บทที่ 4

บทวิจารณ์

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสำคัญทางทันตกรรมที่เกิดจากปัจจัยอันหลากหลายทั้งจากปัจจัยทางด้านสังคมและพฤติกรรม ดังนั้นกระบวนการป้องกันจึงควรที่จะเริ่มต้นตั้งแต่อยู่ในเยาว์วัย วิธีการหนึ่งในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพคือการให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ และการตรวจหาฟันผุในเด็กตั้งแต่เนิ่นยังเป็นการช่วยบ่งชี้ถึงโอกาสเสี่ยงและวิธีการจัดการที่เหมาะสม รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลที่ช่วยในการสื่อสารกับผู้เลี้ยงดูหลักถึงกระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็ก [78]

ถึงแม้จากรายงานถึงความชุกของการเกิดโรคฟันผุจากประเทศต่างๆทั่วโลกจะมีแนวโน้มที่ลดลงเรื่อยๆ [100] แต่ในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาในด้านของสุขภาพช่องปากและการรับประทานอาหารที่แตกต่างไปจากกลุ่มเด็กทั่วไป กลับพบว่ามีรายงานที่เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคฟันผุอยู่ค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากรายงานต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันมักจะพบกับปัญหาในด้านจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยอันเนื่องจากธรรมชาติของอุบัติการณ์ในการเกิดโรคที่มีอยู่ไม่มากนัก การไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือเลือกใช้กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เหมาะสม ขาดการควบคุมปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโรคฟันผุซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยที่มีความหลากหลายและมีความแตกต่างกันเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มอายุ [16] และนอกจากนั้นการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ตลอดจนการรับรู้และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดูหลักในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ก็ยังมีอยู่น้อยมาก ซึ่งในส่วนของประเทศไทยก็ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวเช่นเดียวกัน

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ซึ่งมีข้อดีคือประหยัดใช้เวลาศึกษาน้อยในการศึกษา และลดอคติในการเลือกตัวอย่างและเก็บข้อมูล [101] แต่มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาที่กระทำเพียงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และเนื่องจากความชุกของโรคฟันผุมักจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของเด็ก นอกจากนั้นปัจจัยทางด้านภูมิลำเนาและระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักก็ยังส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กที่แตกต่างกันไป อันเนื่องจากความแตกต่างในทางสังคม วัฒน

ธรรม ทัศนคติ ความรู้ การเลี้ยงดู และการปฏิบัติต่อสุขภาพช่องปาก [42] ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในกลุ่มเด็กทั่วไปและผู้เลี้ยงดูหลักของกลุ่มเด็กทั่วไปด้วยการจัดกลุ่มตามความเหมือนกันในภาพรวม (group matching) ของอายุเด็กทั้งสองกลุ่ม ภูมิลำเนา และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่มในด้านปัจจัยของลักษณะทางสังคมเพื่อเป็นตัวแทนสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ตามการจัดกลุ่มดังกล่าวอาจยังคงมีผลกระทบจากตัวแปรกวน ดังนั้นจึงยังคงต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางสถิติเข้ามาร่วมด้วย [102]

อคติของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาชนิดภาคตัดขวางและทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังตรวจไม่พบว่าเป็นโรคฟันผุอาจมีการดำเนินโรคต่อไปได้เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นอันเป็นข้อจำกัดของการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง นอกจากนั้นในการศึกษายังอาจที่จะเกิดอคติของการวิจัยได้จากหลายขั้นตอนได้แก่ อคติจากแบบสัมภาษณ์ อคติจากผู้สัมภาษณ์ อคติจากการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก และอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่ทั้งนี้กระบวนการศึกษาได้ออกแบบเพื่อทำการลดอคติในแต่ละขั้นตอนอันประกอบด้วยการเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลักแทนการใช้แบบสอบถามซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่าการใช้แบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิด และมีผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงผู้เดียวตลอดการศึกษา จึงช่วยลดอคติที่เกิดจากความแตกต่างในการสัมภาษณ์ได้

อคติจากแบบสัมภาษณ์

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ทำการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยอื่นๆเพื่อนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนั้นจึงอาจเกิดอคติจากแบบสัมภาษณ์ที่ทำให้ไม่ได้รับคำตอบตรงกับความเป็นจริงนัก นอกจากนั้นในบางตัวแปรอาจจะวัดเพียงครั้งเดียวได้ยาก เช่น การทำความสะอาดช่องปากและการรับประทานอาหารของเด็กซึ่งมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาที่ต่างกันไป และอาจจะเกิดอคติของผลการศึกษาที่เกิดจากความทรงจำของผู้เลี้ยงดูหลักเนื่องจากคำถามหลายข้อเป็นการถามแบบย้อนหลัง แต่อย่างไรก็ตามแบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการ

ทดสอบในการศึกษานำร่องเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับเนื้อหา และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยและได้ออกแบบคำถามถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นจึงสามารถลดปัญหาอคติจากความทรงจำลงได้

อคติจากการตรวจสุขภาพช่องปาก

อคติจากการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอาจจะเกิดขึ้นได้กระบวนการตรวจหาฟันผุอันเนื่องจากการไม่ใช้เครื่องมือใดๆช่วยในการเขี่ย และบางครั้งทำการตรวจในสภาวะที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือก็อาจจะส่งผลต่อการพบจำนวนฟันผุที่น้อยกว่าความเป็นจริงได้โดยเฉพาะการวินิจฉัยรอยผุชนิดไม่มีรู แต่อย่างไรก็ตามการไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการตรวจหาฟันผุจะมีข้อที่ดีกว่าคือสามารถตรวจด้วยความรวดเร็ว ใช้เวลาน้อยกว่า จึงทำให้ได้รับความร่วมมือจากเด็กได้มากกว่า และยังลดโอกาสที่ผิวเคลือบฟันจะถูกทำลายไปอันเนื่องจากการเขี่ยจนไม่สามารถเกิดกระบวนการเสริมสร้างแร่ธาตุกลับคืนได้

นอกจากนั้นการมีความผิดปกติของผิวเคลือบฟันชนิดที่เป็นสีขุ่น ทึบแสง หรือการเปลี่ยนสีของผิวเคลือบฟัน [96] ซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ [47] ยังมีความยากลำบากต่อการแยกความแตกต่างจากรอยผุชนิดที่ไม่เป็นรู ดังนั้นจึงอาจจะทำให้พบจำนวนฟันผุที่มากกว่าความเป็นจริงได้ และการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจหาฟันผุทั้งหมดด้วยตนเองแต่เพียงผู้เดียวอาจจะทำให้เกิดอคติของการตรวจที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติในช่องปากอย่างชัดเจนจึงไม่สามารถให้การตรวจแบบปิดได้ (blinding technique) และความเที่ยงตรงในการตรวจหาฟันผุของผู้วิจัยมีค่าค่อนข้างสูง โดยมีสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 0.95 เมื่อทำการเปรียบเทียบมาตรฐานในการตรวจกับผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเชื่อถือได้ของการตรวจเท่ากับ 0.61 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ [99]

อคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการรวบรวมจากศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่หลักในภาคใต้ตอนล่าง ดังนั้นถึงแม้ข้อมูลจากการศึกษาจะสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นตัวแทนของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยได้แต่ก็ยังเป็นการศึกษาที่ทำในเฉพาะกลุ่มพื้นที่ทำให้มีข้อจำกัดในการนำข้อมูลขยายผลไปยังกลุ่มประชากรในภูมิภาคอื่นๆของประเทศไทย และเพื่อเป็นการลดอคติที่เกิดจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่เลือกผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการหรือความพิการอย่างอื่น

เข้ามารวมกับกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อลดอคติที่เกิดจากความแตกต่างจากปัจจัยทางทักษะ และความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูหลักและจากตัวผู้ป่วยเอง และยังลดอคติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบโดยการไม่เลือกผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากอยู่แล้วมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ได้คัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากเด็กที่เข้ามารับวัคซีนจากคลินิกเด็กดีในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อมาเป็นตัวแทนของเด็กในเขตชนบทเนื่องจากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่มศึกษาโดยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบท

ความชุกของสภาวะโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (9.19 ซี่ต่อคน) สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กไทยภาคกลางที่ไม่มีปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 19 เดือน (4.18 ซี่ต่อคน) [21] ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากช่วงอายุของกลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้สูงกว่าคือ 18-36 เดือน จึงทำให้พบโรคฟันผุได้มากกว่า และโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่จากการศึกษาครั้งนี้ยังมีค่าที่สูงมากกว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ในกลุ่มเด็กไทยภาคใต้ที่มีอายุ 3 ปี ในปีพุทธศักราช 2544 ที่พบเพียง 3.98 ซี่ต่อคน [23] แต่การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์การตรวจที่ดัดแปลงมาจากมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1997 โดยฟันผุประกอบไปด้วยทั้งชนิดที่มีรูผุชัดเจนและฟันผุชนิดไม่เป็นรู อันเนื่องจากหลักฐานที่พบว่าการตรวจพบรอยผุเริ่มแรกแบบไม่เป็นรูในเด็กปฐมวัยเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการมีฟันผุต่อไปในอนาคต [103] เพราะฟันน้ำนมที่ผุระยะเริ่มต้นจะลุกลามเป็นรูผุได้ในเวลาเพียงประมาณ 6-18 เดือน [27] ดังนั้นการตรวจหาฟันผุในการศึกษาครั้งนี้จึงครอบคลุมถึงการพบมีฟันผุแบบเป็นรูผุชัดเจนและชนิดที่ไม่เป็นรูเพื่อสามารถทำนายการเกิดโรคฟันผุในอนาคตและใช้ประเมินความต้องการในการรักษาหรือวางมาตรการป้องกันโรคได้ดีกว่า แต่ทั้งนี้อาจจะทำให้พบความชุกโรคฟันผุที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติที่ใช้เกณฑ์การตรวจเฉพาะฟันผุชนิดที่มีรูผุชัดเจนเท่านั้น

ในด้านความรุนแรงของการมีฟันผุซึ่งวัดได้จากสัดส่วนของจำนวนฟันที่ผุต่อจำนวนฟันทั้งหมดที่ปรากฏอยู่ในช่องปาก (dmft/tooth) จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 25 เดือน ทำให้มีจำนวนฟันที่ปรากฏอยู่ในช่องปากแตกต่างกันโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่ง

เพดานโหว่ที่มักจะพบการหายไปของฟันบางซี่ [49] หรือมีการขึ้นของฟันที่ช้ากว่าปกติ [28] การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของการมีฟันผุสูงถึง 0.56 เมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรงที่พบในการศึกษาในเด็กไทยภาคกลางข้างต้นเพียง 0.31 [21] แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในเขตภาคใต้มีฟันผุที่มากกว่าเด็กทั่วไปในภูมิภาคอื่นของประเทศไทยอย่างชัดเจน ทั้งนี้ความชุกของโรคฟันผุที่แตกต่างกันนอกจากจะเกิดจากความแตกต่างของอายุแล้วยังอาจจะเกิดจากผลกระทบของสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชาวไทยในภาคต่างๆด้วย ดังนั้นผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงมีความต้องการรักษาทางทันตกรรม และมาตรการในการป้องกันโรคฟันผุทั้งในคลินิกและระดับชุมชน โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามการเลือกใช้สัดส่วนของจำนวนฟันผุต่อจำนวนฟันทั้งหมดที่ปรากฏอยู่ในช่องปาก (dmft/tooth) อาจจะไม่สามารถบอกถึงความรุนแรงของการมีฟันผุที่แท้จริงเมื่อพิจารณาความรุนแรงจากระดับความลึกของฟันที่มีรอยผุ หรือในกรณีที่ค่าเฉลี่ย dmft/tooth เท่ากันในเด็กที่มีจำนวนซี่ฟันขึ้นมาน้อยกว่า ซึ่งในกรณีดังกล่าวน่าจะมีความรุนแรงของการมีฟันผุมากกว่าเด็กที่มีจำนวนฟันที่ขึ้นมาในช่องปากมากกว่า

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีความชุกของโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเท่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ยังมีฟันผุชนิดเป็นรูผุชัดเจนมากกว่าในขณะที่กลุ่มเด็กทั่วไปจะพบฟันผุชนิดไม่เป็นรูซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ที่สูงมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่โดย Bokhout และคณะ ในปี ค.ศ. 1996 [6] และในปี ค.ศ. 1997 [7] นอกจากนั้นค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เฉพาะฟันผุชนิดที่เป็นรูผุชัดเจนในผู้ป่วยเด็กไทยภาคใต้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าสูงถึง 7.7 ซี่ต่อคน ซึ่งมากกว่าเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาจากประเทศอื่นๆในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกันและใช้เกณฑ์การตรวจเฉพาะรอยผุที่มีลักษณะเป็นรูเท่านั้น ดังเช่นในประเทศอังกฤษ [37] จีน [14] และบราซิล [38] (ตารางที่ 3) ซึ่งความชุกของโรคฟันผุในประเทศไทยที่พบสูงมากกว่าในประเทศอื่นๆอาจจะเกิดจากความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ ปัจจัยทางด้านสังคมและคุณลักษณะของประชากร และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากอันมีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมประเพณีในแต่ละพื้นที่ หรือในอีกด้านหนึ่งอาจจะเกิดจากการขาดระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่ดีอย่างเพียงพอให้กับกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุเพื่อลดผลกระทบจากตัวแปรกวนอื่นๆในการอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุ พบว่าความเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กทั่วไป แต่ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสภาวะโรคฟันผุคือพฤติกรรมในด้านการรับประทานของเด็กซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่สูงต่อการเกิดโรคฟันผุแต่พฤติกรรมในการดูดนมขวดอันประกอบไปด้วยการรับประทานนมขวดที่มีรสหวาน การดูดนมมื้อดึกและการบริโภคอาหารหวานที่ไม่ใช่นม ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กในวัยนี้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดย Bokhout และคณะ [6] ในปี ค.ศ. 1996 ที่พบว่าความเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายต่อการมีฟันผุเช่นเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับการมีฟันผุในระยะเริ่มแรก ปัจจัยทางด้านสภาวะอนามัยของช่องปาก และประวัติของการเคยใส่เพดานเทียม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสภาวะของการมีปากแหว่งเพดานโหว่มีความสำคัญน้อยกว่าปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ลักษณะความเป็นปากแหว่งเพดานโหว่

เมื่อแยกกลุ่มศึกษาตามแต่ละประเภทของการเป็นปากแหว่งเพดานโหว่หรือแบ่งตามประวัติการเคยใส่หรือไม่เคยใส่เพดานเทียมมาก่อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการมีโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะเกิดจากการมีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเมื่อทำการแยกในแต่ละประเภทของการเป็นปากแหว่งเพดานโหว่จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจเกิดจากการที่อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาเท่ากับ 26 เดือน จึงทำให้การเกิดโรคฟันผุอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านอื่นๆมากกว่าที่จะเกิดจากประวัติของการเคยใส่เพดานเทียมในช่วงแรกเกิดจนถึงอายุ 3 เดือนตามแนวทางในการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทย [53] ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นมากกว่าแนวทางการรักษาในต่างประเทศ ดังนั้นผลการศึกษาจึงมีความแตกต่างจากในการศึกษาอื่นๆที่มักพบว่าการใส่เพดานเทียมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ตรวจพบเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ [52, 54] หรือผู้ป่วยที่มีปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มักจะพบความชุกของโรคฟันผุได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีปากแหว่งเพียงอย่างเดียว [14, 36, 39]

ปัจจัยทางด้านสังคมและคุณลักษณะของประชากร

เนื่องด้วยเหตุผลของกระบวนการเกิดโรคฟันผุมักได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งจากปัจจัยทางด้านสังคมและคุณลักษณะของประชากร [18] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยทางด้านสังคมและคุณลักษณะของประชากร ดังนั้นจึงทำให้เชื่อได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความคล้ายคลึงกัน จึงสามารถลดอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในการศึกษาครั้งนี้ลงไปได้ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการควบคุมปัจจัยที่เกิดจากการได้รับฟลูออไรด์ในน้ำดื่มซึ่งอาจจะส่งผลต่อการมีความชุกของโรคฟันผุที่แตกต่างกันได้

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จะเริ่มแปรงฟันช้ากว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการขึ้นของฟันที่ช้ามากกว่าปกติ [28] แต่เมื่อควบคุมปัจจัยที่เกิดจากความเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุกลับพบว่า อายุที่เริ่มแปรงฟันและความถี่ที่ได้รับการแปรงฟันโดยผู้เลี้ยงดูหลักไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป ถึงแม้ว่าการเริ่มแปรงฟันให้กับเด็กตั้งแต่อายุน้อยๆอาจจะช่วยลดความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้ ซึ่งอาจจะเกิดจากประโยชน์ที่เด็กได้รับจากการแปรงฟันมีน้ำหนักน้อยกว่าผลเสียที่เกิดจากความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งพบได้สูงมากในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง (ตารางที่ 13) อันสอดคล้องกับทั้งการศึกษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ [14, 36] และเด็กปฐมวัยทั่วไป [57, 76] ที่พบว่าความถี่ของการแปรงฟัน รวมทั้งอายุที่เด็กเริ่มแปรงฟัน [69] ไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ แต่ในทางตรงกันข้าม Tsubouchi และคณะ [73] ในปี ค.ศ. 1995 และ Rajab และ Hamdan [65] ในปี ค.ศ. 2002 กลับพบว่าการแปรงฟันในเด็กปฐมวัยส่งผลทำให้มีความชุกของโรคฟันผุที่น้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุของการแปรงฟันในแต่ละการศึกษามักไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลของยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เสมอ

พฤติกรรมในการใช้ฟลูออไรด์ที่เด็กได้รับจากผู้เลี้ยงดูหลักที่พิจารณาทั้งจากการใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบและจากการใช้ฟลูออไรด์เสริม พบว่าในผู้ป่วยปากแหว่ง

เพดานโหว่มีพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์ที่ดีมากกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องมาเข้ารับบริการทางการแพทย์และทางทันตกรรมบ่อยครั้งมากกว่าจึงทำให้ได้รับฟลูออไรด์เสริมอย่างสม่ำเสมอมากกว่า ดังที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีพฤติกรรมในการมาใช้บริการทันตกรรมในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งการมาใช้บริการทางทันตกรรมอย่างสม่ำเสมออาจจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและการได้พบทันตแพทย์ยังจะเป็นการช่วยเสริมแรงให้มีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากได้ ดังเช่นการศึกษาโดย Rajab และ Hamdan [65] ในปี ค.ศ. 2002 และ Grytten และคณะ [76] ในปี ค.ศ. 1998 ที่พบว่าการมาใช้บริการทางทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับความชุกที่ต่ำกว่าของโรคฟันผุ แต่ในทางตรงกันข้ามการศึกษาโดย Wendt และคณะ [75] ในปี ค.ศ. 1994 พบว่าการได้รับทันตสุขศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักไม่ส่งผลต่อความชุกของโรคฟันผุที่พบในเด็กปฐมวัย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันของความถี่ในการที่เด็กทั้งสองกลุ่มได้รับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมแต่อย่างใด เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลักมักจะให้เด็กทั้งสองกลุ่มแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนใหญ่

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของการมีความรู้เกี่ยวกับฟลูออไรด์และการได้รับทันตสุขศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง นอกจากนั้นพฤติกรรมของการใช้ฟลูออไรด์ยังไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งอาจเกิดจากประโยชน์ที่ได้รับจากฟลูออไรด์มีอยู่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆเกี่ยวกับประโยชน์ของฟลูออไรด์ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ [6, 7] และในเด็กปฐมวัยทั่วไปที่มีอายุใกล้เคียงกัน [21, 73, 75, 76] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัยที่ขาดความร่วมมือและยังขาดทักษะในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ดีเพียงพอซึ่งการแปรงฟันโดยผู้เลี้ยงดูหลักให้กับเด็กจะมีประสิทธิภาพมากกว่าในการขจัดคราบจุลินทรีย์ดังเช่นในการศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีอายุ 12 เดือน โดย Habibian และคณะ [104] ในปี ค.ศ. 2001 ดังนั้นการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือเด็กแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอโดยผู้เขนาดนลี้ยงดูหลักร่วมกับการใช้ฟลูออไรด์เสริมจึงน่าจะมีประโยชน์ในการป้องกันโรคฟันผุมากกว่าการใช้ฟลูออไรด์เพียงอย่างเดียวหรือการปล่อยให้เด็กในวัยนี้แปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งเพิ่มการสอนวิธีการแปรงฟันเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูหลักสามารถแปรงฟันให้กับเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือได้ดีขึ้น

ความแตกต่างของพฤติกรรมการรับประทานนมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จะยังคงมีการรับประทานนมมารดาที่น้อยกว่าเนื่องจากผู้ป่วยจะมีความยากลำบากต่อการดูดนมมารดาอันเกิดจากไม่สามารถ

สร้างแรงดันในช่องปากได้อย่างเพียงพอโดยเฉพาะในผู้ที่มีเพดานโหว่ร่วมด้วย แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านของการยังคงดูดนมขวดและระยะเวลาที่รับประทานนมทั้งในการดูดนมขวดและรับประทานนมมารดาซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักต่างก็ให้เด็กรับประทานนมเมื่อได้รับการร้องขอจากเด็ก ดังนั้นจึงทำให้พบความชุกของโรคฟันผุที่สูงมากในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองรับประทานนมขวดที่มีรสจืดเป็นส่วนใหญ่ และจะต้องพิจารณาถึงความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์เนื่องจากปัญหาในด้านอคติที่เกิดจากความทรงจำของผู้เลี้ยงดูหลักถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นผ่านมา ดังนั้นเพื่อที่จะลดปัญหาในด้านดังกล่าวแบบสัมภาษณ์จึงได้ออกแบบเพื่อสอบถามถึงพฤติกรรมโดยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน อาทิเช่นพฤติกรรมในการยังคงรับประทานนมมารดาหรือการยังคงดูดนมขวด และกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้มีอายุน้อยจึงสามารถลดปัญหาอคติจากความทรงจำได้ แต่เนื่องจากกระบวนการเกิดโรคฟันผุเป็นกระบวนการที่ใช้ระยะเวลานานในการพัฒนาการของโรค ดังนั้นการศึกษาในระยะยาวจึงให้ข้อมูลที่แม่นยำมากกว่าการศึกษาชนิดภาคตัดขวางในส่วนของปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมในการทำความสะอาดช่องปากและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการยังคงรับประทานนมมารดาไปจนมีอายุมากกว่า 18 เดือน จะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีฟันผุก็ตาม [56] แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่าทั้งพฤติกรรมการที่ยังคงดูดนมขวดและการยังคงรับประทานนมมารดาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองที่อายุเฉลี่ยประมาณ 25 ถึง 26 เดือน ต่างก็ไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ซึ่งอาจจะเกิดจากในช่วงอายุ 2 ถึง 3 ปี ของกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมของเด็กในด้านการบริโภคอาหารชนิดอื่นที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบหรือวิธีการให้นมเด็กในระหว่างวันมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุได้มากกว่าพฤติกรรมการยังคงรับประทานนมมารดาหรือยังคงดูดนมขวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดย Ankola และคณะ [36] ในปี ค.ศ. 2005 ที่พบว่าการรับประทานนมมารดาหรือนมขวดต่างก็ไม่ส่งผลต่อความแตกต่างในความชุกของโรคฟันผุ และการศึกษาในเด็กปฐมวัยทั่วไปพบว่าการรับประทานนมมารดาไปจนอายุมากกว่า 12 เดือน โดย Rajab และ Hamdan [65] ในปี ค.ศ. 2002 หรือนานจนเกินกว่าเด็กอายุได้ 3 เดือน โดย Febres และคณะ [57] ในปี ค.ศ. 1997 และการยังคงรับประทานนมมารดาในเด็กที่มีอายุ 12 ถึง 36 เดือน โดน Tsuboushi และคณะ [73] ในปี ค.ศ. 1995 ก็ไม่ส่งผลต่อความชุกของการมีฟันผุเช่นเดียวกัน แต่ตรงกันข้ามกับการศึกษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดย Bian และคณะ [14] ในปี ค.ศ. 2001 พบว่าการดูดนมขวดของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าการรับประทานนมมารดา และการศึกษาในเด็กไทยทั่วไปโดย Vachirarojpisan และคณะ [21] ในปี ค.ศ. 2004 พบว่าเด็กที่รับประทานนมมารดามีการ

เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าเด็กที่ดูดนมขวด รวมทั้งการศึกษาอื่นๆ [57, 65, 73] ในเด็กปฐมวัยทั่วไปก็พบว่าความยาวนานของระยะเวลาที่หย่านมขวดส่งผลต่อความชุกของการมีฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความถี่ที่สูงของการบริโภคอาหารหวานที่ไม่ใช่นมและการรับประทานนมขวดที่มีรสหวาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และในกลุ่มเด็กทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับสภาวะการเป็นปากแหว่งเพดานโหว่และปัจจัยอื่นๆ และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุได้มากกว่าพฤติกรรมการแปรงฟันอันเนื่องจากความไม่สมดุลย์ระหว่างประโยชน์ที่เด็กได้รับจากการแปรงฟันและผลเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ใช้น้ำตาลในการสร้างคราบจุลินทรีย์เพื่อยึดเกาะติดกับผิวฟัน และใช้น้ำตาลในการสร้างกรดในคราบจุลินทรีย์ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ [27] สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเด็กทั่วไปโดย Tsubouchi และคณะ [73] ในปี ค.ศ. 1995 และการศึกษาโดย Rajab และ Hamdan [65] ในปี ค.ศ. 2002 พบว่าความถี่ของการรับประทานขนมขบเคี้ยวส่งผลต่อความแตกต่างของการมีฟันผุที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมีความแตกต่างไปจากการศึกษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดย Bian และคณะ [14] ในปี ค.ศ. 2001 ซึ่งพบว่าความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลหรือความถี่ของการแปรงฟันไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีฟันผุเมื่อเปรียบเทียบกับการดูดนมขวดหรือระดับการศึกษาของมารดา และ Bokhout และคณะ [6] ในปี ค.ศ. 1996 ก็พบว่าความถี่ของการบริโภคอาหารในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไม่ได้ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการมีฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยทางด้านสภาวะอนามัยของช่องปาก การมีฟันผุในระยะเริ่มต้น และประวัติการใส่เพดานเทียมของผู้ป่วย และการศึกษาในเด็กไทยทั่วไปโดย Vachirarojpisan และคณะ [21] ในปี ค.ศ. 2004 ก็พบว่าในกลุ่มที่รับประทานขนมขบเคี้ยวทุกวันไม่ได้มีฟันผุที่มากกว่าเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามถึงแม้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลจะมีความสำคัญต่อการทำให้เกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กทั้งสอง แต่กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในความถี่ของการบริโภคอาหารหวานที่ไม่ใช่นมและการรับประทานนมขวดที่มีรสหวานระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป โดยพบว่าเด็กทั้งสองกลุ่มต่างก็มีอัตราการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบอยู่ในระดับที่สูงมากเช่นเดียวกัน ถึงแม้ผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักจะเกิดความสงสารต่อความผิดปกติในตัวเด็ก ไม่อยากฝืนใจและบางครั้งอาจให้การเลี้ยงดูแบบตามใจมากเกินไปจนยากจะปฏิเสธต่อการร้องขออาหารหรือขนมจากเด็ก แต่ข้อมูลทางด้านปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลักดังนั้นจึงอาจจะเกิดความลำเอียงของการให้ข้อมูลไปในทางที่ดีมากกว่าปกติได้ และพฤติ

กรรมในการรับประทานอาหารของเด็กรวมทั้งการทำความสะอาดช่องปากยังมีความแตกต่างกันไปตามช่วงเวลา ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษาชนิดภาคตัดขวาง

นอกจากนั้นการให้นิยามของความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบยังมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะไม่ได้รวมเอาอาหารประเภทนมชงที่มีรสหวานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ แต่ก็ยังพบว่าอัตราการบริโภคน้ำตาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองอยู่ในระดับที่สูงมากอันเห็นได้จากเมื่อทำการจัดแบ่งกลุ่มการบริโภคตามความถี่และพบว่ากลุ่มที่มีความถี่ในการบริโภคน้อยที่สุดยังมีอัตราการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงถึง 3 ครั้งต่อวัน ในขณะที่กลุ่มที่มีอัตราการบริโภคสูงมีความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบถึงมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน จึงแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กไทยในภาคใต้ครั้งนี้มีอัตราการบริโภคน้ำตาลที่สูงมาก ทั้งนี้น้ำตาลถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอาหารในสังคมไทย แนวโน้มการบริโภคของคนไทยทั่วทุกภาคพบว่าบริโภคอาหารที่มีรสหวานเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการแพร่ขยายแบบแผนของการใช้วิถีชีวิตแบบวัฒนธรรมตะวันตกและมีการพัฒนารูปแบบของขนมขบเคี้ยวประเภทต่างๆที่เป็นแป้งปรุงสำเร็จ ทำให้มีจำนวนชนิดเพิ่มสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว ยังผลให้ปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสหวานและขนมในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน [105] ดังนั้นจึงทำให้พบความชุกที่สูงมากของการเกิดโรคฟันผุทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นข้อบ่งชี้ถึงความสำคัญของการรณรงค์เพื่อลดอาหารหวานทั้งที่ได้รับจากขนมและจากนมผงในกลุ่มเด็กปฐมวัย เนื่องจากการรับประทานอาหารหวานจัดมากๆอย่างต่อเนื่อง สมองจะมีการตอบสนองต่อน้ำตาลด้วยการหลั่งสาร Opioids ออกมา ทำให้เกิดความพึงพอใจและการอยากรับประทานอาหารหวาน เรียกว่าภาวะการพึ่งพิงน้ำตาล (sugar dependency) ดังนั้นการหัดให้เด็กเล็กรับประทานอาหารหวานตั้งแต่วัยทารกจึงย่อมส่งผลให้เด็กติดรสหวาน และเด็กที่บริโภคอาหารรสหวานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆพบโอกาสเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมา [106] แต่ในทางปฏิบัติการลดอาหารหวานอาจจะทำได้น้อยดังนั้นการพัฒนาขนมทางเลือกที่ลดปริมาณน้ำตาลและเปลี่ยนมาใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่มีคุณสมบัติในการป้องกันฟันผุเพื่อลดความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยให้น้อยลงจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรจะมีการพัฒนาในอนาคต

ทัศนคติและการรับรู้ของผู้เลี้ยงดูหลัก

ทัศนคติที่ไม่ดีต่อสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดังเช่นการศึกษาในกลุ่มเด็กไทยภาคใต้โดย Petersen และคณะ [89] ในปี ค.ศ. 2001 ซึ่งพบว่าในกลุ่มเด็กที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพช่องปากและฟันจะพบฟันผุที่น้อยกว่า แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีระดับการรับรู้ต่อสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับที่ไม่แตกต่างไปจากกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กทั่วไปซึ่งโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับที่ แย่หรือแย่มาก ซึ่งสอดคล้องกับ Harrison และคณะ [107] ในปี ค.ศ. 1997 ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ปกครองกับการเกิดโรคฟันผุของเด็ก และการรับรู้ต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไปจึงอาจจะแสดงออกมาให้เห็นได้จากการมีพฤติกรรมต่อการที่เด็กได้รับการทำความสะอาดช่องปากจากผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่แตกต่างกัน

นอกจากระดับการรับรู้ต่อสุขภาพช่องปากของเด็กแล้ว ระดับของทัศนคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลหลักที่มีให้กับบุตรในการศึกษาครั้งนี้เลือกทำการศึกษาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) [108, 109] โดยมีพื้นฐานมาจากการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพนั้นจะต้องมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในการเกิดโรค รวมทั้งจะต้องมีการรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น [110] ดังเช่นการศึกษาโดย Pine และคณะ [111] ในปี ค.ศ. 2000 พบความสัมพันธ์ของความเชื่อเรื่องสุขภาพของบิดามารดากับการแปรงฟันของบุตร โดยพบว่าในบิดามารดาที่ตอบว่าไม่มีเวลาเพียงพอที่จะตรวจสอบการแปรงฟันของบุตร ความถี่ของการแปรงฟันของเด็กจะน้อยกว่าที่แนะนำ และการศึกษาในเด็กทั่วไปโดย Tsubouchi และคณะ [73] ในปี ค.ศ. 1995 ซึ่งพบว่าในกลุ่มเด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้รายงานว่ามักจะประสบกับปัญหาในการแปรงฟันจะพบความชุกของโรคฟันผุที่สูงกว่า แต่ตรงกันข้ามกับการศึกษาโดย Wendt และคณะ [75] ในปี ค.ศ. 1994 พบว่าถึงแม้ในเด็กที่ผู้เลี้ยงดูจะประสบกับปัญหาในการแปรงฟันแต่ไม่พบว่ามีฟันผุที่พบในเด็กมากกว่าแต่อย่างใด

การศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างของระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของการเกิดโรคฟันผุของผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กทั่วไปในกลุ่มเปรียบเทียบถึงแม้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จะมีความชุกของโรคฟันผุที่สูงมากกว่า และผู้เลี้ยงดูหลักจะมีความยากลำบากในการทำความสะอาดช่องปากหรือเกิดความกลัวต่อการทำให้กระทบกระเทือนต่อบริเวณรอยแผลผ่าตัดจากการแปรงฟันและทำความสะอาดช่องปากให้กับเด็กก็ตาม

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวกับการรับรู้ต่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากครั้งนี้พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีระดับการรับรู้ที่ดีต่อการที่เด็กควรจะได้รับ

ความช่วยเหลือในการแปรงฟันจากผู้เลี้ยงดูหลัก และยังมีความกังวลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุที่มากกว่ากลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กทั่วไปที่ไม่มีปากแหว่งเพดานโหว่ อันอาจเกิดจากผู้เลี้ยงดูหลักมาเข้ารับบริการทันตกรรมบ่อยครั้งจึงมีการรับรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ต่อความผิดปกติในช่องปากของเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งทำให้มีความง่ายต่อการเกิดโรคฟันผุได้มากกว่าเด็กทั่วไปถึงแม้ผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อาจจะให้ความสนใจต่อกระบวนการรักษาทางการแพทย์ในด้านอื่นๆของเด็กที่จำเป็นต้องได้รับเป็นจำนวนมากและบ่อยครั้งตั้งแต่เด็กเกิดเพื่อแก้ไขความผิดปกติมากกว่าการให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาอนามัยในช่องปากของเด็กก็ตาม แต่ถึงอย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ก็ยังพบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีความชุกของโรคฟันผุที่สูงมากกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาโดย Tsubouchi และคณะ [73] ในปี 1995 ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูของเด็กที่ตระหนักถึงการเริ่มแปรงฟันให้แก่เด็กตั้งแต่อายุก่อน 1 ปี จะมีความชุกของฟันผุในเด็กที่น้อยกว่า

นอกจากนั้นยังไม่พบความแตกต่างของการรับรู้ต่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากการที่เด็กควรได้รับจากการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดจากการมีความชุกของโรคฟันผุที่สูงทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไป หรือเกิดจากความถี่ที่สูงในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในเด็กทั้งสองกลุ่ม จึงทำให้ผู้เลี้ยงดูหลักทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ต่อประโยชน์ที่เกิดจากการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับที่ดีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่าพฤติกรรมการดูดนมมื้อดึกทุกคืน การรับประทานนมขวดที่มีรสหวาน และความถี่ที่สูงของการบริโภคอาหารหวานที่ไม่ใช่นม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสภาวะโรคฟันผุทั้งในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับสภาวะการเป็นปากแหว่งเพดานโหว่และปัจจัยอื่นๆ แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบในทั้งสามพฤติกรรมดังกล่าวระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไปแล้วจะพบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุจากการดูดนมมื้อดึกในความถี่ที่สูงมากกว่ากลุ่มเด็กทั่วไป แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการรับประทานนมขวดที่มีรสหวาน และความถี่ของการบริโภคอาหารหวานที่ไม่ใช่นม ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าปัจจัย

จากการดูดนมมื้อดึกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กทั่วไป ซึ่งอาจเกิดจากผู้เลี้ยงดูหลักให้การเลี้ยงดูผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แบบตามใจมากเกินไปอันเนื่องจากความรู้สึกที่ต้องชดเชยกับความผิดปกติของเด็ก จึงอาจจะทำให้ผู้เลี้ยงดูหลักเกิดความรู้สึกที่จะพยายามให้ผู้ป่วยเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ต้องรับประทานนมในความถี่ที่มากกว่าปกติเพื่อชดเชยกับความยากลำบากของการดูดนมหรือปริมาณของการดูดนมในแต่ละครั้งที่น้อยกว่าเด็กทั่วไปที่ไม่มีปากแหว่งเพดานโหว่อันอาจจะทำให้เด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่มีน้ำหนักของร่างกายที่น้อยกว่าปกติ หรือเกิดจากการที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้สึกยากหรือลังเลที่จะปฏิเสธต่อการร้องขอจากเด็กอันเนื่องจากความสงสารที่มีต่อความผิดปกติของเด็ก ขาดความสามารถในการจัดการกับเด็ก ตามใจ และไม่สามารถควบคุมเด็กได้ อันเป็นลักษณะของผู้เลี้ยงดูหลักที่มีการเลี้ยงดูเด็กที่แตกต่างไปจากพ่อแม่ที่ลูกฟันไม่ผุ คือ “ไม่มีความหนักแน่น เสมอต้นเสมอปลาย” [42] ซึ่งในทางพฤติกรรมศาสตร์พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนและควบคุมตนเองได้ มักมีความสามารถทำให้ตนเองมีสุขภาพช่องปากดี และจะควบคุมการรับประทานน้ำตาลทั้งของตนเองและเด็กให้น้อยลงได้ [27] อันเห็นได้จากผู้เลี้ยงดูหลักของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักมีพฤติกรรมการให้นมตามที่เด็กเรียกร้องและปล่อยให้เด็กนอนหลับคาขวดนมเป็นเรื่องปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีพฤติกรรมการดูดนมมื้อดึกและการนอนหลับคาขวดนมที่มากกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป

พฤติกรรมการนอนหลับคาขวดนมสามารถทำให้เกิดโรคฟันผุได้อย่างรวดเร็ว ทำให้นมจากที่มีคุณสมบัติในการทำให้สูญเสียเกลือแร่น้อยกลายเป็นทำให้สูญเสียเกลือแร่มาก [27] เนื่องจากในขณะที่เด็กนอนหลับจะทำให้นมรวมตัวกันอยู่มากที่บริเวณด้านแก้มของฟันหน้าบนและความเป็นบัฟเฟอร์ของน้ำลายจะลดลงไปเนื่องจากอัตราการชะล้างของน้ำลายในขณะที่เด็กนอนหลับลดลง [60] อัตราการไหลเวียนของน้ำลายทั้งทางด้านริมฝีปากและทางด้านเพดานของฟันหน้าบนถูกทำให้ลดลงจากการที่มีหัวนมคาอยู่ในช่องปาก [61] รวมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองของการกลืนที่ลดลงไปจากการนอนหลับ นอกจากนั้นพฤติกรรมการดูดนมมื้อดึกที่มีความถี่มากขึ้นจะทำให้ความถี่ของการนอนหลับคาขวดนม ความถี่ของการได้รับอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบถ้าในนมขวดนั้นเป็นนมชนิดหวาน และความยาวนานของการมีอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบคงค้างอยู่ในช่องปากเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย [69] โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติไปแล้วก็ตามมักจะมีโพรงหรือรอยโหว่บางส่วนที่ยังคงเหลืออยู่เป็นที่สะสมของนมให้อยู่ในช่องปากได้ยาวนานมากขึ้นกว่าเด็กปกติทั่วไป ดังเช่นการศึกษาถึงพฤติกรรมการนอนหลับคาขวดนมโดย Tsubouchi และคณะ [73] ในปี ค.ศ. 1995 และโดย สมนึก และคณะ [105] ในปีพุทธศักราช 2547 ในเด็กไทยที่มีอายุ 6-30 เดือน แต่ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษา

โดย Vachirarojpisan และคณะ [21] ในปี ค.ศ. 2004 และ Febres และคณะ [57] ในปี ค.ศ. 1997 กลับพบว่าการดูดนมมื้อดึกหรือการนอนหลับคาขวดนมไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างในความชุกของโรคฟันผุแต่อย่างใด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ของเด็กไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยซึ่งมีความขัดแย้งกับความเชื่อดั้งเดิมว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ [7, 20] แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างในทางกายวิภาคในช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และกลุ่มเด็กทั่วไปไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ แต่โรคฟันผุในผู้ป่วยเด็กปฐมวัยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่เกิดจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะความแตกต่างในด้านพฤติกรรมของการรับประทานนมที่มีความแตกต่างไปจากกลุ่มเด็กทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุมีข้อจำกัดคือสามารถอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้เพียงร้อยละ 32 ซึ่งอาจเกิดจากโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยที่มีความหลากหลายทั้งจากมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุครั้งนี้จึงยังอาจจะไม่ครอบคลุมกับปัจจัยที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองนี้ได้ทั้งหมด

ตามแนวทางปัจจุบันของประเทศไทยในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากสำหรับกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาและได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์ที่อยู่ในทีมสหสาขาทั้งจากทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์สำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตสู่วัยรุ่นหรือไปจนกระทั่งเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ [53] และในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี ของประเทศไทยนอกจากจะได้รับการตรวจรักษาทางทันตกรรมและการป้องกันจากสถานพยาบาลซึ่งกำหนดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถรับบริการได้ฟรีแล้ว ยังได้มีการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผสมผสานร่วมไปกับกลุ่มเด็กที่มารับวัคซีนจากคลินิกเด็กดีในโรงพยาบาลหรือจากสถานีอนามัย อันประกอบด้วยการตรวจช่องปากเด็กเล็กตามช่วงอายุที่มารับวัคซีน การฝึกวิธีแปรงฟันให้แก่เด็กสำหรับผู้ปกครองที่พาเด็กมา และจัดซื้อแปรงสีฟันให้เมื่อเด็กมารับวัคซีนเมื่ออายุ 18 เดือน รวมทั้งการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆในเด็กที่มีความเสี่ยงสูง การจัดกิจกรรมทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กอันประกอบด้วยการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การจัดให้มีอุปกรณ์การแปรงฟันสำหรับเด็กทุกคน และมีสถานที่สำหรับล้างมือและแปรงฟัน หรือจากการออกเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและเน้นบริการในระดับปฐมภูมิ [22] ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีโอกาสของการได้รับบริการทางการแพทย์ที่สูงกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไปเนื่องจาก

สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้ทั้งสองช่องทาง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าและมีฟันผุเกือบทั้งหมดที่ยังไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นความครอบคลุมของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องอันเนื่องจากโปรแกรมการให้ความรู้และเปลี่ยนทัศนคติมักไม่ยั่งยืนในระยะยาว และการให้ความสำคัญกับประเด็นที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในเด็กปฐมวัยจึงเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่

จากผลการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญถึงข้อควรพิจารณาเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมการดูดนมมื้อดึกและการนอนหลับคาขวดนมในการจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มผู้ป่วยเด็กไทยภาคใต้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่โดยทันตแพทย์ผู้มีบทบาทอยู่ในทีมสุขภาพ และมีกระบวนการทำงานที่ประสานสอดคล้องกันอย่างเป็นระบบกับบุคลากรสุขภาพที่อยู่ในทีมสหสาขาที่ดี ซึ่งต้องประกอบกับการคำนึงถึงสภาวะแวดล้อม การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการบริการรักษาพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้ โดยเน้นที่กลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเพื่อให้เข้าใจถึงวิถีการเลี้ยงดูเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่อันทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวซึ่งทำให้มีความชุกที่สูงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยคาดหวังว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทันต-สุขภาพและให้ทางเลือกในการป้องกันฟันผุให้เด็กโดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมการรับประทาน สร้างความเชื่อมั่นในตนและควบคุมตนเองรวมทั้งวิธีในการจัดการในเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูหลัก จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพช่องปากและงดเว้นหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพช่องปากเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การให้ทันตสุขศึกษาและความพยายามปรับพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย พบว่าได้ผลในแง่ของการมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีขึ้น แต่ทันตสุขศึกษายังไม่สามารถทำให้พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เด็กยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อยู่เช่นเดิม [22] ซึ่งประเด็นดังกล่าวยังเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาถึงวิธีการที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอีกต่อไป

ดังนั้นการให้การดูแลทางทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่นอกจากทันตแพทย์จะมีบทบาทที่สำคัญแล้ว การให้การดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้เลี้ยงดูหลักและทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มอยู่ในช่วงปฐมวัย เพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนดและการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่