

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารเรื่องบริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีรายละเอียดเนื้อหาดังต่อไปนี้ คือ

1. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
  - 1.1 สถานการณ์โรคฟันผุ
  - 1.2 ลักษณะการเกิดโรคฟันผุ
  - 1.3 สาเหตุของโรคฟันผุ
2. พฤติกรรมสุขภาพ
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพการบริโภคอาหาร
  - 2.3 พฤติกรรมดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก
3. ครอบครัว
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 ประเภทของครอบครัว
  - 3.3 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว
  - 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

##### 1.1 สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเท่าที่มีการศึกษามีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 81.0 (Ismail and Sohn, 1999) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี โดยกองทันตสาธารณสุขซึ่งทำการสำรวจครั้งแรก พ.ศ. 2532 ครั้งที่สอง พ.ศ. 2537 และครั้งล่าสุด พ.ศ. 2544 พบว่าอัตราการเป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 3 ปี มีค่าใกล้เคียงกันคือร้อยละ 66.5, 61.7 และ 65.7 ตามลำดับ แต่ความชุกของโรคในเขตชนบทมีแนวโน้มมากกว่าในเขตเมือง (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2545)

ตารางที่ 2.1 ความชุกของโรคฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กอายุ 3 ปี  
แยกตามพื้นที่

พื้นที่	ความชุกของโรค (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน)		
	2532	2537	2543-44	2532	2537	2543-44
เขตเมือง	62.6	59.4	64.0	3.9	3.2	3.6
เขตชนบท	66.8	67.8	70.3	3.9	3.8	3.9
กรุงเทพฯ	66.7	48.5	37.5	4.3	2.3	1.5
กลาง	82.6	70.4	67.7	5.2	4.2	3.8
เหนือ	66.4	60.4	67.0	3.8	3.1	3.8
อีสาน	56.7	58.1	70.1	3.2	3.0	3.9
ใต้	73.6	66.8	71.2	4.4	3.9	4.0
ทั้งประเทศ	66.5	61.7	65.7	4.0	3.4	3.6

ที่มา : ปิยะดา ประเสริฐสม (2545)

สำหรับสถานการณ์ฟันผุของเด็กปฐมวัยในจังหวัดน่านนั้น จากผลการสำรวจระดับจังหวัด เมื่อ พ.ศ. 2539 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ในกลุ่มอายุ 3 ปี พบฟันผุร้อยละ 50.4 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.0 ซี่ต่อคน แต่ในการสำรวจครั้งที่สอง พ.ศ. 2544 พบว่าโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.9 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเพิ่มเป็น 3.3 ซี่ต่อคน สำหรับการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2545 พบว่ามีฟันผุร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดลดเหลือ 2.9 ซี่ต่อคน ซึ่งแม้ดูว่ามีสถานการณ์ดีขึ้นแต่ในบางพื้นที่ยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จากผลการสำรวจ พ.ศ. 2545 พบว่ามีฟันผุสูงถึงร้อยละ 78.6 และมีฟันผุ ถอน อุดเฉลี่ยถึงคนละ 4.7 ซี่

## 1.2 ลักษณะฟันผุในเด็กปฐมวัย

การเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นลักษณะการลุ่ที่เกิดบริเวณฟันหน้าบนและฟันกรามน้ำนม จะมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น nursing caries, baby bottle tooth decay (BBTD), rampant caries, labial caries, early childhood caries, maxillary anterior caries (Ismail and Sohn, 1999) โดยแต่เดิมเชื่อว่าเกิดจากการใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสม แต่ต่อมาพบว่าไม่ได้เกิดจากการใช้ขวดนมเพียงอย่างเดียว ในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ก็พบว่าเกิดโรคฟันผุในรูปแบบเดียวกันนี้ได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่ถูกต้อง ในปี ค.ศ. 1994 Center for Disease

Control and Prevention จึงได้เสนอชื่อสำหรับเรียกลักษณะฟันผุในเด็กปฐมวัยว่า early childhood caries (ECC) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันว่าฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ

ในการวินิจฉัยโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้น จากการประชุมสัมมนาซึ่งจัดโดย National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) ในปี ค.ศ.1999 ได้เสนอว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (early childhood caries) หมายถึง การมีฟันผุทั้งที่เป็นรูผุชัดเจนและยังไม่เป็นรูผุ การมีฟันผุหายไปเนื่องจากฟันผุ หรือการมีการบูรณะฟันในฟันน้ำนมซี่ใดๆตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป สำหรับโรคฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัย (severe early childhood caries) หมายถึงการมีฟันผุที่มีรูปแบบแตกต่างจากปกติ มีการลุกลามรุนแรงรวดเร็ว หรือเป็นการขุดฟันด้านของฟันที่ไม่พบการผุตามปกติ เช่น มีฟันผุหลายตำแหน่งทั้งฟันหน้าและฟันหลัง (Drury *et al.*, 1999)

สำหรับการศึกษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้น จากการประชุมซึ่งจัดโดย NIDCR เสนอว่าควรแบ่งเป็นกลุ่มอายุดังนี้คือ น้อยกว่า 12 เดือน 12-23 เดือน 24-35 เดือน 36-47 เดือน 48-59 เดือน และ 60-71 เดือน เนื่องจากเด็กแต่ละกลุ่มอายุมีพัฒนาการและการรับรู้ที่ต่างกัน ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุที่ต่างกันด้วย (Drury *et al.*, 1999)

### 1.3 สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเกิดจากปัจจัยหลักทางชีวภาพ 3 ประการเช่นเดียวกับโรคฟันผุทั่วไป คือ ลักษณะของฟันและสิ่งแวดล้อมในปาก เชื้อแบคทีเรีย และอาหารที่ก่อโรคฟันผุ

**ลักษณะตัวฟันและสิ่งแวดล้อมในปาก** ในฟันน้ำนมจะมีโครงสร้างชั้นเคลือบฟันบางกว่า และมีความสมบูรณ์ของการสะสมแร่ธาตุน้อยกว่าฟันถาวร นอกจากนั้นยังอาจพบชั้นเคลือบฟันซึ่งมีลักษณะการสะสมแร่ธาตุที่ไม่สมบูรณ์ในช่วงอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้ผิวเคลือบฟันไม่เรียบ (enamel hypoplasia) จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคฟันผุ (Milgrom *et al.*, 2000)

**ด้านรูปร่างของฟัน** ฟันที่มีหลุมร่องลึก โดยเฉพาะฟันหลังจะง่ายต่อการกักเก็บเศษอาหารเป็นตำแหน่งที่ทำความสะอาดได้ยาก ทำให้ด้านบดเคี้ยวของฟันกรามน้ำนมเป็นตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุมากกว่าฟันซี่อื่น

**ด้านสิ่งแวดล้อมในปาก** สิ่งที่มีบทบาทสำคัญคือ น้ำลาย จะทำหน้าที่ทั้งในด้านการรักษาสมดุล การชะล้างสิ่งตกค้างในปาก และการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งองค์ประกอบของน้ำลายที่มีผลต่อการทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่ อัตราการไหล (flow rate) และความสามารถในการรักษาสมดุล (buffer capacity)

**เชื้อแบคทีเรีย** เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นชนิดเดียวกับเชื้อ

ที่ก่อโรคฟันผุนชนิดอื่นๆ คือ *Mutans Streptococci* (Seow, 1998) ซึ่งเชื้อแบคทีเรียจะใช้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นวัตถุดิบในการผลิตกรดแลคติก ทำให้มีการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟัน (demineralization)

สำหรับที่มาของเชื่อนั้น เด็กจะได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากแม่หรือผู้ใกล้ชิด อาจโดยการสัมผัสใกล้ชิดหรือการใช้ภาชนะร่วมกัน ดังนั้นโรคฟันผุจึงเป็นโรคติดต่อที่สามารถถ่ายทอดได้ การตรวจพบเชื้อในช่องปากของเด็กจะพบตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น (Caufield *et al.*, 1993; Grindefjord *et al.*, 1995) เนื่องจากเชื้อ *Mutans Streptococci* จะต้องอาศัยฟันผิวที่แข็งเป็นที่ยึดเกาะ

**อาหารก่อโรคฟันผุ** อาหารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุได้แก่อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ น้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุมากที่สุดคือ น้ำตาลซูโครส ทั้งนี้ขึ้นกับความถี่และปริมาณรวมในการบริโภคด้วย (Sheiham, 2001) การบริโภคน้ำตาลทำให้ค่าความเป็นกรดค่า (pH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง แต่จะถูกปรับให้กลับสู่สภาพเดิมด้วยระบบการรักษาสมดุลของน้ำลาย แต่ถ้าเมื่อใดค่าความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีบ่อย การปรับสภาพสมดุลของน้ำลายไม่สามารถจะทำได้ ทำให้ค่าความเป็นกรดค่าของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤติ (pH=5.5) เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟันมากกว่าการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (remineralization)

นอกจากปัจจัยหลักทางชีวภาพทั้งสามประการแล้ว การเกิดโรคฟันผุยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆอีก เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และปัจจัยทางพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษาถึงปัญหาโรคฟันผุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

## 2. พฤติกรรมสุขภาพ

### 2.1 ความหมาย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (สมทรง รัศมีเผ่าและสรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) พฤติกรรมสุขภาพสามารถแยกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (covert behavior) พฤติกรรมภายนอกหมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกโดยการกระทำสามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม (มัลลิกา มัติโก, 2534) สำหรับพฤติกรรมภายในเป็นส่วนของค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออก จึงต้องอาศัยความเข้าใจพฤติกรรมภายในของบุคคลด้วย

พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะปัญหาด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมถูกจัดเป็นหนึ่งในสามปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาวะเศรษฐกิจสังคม (สุณี วงศ์คงคาเทพ และศรีสุดา ธีละศิธร, 2544) พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมดูแลความสะอาดในช่องปาก (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุดา ธีละศิธร, 2542ก)

## 2.2 พฤติกรรมดูแลการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคคือการกระทำใดๆของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีหรือเกี่ยวข้องกับ การบริโภคอาหาร เช่น การเลือกซื้อ การเลือกบริโภค การบริโภคอาหารนอกจากจะเป็นเรื่องของความต้องการสารอาหารเพื่อการดำรงชีพแล้ว ยังมีมิติทางสังคม วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การบริโภคอาหารเป็นวัฒนธรรมที่คนในสังคมปฏิบัติและมีการสืบทอดกันมาโดยผ่านกระบวนการกล่อมเกลารวมทั้ง ซึ่งในช่วงเด็กปฐมวัยความสามารถในการตัดสินใจเลือกอาหารยังมีจำกัด ดังนั้นแหล่งถ่ายทอดพฤติกรรมการบริโภคที่สำคัญคือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก การทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็กปฐมวัยภายใต้บริบทของครอบครัวจะช่วยให้ทันตบุคลากรสามารถให้คำแนะนำด้านอาหารแก่พ่อแม่และผู้ปกครองเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

อาหารที่เด็กปฐมวัยบริโภคและมีความสำคัญต่อการเกิดฟันผุ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ อาหารประเภทนม และอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ

### พฤติกรรมดูแลการบริโภคนม

นมเป็นอาหารหลักสำหรับทารกและเป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็กเล็ก น้ำตาลที่เป็นส่วนประกอบหลักในนมคือน้ำตาลแลคโตส ซึ่งแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์สามารถนำไปสร้างกรดได้ แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติป้องกันฟันผุ ได้แก่ โปรตีน ฟอสเฟต แคลเซียม โดยโปรตีนและฟอสเฟตจะทำหน้าที่ในการเป็นบัฟเฟอร์ช่วยปรับสภาพกรดที่เกิดขึ้นในช่องปาก แคลเซียมและฟอสเฟตจะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ โปรตีนและไขมันในนมจะช่วยเคลือบบนผิวฟัน ทำให้ลดการเกาะติดของแบคทีเรียและลดการละลายของผิวเคลือบฟันจากกรด ดังนั้น Levine (2001) ได้สรุปว่านมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัวจัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Thomson *et al.* (1996) พบว่านมแม่มีศักยภาพ

ในการก่อโรคฟันผุได้มากกว่านมวัวเนื่องจากมีปริมาณน้ำตาลแลคโตสมากกว่า แต่มีปริมาณแคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่านมวัว

อิทธิพลของนมในการทำให้เกิดโรคฟันผุเป็นผลมาจากการผสมน้ำตาลลงในนมหรือการเลือกผลิตภัณฑ์นมที่มีน้ำตาลให้เด็ก Bowen and Pearson (1993) ทำการศึกษาในหนูด้วยการเติมน้ำตาลซูโครสร้อยละ 2 ลงในนม พบว่าทำให้เกิดฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเพิ่มน้ำตาลเป็นร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ นอกจากนั้น ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และระวีวรรณ ปัญญางาม (2539) รายงานว่าเด็กที่ดื่มนมหวานในช่วงอายุ 0-2 ปี มีฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่ดื่มนมหวานแม่จะแปรงฟันเป็นประจำยังมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจืดและไม่ได้แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ Dini *et al.* (2000) ทำการศึกษาในเด็กอายุ 3-4 ปี พบว่ามีการเติมน้ำตาลใส่เครื่องดื่มให้เด็กดูจากขวดร้อยละ 80 และตรวจพบฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 46

นอกจากการเตรียมนมโดยผสมน้ำตาลแล้ว วิธีการให้นม ได้แก่ การให้เด็กหลับคาขวดนม การไม่ดูดน้ำตาม อายุที่เลิกใช้ขวดนม ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุมากขึ้น การใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กและการให้เด็กกลับไปพร้อมกับขวดนมพบว่าเป็นพฤติกรรมที่ทำกันโดยทั่วไป จากการทบทวนเอกสาร โดย Reisine and Douglass (1998) การหลับคาขวดนมทำให้เกิดฟันผุบริเวณฟันหน้าบนได้ตั้งแต่วัย 5 ถึงร้อยละ 91 และถ้าเป็นนมหวานจะเพิ่มการเกิดฟันผุได้มากกว่านมจืด (Behrendt *et al.*, 2001 ; Oulis *et al.*, 1999) เด็กที่หลับคาขวดนมจะพบมีการสะสมของนมบริเวณรอบๆ ฟัน โดยเฉพาะบริเวณฟันหน้าบน (Watanabe, 1992) ทำให้คาร์โบไฮเดรตถูกย่อยสลายเป็นกรดทำลายผิวเคลือบฟัน ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุตามมา สอดคล้องกับ Bowen (1998) ซึ่งรายงานว่า การดูดนมขวดทำให้การไหลเวียนของน้ำลายที่สัมผัสฟันกรามบนและฟันหน้าลดลง จึงเกิดฟันผุได้ง่าย

การดูดน้ำตามภายหลังการดูดนมพบว่ามีความสัมพันธ์กับฟันผุเช่นกัน จากผลการศึกษาของชูดิมา ไตรรัตน์วรกุล และ รพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) ซึ่งทำการศึกษาในเด็กอายุ 2-6 ปี พบว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ดูดน้ำตามหลังดูดนมมีอัตราฟันผุ ถอน อุด เป็นด้านต่อคน สูงกว่าเด็กกลุ่มที่ดูดน้ำตามหลังดูดนม

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เลิกใช้ขวดนมและการเกิดฟันผุนั้นพบว่าเด็กที่เลิกใช้ขวดนมหลังอายุ 14 เดือน จะมีโอกาสฟันผุได้สูง (Febres *et al.*, 1997) ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าเด็กควรเลิกดูดนมจากขวดหรือหยุดกินนมแม่เมื่ออายุ 12 เดือน (Benitez *et al.*, 1994) แต่จากการศึกษาเด็กแรกเกิดถึงอายุ 2 ปีในประเทศไทยพบว่า เด็กมากกว่าร้อยละ 80 ยังดูดนมจากขวดจนอายุ 2-3 ปี (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุตา ลีละศิธร, 2542ข) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนชาวเวียดนามอพยพในประเทศแคนาดา พบว่ากว่าร้อยละ 50 ในเด็กอายุ 18 เดือน ยังดูดนมจากขวด

โดยมีถึงร้อยละ 87 ที่คุณมตลอดทั้งวันตามความต้องการของเด็ก และมีพฤติกรรมหลับคาขวดนม ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีฟันผุร้อยละ 65 (Harrison *et al.*, 1997)

อย่างไรก็ตามการแนะนำให้เลิกใช้ขวดนมโดยให้ความรู้ถึงผลเสียของการใช้ขวดนม พบว่าเป็นวิธีการที่ไม่ประสบความสำเร็จ มีการศึกษาพบว่าภายหลังการแนะนำให้เลิกนมขวดผ่านไปเป็นเวลา 3 เดือน มีเด็กเพียง 7 รายจาก 17 รายที่สามารถเลิกนมขวดได้ (Benitez *et al.*, 1994) นอกจากนี้การแนะนำให้ใช้แก้วแทนทันทีเมื่อเด็กอายุ 12 เดือนก็ไม่ได้รับการยอมรับจากแม่และผู้ดูแลเด็กเนื่องจากขัดแย้งกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม และเป็นคำแนะนำที่ปฏิบัติได้ยากโดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้เลี้ยงดูเด็กเพียงคนเดียว หรือครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมจำกัด (Weinstein, 1998)

การเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างไม่เหมาะสมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ เนื่องจากการให้นมแม่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ให้นมไม่เป็นเวลา ทำให้มีการก่อดัวและเพิ่มจำนวนของเชื้อ *Mutans Streptococci* บนผิวฟันของเด็ก (Matee *et al.*, 1992) อย่างไรก็ตามแม่ส่วนใหญ่จะให้เด็กรับประทานนมแม่บ่อยครั้งตามที่เด็กต้องการแม้ว่าเด็กจะอายุมากกว่า 1 ปี และไม่มีกรให้เด็กดูดน้ำตามเนื่องจากเชื่อว่านมแม่ไม่เป็นสาเหตุของฟันผุและวิธีการให้นมไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ (วิภากร ล้อมสิริอุดม, 2545) นอกจากนั้นแม่บางส่วนยังมีความเชื่อว่าการเลี้ยงดูด้วยนมแม่เป็นเวลานานมีผลในการช่วยคุมกำเนิด และยังเป็นกรช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย (Riedy *et al.*, 2001) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่นานกว่า 24 เดือน มีฟันผุมากกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่เป็นเวลาสั้นกว่า 24 เดือน (Dini *et al.*, 2000)

#### พฤติกรรมกรบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ

กรบริโภคอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ น้ำตาลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุมากที่สุด คือ น้ำตาลซูโครส อย่างไรก็ตามกรศึกษาของ Burt and Pai (2001) ซึ่งศึกษาด้วยวิธีทบทวนเอกสารอย่างมีระบบพบว่ามรายงานกรวิจัยเพียง 2 ฉบับที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานน้ำตาลกับการเกิดโรคฟันผุในระดับสูง (ค่า OR หรือ RR ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป) รายงานกรวิจัย 16 ฉบับ มีความสัมพันธ์ปานกลาง (ค่า OR หรือ RR เท่ากับ 1.5-2.4) และมีรายงานกรวิจัย 18 ฉบับที่พบความสัมพันธ์น้อยจนถึงไม่พบความสัมพันธ์ (ค่า OR หรือ RR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.4)

การก่อโรคฟันผุของน้ำตาลขึ้นกับความถี่ในการบริโภค ซึ่งกรบริโภคน้ำตาลบ่อยครั้ง หรือกรบริโภคขนมจุบจิบ จะทำให้กรราบจุลินทรีย์เกิดความเป็นกรอย่างต่อเนื่อง เกิดกรละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวฟันมากกว่ากระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ ทำให้เกิดฟันผุ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็ก คือ การดื่ม

เครื่องดื่มผสมน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารทุกวัน และการบริโภคขนมระหว่างมื้ออาหารมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (Vanobbergen *et al.*, 2001) และยังพบอีกว่าในเด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง การบริโภคขนมทุกวันจะทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับการบริโภคสัปดาห์ละครั้ง (Gibson and William, 1999)

นอกจากความถี่ในการบริโภคแล้ว ปริมาณรวมของน้ำตาลที่บริโภคเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ ดังการศึกษาของ Karjalainen *et al.* (2001) พบว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาลประจำวันในปริมาณสูงเมื่ออายุ 3 ปี ซึ่งปริมาณการบริโภคน้ำตาลจะส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในลักษณะกราฟรูปตัวเอส (Sheiham, 1991) โดยขนาดการบริโภค 10 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ทำให้เกิดโรคฟันผุต่ำ แต่หากบริโภคสูงกว่า 15 กิโลกรัมต่อคนต่อปี โรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการได้รับฟลูออไรด์ด้วย

ลักษณะอาหารที่บริโภคยังส่งผลต่อการเกิดฟันผุด้วย อาหารที่มีลักษณะหยาบหรือมีเส้นใย เช่น ผลไม้ จะช่วยให้เกิดกระบวนการทำความสะอาดตามธรรมชาติ และกระตุ้นการไหลของน้ำลายได้ดี ส่วนอาหารที่มีลักษณะเหนียวติดฟันจะตกค้างอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน มีผลให้เกิดกรดในช่องปากได้มากขึ้น

### 2.3 พฤติกรรมดูแลความสะอาดช่องปาก

จากการที่โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุส่วนหนึ่งจากอาหารที่บริโภคและการก่อดังของเชื้อจุลินทรีย์ ดังนั้นการดูแลความสะอาดช่องปากจึงมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค พบว่าในเด็กกลุ่มที่มีฟันผุจากการเลี้ยงดู (nursing caries) มีจำนวนผู้ไม่แปรงฟันมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีฟันผุจากการเลี้ยงดู (Eronat and Eden, 1992) องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลความสะอาดในช่องปากที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ วิธีการแปรง การมีผู้ปกครองช่วยดูแล อายุที่เริ่มแปรงฟัน และพฤติกรรมการแปรงฟันของแม่

มีหลักฐานการศึกษาหลายการศึกษาพบว่าความถี่ในการแปรงฟันมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ (Vanobbergen *et al.*, 2001; Ashley *et al.*, 1999; Gibson and William, 1999) การแปรงฟันบ่อยๆมีผลช่วยลดฟันผุเนื่องจากช่วยป้องกันการก่อดังของเชื้ออีกทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้ (Moss, 1996) แต่ในทัศนะของผู้ปกครองการดูแลความสะอาดในช่องปากเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ปกครองจึงพอใจกับการที่เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า (हतथ्य สุขเจริญโกศล, 2545) มีการศึกษาบางการศึกษาได้เสนอว่าการแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร (Gibson and William, 1999) แต่อย่างไรก็ตามผลในการป้องกันฟันผุของการแปรง



ฟันจะมาจากฟลูออไรด์ที่ผสมในยาสีฟัน รวมทั้งวิธีการแปรงจะต้องสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ ได้ด้วย

การที่เด็กจะจับแปรงสีฟันได้ดีพอและแปรงฟันได้เองก็ต่อเมื่อเด็กสามารถจับปากกาเขียนหนังสือได้คล่องแล้ว ซึ่งทั่วไปจะมีอายุประมาณ 7 ปีขึ้นไป ดังนั้นการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียนจึงต้องอยู่ในความรับผิดชอบและการช่วยเหลือของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก ซึ่งการที่ผู้ปกครองช่วยแปรงฟันให้เด็กนั้นจะควบคุมความสะอาดในช่องปากได้ดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง (Freeman *et al.*, 1989) แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้แปรงฟันให้เด็กเนื่องจากส่วนหนึ่งไม่มีเวลาและมักคิดว่าเด็กมีความสามารถดีพอในการแปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งการที่เด็กไม่ยอมให้แปรงฟัน ผู้ปกครองจึงปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545)

นอกจากนั้นอายุที่เด็กเริ่มแปรงฟันยังมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุด้วย การเริ่มแปรงฟันหลังจากอายุ 1 ปี ทำให้ฟันผุมากขึ้น (Vanobbergen *et al.*, 2001; Wendt *et al.*, 1994) แต่ผู้ปกครองร้อยละ 50 เริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุ 2 ปี (Wendt *et al.*, 1994) ทำให้ประสบกับปัญหาเด็กไม่ยอมให้แปรง ดังนั้นผู้ปกครองควรเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่อพบว่าฟันเริ่มขึ้น สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เช่นกัน เนื่องจากเด็กต้องการเลียนแบบการปฏิบัติของผู้ใหญ่ (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545)

ดังนั้นเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลการบริโภคอาหารและการดูแลความสะอาดในช่องปากมีผลต่อการควบคุมโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งสถาบันพื้นฐานที่ทำหน้าที่ในการจัดเกลาพฤติกรรมตั้งแต่ในวัยเด็กคือ สถาบันครอบครัว สุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยได้รับอิทธิพลจากครอบครัวทั้งในด้านบวกและด้านลบโดยผ่านทางวิถีชีวิตประจำวัน ครอบครัวจึงเป็นหน่วยในการศึกษาและวิเคราะห์ที่สำคัญในด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

### 3. ครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกในครอบครัว สถาบันครอบครัวจะทำหน้าที่ในการถ่ายทอดคุณค่า วิถีประเพณีปฏิบัติ และสร้างมาตรฐานทางสังคมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ของสังคม ดังนั้นสมาชิกของแต่ละครอบครัวจึงมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกันมากที่สุด

#### 3.1 ความหมายของครอบครัว

คณะกรรมการครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวคือกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการพึงพิงทาง

สังคมเศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต โดยบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวก็ได้ (สายสุรี, 2539 อ้างในจิรเนาว์ ทศศรี, 2545)

นอกจากความหมายดังกล่าวแล้ว ครอบครัวตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง ผู้อยู่ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยา และบุตร

ครอบครัวทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวข้องกับทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายก็ได้ แต่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน

ครอบครัวทางเศรษฐกิจ หมายถึง คนที่ใช้จ่ายร่วมกันจากเงินงบประมาณเดียวกัน โดยได้ทำการสมรส และแยกบ้าน ไปอยู่อิสระ

โดยสรุปแล้วครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีจำนวนตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์จากการแต่งงาน หรือสายโลหิต หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมในกรณีครอบครัวที่ไม่สามารถมีลูกด้วยกันเองได้ ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวจะต้องอาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกัน ใช้จ่ายเงินร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ตลอดจนเป็นตัวแทนของการปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติให้แก่สมาชิกในครอบครัว (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545)

### 3.2 รูปแบบของครอบครัว

รูปแบบของครอบครัวมีหลากหลายลักษณะ แต่สามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (สนิท สมัครการ, 2539)

ครอบครัวเนื้อแท้หรือครอบครัวพื้นฐาน (nuclear or elementary family) ประกอบด้วยบุคคล 2 รุ่นคือพ่อแม่และลูก บางครั้งอาจมีญาติบางคนมาอาศัยอยู่ด้วย แต่อำนาจของหัวหน้าครอบครัวยังอยู่ที่พ่อหรือแม่หรือสามีภรรยา ครอบครัวแบบนี้มักมีความเป็นอิสระ แต่มีความห่างเหินจากญาติพี่น้อง

ครอบครัวแบบขยาย (extended family) รูปแบบของครอบครัวขยายตามปกติคือ ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่และลูก หรืออาจประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง เช่น ปู่ย่า ตายาย อาศัยอยู่ภายใต้ชายคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน ครอบครัวขยายอาจไม่ใช่ครอบครัวใหญ่อาจมีเพียงพ่อแม่ลูก และปู่ย่าตายายเพียงคนใดคนหนึ่งอาศัยร่วมด้วย ครอบครัวแบบนี้จะมีความรัก ความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระ เพราะอำนาจการตัดสินใจในครอบครัวมักจะเป็นญาติผู้ใหญ่ที่อาวุโสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ครอบครัวขยายมักเห็นได้มากในสังคมเกษตรกรรม

ครอบครัวซ้อน (composite or compound family) รูปแบบครอบครัวในลักษณะนี้พบในสังคมที่อนุญาตให้ชายหรือหญิงมีภรรยาหรือสามีมากกว่าหนึ่งคนในขณะเดียวกัน และนำมาอยู่รวมกับครอบครัวของตน

ครอบครัวสาระ (essential family) เป็นครอบครัวที่มีแม่เป็นแกนกลางหรือเป็นหลักของครอบครัวเนื่องจากพ่อไม่ค่อยอยู่บ้าน

### 3.3 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคมที่กว้างขึ้น Friedman (1992 อ้างในกาญจนา ชินาธิวร, 2541) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้

**การให้ความรักความเอาใจใส่ (affective function)** หมายถึงการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับและการช่วยเหลือกันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อแสดงออกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีบุคลิกภาพ และการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมมั่นคง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**การอบรมเลี้ยงดู (socialization function)** หมายถึงการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว การควบคุมพฤติกรรม และการสอนให้ลูกมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย การอบรมเลี้ยงดูจะประกอบด้วยสองลักษณะคือ การเลี้ยงดูเพื่อให้เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตและมีจิตใจสมบูรณ์ กับการอบรมสั่งสอนธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมของสังคมให้แก่เด็ก (สนิท สมัครงการ, 2539) ใน การที่จะปลูกฝังให้เด็กมีลักษณะสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศนั้น วิธีการอบรมเลี้ยงดูที่สำคัญคือ พ่อแม่ผู้ปกครองต้องทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองได้รับความรักความอบอุ่นเพียงพอ ทำให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองตั้งแต่อายุน้อย

**การดูแลสุขภาพ (health care function)** ครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกทั้งในภาวะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วยการเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการประสานกับทีมสุขภาพ นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ ฉะนั้นหน้าที่ครอบครัวมีสุขภาพดีย่อมหมายถึงสุขภาพของประชาชน โดยรวมดีด้วยเช่นกัน

**การจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (economic function)** ครอบครัวต้องมีการหารายได้สำหรับนำมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้แก่ครอบครัว รวมถึงการตัดสินใจจัดสรรรายได้ที่ได้มาอย่างเหมาะสม ครอบครัวจะให้การสนับสนุนด้านการเงิน ปัจจัยที่จำเป็น

ต่างๆ เพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน และส่งเสริมกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาด

*การผลิตสมาชิกใหม่ (reproductive function)* จะหมายรวมทั้งการกำหนดจำนวนสมาชิกในครอบครัว การวางแผนครอบครัว และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่สมาชิก

จากหน้าที่ของครอบครัวที่กล่าวมา ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กทั้งในด้านร่างกาย สติปัญญา สังคมและอารมณ์ ถึงแม้โครงสร้างสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปมากมาย แต่ครอบครัวยังเป็นหน่วยพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านอบรมให้เด็กรู้จักวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี แบบแผนของความประพฤติ ตลอดจนการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม

### 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว

วิถีชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตหมายถึง ทางเลือกที่บุคคลได้ตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมภายใต้ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (Blaxter, 1990 ; Kemm and Close, 1995) ซึ่งรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมในบางเรื่อง บุคคลสามารถเลือกและกำหนดเองได้ แต่บางครั้งจะถูกกำหนดโดยบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้าง เช่น พ่อแม่ สภาพเศรษฐกิจและสังคม ฯลฯ การดูแลสุขภาพจึงไม่สามารถแยกออกจากวิถีชีวิตได้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต

จากการทบทวนเอกสารของผู้วิจัยสามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กออกเป็น 2 ระดับใหญ่ๆ คือ ปัจจัยระดับมหภาค และปัจจัยระดับจุลภาค

#### ปัจจัยระดับมหภาค

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคมทั้งระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เช่น การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม การพัฒนาทางเทคโนโลยีการสื่อสารและโฆษณา วัฒนธรรม ความเชื่อของสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของครอบครัว ดังจะกล่าวรายละเอียดแยกเป็นหัวข้อดังนี้

1. การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ในอดีตแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวไทย อาศัยการเกษตรกรรมเป็นหลัก แรงงานที่สำคัญมาจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คือ มีลักษณะเป็นครอบครัวเดียวที่มีพ่อแม่ลูกหลายๆครอบครัวปลูกบ้านอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน แต่เมื่อมีการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ ระบบเศรษฐกิจและสังคม ได้ค่อยๆเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมที่ผลิตเพื่อการยัง

ชีพ มาเป็นการผลิตเพื่อการส่งออก มีการนำระบบอุตสาหกรรม เข้ามาช่วยในการผลิต สังคมไทยจึงค่อยๆเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม จากความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อลักษณะ โครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2541) ความผูกพันภายในครอบครัวลดลง ซึ่งผลกระทบต่อรวมของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อครอบครัวสามารถสรุปได้ดังนี้ (นิยม บุญมี, 2530)

**ลักษณะ โครงสร้างและขนาดครอบครัว** ครอบครัวปัจจุบันมีขนาดครอบครัวเล็ก มีสมาชิกภายในครอบครัวน้อย ความสัมพันธ์ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัวไม่ค่อยแน่นแฟ้น เพราะทุกคนต้องดำเนินชีวิตแบบมุ่งผลประโยชน์หรือแบบธุรกิจมากขึ้น จึงทำให้ขาดความอบอุ่น ขาดการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

**ความผูกพันภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป** เนื่องจากความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ที่เป็นกิจนอกบ้านของสมาชิกในครอบครัวมีเพิ่มมากขึ้น เวลาที่จะแบ่งปันเพื่อคนในครอบครัวก็น้อยลง เช่น เช้าตื่นขึ้นมาทุกคนต้องมีการหน้าที่ที่จะรับผิดชอบของตนเองโดยตรง เป็นต้นว่า ลูกต้องรีบไปโรงเรียน พ่อต้องไปทำงาน แม่บ้านที่ทำงานนอกบ้านก็ต้องรีบร้อนในการเตรียมอาหารเช้าเพื่อตนเองจะได้มีเวลาเตรียมตัวไปทำงานได้ทันตามเวลา ในช่วงเวลากลางวันต่างคนต่างอยู่นอกบ้าน เมื่อถึงเวลาอาหารเย็น ลูกๆอาจต้องรับประทานอาหารกันเองตามลำพังเพราะพ่อแม่อาจติดงาน สังคมนอกบ้าน ด้วยเหตุนี้ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวที่เคยมีต่อกันอาจเสื่อมคลายลงได้

**สามีภรรยา มีสิทธิความเสมอภาคมากขึ้นกว่าครอบครัวสมัยก่อน** กล่าวคือสังคมปัจจุบันจะถือว่าสามีภรรยา มีศักดิ์มีสิทธิเท่าเทียมกัน และในกรณีที่สามีภรรยา มีรายได้นอกบ้านเหมือนกัน ความเสมอภาคของสามีภรรยา ก็จะมีมากขึ้น ความเสมอภาคย่อมเป็นสิ่งที่ดี แต่หากสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน การเรียกร้องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ก็จะกลายเป็นปัญหาในด้านความสัมพันธ์อันดีต่อกันได้

**บทบาทของความเป็นพ่อแม่เปลี่ยนแปลงไป** ผลจากการออกไปประกอบอาชีพเพื่อความอยู่รอดหรือเพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้พ่อแม่มีเวลาแสดงบทบาทของความเป็นพ่อเป็นแม่ลดน้อยลง ถ้าพ่อแม่ขาดความสำนึกในหน้าที่อันสำคัญและขาดความเข้าใจในเรื่องการจัดสรรเวลา ทำให้ไม่มีเวลาที่ใส่ใจกับสมาชิกในครอบครัว จึงกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

**บรรยากาศในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป** ครอบครัวสมัยก่อนผู้เป็นแม่มีความใกล้ชิดกับลูก คอยเอาใจใส่ติดตามลูก บรรยากาศความเป็นอยู่และความมีอำนาจในการปกครองเลี้ยงดู

ให้คำแนะนำสั่งสอนเป็นของพ่อแม่ และลูกๆก็เชื่อถือ แต่บรรยากาศปัจจุบันลูกๆมีอิสระมากขึ้น บทบาทของพ่อแม่จึงลดลงไป

นอกจากนั้นจากผลการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้เกิดความต้องการแรงงาน ประกอบกับหลายๆครอบครัวต้องประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ทั้งพ่อและแม่จึงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือมีการอพยพย้ายถิ่นไปทำงานในเมือง ทำให้พ่อแม่มีเวลาดูแลลูกน้อยลง การดูแลลูกจึงเป็นหน้าที่ของบุคคลอื่น สมศรี กิจชนะพานิชย์และคณะ (2540) ได้สรุปรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอพยพไว้ดังนี้ 1) แม่เป็นผู้เลี้ยงดูลูก พ่อเป็นพนักงานฝ่ายเดียว ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยกจากความห่างเหิน และถ้าแม่ไม่หนักแน่นอาจระบายนามณ์กับลูก ทำโทษลูกโดยปราศจากเหตุผล 2) ครอบครัวที่ส่งลูกไปให้ปู่ย่าตายายหรือญาติผู้ใหญ่เลี้ยง เด็กอาจได้รับความรักจากญาติผู้ใหญ่และการเลี้ยงดูที่ตามใจมากเกินไป ส่วนความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูก็เลี้ยงกันไปตามวัฒนธรรมของท้องถิ่นและความเชื่อ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูกจะมีน้อย 3) ครอบครัวที่จ้างคนอื่นเลี้ยง หรือเลี้ยงตามสถานรับเลี้ยง ซึ่งคุณภาพของคนเลี้ยงและสถานรับเลี้ยงขึ้นกับค่าจ้างที่จ้าง เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูเฉพาะร่างกายแต่ความอบอุ่นทางจิตใจได้รับน้อยมาก 4) ครอบครัวที่ให้เด็กอยู่กับตนเอง ที่ดูแลน้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือตัดสินใจในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อตนเองและน้องได้

จากการเลี้ยงดูเด็กในลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่อบรมกล่อมเกล้าของสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกนั้นไม่อาจแทนที่โดยตัวแทนหรือบุคคลอื่นได้ ดังผลการศึกษาของหฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่ากรณีที่แม่ต้องไปทำงานต่างหมู่บ้านและต้องออกไปแต่เช้า จำเป็นต้องฝากเด็กให้อยู่ในความรับผิดชอบของยายหรือป้า จึงไม่ค่อยเข้มงวดในการดูแลให้เด็กแปร่งฟัน สอดคล้องกับพัชรลักษณ์ เตือนนาคีและสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542) ซึ่งพบว่าพ่อแม่ที่ไปรับจ้างในเมืองหรืออพยพไปทำงานต่างถิ่นจะมีเวลาดูแลลูกน้อยลง ปลอมให้ลูกอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ การควบคุมการแปร่งฟันหรือบริโภคขนมหวานจึงทำได้น้อย

ผลกระทบอีกประการหนึ่งที่มาพร้อมกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมคือการคมนาคมที่สะดวกและเข้าถึงทุกหมู่บ้าน ทำให้อาหารทุกประเภทสามารถเข้าถึงชุมชนได้สะดวก ประกอบกับการมีร้านค้าเพิ่มขึ้นมากมายเพื่อตอบสนองความต้องการ ในการซื้ออาหาร ทำให้การเข้าถึงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เช่น ขนม ทำได้ไม่ยาก ผู้ปกครองสามารถซื้อขนมถุงหรือน้ำผลไม้กระป๋องเป็นอาหารว่างแก่เด็ก เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย (หฤทัย สุขเจริญโกศล, 2545) เด็กสามารถไปซื้อขนมจากร้านในหมู่บ้านโดยเจ้าของร้านไปเก็บเงินจากพ่อแม่ภายหลัง รวมถึงการมีรถเร่ขายกับข้าวและขนมเข้ามาในหมู่บ้าน สิ่งเหล่านี้เป็นวัฒนธรรมที่มาพร้อมกันที่นำความเจริญเข้าหมู่บ้านพร้อม

กับการนำสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเข้ามาด้วย ชุมชนใดที่สามารถเข้าถึงอาหารคัดแปลงรูปยุคใหม่ได้ง่ายจะพบอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541)

2. การพัฒนาทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และ โฆษณา จากความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้โลกปัจจุบันอยู่ในยุคการสื่อสารไร้พรมแดน ข่าวสารต่างๆสามารถถ่ายทอดและสื่อสารถึงกันได้อย่างรวดเร็วโดยผ่านทางสื่อต่างๆที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง สื่อจึงเข้ามา มีบทบาทในการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะภายในครอบครัว พระธรรมปิฎก (2545) ได้กล่าวไว้ว่าเดิมครอบครัวเป็นดินแดนที่พ่อแม่ดูแล เป็นผู้ปกครอง เป็นผู้นำลูก แต่ขณะนี้พ่อแม่สูญเสียอำนาจการปกครองนี้ไป ครอบครัวถูกสื่อ เช่น โทรทัศน์และวิดีโอเข้ามายึดครอง มาทำหน้าที่แทนพ่อแม่ในการนำเสนอสิ่งต่างๆและชี้นำแก่ลูก

สื่อมีบทบาทต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคทั้งต่อตัวตัวผู้ดูแลเด็กและตัวเด็กเอง สื่อโทรทัศน์จะมีอิทธิพลต่อการเลือกชนิดของนมให้เด็กบริโภค ดังเห็นได้จากผลการศึกษาของวิภากร ล้อมสิริอุดม (2545) พบว่าแม่เลือกซื้อนมหวานผสมน้ำผึ้ง รวมทั้งมีการซื้อนมอัดเม็ดให้ลูกเพื่อให้ลูกตัวสูงเหมือนที่เห็นจากโฆษณา ทั้งที่นมทั้งสองชนิดมีราคาแพงกว่านมปกติทั่วไปและต้องออกไปหาซื้อนอกหมู่บ้าน สื่อโทรทัศน์และสื่อบุคคลคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังได้สร้างให้เกิดวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กแบบใหม่ โดยมีการเลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริมซีเรียลแทนที่จะใช้การเคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทาน

สื่อโฆษณายังมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อนมของเด็ก เนื่องจากสามารถสื่อให้เห็นทั้งภาพและเสียง จึงมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ทำให้เด็กเกิดความต้องการในการบริโภค จากการทบทวนเอกสารโดย Coon and Tucker (2002) พบว่าเด็กที่ดูโฆษณาทางโทรทัศน์จะเลือกผลิตภัณฑ์อาหารที่เห็นจากโฆษณาในอัตราที่สูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เห็น นอกจากนี้จำนวนชั่วโมงในการดูโฆษณายังสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่เด็กเรียกร้องนมจากแม่

3. วัฒนธรรม ความเชื่อ ด้านสุขภาพของคนในสังคม ในแต่ละสังคมมีวัฒนธรรมความเชื่อที่สั่งสมและถ่ายทอดกันมาจากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามยุคสมัยและสภาพสังคม วิภากร ล้อมสิริอุดม (2545) ทำการศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบว่าชาวบ้านจะไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม เนื่องจากฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากไม่นาน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา รวมถึงการมีความเชื่อว่าฟันผุเกิดจากแมงกินฟันและการถอนฟันทำให้เสียสายตา

นอกจากนั้นในท่ามกลางวัฒนธรรมการบริโภคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การบริโภคไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังเป็นการบริโภคเพื่อตอบสนองความต้องการ

ด้านจิตใจ เนื่องจากตัวสินค้าถูกเปลี่ยนไปเป็นสัญญา ทำให้สินค้ามีคุณค่ามากกว่าตัวสินค้าที่เป็นจริง เช่น การเลี้ยงเด็กด้วยอาหารเสริมซีรีแลค เป็นการสื่อถึงความทันสมัย (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545) หรือขนมซึ่งไม่ได้มีความหมายเป็นเพียงแค่อาหารว่าง แต่ยังเป็นสิ่งทดแทนความสัมพันธ์ที่ขาดหายไป เป็นสิ่งแสดงถึงความรักหรือรางวัลที่ผู้ใหญ่มอบให้กับเด็ก

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของครอบครัวนั้น ส่วนหนึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยระดับมหภาคดังที่กล่าวมา

### ปัจจัยระดับจุลภาค

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลและครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ของครอบครัวที่มีต่อชุมชน เช่น องค์ประกอบด้านประชากร สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะแยกรายละเอียดเป็นหัวข้อดังนี้

1. องค์ประกอบของประชากรได้แก่ อายุ เพศ ซึ่งปัจจัยด้านองค์ประกอบประชากรของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กมีส่วนสัมพันธ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การศึกษาของหยุดย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่าอายุและเพศ ของผู้ปกครองมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็ก โดยผู้ปกครองที่มีอายุน้อยจะมีความรู้ในการดูแลเด็กและเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพดีกว่าชาย ชายจะอนุญาตให้เด็กกินขนมได้ทั้งวัน ในวันหยุด ขณะที่ให้ความสนใจดูแลสุขภาพช่องปากน้อย และพบอีกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงหรือแม่ โดยทำหน้าที่ดูแลเด็กตั้งแต่การกิน การนอน และการเล่น เนื่องจากผู้หญิงมีความละเอียดอ่อนกว่าผู้ชาย

2. ลักษณะและโครงสร้างของครอบครัว ครอบครัวที่มีลักษณะและโครงสร้างแตกต่างกันจะมีวิธีการอบรมเลี้ยงดูไม่เหมือนกันส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมและลักษณะทางจิตใจแตกต่างกันไปด้วย ลักษณะและโครงสร้างของครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมได้แก่ สถานภาพการสมรส ประเภทหรือขนาดของครอบครัว ในครอบครัวขยายซึ่งมีสมาชิกหลายช่วงอายุรวมกันเป็นครอบครัวใหญ่จะมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น เอื้ออาทรและช่วยเหลือพึ่งพากันได้ เด็กที่เกิดมาในครอบครัวเช่นนี้จึงมีความอบอุ่นและมีที่พึ่งทางใจค่อนข้างมาก เพราะเด็กจะเป็นศูนย์กลางความสนใจของครอบครัว และเด็กยังมีโอกาสได้ปรับตัวและเรียนรู้ประสบการณ์จากคนต่างวัยต่างความคิดที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกัน สำหรับในครอบครัวเดี่ยวที่พ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้เด็กเริ่มขาดความอบอุ่น ขาดผู้อบรมกล่อมเกล่าจิตใจให้แก่เด็ก อย่างไรก็ตามในครอบครัวเดี่ยวจะดูแลความมีวินัยของเด็ก ได้ดีกว่าครอบครัวขยาย เนื่องจากในครอบครัวเดี่ยวสามารถที่จะพูดคุย



ตกลงกติกาก่อนการดูแลเด็กได้ง่ายกว่าในครอบครัวขยาย พ่อแม่มีอำนาจในการปกครองลูก (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2542)

3. สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ รายได้ อาชีพของครอบครัว และระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ อาชีพ และระดับการศึกษาจะสัมพันธ์กับการจัดสรรเวลาของครอบครัว การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และความเครียด ในบางครอบครัวพบว่าจากสภาวะที่ไม่แน่นอนของรายได้และอาชีพ เป็นที่มาของความเครียดและวิตกกังวล ทำให้พ่อแม่มีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยอารมณ์มากกว่าการใช้เหตุผล จึงกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและการอบรมเด็ก

ด้านรายได้ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรตนา สุขวัฒนานันท์, 2540) เนื่องจากรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการเลือกซื้อหรือไม่เลือกซื้ออาหาร ครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่จะมาบริโภคได้มากกว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่ดี สามารถซื้อหาอาหารที่มีคุณภาพดีกว่ามาบริโภคได้ แต่อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลขาดความรู้ในเรื่องการบริโภค ย่อมได้รับอาหารที่มีคุณค่าไม่เพียงพอหรือไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังเช่นการศึกษาของดาวเรือง แก้วขันดีและคณะ (2543) ซึ่งสัมภาษณ์แม่ที่มีลูกในช่วงอายุ 0-12 ปี พบว่าเด็กในเขตชนบทส่วนใหญ่มีโอกาสบริโภคอาหารระหว่างมื้อน้อย เนื่องจากอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แต่ในครอบครัวที่มีฐานะดีส่งลูกมาเรียนในเมือง วิถีชีวิตจะเปลี่ยนไปมีการบริโภคอาหารระหว่างมื้อและน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น

ด้านอาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กและแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าครอบครัวที่ผู้ปกครองไม่สามารถจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กเข้ากับการทำงานนั้น การจัดสรรเวลาอย่างเหมาะสมจะทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้ปกครองที่จัดสรรเวลาให้เด็กไม่เหมาะสม เด็กจะได้รับการดูแลไม่สม่ำเสมอ (หฤทัย สุขเจริญโกศล, 2545) และจากการศึกษาของสิริลักษณ์ ไหลสกุล (2537) เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรและผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพอนามัยของบุตรวัยก่อนเรียนของสตรีชนบทที่มีการทำงานเชิงเศรษฐกิจต่างกัน พบว่าสตรีที่ประกอบอาชีพหลักและอาชีพเสริมจะมีรายได้จากการประกอบอาชีพเสริม ทำให้สามารถซื้อขนมหรือของกินเล่นตามใจบุตรได้มากขึ้น ในด้านความใกล้ชิดพบว่ากลุ่มที่ทำงานอาชีพเสริมด้วยจะมีเวลาใกล้ชิดกับบุตรมากกว่าโดยใช้เวลาขณะทำหัตถกรรม

อาชีพยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาชีพที่ทำงานไม่เป็นเวลา เช่น ค้าขาย ทำไร่ทำนา ทำสวน จะมีผลให้การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จึงเป็นการปลูกฝังพฤติกรรม

บริโภคอาหารไม่เป็นเวลาให้เด็กผ่านทางการปฏิบัติของพ่อแม่ อาชีพยังมีผลต่อการเลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ที่ทำงานจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียง 2-3 เดือน แต่แม่ที่อยู่กับบ้าน ไม่ได้ทำงานจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 18-24 เดือน (Riedy *et al.*, 2001)

ด้านระดับการศึกษา พ่อแม่ที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยมีความรู้และความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูลูกดีกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาน้อย เช่น การให้อาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การดูแลสุขภาพอนามัย การอบรมบ่มนิสัย จากงานวิจัยของวรัศนยา สุขวัฒนานันท์ (2540) พบว่าระดับการศึกษาของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากแม่ที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยมีความเชื่อไม่ถูกต้องในการเลี้ยงดู สอดคล้องกับ Khan and Cleaton-Jones (1998) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กอายุ 3-5 ปี ซึ่งแม่ที่มีระดับการศึกษาดำเนินถึงแม้จะรู้ว่าต้องแปรงฟันให้ลูก แต่การดูแลเด็กไม่เข้มงวดเพียงพอ ส่งผลให้เด็กเกิดฟันผุ (เหตุขัย สุขเจริญ โภศน, 2545) นอกจากนี้การศึกษาของแม่บ้านยังมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังการบริโภคของสมาชิกในครอบครัว เพราะเป็นผู้จัดการด้านอาหารที่บริโภคในครอบครัว

4. วิธีการอบรมเลี้ยงดู ในการอบรมเลี้ยงดูเด็คนั้น แต่ละครอบครัวมีวิถีทาง รูปแบบ และทัศนคติในการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกันไป ขึ้นกับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม สภาพแวดล้อม และความเอื้ออำนวยในด้านต่างๆ ในทางสังคมวิทยา ได้แบ่งวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามฐานะทางเศรษฐกิจสังคมออกเป็น 3 ประเภท (สมศรี กิจชนะพานิชย์และคณะ, 2540) คือ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวที่ยากจนหรือบางคนเรียกว่าครอบครัวชาวไร่ชาวนา (peasant family) การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวชั้นกลาง (middle class family) และการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวชนชั้นสูงหรือเจ้านายผู้ดีเก่า (aristocratic or old family)

วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวยากจน จะมีลักษณะไม่ค่อยเข้มงวดมากนักทั้งในด้านการให้นม การหย่านม การอบรมสั่งสอนเรื่องต่างๆ เนื่องจากพ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่ค่อยมีเวลาในการอบรมลูก และมักใช้อำนาจในการเลี้ยงดูมากกว่าเหตุผล ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะครอบครัวที่มีฐานะยากจนได้รับความบีบคั้นจากภาวะเศรษฐกิจ แต่จากการทบทวนเอกสารโดยคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเรื่องการศึกษาและอบรม (2526) ซึ่งได้จัดแบ่งสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง เช่นกัน ได้สรุปว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะฝึกให้เด็กพึ่งตนเองตั้งแต่อายุน้อย มีความเข้มงวดกวดขัน มีการฝึกวินัยและการอด ใ้รอ ใ้ได้แก่ลูกมากกว่าครอบครัวระดับปานกลางและระดับสูง

การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวชนชั้นกลาง จะเน้นความเป็นระเบียบ ดูแลเอาใจใส่ลูกมากกว่าครอบครัวยากจน ขอบวางแผนการศึกษาให้ลูกได้เรียนสูงๆ การอบรมเลี้ยงดูจะให้ความรักและความอบอุ่น ใช้เหตุผลและระเบียบวินัยในการเลี้ยงดู

การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงนั้นมักจะไม่ว่างใจลูกแต่จะตามใจจนเหลือ ขาดการควบคุมและมักจะไม่ว่างมีกฎเกณฑ์

นอกจากนั้นสมาคมทศวรรษศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ยังได้แบ่งวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวออกเป็น 3 แบบ คือ แบบอิตาเลียนไทย แบบตามใจ และแบบประชาธิปไตย

แบบอิตาเลียนไทย พ่อเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและดูแลด้านการเงิน มีอำนาจเด็ดขาดในการตั้งเป้าหมายของครอบครัวและกฎเกณฑ์ ปล่อยให้ทุกคนปฏิบัติตาม ผลของการเลี้ยงดูในบรรยากาศแบบนี้ ทำให้เด็กขาดความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพ่อแม่ ขาดความรู้สึกรักอบอุ่น ขาดความคิดริเริ่มและความเชื่อมั่นในตนเอง แต่มีส่วนดี คือ อ่อนน้อม เคารพ เชื่อฟังผู้ใหญ่

แบบตามใจ พ่อแม่ต่างไปคนละทางตามความชอบของตนเอง ไม่สนใจลูกเท่าที่ควร พ่อแม่มักใช้อารมณ์กับลูกมากกว่าเหตุผล เด็กที่เติบโตมาในบรรยากาศแบบนี้จะรู้สึกขาดความอบอุ่นจากพ่อแม่ มองไม่เห็นความผิดของตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ขาดความขยันขันแข็ง ขาดระเบียบวินัย ถ้าเป็นเด็กในครอบครัวชั้นสูง เด็กจะตามใจตนเอง เมื่อโตขึ้นหาคบารมีของพ่อแล้วก็ยากที่จะดีได้

แบบประชาธิปไตย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ให้ความอบอุ่นและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นกับเด็ก พ่อแม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รับผิดชอบร่วมกันในการเลี้ยงดูลูกและในภาระกิจอื่นๆของครอบครัว

อย่างไรก็ตามในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวนั้นจะไม่ได้ใช้เพียงแบบใดแบบหนึ่ง แต่มีลักษณะของการผสมผสานขึ้นกับสถานการณ์ในขณะนั้นๆ ซึ่งวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่แตกต่างกันนี้ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของหฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่าในครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กแบบอิสระ เด็กจะถูกปล่อยปละละเลย ทำให้ไม่ได้รับการฝึกให้แปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลให้เด็กมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

5. ทักษะคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างของผู้ปกครอง ครอบครัวจะเป็นแหล่งถ่ายทอดทางสังคมแหล่งแรกของสมาชิกทั้งในลักษณะทางตรง เช่น การอบรมสั่งสอน และทางอ้อม เช่น การเป็นแบบอย่าง การเรียนรู้ผ่านการสังเกต สมาชิกในครอบครัวที่มีอาวุโสมากกว่า เช่น พ่อ แม่ ญาติ มักจะเป็นตัวแบบให้กับสมาชิกที่มีอาวุโสน้อยกว่า เช่น ลูก ซึ่งปัญหาที่พบคือการสอนลูกในบางเรื่องไม่ได้ผลตามคาดหวัง เนื่องจากพ่อแม่สอนให้ลูกทำอย่างหนึ่งแต่พ่อแม่กลับทำอีกอย่างหนึ่ง ในทางจิตวิทยาพบว่า เด็กจะทำตามพฤติกรรมของผู้ใหญ่มากกว่าทำตามคำพูดของ

ผู้ใหญ่ ดังนั้นการสอนลูกให้ได้ผลดีที่สุดในรอบครัว ต้องเป็นการสอนที่พ่อแม่แสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับสิ่งที่สอนและส่งเสริมให้ลูกกระทำตาม ซึ่งในด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนั้น ผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะแม่จะเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก ถ้าแม่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพดี จะนำไปสู่การมีสภาพช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีของเด็กด้วย (Ismail, 1998)

การดูแลเด็กของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูนั้นมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของตนเอง การสืบทอดแนวคิดจากปู่ย่าตายาย รวมถึงการเรียนรู้จากเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้การจะเลือกปฏิบัติสิ่งไหนขึ้นกับประโยชน์ที่มองเห็นและข้อจำกัดของสถานการณ์ที่อยู่แวดล้อม (หฤทัย สุขเจริญ โภทศ, 2545) เช่น การเคี้ยวข้าวป้อนให้เด็กตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 เดือน ซึ่งเป็นความเชื่อที่สืบทอดกันมารุ่นปู่ย่าตายาย โดยเชื่อว่าถ้าเด็กรับประทานนมเพียงอย่างเดียวจะไม่อึด ต้องให้เด็กรับประทานข้าวด้วย เด็กจะอึดนอนหลับได้นาน แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะแนะนำไม่ให้เคี้ยวข้าวป้อนเด็ก เนื่องจากการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูก จากข้อขัดแย้งดังกล่าวแม่ส่วนหนึ่งจึงเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำสมัยใหม่ ส่วนหนึ่งใช้วิธีนำข้าวมาบดแทนการเคี้ยว อีกส่วนหนึ่งเลือกที่จะเชื่อตามแนวคิดเดิมเนื่องจากตนเองก็ถูกเลี้ยงมาแบบนั้นและเป็นการเชื่อญาติอูโตไว้ก่อน

6. วินัยในรอบครัว วินัยคือการอยู่ในระเบียบแบบแผนและข้อบังคับ การอบรมระเบียบวินัยจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากช่วยให้เกิดความเป็นระเบียบทั้งในชีวิตตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้วย ดังผลการศึกษาของวรัดนา สุขวัฒนานันท์ (2540) ซึ่งพบว่าการฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน

การฝึกวินัยต้องเริ่มตั้งแต่เด็กยังเล็ก เพราะวัยเด็กเป็นวัยที่นิสัยและบุคลิกภาพกำลังอยู่ในระยะเริ่มก่อตัว ความคิด อารมณ์และการกระทำในรูปแบบต่างๆยังไม่ชัดเจนหรือฝังแน่นเข้าไปในตัวเด็ก ยังสามารถดึงเอาสิ่งที่ไม่ดีออกจากตัวและบรรลุสิ่งที่ดีเข้าไปแทน การเริ่มต้นฝึกวินัยให้เด็กสามารถจะทำได้เมื่อเด็กย่างเข้าขวบปีที่สอง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) โดยการสั่งห้ามว่าอะไรควรทำอะไรไม่ควรทำ เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ว่าในชีวิตมีบางสิ่งที่ควรทำบางสิ่งที่ไม่ควรทำ อย่างไรก็ตามพ่อแม่ในปัจจุบันมักจะไม่ได้ทำหน้าที่ด้านการฝึกอบรม ทำหน้าที่เฉพาะด้านการจัดหาสิ่งของเงินทองให้แก่ลูก (พระธรรมปิฎก, 2545) ดังนั้นหลักการสำคัญของการสร้างวินัยให้ลูกคือพ่อแม่ต้องมีความหนักแน่น เสมอต้นเสมอปลาย ยึดมั่นในหลักการที่ชัดเจนว่าอะไรถูกอะไรผิด อะไรควรทำอะไรไม่ควรทำ และพ่อแม่ต้องถือสิ่งเหล่านี้ให้เด็กรู้และปฏิบัติตาม

อุมาพร ครังคสมบัติ (2542) ได้เสนอถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสร้างวินัยในเด็กซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูก 2) การสร้างอำนาจปกครองขึ้นในบ้าน 3) การออกกฎระเบียบ 4) การออกคำสั่ง 5) การสอนเรื่องผลลัพธ์ของการกระทำและความรับผิดชอบ 6) การให้รางวัลและการลงโทษ

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกจะเป็นพื้นฐานในการฝึกวินัย เพราะหากไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่ว่าจะพ่อแม่จะออกคำสั่งอย่างไร ลูกก็จะพยายามต่อต้านจนกระทั่งทำในสิ่งที่ตรงกันข้าม การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกสามารถทำได้โดยการแสดงออกถึงความรัก ความสนใจต่อลูก มีเวลาให้ลูก และยอมรับความแตกต่างระหว่างพ่อแม่กับลูก

ในทัศนะของพระธรรมปิฎก (2545) เสนอว่าการอบรมสั่งสอนลูกต้องประกอบด้วยด้านความรู้สึกละด้านความรู้ ด้านความรู้สึกละหมายถึง ความรู้สึกที่ดีงาม ซึ่งโดยพื้นฐานพ่อแม่จะมีความรู้สึกที่ดีต่อลูก มีความรักความปรารถนาดี คิดแต่จะช่วยเหลือให้พ้นทุกข์และยินดีเมื่อลูกประสบความสำเร็จ หรือกล่าวง่าย ๆ คือ ถึงพร้อมด้วยความเมตตา กรุณา มุทิตา ทั้งสามประการนี้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกมีความสุข สำหรับด้านความรู้หรือปัญญานั้น พ่อแม่ต้องรู้จักใช้ความรู้และปัญญาในการเตรียมความพร้อมให้ลูกสามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ อะไรที่เด็กควรรับผิดชอบดูแลตนเอง พ่อแม่ต้องรู้จักวางเฉยปล่อยให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติ โดยพ่อแม่เป็นผู้ให้คำปรึกษา คอยช่วยชี้แนะ เพื่อให้เด็กเกิดพัฒนาการ หากพ่อแม่มีเฉพาะด้านความรู้สึกรักลูกมากเกินไป จะทำให้เด็กอ่อนแอพึ่งตนเองไม่ได้ ขาดระเบียบวินัย แต่หากมีเฉพาะปัญญาไม่มีความรู้สึกเข้ามาประกอบ วางเฉยในทุกสิ่ง ทำให้เด็กไม่ได้รับการเอาใจใส่ กลายเป็นคนกระด้างไม่มีน้ำใจ ดังนั้นในการทำหน้าที่ฝึกอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวจึงต้องมีความสมดุลระหว่างด้านความรู้สึกละด้านความรู้ เพื่อให้เด็กได้รับความอบอุ่น ความสุข พร้อมกันนั้นก็มีความเข้มแข็ง รับผิดชอบตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่สังคม

การสร้างอำนาจปกครองในครอบครัว อำนาจปกครองในครอบครัวหมายถึง อำนาจในการจัดการให้ชีวิตครอบครัวดำเนินไปอย่างมีระเบียบเรียบร้อย ดังนั้นพ่อแม่ต้องมีสิทธิและอำนาจในการออกคำสั่งลูก วางตนในฐานะที่เหมาะสมให้ลูกรู้สึกเคารพยำเกรง สามารถสั่งให้ลูกทำในสิ่งที่ลูกต้องได้โดยไม่ต้องอาศัยอำนาจของคนอื่นมาช่วย สำหรับในครอบครัวขยายซึ่งมีญาติผู้ใหญ่อยู่ด้วย มักจะประสบกับปัญหาการฝึกวินัยเด็กเนื่องจากพ่อแม่ไม่มีอำนาจปกครองในบ้าน ต้องคอยรับคำสั่งจากปู่ย่าตายาย

นอกจากนี้ในครอบครัวปัจจุบันอำนาจการปกครองของพ่อแม่กำลังถูกสื่อต่างๆเข้ามาแทนที่ ซึ่งจะปลูกฝังให้เด็กมีทัศนคติไปในทางที่ต้องการเอาชนะ เห็นแก่ตัว และนิยมในวัตถุ ทำให้กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกและการฝึกอบรมด้านวินัย

การออกกฎระเบียบ จะเป็นเครื่องช่วยควบคุมวิถีปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม กฎอาจมีทั้งแบบที่ตกลงเป็นกิจจะลักษณะหรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และแบบที่ไม่ได้ตกลงกันไว้โดยเด็กจะเรียนรู้จากชีวิตประจำวัน จากวิถีปฏิบัติของพ่อแม่และคนอื่นๆในสังคม หลักการของการออกกฎคือ ต้องให้ชัดเจนอย่าเปลี่ยนไปมา มีเหตุผลในการออกกฎ และพ่อแม่รวมทั้งญาติผู้ใหญ่ต้องจัดการให้เด็กปฏิบัติตามกฎ ไม่ใช่ปล่อยให้ใครคนใดคนหนึ่งเป็นผู้จัดการหรือมีความเห็นขัดแย้งกันมา

การออกคำสั่ง เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เด็กปฏิบัติตามกฎที่พ่อแม่ตั้งไว้ ลักษณะคำสั่งที่ได้ผลนั้นต้องมีความชัดเจน กำหนดสิ่งที่ต้องทำให้ละเอียดเพียงพอ เป็นคำสั่งง่ายๆสั้นๆ มีความเป็นไปได้ ใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมและมีท่าทีจริงจังกับคำสั่งนั้น สิ่งสำคัญภายหลังจากออกคำสั่งไปแล้วต้องให้ความสนใจว่าเด็กทำตามหรือไม่ และมีการจัดการเมื่อเด็กไม่ปฏิบัติตาม

การสอนผลลัพธ์ของการกระทำและความรับผิดชอบ การกระทำทุกอย่างมีผลลัพธ์ตามมาเสมอ การให้ลูกได้รับผลลัพธ์ของการกระทำที่เหมาะสมเป็นวิธีสอนเรื่องเหตุผลและความรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี ผลลัพธ์ของการกระทำมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ผลลัพธ์เชิงบวกได้แก่ ผลดีที่ตามมา อาจเป็นเหตุการณ์ดีๆ ความรู้สึกดีๆ การแสดงความพึงพอใจจากพ่อแม่ ผลลัพธ์เชิงลบได้แก่ เหตุการณ์แย่ๆ ความรู้สึกที่ไม่ดี การตำหนิ การฝึกวินัยและสอนให้ลูกมีความรับผิดชอบต้องยอมให้ลูกได้รับผลแห่งการกระทำของเขาโดยเฉพาะผลลัพธ์เชิงลบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นเหมาะสมหรือไม่ หัดให้ลูกคิดเอง เปิดโอกาสให้ลูกได้จัดการปัญหาด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับเหตุการณ์ เช่น หากลูกไม่แปรงฟันจะเกิดฟันผุ ทำให้ต้องไปถอนฟัน ในกรณีเช่นนี้พ่อแม่ต้องเข้าไปแทรกแซงโดยยืนยันหนักแน่นว่าลูกจะต้องแปรงฟัน

รางวัลและการลงโทษ เป็นผลลัพธ์ของการกระทำที่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการฝึกวินัย การให้รางวัลเมื่อลูกกระทำดี เป็นวิธีที่จะสร้างแรงจูงใจในการทำดี ซึ่งพ่อแม่ควรนำมาใช้มากกว่าวิธีการลงโทษ

7. ความเครียดในครอบครัว สิ่งก่อความเครียด (stressors) แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ประเภทแรกคือ สิ่งก่อความเครียดทางกายภาพ (physical stressors) เช่น โรคต่างๆ การแพ้ ประเภทที่สองคือ สิ่งก่อความเครียดทางวัฒนธรรมสังคม (sociocultural stressors) เช่น ความแออัด การจราจร และประเภทสุดท้ายคือ สิ่งก่อความเครียดที่เกี่ยวกับด้านจิตใจ (psychological stressors) ซึ่งสาเหตุของความเครียดในครอบครัวนั้นมีที่มาจากหลายแหล่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Curran, 1985 ; Olson, 1997 อ้างใน Berns, 2002)

- 1) ภาวะทางเศรษฐกิจ (economics)
- 2) พฤติกรรมของเด็ก (children's behavior)
- 3) คู่สมรสที่เพิ่งแต่งงานใหม่ (insufficient couple time)
- 4) ขาดการรับผิดชอบร่วมกันในครอบครัว (lack of shared responsibility in the family)
- 5) การสื่อสารกับเด็ก (communication with children)
- 6) ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง (insufficient me time)
- 7) ความสัมพันธ์ของชีวิตแต่งงาน (spousal relationship)
- 8) ครอบครัวไม่มีเวลาพักผ่อนร่วมกัน (insufficient family play time)
- 9) กิจวัตรประจำวันของครอบครัวขาดความยืดหยุ่น (overscheduled family calendar)
- 10) ความรู้สึกผิดเมื่อไม่สามารถประสบความสำเร็จมากกว่าที่เป็นอยู่ (guilt for not accomplishing more)

ความเครียดในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ (Reisine and Douglass, 1998) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปกครองได้แก่ความสัมพันธ์ที่ไม่ปกติระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก แม้มิระดับการศึกษาต่ำ การมีผู้ปกครองคนเดียว และลูกมีลำดับการเกิดหลังๆ (Quinonez *et al.*, 2001)

8. เหตุการณ์วิกฤต ในบางช่วงเวลาของครอบครัวอาจเกิดภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่น การหย่าร้าง Guidubaldi and Cleminshaw (1985 อ้างในเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการหย่าร้างกับสุขภาพของเด็ก พบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่หย่าร้างจะมีปัญหาสุขภาพอนามัยสูงกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวปกติ และพบอีกว่าเด็กมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองน้อยลง เลือยซา และไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง

ผลกระทบของเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตต่อสุขภาพช่องปากนั้นได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในชีวิต ภาวะสุขภาพจิตของเด็ก และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว โดยทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) ในเด็กตั้งแต่อายุ 1 ปี ถึง 3 ปี มีการตรวจสถานะโรคฟันผุเมื่ออายุ 1 ปีและ 3 ปี พบว่าเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว (aggressiveness) และดื้อรั้น (assertiveness) ทำให้ครอบครัวควบคุมการดูแลความสะอาดในช่องปากได้ยาก ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก (Wendt *et al.*, 1995) และยังพบว่าปัญหาชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับการมีอาการในช่องปากทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน (Marcenes *et al.*, 1992)

9. สัมพันธภาพในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกและสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่มีส่วนสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน (เขาวลีลักษณ์ หาญวชิรพงศ์, 2532) ซึ่งจากรายงานการทบทวนองค์ความรู้สถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทยโดย ถัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ (2543) ได้เสนอว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะกับพ่อแม่ เป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก หากสัมพันธภาพระหว่างแม่และลูกไม่สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ จะมีผลให้แม่ไม่สนใจลูก เด็กขาดการกระตุ้นจากแม่ทำให้มีพัฒนาการช้า ส่งผลกระทบถึงสุขภาพอนามัยของลูก

ด้านผลต่อสุขภาพช่องปาก มีการศึกษาพบว่าความผูกพันในครอบครัว (sense of coherence) สัมพันธ์กับประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุในฟันหน้า (Freire *et al.*, 2001) และยังพบว่าลูกที่มาจากครอบครัวที่แม่มีความผูกพันสูงจะมีฟันผุน้อยกว่าครอบครัวที่แม่มีความผูกพันต่ำ และมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (Freire *et al.*, 2002) เช่นเดียวกับ Quinonez *et al.* (2001) พบว่ากลุ่มผู้ปกครองและเด็กที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน จะสัมพันธ์กับจำนวนซี่ฟันที่ผุ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้ปกครองย่อมแสดงออกด้วยการดูแลเอาใจใส่และฝึกรอบม ทำให้เด็กมีสุขภาพดีกว่า

10. การทำหน้าที่ของครอบครัว จากการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวปัจจุบันมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวไม่มีเวลาให้กัน จึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จนอาจนำไปสู่เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต เช่น ปัญหาการหย่าร้าง ลักษณะของครอบครัวที่ยังสามารถทำหน้าที่ได้ (functional families) ประกอบด้วยลักษณะ 5 ประการดังนี้ คือ

- 1) การแสดงออกซึ่งความรักและการยอมรับ (display of love and acceptance)
- 2) มีการติดต่อสื่อสาร (communicativeness)
- 3) มีความผูกพัน (cohesiveness)
- 4) การถ่ายทอดคุณค่าและบรรทัดฐานในการปฏิบัติ (communication of values and standards)
- 5) ความสามารถในการจัดการปัญหา (ability to cope effectively with problems)

ครอบครัวที่สามารถคงสภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ได้ย่อมทำให้ครอบครัวมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประเมินคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีความสุขพิจารณาได้ 3 ระดับ (พระธรรมปิฎก, 2545) คือ



ระดับที่ 1 คือการไม่มีโรคภัยเบียดเบียน มีอาชีพสุจริต มีสถานะในสังคม เป็นที่ยอมรับนับถือ มีครอบครัวอบอุ่น

ระดับที่ 2 คือการที่พ่อแม่ผู้นำครอบครัว เป็นหลักใจให้ความอบอุ่น อยู่กันในครอบครัวอย่างมีความภาคภูมิใจ มีการเสียสละบำเพ็ญประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ เชื่อมมั่นในการทำความดี มีความรู้ทันต่อเหตุการณ์

ระดับที่ 3 คือการเข้าใจถึงความเป็นไปในธรรมชาติว่าทุกชีวิตต้องอยู่ภายใต้กฎธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการเกิด การตายและการพลัดพราก

11. ทักษะชีวิต ทักษะชีวิตหมายถึง คุณลักษณะหรือความสามารถเชิงสังคมจิตวิทยาที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสู้กับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่มามีผลกระทบ เป็นทักษะภายในที่ช่วยให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กำไลรัตน์ เช่น สุจิตร์, 2540) สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องในขณะที่เผชิญกับแรงกดดัน หรือกระทบกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทักษะชีวิตที่จำเป็นประกอบด้วย 10 ทักษะได้แก่

- 1) การตัดสินใจ เป็นความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา เข้าใจ แสวงหาทางเลือกและวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกก่อนตัดสินใจ
- 2) การจัดการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวิธีการที่เหมาะสม
- 3) การวิเคราะห์เชิงสร้างสรรค์ ความสามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูลจากประสบการณ์เชิงสร้างสรรค์ โดยการมองย้อนอดีตและสร้างความคิดใหม่
- 4) การวิเคราะห์เชิงวิจารณ์ สามารถวิเคราะห์ ประเมินผล กิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรม
- 5) การแสดงออกโดยการสื่อสาร การแสดงออกทั้งด้านคำพูดและภาษา ท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง และรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นอีกฝ่ายที่เราเกี่ยวข้อง
- 6) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รู้จักเป็นมิตรกับผู้อื่นอย่างจริงใจ การรักษามิตรให้คงอยู่อย่างเหมาะสม
- 7) การตระหนักในตนเอง เป็นทักษะในด้านการตระหนักในตนเอง รู้จักบุคลิกภาพของตนเอง รู้ถึงข้อดีและข้อเสีย รู้ความต้องการของตนเอง
- 8) การเอาใจใส่และการมีความรู้สึกร่วม ทักษะความสามารถที่จะเข้าใจความรู้สึก เห็นอกเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากเรา

- 9) การตระหนักในเรื่องอารมณ์ของเราและผู้อื่น รู้ว่าเมื่อมีอารมณ์ต่างๆจะมีพฤติกรรมอย่างไร สามารถตอบสนองอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
- 10) การรู้สาเหตุของการเครียดและผลกระทบ ทักษะที่จะรู้สาเหตุของการเครียดและผลกระทบ และรู้วิธีการช่วยลดความเครียด

12. เครื่องข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เครื่องข่ายทางสังคม หมายถึง โยงใยหรือโครงสร้างของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล (จุฬารัตน์ โสตะ, 2543) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมแล้วได้รับการประคับประคองอารมณ์และความรู้สึก การได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงเป็นที่มาของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 4 ด้าน (House, 1981 อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ, 2543) ดังนี้คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความไว้วางใจ จริงใจ การเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่าและมีความผูกพัน ด้านการประเมิน (appraisal support) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ประเมินความสามารถ สมรรถภาพตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) ทำให้ได้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ และด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกได้เป็น 2 แหล่ง คือ แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และแหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพต่างๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (House, 1981 อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ, 2543) แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และช่วยลดผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

ผลกระทบต่อสุขภาพของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (Bloom, 1990) คือ มีผลโดยตรง (direct effects) และมีผลโดยอ้อม (indirect effects) ผลโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพจะอยู่บนพื้นฐานที่ว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย ในภาวะที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต เช่น การหย่าร้าง ถูกไล่ออกจากงาน การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดทางจิตใจ ทำหน้าที่เป็นกันชนหรือเป็นสิ่งดูดซับความเครียดในทันทีที่เกิดขึ้น จึงไม่ก่อผลกระทบต่อสุขภาพกาย สำหรับผลโดยอ้อมนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการที่แตกต่างกันไป

ในด้านอิทธิพลของเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพช่องปาก พบว่า คนที่มีความสัมพันธ์ของเครือข่ายสังคมน้อยจะมีสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมทางทันตสุขภาพไม่ดี (Petersen, 1990) สำหรับด้านการเลี้ยงดูเด็ก เครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการให้คำแนะนำและการปฏิบัติด้านการดูแลเด็ก คือ ขยายและสามี สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ถึงแม้มีอิทธิพลต่อการให้คำแนะนำมากที่สุด แต่การนำไปปฏิบัติค่อนข้างน้อย (McLorg and Bryant, 1989) ในบางการศึกษาพบว่าญาติและเพื่อนบ้าน เป็นแหล่งสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงเด็กตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์จนถึงวัยก่อนเรียน (หฤทัย สุขเจริญโกศล, 2545)

ปัจจัยทั้งระดับมหภาคและจุลภาคที่กล่าวมาทั้งหมดมีลักษณะที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว ดังนั้นครอบครัวต้องพยายามปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถดำรงสภาพความเป็นครอบครัวไว้ได้ ครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ย่อมจะสร้างปัญหาต่อการดำเนินชีวิตและต่อภาวะสุขภาพอนามัยของคนในครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาถึงผลวัดของการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยทั้งระดับมหภาคและจุลภาค

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้งงานวิจัยเชิงคุณภาพที่น่าสนใจซึ่งทำการศึกษาถึงบริบทของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย จึงขอนำมากล่าวอ้างถึงในการศึกษาครั้งนี้ การศึกษานับแรก เป็นการศึกษาของดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ (2545) ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการพัฒนาที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เด็กมีภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงจนกระทั่งการดูแลอนามัยช่องปากภายใต้วิถีเดิมไม่สามารถรักษาคุณภาพของสุขภาพช่องปากที่ดีไว้ได้

การศึกษานับเป็นของหฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจก และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นการศึกษาในพื้นที่ตำบลออนกลาง กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าความมีวินัยของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กมีสุขนิสัยที่ดี ซึ่งผู้ปกครองที่ดูแลความสะอาดร่างกายและการบริโภคของเด็กได้ดี จะมีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีด้วย