satharnsukh>
25. Sirindhorn College of Public Health [URL of homepage on the Internet].Yala: Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health2012; 2012 [cited 2017 Aug 16]. Available from: <http://www.yala.ac.th/SCPHYL/>
26. Sirindhorn College of Public Health [URL of homepage on the Internet].Ubon ratchathani: Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health2012; 2012 [cited 2016 Dec 27]. Available from: <http://www.scphub.ac.th/2559/#portfolioModal9>
27. Moon HS, Jung JY, Horowitz AM, Ma DS, Paik DI. Korean dental hygienists' knowledge and opinions about etiology and prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(5): 296-302.
28. Francisco EM, Johnson TL, Freudenthal JJ, Louis G. Dental hygienists' knowledge, attitudes and practice behaviors regarding caries risk assessment and management. *J Dent Hyg* 2013;87(6): 353-361.
29. Chen CJ-A, Jallaludin RLR. Knowledge and perception of oral health promotion in schools among dental nurses in Sarawak, Malaysia. *Asia Pac J Public Health* 2000; 12(1): 12-16.
30. Clovis JB, Horowitz AM, Kleinman DV, Wang MQ, Massey M. Maryland dental hygienists' knowledge, opinions and practices regarding dental caries prevention and early detection. *J Dent Hyg* 2012;86(4): 292-305.
31. Nenthong C, Duangsong R. Factors associated with sustain of sealant students in first year of primary school among dental assistants in Nakhonratchasima province. *TDNJ* 2017; 27(2): 16 (in Thai).
32. The Dental Association of Thailand [URL of homepage on the Internet]: Caries risk assessment 2018; 2018 [cited 2018 Jun 26]. Available from: <http://www.thaidental.net>
33. Bureau of Dental Health, Department of Health [URL of homepage on the Internet]: Caries risk assessment form (Age 0-5); 2018 [cited 2018 Jul 26]. Available from: [http://dental2.anamai.moph.go.th/main.php?filename=dental\\_health\\_media#article](http://dental2.anamai.moph.go.th/main.php?filename=dental_health_media#article)
34. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatr Dent* 2014; 38(6): 142-149.
35. Soongswang S, Rojanaworarit C, Wipapsathiankul S. Comparative Caries Preventive Effects of a Serial Oral Health Counseling Program Versus Routine Oral Hygiene Instruction Provided on Vaccination Visits: A Retrospective Cohort Study in Preschool Children in Nan, Thailand. *SDU Res J* 2017; 10(1): 1-16 (in Thai).
36. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent*, 37(6), 146-150.
37. Hayes M, Wallace J, Coxon A. Attitudes and barriers to providing dietary advice: perceptions of dental hygienists and oral health therapists. *Int J Dent Hygiene* 2016; 14(4): 255-260.
38. The Dental Association of Thailand [URL of homepage on the Internet]: Guideline on Fluoride Therapy 2017; 2017[cited 2017 Jan 26]. Available from: <http://www.thaidental.net>

39. Promma S, Leelasithorn S. Fluoride varnish used for caries prevention in the children 0-3 years old. Th Dent PH J 2009; 14(1): 70-75 (in Thai).
40. Bureau of Dental Health, Department of Health [URL of homepage on the Internet]. Nonthaburi: KPI Template 2017; 2016 [cited 2017 Sep 21]. Available from: [http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt\\_news.php?nid=1052&filename=index](http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=1052&filename=index)

# Online Professional Certificate Program: Comprehensive Full Mouth Oral Rehabilitation

โดย คณะจักษุภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
และ วิทยาการรับเชิญ

ผ่านช่องทางกลุ่ม Facebook:

**Class I: Oral Rehabilitation (Prosth. CMU) - CE Online by DENT CMU**

เปิดรับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ 8 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป

ที่ [http://web1.dent.cmu.ac.th/thai/ce\\_new/](http://web1.dent.cmu.ac.th/thai/ce_new/)

ค่าลงทะเบียนประชุมวิชาการส่วนหนึ่งจะนำไปสนับสนุนการวิจัยซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์  
เพื่อป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในการรักษาทางทันตกรรม



ผู้ลงทะเบียนจะได้รับ

- ประกาศนียบัตรจากคณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สิทธิ์บัตร DENT CMU



• User Profiles

• สิทธิ์บัตร



15 ชั่วโมง  
เพียง 1,500 บาท

รายละเอียดเพิ่มเติม

ทางดาวพรีการสนับ ไลน์วงค์

มาขอรับบัตร ไลน์วงค์

E-mail: [cedentcmu@yahoo.com](mailto:cedentcmu@yahoo.com)

โทร: 053-944429

โทร: 098-7890234

[www.dent.cmu.ac.th](http://www.dent.cmu.ac.th)

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่