

ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
ของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พฤษภาคม 2567

ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
ของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ศิริลักษณ์ รุ่งเรือง

การค้นคว้าอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พฤษภาคม 2567

ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
ของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ศิริลักษณ์ รุ่งเรือง

การค้นคว้าอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ

(รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

..... กรรมการ

(ผศ.ดร.ทพ.ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์)

..... กรรมการ

(ผศ.ดร.สินีนากู ชาวตระการ)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาจบริรักษ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษา

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผศ.ดร.สินีนากู ชาวตระการ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร งามอาจบริรักษ์)

23 พฤษภาคม 2567

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สินีนานู ชาวตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ ดร.ปาริฉัตร องอาจบริรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้แนวคิด คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการการค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง, ทันตแพทย์หญิงอรสิริ สิทธิยศสมบัติ และคุณนิศยา สุขสวัสดิ์ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และชี้แนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ ที่ได้กรุณามาเป็นคณะกรรมการการสอบ

ขอขอบคุณครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเทศบาลตำบลคอยลาน โรงเรียนบ้านจำบอน โรงเรียนบ้านโป่งเกลือ โรงเรียนคอยลานพิทยา โรงเรียนบ้านโป่งช้าง โรงเรียนบ้านโล๊ะป่าตุ่ม และ อสม. ตำบลคอยลาน 22 หมู่บ้าน ที่เสียสละและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่กรุณาสมัครใจให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน คุณประโยชน์ของการค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บูพการีและผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่านดังที่กล่าวมา

ศิริลักษณ์ รุ่งเรือง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

หัวข้อการค้นคว้าแบบอิสระ	ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
ผู้เขียน	นางสาวศิริลักษณ์ รุ่งเรือง
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะกรรมการที่ปรึกษา	ผศ.ดร.ลินินาฏ ชาวตระการ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อ.ดร.ปาริฉัตร ่องอาจบริรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
ของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างใน
การศึกษาคือผู้ปกครองของเด็กจำนวน 188 คนและเด็กปฐมวัยในปกครองที่ได้รับการตรวจสถานะฟันผุ
จำนวน 173 คน และเมื่อนำมาจัดเป็นคู่ของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย มีจำนวน 151 คู่ เก็บข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามและใช้แบบบันทึกสถานะทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์หา
ความสัมพันธ์ประกอบด้วย Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test และ Spearman rank
correlation coefficient

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.6 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ
53.7 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 55.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
ปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.4 มีระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่อง
ปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.2 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
ปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.0 เด็กปฐมวัยในปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ
61.2 อายุ 5 ปี ร้อยละ 42.0 มีอัตราความชุกโรคฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ดมft)
เท่ากับ 4.69 ซึ่งต่อคน สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
ปฐมวัยของผู้ปกครอง ได้แก่ อาชีพ (p-value = 0.001) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง (p-value = 0.028)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง ($p\text{-value} = 0.009$) และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ($p\text{-value} = 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.268, p\text{-value} < 0.001$) ความตระหนักรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.519, p\text{-value} < 0.001$) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.166, p\text{-value} = 0.042$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยสูง แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคฟันผุและอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้นการดำเนินงานหรือจัดทำโครงการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จึงควรมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการทางด้านทันตกรรมมากขึ้น เพราะอาจเนื่องมาจากการเข้าถึงบริการยังไม่เหมาะสม เด็กอาจยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อตรวจคัดกรองฟันผุระยะเริ่มแรก จึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจึงทำให้มีการเกิดฟันผุในอัตราที่สูง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ปกครอง เด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรสร้างความร่วมมือโดยการเสริมพลังสร้างสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Independent Study Title	Parents' Knowledge, Awareness and Oral Health Care Behavior of their Early Childhood in Doi Lan Sub-District, Mueang District, Chiang Rai Province	
Author	Miss Siriluck Rungrueang	
Degree	Master of Public Health	
Advisory Committee	Asst. Prof. Dr. Sineenart Chautrakarn	Advisor
	Lect. Dr. Parichat Ong-artborirak	Co-advisor

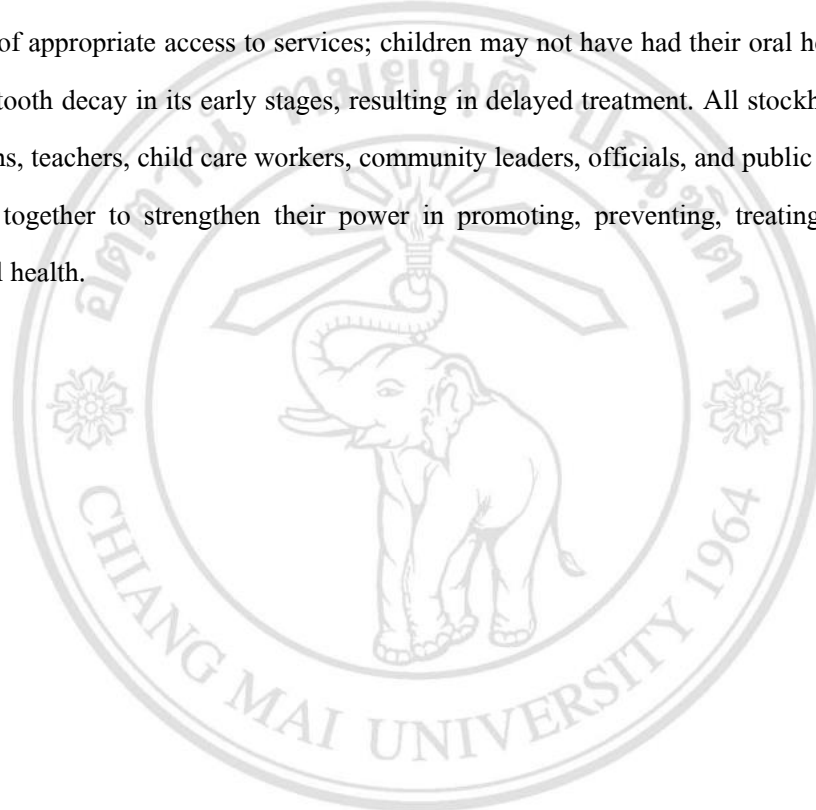
ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional study is to investigate parents' knowledge, awareness, and oral health care behaviors of their early childhood, as well as the relationship between parents' demographic factors, knowledge and awareness, and oral health care behaviors of their early childhood, as well as the relationship between parents' oral health care behaviors of their early childhood and dental caries among early childhood in Doi Lan Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai province. The study sample included 188 parents of children and 173 early childhood children who were checked for dental caries. There were 151 pairs formed by parents and early childhood children. Data were gathered using a questionnaire and a record of the dental health of early childhood children. The data was analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, and Spearman rank correlation coefficient.

According to the findings, the majority of parents (76.6%) were female, aged 21-40 years (53.7%), had a mother-child relationship (55.3%), had a light level of knowledge about early childhood oral health care (56.4%), had a high level of awareness about early childhood oral health care (62.2%), and had a high level of early childhood oral health care behavior (59.0%). The majority of the early childhood children were male (61.2%) and aged 5 years (42.0%). The prevalence of dental caries was 71.1%, with an average tooth decay, extraction, and filling (dmft) of 4.69 teeth per person. Parents' demographic factors associated with parents' early childhood oral health care behavior include occupation (p-value = 0.001), education level (p-value = 0.028), average monthly income (p-value = 0.009), and history of oral health training (p-value = 0.001). Knowledge positively correlates with parental oral health care

behaviors in early childhood ($r = 0.268$, $p\text{-value} < 0.001$). Awareness positively correlates with parents' early childhood oral health care behaviors ($r = 0.519$, $p\text{-value} < 0.001$), while dmft has a negative correlation ($r = -0.166$, $p\text{-value} = 0.042$).

The study's findings show that while parents had a high level of knowledge, awareness, and oral health care behaviors in early childhood, there was also a high prevalence of dental caries and a high rate of tooth decay, extraction, and filling (DMFT). As a result, the operation or development of an oral health care project for young children should be focused on increasing access to dental services. This could be due to a lack of appropriate access to services; children may not have had their oral health checked yet to screen for tooth decay in its early stages, resulting in delayed treatment. All stockholders, including child guardians, teachers, child care workers, community leaders, officials, and public health personnel, should work together to strengthen their power in promoting, preventing, treating, and caring for children's oral health.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

	หน้า	
กิตติกรรมประกาศ	ค	
บทคัดย่อภาษาไทย	ง	
ABSTRACT	ฅ	
สารบัญตาราง	ญ	
สารบัญภาพ	ฎ	
บทที่ 1	บทนำ	1
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
	1.3 คำถามการวิจัย	4
	1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
	1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2	การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
	2.1 เด็กปฐมวัย	8
	2.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	12
	2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา	42
	2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	52
	2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา	55
บทที่ 3	วิธีดำเนินงานวิจัย	56
	3.1 รูปแบบการวิจัย	56
	3.2 พื้นที่การวิจัย	56
	3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
	3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
	3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	61
	3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	61

	หน้า
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง	64
4.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	67
4.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	69
4.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	73
4.5 สภาพะฟันผุของเด็กปฐมวัย	77
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	80
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	83
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสภาพะฟันผุในเด็กปฐมวัย	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
5.1 สรุปผลการวิจัย	85
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	88
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	96
5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้	96
5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	97
เอกสารอ้างอิง	98
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์	107
ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	111
ภาคผนวก ค แบบสำรวจสภาพะฟันผุเด็กปฐมวัย	116
ประวัติผู้เขียน	118

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	55
ตารางที่ 4.2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	57
ตารางที่ 4.3 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	59
ตารางที่ 4.4 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	59
ตารางที่ 4.5 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	62
ตารางที่ 4.6 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	63
ตารางที่ 4.7 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	65
ตารางที่ 4.8 สภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	66
ตารางที่ 4.9 ความถี่และร้อยละของเด็กปฐมวัยจำแนกตามสภาวะฟันผุ	67
ตารางที่ 4.10 ความถี่และร้อยละของสภาวะฟันผุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย	67
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	68
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	71
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย	71

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 รอยโรคจุดขาวบริเวณคอพืนน้ามนหน้าบน	13
ภาพที่ 2 รอยโรคจุดขาวบริเวณคอพืนน้ามนและล่าง	13
ภาพที่ 3 ภาพรังสีแสดงรอยผู้ที่มองไม่เห็นจากผิวเคลือบพืนน้ามนในพืนน้ามนแท่งที่หนึ่ง	14
ภาพที่ 4 รอยผู้ที่เป็นน้ามนพืนน้ามนน้ามน	14
ภาพที่ 5 ตัวพืนน้ามน	15
ภาพที่ 6 พืนน้ามนระยะเริ่มแรก	16
ภาพที่ 7 พืนน้ามนระยะปานกลาง	16
ภาพที่ 8 พืนน้ามน	17
ภาพที่ 9 พืนน้ามนในตำแหน่งเดิม	17
ภาพที่ 10 พืนน้ามนแล้วและไม่มีรอยผู้ที่	18
ภาพที่ 11 พืนน้ามน 36 ถูกถอนเนื่องจากพืนน้ามน	18
ภาพที่ 12 พืนน้ามน 12 และ 22 หายไปตั้งแต่กำเนิด	19
ภาพที่ 13 พืนน้ามนที่เคลือบหลุมร่องพืนน้ามน	19
ภาพที่ 14 พืนน้ามน 26 ถูกครอบเนื่องจากพืนน้ามนแตก	20
ภาพที่ 15 พืนน้ามนที่ขึ้นยังไม่เต็มซี่	20
ภาพที่ 16 พืนน้ามนที่หักจากการถูกกระทบ	21
ภาพที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรม	43

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ มีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการดูแลจากครอบครัวและสังคม (จิตติมา ชูใหม่, 2559) เด็กก่อนวัยเรียนหรือเด็กปฐมวัย คือ อายุ 3-5 ปี (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555) ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการพัฒนาที่สำคัญในชีวิตของเด็ก โดยเป็นช่วงวัยที่เด็กจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งทางสมอง การใช้ภาษา ทักษะทางสังคม ทางอารมณ์ และการเคลื่อนไหว (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2549) การอบรมและเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเด็กวัยนี้ต้องการการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวจากผู้ปกครอง คนรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพัฒนาการที่เป็นรากฐานของบุคลิกภาพ อุปนิสัย และการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ (มาณี ไชยธีรานุกูลศิริ, 2543) การอบรมปลูกฝังสร้างเสริมพัฒนาการทุกด้านให้แก่เด็กปฐมวัยจะเป็นการสร้างรากฐานสำหรับการเติบโตและการเรียนรู้ต่อไปในชีวิต ดังนั้นการพัฒนาและการลงทุนในเด็กปฐมวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้น ๆ ของทุกครอบครัวและประเทศชาติ (อุษา แดงทอง, 2563)

เด็กปฐมวัยจะมีพัฒนาการด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเรื่องความสูงและน้ำหนัก มีสัดส่วนของร่างกายใกล้เคียงกับผู้ใหญ่มากขึ้น แขนและขายาวขึ้น เคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น มักจะวิ่งเล่น กระโดดโลดเต้น ไม่อยู่นิ่ง พร้อมทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหรือใช้กำลังมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้มือในการหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือ กล้ามเนื้อ (พัชรี สวนแก้ว, 2545) ซึ่งเด็กวัยนี้สามารถบังคับการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ดี เดินได้คล่อง สามารถวิ่งและกระโดดได้ดี แต่ยังไม่สามารถวิ่งเหยาะๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว แต่ก็สามารถวาดวงกลมหรือรูปเรขาคณิตได้ และเด็กจะทำได้ดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างตาและมือยังไม่สมบูรณ์ เด็กวัยนี้จึงมีความยากลำบากในการใช้สายตาส่งข้อมูลหรือฟังคำพูดเล็ก ๆ (ผกาภานต์ น้อยนิยม, 2556) ส่วนในเรื่องของฟัน เด็กวัยนี้จะมีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ หลังจากนั้นฟันน้ำนมจะเริ่มหลุดและจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ หากมีฟันผุเด็กจะปวดและรำคาญ และถ้าเด็กมีฟันผุที่รุนแรงจะทำให้เด็กเจ็บปวดทรมาน ส่งผลให้เด็กเลือกทานอาหารที่อ่อนโดยไม่ต้องเคี้ยว ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามวัย ส่งผลต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็กในช่วงวัยที่สำคัญของชีวิต (อุพาริกา โยสิทธิ์, 2559)

ความชุกของการเกิดโรคฟันผุมีความแตกต่างกันไปตามส่วนต่าง ๆ ของโลก เช่น ในประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ สวีเดน และฟินแลนด์ มีความชุกของการเกิดโรค ร้อยละ 1-12 สหรัฐอเมริการ้อยละ

19.3 ทางตอนเหนือของฟิลิปปินส์ร้อยละ 59-94 และแคนาดาทางตอนเหนือร้อยละ 98.9 (Ivancevic et al, 2015) มากกว่าร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 5-9 ปี ในสหรัฐอเมริกา มีฟันผุหรืออุดอย่างน้อย 1 ด้าน และจะมีอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 78 เมื่อเด็กมีอายุได้ 17 ปี (Low, Tan and Schwartz, 1999) ในประเทศฮ่องกงมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.2 ซี่/คน ในเด็กอายุ 3 ปี และเพิ่มเป็น 2.0 ซี่/คน เมื่อเด็กมีอายุ 5 ปี (Lo EC-M, Loo EK-Y and Lee C-K, 2009) จากการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 2.8 ซี่/คน ในกลุ่มเด็ก 5 ปี พบเป็นโรคฟันผุร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 4.5 ซี่ต่อคน ฟันที่ผุไม่ได้รับการรักษาเกือบทั้งหมด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) สำหรับการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี ในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ.2561 พบว่ามีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 40.6 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.7 ซี่/คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2561) โรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยมีความชุกค่อนข้างสูงและมีความรุนแรงเนื่องจากการตรวจและการรักษาในระยะแรก ๆ เป็นไปได้ยากและส่วนใหญ่มักจะได้รับการรักษาด้วยการถอนในที่สุด ซึ่งแนวทางการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยควรเน้นที่การป้องกันการเกิดโรคฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นมาในช่องปาก จะสามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพหากได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี (กนกพร โพธิ์หอม, 2551)

ฟัน มีหน้าที่ที่สำคัญคือ บดเคี้ยวอาหาร ทำให้กลืนได้สะดวก อาหารย่อยง่าย แต่หากการบดเคี้ยวมีปัญหาจะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายในส่วนอื่น ๆ ได้ เช่น การบดเคี้ยวไม่ละเอียด ส่งผลให้เกิดปัญหาในระบบการย่อยอาหาร การดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ให้ร่างกาย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม (สมนึก วัฒนสุนทร, 2553) โรคฟันผุ (Dental caries) เป็นโรคในช่องปากที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งโรคนี้เกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ (จิราภา ศรีท่าโฮ, 2561) โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early Childhood Caries : ECC) หมายถึง การมีฟันผุทั้งที่เป็นรูผุชัดเจน และยังไม่เป็นรูผุ การสูญเสียฟันไปเนื่องจากฟันผุ หรือมีการบูรณะฟันในฟันน้ำนมซี่ใด ๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไปในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 71 เดือน (American Dental Association, 2003) ซึ่งโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มวัยเด็กและยังคงมีอัตราการเกิดโรคในระดับที่สูง (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2563) หากปล่อยไว้ไม่ทำการรักษา เมื่อมีการลุกลามจะส่งผลกระทบต่อเด็ก เช่น เด็กมีอาการปวดฟันรับประทานอาหารได้น้อยลง มีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ การติดเชื้อในระบบ ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ มีความบกพร่องในการออกเสียง เกิดความรู้สึกด้อยค่าและขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้เกิดปัญหาในสังคมศักยภาพในการพัฒนาการของเด็กลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น เด็กที่มีฟันผุรุนแรงจะขาดอาหารเรื้อรังทำให้มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนเด็กที่มีฟันผุแล้วได้รับการบูรณะจะมีอัตราเพิ่มของน้ำหนักตัวและความสูงมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการบูรณะอย่างมีนัยสำคัญ (สุทธิธรรม พรธพราว, 2563)

ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เนื่องจากเด็กปฐมวัยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องการการดูแลจากผู้ปกครอง (ฉัตรชัย มาแก้ว, 2560) จึงมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นลูกหลานของตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น การเลี้ยงดูด้วยนมขวด หรืออาหารที่เด็กรับประทาน พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก (อสมมา วนิทนานนท์ และวรวรรณ เหมชะญาติ, 2564) ปัจจัยทางด้านเชื้อชาติ เศรษฐกิจ และสังคม ที่ทำให้เกิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน อีกทั้งความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ความตระหนักของผู้ปกครองก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ (ปริญา จิตอร่าม, 2557) เช่น ผู้ปกครองบางคนมีความเชื่อว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญ เมื่อผุควรถอนทิ้งไม่ต้องรักษา ซึ่งแท้จริงแล้วฟันน้ำนมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของใบหน้า ช่วยให้ฟันแท้เจริญเติบโตได้ตามปกติ และขึ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง จากการศึกษาของชญญญินฐ์ ห่อธวัช (2558) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ คือ การบริโภคนม พฤติกรรมการดื่มนมจากขวด การทำความสะอาดช่องปากเด็ก การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มักมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน โดยกระบวนการเกิดความตระหนักนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดจากเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าแล้วจะก่อให้เกิดการรับรู้และเมื่อรับรู้แล้วจะเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักก็จะนำไปสู่การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ (สิริพร ลาภพาณิชย์กุล, 2558) ซึ่งพบว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีฟันผุมากกว่าเด็กโภชนาการปกติ นอกจากนี้โรคฟันผุยังนำไปสู่ปัญหาการติดเชื้อในช่องปากเด็กที่มีฟันน้ำนมผุอย่างรุนแรง และไม่ได้รับการรักษาจนเหลือแต่รากฟันติดแน่นอยู่ในช่องปากจนเป็นที่สะสมเชื้อโรคที่สามารถนำไปสู่โรคที่มีความรุนแรงที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาของฟันน้ำนมผุในเด็กดังกล่าวส่วนหนึ่งมีผลมาจากผู้ปกครองโดยตรง (ปริญา จิตอร่าม, 2557)

ตำบลดอยลาน อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย อยู่ห่างจากตัวอำเภอเมืองเชียงรายไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้เป็นระยะทางประมาณ 35 กิโลเมตร แบ่งเขตปกครองเป็น 22 หมู่บ้าน มีประชากร 9,636 คน (ข้อมูลประชากร วันที่ 18 ตุลาคม 2566) ประชาชนจำนวนมากประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อีกทั้งการที่พื้นที่ตั้งอยู่ไกลจากตัวเมือง ประชาชนจึงมีความยากลำบากในการเข้าถึงการรับบริการรักษาจากโรงพยาบาล เพียงแต่มีบริการจากทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยลาน ซึ่งมีเพียง 1 คน และให้การรักษาเพียงงานทันตกรรมพื้นฐานเท่านั้น และจากการสำรวจสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2564 พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 57.2 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออก 3.2 ซี่/คน หากเทียบกับระดับประเทศ คือ ในเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.9 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออก 2.8 ซี่/คน และในกลุ่มเด็ก 5 ปี พบเป็นโรคฟันผุร้อยละ 75.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออก 4.5 ซี่/คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) พบว่าในตำบลดอยลาน เด็กมีอัตราการเกิดฟันผุสูงกว่ากลุ่มอายุ 3 ปี ของระดับประเทศ แต่

ต่ำกว่ากลุ่มอายุ 5 ปี ของระดับประเทศ ถึงแม้ว่าอัตราโรคฟันผุของเด็กปฐมวัยในตำบลคอยลานอาจมี อัตราการเกิดฟันผุต่ำกว่าระดับประเทศในกลุ่มอายุ 5 ปี แต่ภาพรวมของอัตราโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ยังคงสูงและจะต้องผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัยของกระทรวงสาธารณสุข คือ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 75 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565) เห็นได้ ว่าเด็กยังมีอัตราฟันผุสูง และการนัดเด็กมารับการรักษาทางทันตกรรมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจาก เด็กมีอาการกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ และด้วยข้อจำกัดของจำนวนทันตบุคลากรในพื้นที่ที่ไม่สามารถ ดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่อไปปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลซึ่งมีระยะทางที่ไกล ผู้ปกครองเด็กบางรายไม่สามารถไปส่งได้ จึงส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการ รักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและทันที่

ผู้วิจัยในฐานะเป็นทันตบุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยลาน ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก ปฐมวัย ที่มีปัจจัยสาเหตุหลักมาจากผู้ปกครอง ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัย รวมถึงความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งในพื้นที่ยังไม่มี การทำการศึกษาในเรื่องนี้ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองใน การดูแลทันตสุขภาพของเด็กและยังสามารถนำไปแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของ ผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองใน พื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร

1.3.2 สภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร

1.3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือไม่

1.3.4 ความรู้ และความตระหนักรู้ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือไม่

1.3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือไม่

1.4 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยจะดำเนินการศึกษาในเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองเด็กที่อยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.5.2 ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เป็นผู้มีบทบาทและทำหน้าที่ดูแลเด็กที่บ้านเป็นหลัก และเป็นผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในการดูแลเด็ก โดยต้องอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับเด็ก

1.5.3 ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย หมายถึง ความจำเป็น ประสิทธิภาพ การคิด ความเข้าใจ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง หรือความระลึกได้ของผู้ปกครอง ตลอดจนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ การนำไปใช้ และการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพช่องปากเด็ก ฟัน น้ำนม โรคฟันผุ สาเหตุ อากาการ การรักษา การป้องกัน ผลกระทบ การเลือกอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับเด็ก การใช้ขูดนม การทำความสะอาดช่องปากเด็ก เป็นต้น วัดโดยใช้แบบประเมินความรู้ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5.4 ความตระหนักรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย หมายถึง การแสดงออกทางความรู้สึก ความสำนึก การถูกคิด การรู้ชัดแจ้ง ความคิดเห็น ประเมินสถานการณ์ การแสดงถึงความรับผิดชอบ ที่เป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านทัศนคติ ของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่เกี่ยวกับการเกิดฟันผุ ความรุนแรงของโรคฟันผุ โอกาสเสี่ยง อุปสรรค ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วัดโดยใช้แบบประเมินความตระหนักรู้ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5.5 พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติตัว การตอบสนอง การแสดงออกที่สังเกตได้ ทั้งในทางดีและไม่ดี ในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การพาเด็กไปรักษาเมื่อเกิดฟันผุขึ้นแล้ว การเลือกอาหารสำหรับเด็ก การแปรงฟัน ตลอดจนการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก วัดโดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5.6 สภาวะฟันผุ หมายถึง การประเมินค่าดัชนีฟันผุ (Dental caries index) ได้แก่ ดัชนีฟันผุ ถอนอุด ในฟันน้ำนม (dmft) หน่วยของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ถอน อุด คือ ซี/คน แบบฟอร์มที่ใช้มาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ของชัยญนิษฐ์ ห่อชิงส์ (2558) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทยครั้งที่ 7 ปี 2555 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

1.5.7 สุขภาพช่องปาก หมายถึง สุขภาพของฟัน โดยไม่รวมถึงโครงสร้างที่ยึดฟัน ซึ่งได้แก่ อวัยวะปริทันต์ หรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ ที่อยู่ในช่องปาก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า รวบรวมเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปประเด็นในหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 เด็กปฐมวัย

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย

2.1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

2.1.3 พัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กปฐมวัย

2.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

2.2.1 ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก

2.2.2 โรคฟันผุ

2.2.3 บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

2.3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

2.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความตระหนักรู้

2.3.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

2.3.4 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรม

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครองเด็ก

2.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ และความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองของเด็ก

2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองของเด็ก

2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 เด็กปฐมวัย

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย

สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ (2550) กล่าวว่า เด็กปฐมวัย คือ เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยธรรมชาติของเด็กปฐมวัยนั้น เป็นสิ่งที่มีและเป็นอยู่ในตัวเด็กติดตัวเด็กมาตั้งแต่ ปฏิสนธิเป็นทารกและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาตามธรรมชาติของเด็ก ซึ่งมีพัฒนาการด้านความเจริญเติบโต วุฒิภาวะ การเรียนรู้ และความต้องการต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงอายุและพัฒนาการตาม ธรรมชาติของเด็ก ซึ่งวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุแปดปีหรือเด็กปฐมวัย เป็นช่วงระยะที่สำคัญที่สุดของพัฒนาการทุกด้านทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคมและบุคลิกภาพ

บริบูรณ์ สุกแสง (2540) กล่าวว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่อยู่ในวัยต่อจากวัยทารก เป็นช่วงที่เด็กกำลังเติบโตเป็นอิสระ เรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง

สุธิภา อวพิทักษ์ (2542) กล่าวว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ซึ่งมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้รวดเร็ว จะสะท้อนพฤติกรรมที่ผู้ใหญ่แสดงออกมาให้เห็นในทุก ๆ ด้าน จึงมีคำกล่าวไว้ว่าเด็ก คือกระจกเงาที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้ใหญ่

ทัศนาก้าวพลอย (2544) กล่าวว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 0-6 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของการพัฒนาการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม จึงเป็นวัยที่มีความสำคัญและเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบุคคลให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

พัชรี เจตน์เจริญรักษ์ (2545) กล่าวว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง วัยเด็กตอนต้น โดยนับตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี เป็นวัยที่เตรียมตัวเพื่อเข้าสู่สังคมได้รู้จักบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น นอกเหนือจากคนในครอบครัวตนเอง เด็กวัยนี้เพิ่งออกจากบ้านไปสู่โรงเรียนยังไม่พร้อมที่จะช่วยเหลือตนเองหรือรับรู้กฎข้อบังคับต่าง ๆ ของโรงเรียน ต่อเมื่ออายุถึง 6 ปี เด็กเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น มีความพร้อมมากขึ้น รู้จักเล่นกับเพื่อน จึงเป็นวัยที่กำลังมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คนทั่วไปมักเรียกเด็กวัยนี้ว่า เด็กเล็ก เด็กปฐมวัย หรือเด็กอนุบาล

สรุปได้ว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้รวดเร็วมีธรรมชาติที่อยากรู้อยากเห็น ช่างสงสัย ช่างซักถาม และอยู่ไม่นิ่ง ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สำคัญของพัฒนาการทุกด้านทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคมและบุคลิกภาพ

2.1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย เป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่การพัฒนาของชีวิต เด็กจะเริ่มพัฒนาลักษณะความเป็นตัวของตัวเอง ให้ความสนใจในสิ่งรอบตัว ดังนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กวัยนี้ จึงควรเข้าใจ และยอมรับถึงลักษณะเฉพาะวัยอย่างถูกต้องเพื่อเป็นการสนับสนุนและสามารถดูแลเด็กวัยนี้ได้เหมาะสม (จิตติมา ชูใหม่, 2559) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ของร่างกายจากลักษณะทั่วไปหรือง่าย ๆ ไปสู่ลักษณะเฉพาะที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในขนาดและการทำหน้าที่ และพัฒนาการก็เป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีทิศทาง มีระเบียบแบบแผนสืบเนื่องกัน รวมทั้งด้านอารมณ์ สังคม สติปัญญา เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพ เกิดความเพิ่มพูนทักษะและความสามารถใหม่ ๆ อันเนื่องจากการเรียนรู้ที่มีจุดมุ่งหมาย หรือเกิดขึ้นจาก ประสบการณ์ของบุคคล และประสบการณ์ของเด็กนั้นย่อมมาจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยเฉพาะจากบิดามารดา ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่สำคัญที่สุดที่จะสร้างประสบการณ์ให้แก่เด็ก นับตั้งแต่แรกเกิด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันเป็นประโยชน์ต่อพัฒนาการที่ดีและเหมาะสมต่อไป (สมชาย ชุรงค์เดช, 2543)

สิริมา ภิญ โญอนันตพงษ์ (2538) ได้อธิบายว่า ทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานซึ่งสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ยกตัวอย่าง 2 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีพัฒนาการของกิเซล (Gesell)

อาร์โนลด์ กิเซล (Arnold Gesell, 1880-1961) อธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ว่าการเจริญเติบโตของเด็กทางร่างกาย เนื้อเยื่อ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นเป็นรูปแบบที่แน่นอนและเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบรองที่ต่อเติมเต็มเสริมพัฒนาการต่าง ๆ กิเซลเชื่อว่าวุฒิภาวะจะถูกกำหนดโดยพันธุกรรม และจะมีในเด็กแต่ละคนมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กแต่ละวัยมีความพร้อมทำสิ่งต่าง ๆ ได้ ถ้าวุฒิภาวะหรือความพร้อมยังไม่เกิดขึ้นตามปกติในวัยนั้น สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก

เกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดพฤติกรรมของเด็กในแต่ละระดับ เน้นความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

(1) พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและความสัมพันธ์ทางการเคลื่อนไหว

(2) พฤติกรรมทางการปรับตัว (Adaptive Behavior) ครอบคลุมความสัมพันธ์ของการใช้มือและสายตา การสำรวจ ค้นหา การกระทำต่อวัตถุ การแก้ปัญหาในการทำงาน

(3) พฤติกรรมทางการใช้ภาษา (Language Behavior) ครอบคลุมการที่เด็กใช้ภาษา การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน

(4) พฤติกรรมส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) ครอบคลุม การฝึกปฏิบัติส่วนตัว เช่น การกินอาหาร การขับถ่าย และการฝึกต่อสภาพสังคม เช่น การเล่น การตอบสนองผู้อื่น

2) ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1856-1939) ได้ให้ความสำคัญของเด็กวัย 5 ปีแรกของชีวิต ซึ่งเป็นวัยที่สำคัญที่สุดของชีวิต เขาเชื่อว่าวัยนี้เป็นรากฐานของพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ และบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเด็กที่สุด คือแม่จะเป็นผู้มีอิทธิพลอย่างสูงต่อบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของเด็ก ฟรอยด์ได้พัฒนาทฤษฎีที่เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น โดยให้ชื่อว่าทฤษฎีพัฒนาการทางเพศ (Psychosexual Development) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็กแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงชีวภาพของร่างกาย โดยร่างกายจะเปลี่ยนแปลงบริเวณแห่งความพึงพอใจเป็นระยะ ๆ ในช่วงอายุต่าง ๆ กัน และถ้าบริเวณแห่งความพึงพอใจต่าง ๆ นี้ได้รับการตอบสนองเต็มที่ เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีและสมบูรณ์ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่ได้รับการตอบสนองเต็มที่ก็จะทำให้เกิดการสะสมปัญหาและแสดงออกเมื่อเด็กโตขึ้น

ฟรอยด์ ได้แบ่งลำดับขั้นพัฒนาการทางเพศไว้ 5 ขั้น ดังนี้

(1) **ขั้นความพอใจอยู่บริเวณปาก (Oral)** พัฒนาการในขั้นนี้อยู่ในช่วงอายุ 0-1 ปี ในขั้นนี้จะมี ความสนใจบริเวณปาก ปากนำความสุขเมื่อได้ถูกอาหารสนองความต้องการ ความหิว ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ

(2) **ขั้นความพอใจอยู่ที่บริเวณทวารหนัก (Anus)** พัฒนาการในขั้นนี้อยู่ในช่วงอายุ 1-3 ปี ซึ่งเป็นระยะขับถ่าย เด็กจะเรียนรู้การขับถ่าย ถ้าเด็กไม่ถูกบังคับก็จะเกิดความพอใจ ไม่ขัดแย้งและไม่เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์

(3) **ขั้นความพอใจอยู่ที่อวัยวะเพศ (Phallic)** พัฒนาการในขั้นนี้อยู่ในช่วงอายุ 3-6 ปี ซึ่งเป็นระยะเกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ สนใจ อยากรู้อยากเห็น สภาพร่างกายแตกต่างกันไปตามเพศ เรียนรู้บทบาททางเพศของตน เลียนแบบบทบาทพ่อแม่ของตน ต้องการความรัก ความอบอุ่นจากพ่อแม่

(4) **ขั้นก่อนวัยรุ่น (Latency)** พัฒนาการในขั้นนี้อยู่ในช่วงอายุ 6-11 ปี เป็นระยะสนใจสังคมเพื่อนฝูง เด็กจะพยายามปรับตัวให้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ

(5) **ขั้นวัยรุ่น** พัฒนาการในขั้นนี้อยู่ในช่วงตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ เป็นระยะที่มีความสนใจในเพศตรงข้ามมากขึ้น และเป็นจุดเริ่มต้นความรักระหว่างเพศ

2.1.3 พัฒนาการด้านต่างๆของเด็กปฐมวัย

จุฑามาส วรโชติกัจจร (2556) อธิบายว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย

1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor)

หมายถึง การเคลื่อนไหวและการทรงท่า แบ่งเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการเคลื่อนไหว การพัฒนาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการแก้ปัญหา ซึ่งการพัฒนาด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ได้แก่ การเคลื่อนไหวของแขนและขา ส่วนการพัฒนาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการแก้ปัญหา หมายถึง การเคลื่อนไหวของมือและนิ้วมือ มนุษย์เริ่มมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาและมีการปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิต

2) พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor)

กล้ามเนื้อมัดเล็กหรือกล้ามเนื้อบริเวณมือและนิ้วมือ มีพัฒนาการในทิศทางจากลำตัวไปสู่ส่วนปลาย คือเริ่มจากไหล่ แขน ไปสู่มือและนิ้วมือ โดยสรุปพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการแก้ปัญหาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ วัยทารก การหยิบจับของทารกในช่วงแรกต้องยกแขน ตั้งแต่ระดับไหล่ เมื่อพัฒนาการก้าวหน้าขึ้น ทารกจึงสามารถใช้เฉพาะนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ หยิบจับของชิ้นเล็กได้ การแบมือ (Unfisting Hands) ซึ่งเป็นพัฒนาการที่สำคัญเป็นจุดเริ่มต้นของการหยิบจับสิ่งของ เมื่ออายุ 3 - 4 เดือน เด็กจะเริ่มแบมือ เขี่ยคนิ้วออก และจับสิ่งของโดยตั้งใจได้ หลังจากอายุ 6 เดือน เด็กสามารถ เอื้อมคว้าของมือเดียวได้ในทุกทิศทาง เมื่ออายุ 9-10 เดือน เด็กควร หยิบจับสิ่งของด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ (Pincer Grasp) ได้ และบังคับการจับและปล่อยวัตถุได้ดี เมื่ออายุ 12 เดือน ความสามารถในการควบคุมการถือและปล่อยวัตถุในมือได้เร็ว

3) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) ภาษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการสื่อสาร พัฒนาการทางภาษา มีการพัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ นับตั้งแต่วัยทารก ความสามารถในการใช้ภาษาสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ทำนายความสามารถทางสติปัญญาในอนาคตของเด็กได้ ภาษาแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การรับรู้หรือเข้าใจภาษา (Receptive Language) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจภาษาที่ผู้อื่นสื่อสารด้วย และการสื่อสารภาษา (Expressive Language) หมายถึง ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารกับผู้อื่น พัฒนาการทางภาษาในวัยทารก เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม โดยการ มอง ฟัง และรับสัมผัส เด็กชอบฟังเสียงมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าคนแปลกหน้า เด็กเริ่มส่งเสียงสื่อสารได้ตั้งแต่อายุ 2 ถึง 3 เดือน ซึ่งเป็นการส่งเสียงในลำคอ และพัฒนาต่อโดยการส่งเสียงโต้ตอบเมื่อมีคนพูดด้วย ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารโต้ตอบกับผู้อื่น

4) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) คือ ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และจำความหมายของคำได้ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์โดยตรงของเด็ก โดยเด็กจะเรียนรู้จากการใช้ประสาทสัมผัส ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส การดมกลิ่น และการรับรส แม้

ในช่วงแรกเกิดเด็กจะยังพูดไม่ได้ แต่การได้ยินหรือฟังเสียงต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว เช่น เสียงพูดหรือเสียงอื่น ๆ ที่ได้ยินเป็นประจำจะทำให้เด็กรู้จักการฟังแยกเสียง รู้ว่าแต่ละเสียงมีความแตกต่างกัน เด็กจะเลือกรับฟังเสียงที่มีความสำคัญและสัมพันธ์กับตัวเด็กก่อน เช่น เสียงแม่ เสียงขงนม เป็นต้น จากนั้นจะมีการเชื่อมโยงเสียงที่ได้ยินกับสิ่งที่เด็กมองเห็น คือ บุคคล สิ่งของ หรือกริยาต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจและรู้ความหมายของคำพูด

5) พัฒนาการด้านช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social) ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างแรกในทารก คือการเกิดสายสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและทารก (Bonding) เป็นความรู้สึกผูกพันที่ผู้เลี้ยงดูมีต่อทารก ต่อมาทารกจะมีพัฒนาการด้านสังคมโดยเริ่มจากการยิ้มให้เมื่อมีคนพูดคุยด้วยหรือยิ้มให้ จากนั้นทารกจะยิ้มให้ผู้เลี้ยงดูเพียงเมื่อเห็นผู้เลี้ยงดูเท่านั้น เมื่ออายุ 4 เดือน ทารกจะส่งเสียงโต้ตอบกลับไปมากับผู้เลี้ยงดูได้ เมื่ออายุ 5 เดือน จะจำผู้เลี้ยงดูได้จากการมองเห็น และเกิดความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู (Attachment) ความผูกพันที่ทารกมีต่อผู้เลี้ยงดูเมื่ออายุ 6 เดือน ทารกจะสามารถแยกคนคุ้นเคยและคนแปลกหน้าได้

ในช่วงวัยเด็กที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายพร้อมกับการเจริญเติบโตของฟันและขากรรไกร โดยฟันน้ำนมซี่แรกจะขึ้นเมื่อเด็กอายุราว 6-7 เดือน ในเด็กแต่ละคนมีฟันซี่แรกอาจขึ้นเร็วหรือช้าต่างกัน บางคนมีฟันซี่แรกอาจขึ้นตั้งแต่ 3 เดือน หรือบางคนฟันซี่แรกอาจขึ้นหลังจากอายุครบ 1 ขวบปีไปแล้ว แต่ไม่พบบ่อยนัก (สุกร ตันตินิรามย์, 2559) การขึ้นของฟันน้ำนมมักจะเริ่มจากฟันหน้าล่างแล้วขึ้นไปฟันหน้าบน ทอยขึ้นจนมีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 2 ขวบครึ่งถึง 3 ขวบ ในช่วง 1-4 ปี จึงเป็นช่วงสำคัญในการวางรากฐานสุขภาพช่องปากที่ดีสำหรับเด็ก เริ่มต้นการรักษาสุขภาพช่องปากตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น โดยแนะนำให้มีการทำความสะอาดช่องปากร่วมกับการพบทันตแพทย์สำหรับเด็กตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

2.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

2.2.1 ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมของรพีพรรณ เพชรรัตน์ (2556) สรุปได้ว่าฟันมีความสำคัญต่อชีวิต ตั้งแต่เป็นฟันน้ำนมที่เริ่มขึ้นในวัยเด็กจวบจนเป็นฟันแท้ที่จะอยู่กับเราไปจนกระทั่งวัยชรา ถ้าหากเอาใจใส่ดูแลรักษาความสะอาดด้วยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน เช่น ขนมหวานเหนียวติดฟัน น้ำอัดลม เป็นต้น ควรหาเวลาไปพบทันตบุคลากรเพื่อบูรณะและป้องกันรักษาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับฟันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และที่สำคัญคือการใช้ฟันให้ถูก

หน้าที่ คือ ฟันมีหน้าที่บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ทำให้กลืนได้สะดวก อาหารย่อยง่ายขึ้น ช่วยในการออกเสียง และช่วยส่งเสริมใบหน้าที่สวยงาม

2.2.1.1 โครงสร้างของฟันแท้และฟันน้ำนม

แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) โครงสร้างภายนอก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คิ้วฟัน (Crown) และรากฟัน (Root) โดยมีแนวคอฟันเป็นเกณฑ์แบ่งแยก

2) โครงสร้างภายใน ประกอบด้วยเนื้อเยื่อแข็ง 3 ชนิด ได้แก่ เคลือบฟัน (Enamel) เนื้อฟัน (Dentin) และเคลือบรากฟัน (Cementum) โดยเนื้อเยื่อแข็งทั้งหมดนี้จะล้อมรอบเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน (Pulp) ฟันมีสารประกอบอนินทรีย์ปริมาณมากและเปลี่ยนแปลงไปตามต่าง ๆ ของฟัน ดังนี้

เคลือบฟัน (Enamel) หน่วยโครงสร้างพื้นฐานของฟัน มีเมทริกซ์อินทรีย์ (Organic matrix) ห่อหุ้มปริซึม (Prism) เกิดเป็นแผ่นห่อปริซึม (Prism sheath) ผลึกนี้มีรูปร่างแบบเดียวกันหมด น้ำซึ่งอยู่ระหว่างผลึกทำหน้าที่เป็นช่องทางให้กรดซึมผ่านเข้าไปละลายผลึกเหล่านี้ และมีสารประกอบอนินทรีย์ประมาณร้อยละ 95 ในขณะที่เนื้อฟันมีสารประกอบอนินทรีย์ประมาณร้อยละ 70 ทำให้เคลือบฟันมีความแข็งแรงกว่าเนื้อฟัน สารอนินทรีย์ที่ด้านนอกจะมีมากและมีปริมาณต่ำลงเล็กน้อยที่บริเวณใต้เคลือบฟันด้านนอกและค่อย ๆ มีปริมาณมากขึ้นบริเวณรอยต่อระหว่างเนื้อฟันและเคลือบฟัน

เนื้อฟัน (Dentin) เป็นส่วนประกอบระหว่างเนื้อเยื่อในโพรงฟันและเนื้อฟัน เนื้อฟันจะถูกสร้างจากเซลล์โอดอนโตบลาสต์ (Odontoblast) มีโครงสร้างเป็นท่อเนื้อฟันสามารถแบ่งออกได้ 3 ชั้น คือ เนื้อฟันชั้นปฐมภูมิ (Primary dentin) ซึ่งส่วนมากประกอบไปด้วยเนื้อฟัน เนื้อฟันชั้นทุติยภูมิ (Secondary dentin) จะมีการสร้างหลังจากที่มีการสร้างรากฟันสมบูรณ์และจะสร้างมาจากเซลล์โอดอนโตบลาสต์ และเนื้อฟันตติยภูมิ (Tertiary dentin) หรือเรียกว่าเนื้อฟันซ่อมแซม (Reparative dentin) เป็นเนื้อฟันที่เกิดจากการตอบสนองจากการกระตุ้นต่าง ๆ เช่น การสึกของฟัน การบูรณะฟันเมื่อเกิดฟันผุ เป็นต้น

เคลือบรากฟัน (Cementum) เป็นเนื้อเยื่อยึดต่อที่มีการสะสมแร่ธาตุ เช่นเดียวกับเนื้อฟัน แต่มีปริมาณแร่ธาตุต่ำกว่าเนื้อเยื่อทั้งสองและสามารถเพิ่มความหนาที่ปลายรากฟันได้ตลอดชีวิต ถูกสร้างจากเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ที่เรียงตัวอยู่นอกชั้นเคลือบฟัน

2.2.1.2 ประเภทของฟัน

แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

1) ฟันน้ำนม มีจำนวน 20 ซี่ ฟันน้ำนมซี่แรกที่ขึ้นในช่องปาก คือ ฟันหน้าล่าง เมื่ออายุ 6 เดือน และจะขึ้นจนครบเมื่ออายุ 2-3 ปี

2) ฟันแท้ มีจำนวน 32 ซี่ ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นในช่องปาก คือ ฟันกราม จะขึ้นถึง 28 ซี่ เมื่ออายุ 6-7 ปี และจะขึ้นจนครบเมื่ออายุ 12-13 ปี

2.2.1.3 ชนิดและหน้าที่ของฟัน

จำแนกตามตำแหน่งที่อยู่และรูปร่างลักษณะ เป็น 4 ชนิด คือ

1) ฟันตัด คือ ฟันที่อยู่บริเวณด้านหน้า จำนวน 8 ซี่ มีรูปร่างคล้ายจอบ มีหน้าที่ตัดและกัดอาหาร ช่วยในการพูดและออกเสียง

2) ฟันเขี้ยว คือ ฟันที่อยู่บริเวณด้านหน้าเหลือบไปด้านข้างอยู่ถัดจากฟันตัด มีจำนวน 4 ซี่ มีรูปร่างแหลม มีหน้าที่ฉีกอาหารและช่วยในการบดเคี้ยว

3) ฟันกรามน้อย คือ ฟันบริเวณด้านหลังอยู่ถัดจากฟันเขี้ยว มีจำนวน 8 ซี่ มีหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร แต่ในฟันน้ำนมจะไม่มีฟันกรามน้อย

4) ฟันกรามใหญ่ คือ ฟันบริเวณด้านหลังอยู่ถัดจากฟันกรามน้อย มีจำนวน 12 ซี่ มีหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร (รพีพรรณ เพชรรัตน์, 2556)

2.2.2 โรคฟันผุ

2.2.2.1 ความหมายของโรคฟันผุ

โรคฟันผุ หมายถึง โรคที่มีการทำลายส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อแข็งของฟัน (เคลือบฟัน เนื้อฟัน ฝังรากฟัน) โดยมีการทำลายแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อเหล่านี้ จนทำให้เกิดเป็นโพรง และสามารถลุกลามจนเกิดการสูญเสียฟันทั้งซี่ โรคฟันผุจัดอยู่ประเภทโรคติดเชื้อแบบเรื้อรัง เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และทุกเชื้อชาติ ฟันที่ผุแล้วร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมขึ้นมาใหม่ได้แม้จะได้รับการบูรณะแล้วก็ตาม โรคฟันผุเป็นได้ตั้งแต่ฟันเริ่มโผล่ขึ้นมาในช่องปาก (กองทันตสาธารณสุข, 2547)

โรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในของตัวบุคคล หรือปัจจัยโฮสต์ ได้แก่ ฟัน น้ำลาย แผ่นคราบน้ำลาย (Acquired pellicle) อาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดสลายตัวได้ และคราบจุลินทรีย์ นอกจากนี้ยังเกิดจากปฏิกิริยาที่ซับซ้อนของปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา สังคม พฤติกรรม และจิตวิทยา ในอดีตปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ได้รับความสนใจ เนื่องจากโรคนี้เกิดได้กับมนุษย์ทุกคน ปัจจัยทางพันธุกรรมที่อาจมีผลต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ส่วนประกอบและโครงสร้างของฟัน รูปร่างของฟัน รูปแบบของขากรรไกร การเรียงตัวของฟัน อัตราการไหลและส่วนประกอบของน้ำลาย สรีรวิทยาช่องปาก การเลือกสรรจุลินทรีย์ประจำถิ่นจากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล (Selection of endogenous microflora) อาหารบางประเภท และอุปนิสัยบางอย่าง (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)

1) ระยะเวลาต่าง ๆ ของโรคฟันผุ

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล (2554) ได้ศึกษาระยะของการเกิดโรคฟันผุ อธิบายได้ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงระยะต้น

ระยะเริ่มต้นของการเกิดฟันผุ คือ การสูญเสียแร่ธาตุครั้งแรกในเคลือบฟัน หลังจากที่มีการลด pH ของคราบจุลินทรีย์ไปจนต่ำกว่า pH วิกฤต (ต่ำกว่า 5.2-5.5) ลักษณะดังกล่าวไม่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิก ต้องใช้วิธีพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่ตรวจรอยโรคเริ่มแรกซึ่งไม่สามารถตรวจได้ด้วยตาหรือภาพถ่ายรังสีมา โดยทั่วไปคนที่ไม่มีฟันผุ ดำเนินอยู่อาจมีการสูญเสียแร่ธาตุบ้างหลังการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยสลายได้ ทั้งในมือหรือระหว่างมือ อย่างไรก็ตามกระบวนการซ่อมแซมจะรักษาความสมดุลของแร่ธาตุในของเหลวข้างนอกและข้างในเคลือบฟัน

(2) รอยโรคจุดขาว

โรคฟันผุระยะเริ่มแรกซึ่งสังเกตเห็นได้ทางคลินิกจะเป็นรอยขุ่นขาว (รูปภาพที่ 1 และ 2) เป็นระยะหลังของกระบวนการเกิดฟันผุ รอยโรคจะลุกลามไปที่ความลึก 300-500 ไมโครเมตร (μm) แล้วจึงจะเห็นทางคลินิกได้ ที่เห็นเป็นรอยขุ่นขาว เพราะมีการสูญเสียเคลือบฟันข้างใต้ไป ทำให้สูญเสียความโปร่งแสงของเคลือบฟัน หากผิวของเคลือบฟันต่อเนื่องและเรียบแสดงว่ารอยโรคไม่มีการดำเนิน (Not active) ส่วนรอยขุ่นขาวที่มีผิวหยาบเนื่องจากมีรูพรุนเพิ่มขึ้นบ่งชี้ว่า รอยโรคมีการดำเนินและลุกลาม



ภาพที่ 1 แสดงรอยโรคจุดขาวบริเวณคอฟันน้ำนมบน

(ภาพจาก ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)



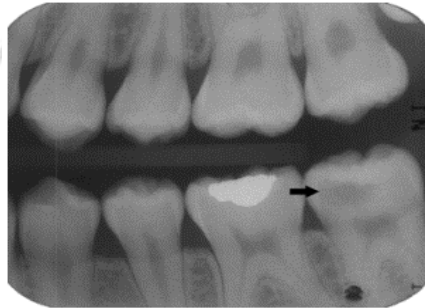
ภาพที่ 2 แสดงรอยโรคจุดขาวบริเวณคอฟันแท้บนและล่าง

(ภาพจาก ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)

Backer Dirks (1966) ศึกษาพบว่า รอยขุ่นขาวนี้จะไม่ลุกลามไปเป็นรูผุและในบางกรณีเมื่อเวลาผ่านไปจะมีลักษณะเหมือนเคลือบฟันปกติ ระยะขุ่นขาวนี้รอยโรคอาจลุกลาม หยุดยั้งหรือผันกลับ โดยเกิดจากการปรับเปลี่ยนปัจจัยสาเหตุหรือเพิ่มวิธีการป้องกัน รอยโรคที่หยุดยั้งอาจมีลักษณะเป็นสีขาวหรือสีน้ำตาล การผันกลับของรอยโรคขุ่นขาวนี้อาจเกิดจากการคืนแร่ธาตุหรือมีการขัดสีผิวรอยโรคออกไป และการรักษาอนามัยช่อง

(3) รอยผุซึ่งซ่อนอยู่ข้างใต้หรือมองไม่เห็นจากผิวเคลือบฟัน

คือ รอยผุที่ลุกลามจากผิวเคลือบฟันสู่ชั้นเนื้อฟัน โดยที่ผิวเคลือบฟันมีลักษณะปกติ (รูปภาพที่ 3) ปัจจุบันพบความชุกของรอยผุชนิดนี้เพิ่มขึ้น การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดการคืนกลับของแร่ธาตุทำให้ผิวของเคลือบฟันมีลักษณะปกติซึ่งอาจปกปิดการลุกลามของรอยผุในชั้นเนื้อฟันข้างใต้ผิวฟันได้



ภาพที่ 3 แสดงภาพรังสีแสดงรอยผุที่มองไม่เห็นจากผิวเคลือบฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง
(ภาพจาก ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)

(4) รอยผุที่เป็นโพรง (Frank Cavity)

ขณะที่กระบวนการผุกร่อนดำเนินต่อไป รอยโรคใต้ผิวเคลือบฟันจะเพิ่มขนาดขึ้นและสุดท้ายจะทำให้เกิดการทะลุของผิวฟันเกิดเป็นโพรง (รูปภาพที่ 4) ซึ่งจำเป็นต้องบูรณะ การผุของฟันระยะนี้จะมีการทำลายฟันลุกลามเร็วขึ้น เพราะโพรงจะเป็นที่ที่คราบจุลินทรีย์สะสม และการเข้าถึงของน้ำลายจะยากขึ้น



ภาพที่ 4 แสดงรอยผุที่เป็นโพรงบนฟันกรามน้ำนม
(ภาพจาก ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)

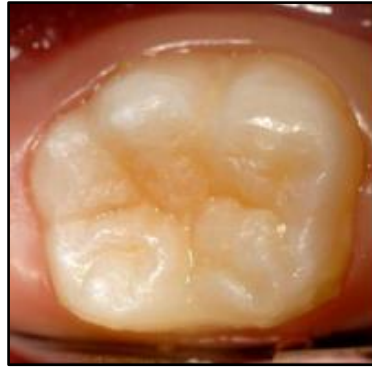
3) เกณฑ์ในการวินิจฉัยสถานะของตัวฟัน

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2565) ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจฟันผุซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การตรวจฟันขององค์การอนามัยโลก (WHO) รหัสสำหรับบันทึกสถานะของฟันน้ำนมและฟันถาวร มีดังนี้

รหัส		สถานะของฟัน
ฟันน้ำนม	ฟันถาวร	
A	0	ปกติ (Sound)
H	K	ฟันผุเป็นรอยขาวขุ่นหรือสีน้ำตาล มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือเมื่อเช็ดแห้ง (White opacity or brown discoloration)
N	P	ฟันผุในชั้นเคลือบฟัน โดยมีร่องรอยการเกาะเกาะออกของผิวเคลือบฟัน (Cavitated enamel) หรือฟันผุในชั้นเนื้อฟันเห็นเป็นเงาดำแต่ยังไม่ถึงราก (Undermined enamel)
B	1	ฟันผุ (Caries) ฟันผุเป็นรูชัดเจน หรือมีฟันผุฝังลึก ฟันที่อุดชั่วคราวหรือฟันที่หลุดแต่รากฟัน
C	2	ฟันอุดแล้ว มีฟันผุอีก (Filled, with caries)
D	3	ฟันอุดแล้วไม่มีการผุอีก (Filled, no caries)
E	4	ฟันถอนเนื่องจากการผุ (Missing, as a result of caries)
9	5	ฟันถอนเนื่องจากสาเหตุอื่น (Missing, any other reason)
F	6	มีการเคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)
G	7	หลักยึดของสะพานฟัน ครอบฟันเฉพาะหรือครอบฟันด้านหน้า (Veneer)
9	8	ฟันยังไม่ขึ้น (Unerupted)
T	T	ฟันถูกกระแทกหัก (Fracture)
9	9	ไม่บันทึก

0 (A) ตัวฟันปกติ (Sound crown)

ฟันปกติคือ ฟันที่ไม่ผุหรือไม่เคยได้รับการรักษาจากโรคฟันผุมาก่อน หรือลักษณะการผุที่ไม่ชัดเจน หากไม่แน่ใจว่าผุหรือไม่ ให้นับเป็นฟันไม่ผุ



ภาพที่ 5 แสดงตัวฟันปกติ
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

ลักษณะต่อไปนี้นับว่าเป็นฟันไม่ผุ

- ฟันที่เมื่อใช้ Probe แตะแล้วไม่มีลักษณะอ่อนนุ่ม
- บริเวณหลุมร่องฟันที่ติดสี (Stain) เมื่อมองด้วยตาเปล่า ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติได้เคลือบฟัน
- ฟันที่แสดงให้เห็นลักษณะ Developmental defects ที่มีลักษณะเป็น จุดดำ จุดมันวาว จุดแข็ง หรือเป็นหลุมที่ผิวเคลือบฟัน เช่น Enamel hypoplasia fluorosis
- ฟันสึก (Tooth wear) ที่ไม่มีการรุกร่วมด้วย (Attrition, abrasion and erosion)
- Arrested caries มีลักษณะฟันที่มัน เงาแข็ง ใช้เครื่องมือลากผ่านเบาๆ จะรู้สึกฝืดเรียบ

K (H) ฟันผุระยะเริ่มแรก (Initial caries)

ฟันผุเป็นรอยขาวขุ่นคล้ายขอล์กหรือสีน้ำตาล (White or chalky/brown active lesions) มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือเมื่อเช็ดแห้ง เมื่อใช้เครื่องมือลากผ่านเบาๆ จะรู้สึกผิวขรุขระ



ภาพที่ 6 แสดงฟันผุระยะเริ่มแรก
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

P (N) ฟันผุระยะปานกลาง (Moderate caries)

ฟันผุในชั้นเคลือบฟัน โดยมีร่องรอยการเกาะเกาะออกของผิวเคลือบฟัน หรือฟันผุในชั้นเนื้อฟัน เห็นเป็นเงาค้ำแต่ยังไม่มึฐุ (Undermined enamel)



ภาพที่ 7 แสดงฟันผุระยะปานกลาง
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

1 (B) ฟันผุ (Caries)

บันทึกเมื่อพบว่าหลุมร่องฟัน หรือบริเวณผิวเรียบของฟัน มีรูผุชัดเจน มีพื้นหรือผนังนูน รวมถึงฟันที่อุดชั่วคราวหรือเคลือบหลุมร่องฟันไว้แล้วแต่ยังมีรูผุหรือตัวฟันที่ผุหมดเหลือแต่รากฟัน



ภาพที่ 8 แสดงฟันผุ
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2 (C) ตัวฟันอุดแล้ว และมีรอยผุอีก (Filled crown, with caries)

บันทึกเมื่อพบว่าการอุดฟันแบบถาวรบนตัวฟันซี่นั้นแล้ว และยังมี การผุบริเวณอื่น โดยไม่แยกว่าเป็นฟันผุใหม่ หรือฟันผุซ้ำตำแหน่งเดิม (Secondary caries)



ภาพที่ 9 แสดงฟันผุซ้ำในตำแหน่งเดิม
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

3 (D) ตัวฟันอุดแล้วและไม่มีรอยผุอีก (Filled crown, with no caries)

บันทึกเมื่อพบว่ามี การอุดฟันแบบถาวรแล้วและไม่มีรอยการผุในส่วนใดๆ เพิ่มเติม การครอบฟันที่มีสาเหตุจากการผุกรณีที่วัสดุอุดฟันหลุดไปบางส่วน หรือหลุดไปทั้งหมด แต่ยังไม่ มีรอยผุ



ภาพที่ 10 แสดงฟันอุดแล้วและไม่มีรอยผุอีก
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

4 (E) ฟันถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing tooth, as a result of caries)

บันทึกฟันที่ถูกถอนเนื่องจากฟันผุสำหรับฟันน้ำนม จะใช้รหัสนี้ต่อเมื่อฟันซี่นั้น ถูกลอนก่อนเวลาที่ควรหลุดเองตามธรรมชาติในเด็ก กรณีที่มีช่องว่างบนสันเหงือก ในการแยกว่า เป็นฟันที่ถูกถอนไปเนื่องจากฟันผุ หรือฟันที่ยังไม่ขึ้นความรู้ในเรื่องลำดับการขึ้นของฟัน และการมี รอยผุของฟันใน Quadrant อื่น สามารถช่วยในการตัดสินใจลง Code ได้



ภาพที่ 11 แสดงฟันซี่ 36 ถูกถอนเนื่องจากฟันผุ
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

5 (9) ฟันถาวรหายไปเนื่องจากสาเหตุอื่น (Permanent tooth missing due to any other reason)

บันทึกเมื่อพบว่าฟันหายไปตั้งแต่กำเนิด หรือฟันถูกถอนเพื่อการจัดฟัน หรือถอนเพราะสาเหตุอื่น ๆ เช่น จากโรคปริทันต์ การได้รับอุบัติเหตุ หรือกรณีอื่น ๆ

หมายเหตุ: ในอายุ 35 - 44 ปี, 60 - 74 ปี และ 80 - 85 ปี ตำแหน่งที่ไม่มีฟันอยู่ในปาก ถ้าถามแล้วจำไม่ได้ให้บันทึกเป็นรหัส 5 ทั้งหมด

กรณีให้รหัส 9 ในฟันน้ำนมให้เขียนบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมไว้ด้วย เช่น ฟันหลุดจากอุบัติเหตุ



ภาพที่ 12 แสดงฟันซี่ 12 และ 22 หายไปตั้งแต่กำเนิด
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

6 (F) การเคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)

บันทึกเมื่อพบว่ามีการใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันบนด้านบดเคี้ยว ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟันแล้วผู้ต่อให้ลงรหัสฟันผุ



ภาพที่ 13 แสดงฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

7 (G) หลักยึดของสะพานฟัน ครอบฟัน หรือการครอบเฉพาะที่ด้านหน้า (Bridgeabutment, special crown or veneer)

บันทึกเมื่อฟันซี่นั้นเป็นหลักยึดของสะพานฟัน ฟันที่ถูกครอบด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ฟันผุ การครอบเฉพาะด้านหน้าของตัวฟัน หรือการใช้วัสดุปิดด้านหน้า กรณีพบรอยผุอยู่ด้วยให้ลงรหัสฟันผุ

หมายเหตุ: ฟันที่หายไปในตำแหน่งที่มีสะพานฟันให้รหัส 4 หรือ 5 ในส่วนตัวฟัน และให้รหัส 9 ในส่วนของรากฟัน



ภาพที่ 14 แสดงฟันซี่ 26 ถูกครอบเนื่องจากฟันแตก
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

8 (9) ฟันที่ยังไม่ขึ้น (Unerupted crown)

ใช้บันทึกเฉพาะฟันถาวรที่ยังไม่ขึ้น ฟันหลังที่ขึ้นบางส่วนแต่เห็น Occlusal surface ไม่หมด หรือ ฟันหน้าที่ยังไม่ขึ้นมาจนถึงริมฝีปาก หรือ ฟันที่สามารถตรวจวินิจฉัยในขณะนั้นได้ว่าเป็น ฟันคุด

- กรณีอายุ 12 ปี ที่ฟันถาวรยังไม่ขึ้นในตำแหน่งที่ฟันน้ำนมหายไป ให้ลงรหัส 8
- กรณีอายุ 5 ปี ที่ฟันน้ำนมหายไป และฟันถาวรยังไม่ขึ้น ให้ลงรหัส 8 เช่นเดียวกัน
- กรณีให้รหัส 9 ในฟันน้ำนมให้เขียนบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมไว้ด้วย



ภาพที่ 15 แสดงฟันที่ขึ้นยังไม่เต็มซี่
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

T (T) ฟันหักจากการถูกกระแทก (Fracture)

บันทึกเมื่อส่วนของตัวฟันบางส่วนขาดหายไป เนื่องจากแรงกระแทกโดยไม่มีสาเหตุจาก ฟันผุ



ภาพที่ 16 แสดงฟันที่หักจากการถูกกระแทก
(ภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

9 (9) ตรวจไม่ได้/ ไม่ตรวจ (Not recorded)

ใช้สำหรับฟันถาวรที่ขึ้นแล้วแต่ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ฟันที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน เคลือบฟันที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรง (Severe hypoplasia) ฟันที่มีหินปูนคลุมจนไม่สามารถตรวจได้ ฟันที่มีวัสดุอื่นคลุมจนไม่สามารถตรวจได้

4) พลวัตรของโรคฟันผุ

จากการทบทวนวรรณกรรมของชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล (2554) สรุปได้ว่า โรคฟันผุเป็นกระบวนการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดรูผุเสมอไป โรคนี้เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างการสูญเสียแร่ธาตุและการคืนแร่ธาตุ เมื่อเวลาผ่านไปจะมีการสูญเสียแร่ธาตุมากขึ้นจนเกิดเป็นโพรง แม้ในรอยโรคจุดขาว (White spot lesion) ก็พบว่าในรอยโรคเคียวนี้มีทั้งบริเวณที่มีการสูญเสียแร่ธาตุและบริเวณที่มีการคืนแร่ธาตุที่ผิวฟันจะมีการเพิ่มแร่ธาตุในขณะที่บริเวณใต้พื้นผิวจะมีการสูญเสียแร่ธาตุฟันแต่ละซี่จะมีการสูญเสียและคืนแร่ธาตุเกิดขึ้นตลอดเวลา ผลลัพธ์ที่มีการสูญเสียแร่ธาตุเป็นตัวกำหนดว่ารอยโรคกำลังลุกลามในช่วงเวลาเป็นเดือนหรือปี การสูญเสียแร่ธาตุนั้นจะมาถึงจุดที่ผิวอ่อนแอและเกิดเป็นโพรงในที่สุด แม้รอยโรคจะลุกลามต่อไปจนสามารถตรวจพบทางคลินิก หากมีปัจจัยที่เหมาะสมก็จะสามารถหยุดยั้งได้และอยู่อย่างเสถียรในปากหลาย ๆ ปี บริเวณรอยโรคที่หยุดยั้งแล้วนี้จะต้านทานต่อการผุได้ดีกว่าเคลือบฟันปกติ เวลาที่มีผลต่อการเกิดลักษณะทางคลินิกของรอยโรค การสูญเสียแร่ธาตุในระยะเริ่มแรกจะเกิดขึ้นในเวลาสั้น ๆ หลังจากฟันขึ้น แต่มักจะหยุดและไม่ลุกลามต่อไปจนต้องบูรณะฟัน การใช้ฟลูออไรด์ก็ ๆ เป็นประจำจะเปลี่ยนแปลงขีดระดับ (Threshold) ของปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดรอยโรคที่ตรวจพบได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องค้นหาวิธีที่ดีกว่าปัจจุบันในการวินิจฉัยรอยผุเริ่มแรกเพื่อส่งเสริมการคืนแร่ธาตุและยับยั้งกระบวนการเกิดโรคฟันผุตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

2.2.2.2 กระบวนการเกิดโรคฟันผุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ (2554) ได้ศึกษากระบวนการเกิดโรคฟันผุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอธิบายได้ดังนี้

กระบวนการเกิดโรคฟันผุเกิดขึ้นเมื่อการสลายเกลือแร่ออกจากผิวฟัน (Demineralization) เกิดมากกว่าการสร้างเกลือแร่กลับคืน (Remineralization) ปกติบริเวณผิวฟัน มีการสูญเสียเกลือแร่และการเสริมสร้างเกลือแร่กลับคืนเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ทั้งนี้ เพราะในน้ำลายมีแคลเซียมฟอสเฟตละลายอยู่อย่างอิ่มตัว ขณะที่ฟันแช่อยู่ในน้ำลายจะแลกเปลี่ยนไอออนแคลเซียมและฟอสเฟต ระหว่างผิวเคลือบฟันกับน้ำลายอย่างต่อเนื่องในภาวะสมดุลคือการสูญเสียและการเสริมสร้างเกลือแร่กลับคืนเกิดขึ้นเท่ากันจะไม่เกิดฟันผุ แต่เมื่อใดที่มีการสูญเสียมากกว่าจะเกิดฟันผุขึ้นได้ซึ่งมีปัจจัยการเกิดโรคฟันผุ คือ ปัจจัยภายในช่องปากและปัจจัยภายนอกช่องปาก (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2554)

1) ปัจจัยภายในช่องปาก

ปัจจัยภายในช่องปากที่ทำให้เกิดฟันผุประกอบด้วย

1. แผ่นคราบจุลินทรีย์
2. คาร์โบไฮเดรตชนิดหมักได้ (Fermentable carbohydrate)
3. สิ่งแวดล้อมในช่องปาก ได้แก่ ฟัน น้ำลาย และฟลูออไรด์
4. ช่วงเวลาที่เหมาะสม

(1) แผ่นคราบจุลินทรีย์

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าโรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่อาจถ่ายทอดถึงกันได้ มีวแทนส์ สเตรปโตคอคไค จัดเป็นจุลินทรีย์กลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุมากที่สุด การเกาะของจุลินทรีย์บนผิวเคลือบฟันจะเกาะบนแอคไควร์ เพลลิเคิล (Acquired pellicle) ซึ่งเป็นแผ่นฟิล์มโปรตีนบาง ๆ เคลือบอยู่ที่ผิวเคลือบฟัน จุลินทรีย์ชนิดที่จะเกาะได้จะต้องมีคุณสมบัติเหมาะสมพอดีกับโปรตีนในเพลลิเคิล มีวแทนส์ สเตรปโตคอคไค นับเป็นจุลินทรีย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมากที่สุด กลุ่มหนึ่งจุลินทรีย์มีศักยภาพสูงในการทำให้เกิดฟันผุเพราะมีคุณสมบัติหลายประการ เช่น

1. สามารถสังเคราะห์กลูแคนจากน้ำตาลกลูโคสได้กลูแคนไม่ละลายน้ำและช่วยให้จุลินทรีย์เกาะติดกับผิวฟันได้ดี ช่วยเพิ่มความหนาของแผ่นคราบจุลินทรีย์ ทำให้มีการกระจายของน้ำตาลในแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ดียิ่งขึ้นและสร้างกรดมากขึ้น
2. สามารถสังเคราะห์ Intercellular polysaccharide ทำให้เกิดการสร้างกรดได้อย่างต่อเนื่องแม้ในขณะไม่มีน้ำตาล
3. มีความสามารถสูงในการย่อยคาร์โบไฮเดรตชนิดหมักทำให้เกิดกรด
4. มีความทนต่อกรด จึงสามารถอยู่ได้ดีแม้ในภาวะกรด

มีวแทนส์ สเตรปโตคอคไคเริ่มปรากฏในช่องปากเด็กเมื่อฟันซี่แรกขึ้นและจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเมื่อมีฟันเพิ่มมากขึ้น จำนวนจุลินทรีย์ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุที่เพิ่มขึ้นด้วย ช่วงเวลาสำคัญที่เด็กจะได้รับเชื้อมากที่สุด (Window of infectivity) คือช่วงอายุประมาณ 19-31 เดือน ซึ่งเด็กเริ่มมีฟันงอกขึ้นในช่องปาก จำนวนเชื้อจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักหลังจากเด็กอายุ 3 ปีไปแล้ว เชื้อมีวแทนส์ สเตรปโตคอคไคนี้สามารถถ่ายทอดจากแม่หรือผู้เลี้ยงดูไปสู่เด็กทางน้ำลาย จากการสัมผัสหรือใช้อุปกรณ์การรับประทานอาหารร่วมกัน เช่น การใช้ปากเป่าหรือเคี้ยวอาหารให้ก่อนป้อนเด็ก การใช้ช้อนร่วมกัน เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปสู่เด็กในช่วงอายุดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ สามารถทำได้โดยการให้ความรู้แก่แม่และส่งเสริมให้แม่มีอนามัยช่องปากที่สะอาด รวมทั้งระมัดระวังการปนเปื้อนน้ำลายของแม่ในอาหารลูกด้วย หลังจากเด็กได้รับเชื้อแล้วจำนวนเชื้อจะเพิ่มอย่างรวดเร็วหากเด็กรับประทานน้ำตาลซูโครส การลดจำนวนและความรุนแรงของเชื้อจึงทำได้ด้วยการลดการเติมน้ำตาลลงในอาหารเด็กทุกประเภท และแปรงฟันเพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2554)

(2) คาร์โบไฮเดรตชนิดหมักได้ (Fermentable carbohydrate)

ผลของอาหารต่อการเกิดฟันผุ มาจากส่วนประกอบอาหารและวิธีการรับประทาน อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุได้ดีคืออาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตชนิดหมักได้ (Fermentable carbohydrate) คาร์โบไฮเดรตแต่ละชนิดมีศักยภาพทำให้เกิดกรดได้ไม่เท่ากัน แต่คาร์โบไฮเดรตในรูปน้ำตาลโดยเฉพาะซูโครสมีศักยภาพสูงสุด คาร์โบไฮเดรตที่มีอยู่ในรูปเหนียวติดฟันง่าย หรือวิธีการรับประทานที่ทำให้คาร์โบไฮเดรตอยู่ในช่องปากนาน ๆ จุลินทรีย์สามารถสร้างกรดได้มาก และสัมผัสกับฟันได้นานขึ้น การป้องกันฟันผุในเด็กจึงต้องลดทั้งปริมาณและความถี่ในการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารประเภทน้ำตาล

(3) สิ่งแวดล้อมในช่องปาก ได้แก่ ฟัน น้ำลาย และฟลูออไรด์

โครงสร้างของผลึกอีนาเมลประกอบด้วยแท่งอีนาเมล (Enamel rods) จำนวนมากวางตั้งฉากกับผิวเคลือบฟัน แต่ละแท่งเต็มไปด้วยผลึกของเกลือแร่ที่สำคัญ คือ แคลเซียม และฟอสเฟต อีนาเมลร้อยละ 90 มีส่วนประกอบเป็นเกลือแร่ อีกร้อยละ 10 เป็นน้ำ โปรตีน และไขมัน อยู่ในช่องว่างระหว่างแท่ง

ในฟันขึ้นใหม่ ๆ ผลึกอีนาเมลยังไม่สมบูรณ์ ยังมีบางส่วนเป็นคาร์บอนेटหรือแมกนีเซียมทำให้ตำแหน่งนั้นสูญเสียเกลือแร่ได้ง่าย ฟันเด็กที่ขึ้นใหม่ ๆ จึงมีโอกาสผุได้ง่าย เมื่อจุลินทรีย์ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ย่อยคาร์โบไฮเดรต ทำให้เกิดกรดซึ่งกรดจะแทรกเข้าไประหว่างอีนาเมลทำให้เกลือแร่ละลายตัว หากการเสริมสร้างกลับคืนเกิดไม่ทันตำแหน่งนั้นจะสูญเสียเกลือแร่มากขึ้นจนเกิดรูผุ แต่หากมีการแปรงฟันหรือกำจัดคาร์โบไฮเดรตจากช่องปาก จะช่วยเร่งสร้างเกลือแร่กลับคืนตำแหน่งที่สูญเสียคาร์บอนेटและแมกนีเซียมไปแล้วจะถูกแทนที่ด้วยแคลเซียมและฟอสเฟต เกิดเป็นผลึกใหม่ที่สมบูรณ์กว่า และหากมีฟลูออไรด์อยู่ด้วยในขณะนั้นก็จะสร้างเป็นผลึกสารประกอบ ฟลูออไรด์ (Fluorapatite) อยู่บริเวณผิวชั้นนอกทำให้ทนต่อการละลายตัวในกรดได้ดียิ่งขึ้น ระยะเวลาที่มีการสร้างผลึกใหม่ทดแทนผลึกที่ไม่สมบูรณ์ในฟันขึ้นใหม่นี้เรียกว่า Past eruptive maturation (จินทนา อึ้งชูศักดิ์, 2554)

น้ำลาย

นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพช่องปากเป็นอย่างมาก น้ำลายเป็นตัวกลางในทุก ๆ กระบวนการของการป้องกันหรือซ่อมแซมฟันที่ผุ อาจสรุปได้ว่าน้ำลายทำหน้าที่ป้องกันฟันผุได้โดยธรรมชาติ ดังนี้

1. ชะล้างเศษอาหารออกจากช่องปาก (Oral clearance) ปริมาณน้ำลายที่มากพอและความรวดเร็วในการเคลื่อนตัวของน้ำลายช่วยกำจัดแบคทีเรียและน้ำตาลให้หมดไปโดยเร็ว มีบางตำแหน่งน้ำลายไหลได้น้อย เช่น ด้านหน้า (Labial Surface) ของฟันหน้าบนด้านประชิด หรือผิวฟันที่มีลวดจัดฟันติดอยู่จะขัดขวางการไหลของน้ำลายทำให้ภาวะความเป็นกรดอยู่ได้นานเกิดฟันผุได้ง่าย

2. ความสามารถในการสะเทินกรด-ด่าง (Buffer capacity) สารเคมีในน้ำลาย เช่น ไบคาร์บอเนต โพรตีน ยูเรีย ถ้าน้ำลายหลังปกติหรือหลังมากจะทำให้ความสามารถในการสะเทินกรด-ด่างมีมากขึ้น มีการคืนกลับเกลือแร่ดีขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อฟันผุ ลดลง

3. การสร้างเกลือแร่กลับคืน (Remineralization) เพราะในน้ำลายมีสารละลายตัวของแคลเซียมและฟอสเฟตและยังมีฟลูออไรด์หากร่างกายได้รับอย่างสม่ำเสมอ

4. บทบาทน้ำลายที่สำคัญประการหนึ่งคือการสร้าง Acquired enamel pellicle (EP) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของโปรตีน ทำหน้าที่ป้องกันผิวเคลือบฟันจากสิ่งแวดล้อม

5. การเจือจาง (Dilution) น้ำตาลและกรดให้น้อยลง

6. การต่อต้านเชื้อ (Antibacterial effect) เพราะน้ำลายมี Antibody

ฟลูออไรด์

ปัจจุบันยอมรับกันว่าฟลูออไรด์มีผลต่อการป้องกันฟันผุเฉพาะที่ได้ดีกว่า ผลทางระบบขณะสร้างผลึกฟัน ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำแม้เพียงความเข้มข้นต่ำก็มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างเกลือแร่กลับคืนได้ ฟลูออไรด์ที่อยู่ในแผ่นคราบจุลินทรีย์มีผลโดยตรงในการยับยั้งการสร้างเอนไซม์ที่จุลินทรีย์ใช้ในการสันดาป จึงกล่าวได้ว่าการมีฟลูออไรด์ปริมาณต่าง ๆ อยู่ในช่องปากตลอดเวลาจะช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุ

(4) ช่วงเวลาที่เหมาะสม

ฟันผุจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเงื่อนไขเรื่องเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ปัจจัยทั้ง 3 ประการมีปฏิริยาต่อกัน เช่น แม้จะรับประทานคาร์โบไฮเดรตทำให้เกิดกรดและเกิดการสลายแร่ธาตุ แต่หากมีกระบวนการสะเทินกรดทันเวลาและเสริมสร้างเกลือแร่กลับคืนทันฟันจะไม่ผุ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2554)

2) ปัจจัยแวดล้อมภายนอกช่องปาก

ภาวิณี ดวงศรี (2552) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ สามารถแยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือปัจจัยทั่วไปและปัจจัยเฉพาะ

1) ปัจจัยทั่วไป เป็นปัจจัยแวดล้อมภายนอก ได้แก่

(1) อายุ โรคฟันผุเป็นโรคที่แม้จะรักษาแล้วก็ยังคงสภาพรอยโรคอยู่ ดังนั้น ในกลุ่มผู้ใหญ่มักจะพบรอยโรคสะสมมากกว่าแต่อัตราการเกิดโรคฟันผุยังไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าเกี่ยวข้องกับอายุโดยตรง แต่อายุจะมีผลกระทบต่อตำแหน่งของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุน้อย ฟันจะผุบริเวณด้านบดเคี้ยว เนื่องจากมีหลุมร่องฟันลึก แต่ในผู้ใหญ่ด้านบดเคี้ยวไม่ค่อยผุเพิ่มเพราะสึกจากการใช้งานนาน แต่การผุจะเกิดขึ้นบริเวณด้านประชิดและบริเวณรากฟัน เพราะมีการร่นของเหงือกเพิ่มขึ้น

(2) เพศ การที่เด็กหญิงมีฟันแท้ขึ้นเร็วกว่าเด็กชายเล็กน้อย อาจจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่า แต่ยังไม่ชัดเจน ขึ้นกับสภาพแวดล้อมในช่องปากด้วย

(3) **เชื้อชาติ** การที่พบว่าชนชาติใดมีปัญหาฟันผุมาก ยังไม่มีหลักฐาน บ่งชี้ว่าเป็นผลมาจากกรรมพันธุ์ เชื้อชาติ แต่น่าจะเป็นผลมาจากอิทธิพลทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อด้านการบริโภคและการรักษาความสะอาดมากกว่า ในประเทศยุโรป พบว่า กลุ่มคนที่มีการย้ายถิ่นจะมีสถานะของของโรคฟันผุสูง หรือในกลุ่มคนเชื้อชาติต่าง ๆ จะเกิดโรคฟันผุ ต่างกัน เช่น เด็กอายุ 5 ปี เชื้อชาติเอเชียจะมีฟันที่ปราศจากโรคฟันผุร้อยละ 27-30 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (Decay-missing-fill ; dmf) มากกว่า 3 ซี่ต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับชนชาติคอเคเซียนจะมีฟันที่ปราศจากฟันผุเท่ากับร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด (dmf) ต่ำกว่า 2 ซี่ต่อคน

(4) **ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และรายได้** พบว่าความเจริญของสังคม ยิ่งเจริญแนวโน้มน้ำของฟันผุก็เพิ่มมากขึ้น มีการบริโภคน้ำตาลและอาหารแปรรูปแพร่หลาย และที่น่าเป็นห่วงคือในประเทศไทยเราแต่เดิมเด็กที่มีฟันผุสูงจะอยู่ในครอบครัวผู้มีอันจะกิน เพราะขนมหวาน อาหารแปรรูปในระยะแรกยังเป็นของแพงแพร่หลายในคนบางกลุ่ม แต่ในปัจจุบันอัตราการเกิดฟันผุกลับเพิ่มขึ้นในเด็กชนบท ทั้งนี้เพราะอาหารเหล่านี้มีการแพร่กระจายไปรวดเร็วพร้อมกับราคาที่ถูกลง ในขณะที่ความรู้และรายได้ของผู้ปกครองในชนบทยังไม่เอื้ออำนวยในการที่จะพาบุตรหลานไปพบทันตแพทย์ หรือให้การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเพียงพอ เด็กกลุ่มนี้จึงอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง

(5) **ปัจจัยด้านการศึกษา** พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาดำจะมีการใส่ใจต่อสุขภาพช่องปากน้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง และเมื่อเกิดโรคฟันผุแล้วมักไม่รับการรักษาทำให้โรคลุกลาม

(6) **ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกายทั่วไป** พบได้ในคนบางคนที่ปัญหาสุขภาพ ร่างกายไม่สมบูรณ์ เช่น สภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายขาดสารอาหารมาก จึงส่งผลทำให้โครงสร้างฟันไม่แข็งแรงและถูกทำลายได้ง่าย โรคของระบบร่างกาย เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน คนที่ได้รับการรักษามะเร็งในทางเคมีร่วมกับการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ ทำให้การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ช่องปากแห้งผิดปกติ การชะล้างอาหารและคราบจุลินทรีย์ทำได้ไม่ดีถ้าร่วมกับการดูแลทันตสุขภาพไม่เพียงพอแล้ว คนกลุ่มนี้ย่อมเกิดฟันผุได้สูง แต่ก็พบได้น้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดูแลความสะอาดช่องปากเป็นหลักมากกว่า ส่วนสภาพร่างกายเป็นเพียงตัวเสริมให้โรครุนแรงขึ้นเท่านั้น (ภาวิณี ดวงศรี, 2552)

2) ปัจจัยเฉพาะ

เป็นปัจจัยภายในช่องปาก ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงลักษณะภายในช่องปากด้วย

(1) **พฤติกรรมการบริโภค** การบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุขึ้นกับชนิดของอาหารและความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดหวานเหนียวละเอียดจะตกค้างในช่องปากได้นาน จะก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้มากกว่าอาหารที่เคี้ยวแล้วกลืนไปเลย

เช่น การอมทอฟฟี่ กับการกินฝอยทอง การอมทอฟฟี่จะทำให้ช่วงเวลาที่น้ำตาลตกค้างอยู่ในปากใน ระดับสูงเป็นเวลานานและถูกเปลี่ยนเป็นกรดทำลายตัวฟันได้มากและยาวนานกว่าการเคี้ยวฝอยทอง แล้วกลืน นอกจากนี้ความถี่ในการกินยังเป็นปัจจัยเฉพาะที่สำคัญ คนที่กินจุบจิบไม่เป็นเวลานานอก มีอาหารปกติ การชะล้างของน้ำลายจะน้อยกว่าในมื้ออาหาร ยิ่งถ้าเป็นอาหารหวานเหนียว โอกาส จะตกค้างในช่องปากยังมีสูง โอกาสเกิดฟันผุก็สูงขึ้นด้วย

(2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ช่องปากสะอาด ลดการตกค้างของน้ำตาล และแผ่นคราบจุลินทรีย์ก็ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคฟันผุซึ่งถ้าทำได้ควรแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์ จะยิ่งช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิด โรคฟันผุได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่การแปรงฟันยัง ทำได้ไม่สะอาดพอ การใช้สารฟลูออไรด์และสารเคลือบร่องฟันเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับเพิ่มเติม การไปพบ ทันตแพทย์ทุก 6 เดือน นอกเหนือจากการดูแลด้วยตนเองก็เป็นสิ่งจำเป็น การตรวจฟัน เป็นการค้นหาหรือโรคในระยะเริ่มแรกเพื่อลดอัตราการสูญเสียฟันเมื่อเกิดโรคฟันผุแล้ว (ภาวิณี ดวง ศรี, 2552)

2.2.2.3 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ฟันผุในเด็กปฐมวัย ลักษณะการผุจะเกิดบริเวณฟันหน้าบนและฟันกราม น้าบนบนและล่าง แต่เดิมเชื่อว่าโรคฟันผุในเด็กเกิดจากการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กโดยไม่เหมาะสม การ ดูดนมหรือของเหลวหวานจากขวด ต่อมาพบว่าไม่เพียงแต่การใช้ขวดนมเท่านั้น เด็กที่เลี้ยงด้วยนม แม่ก็พบว่าสามารถเกิดโรคฟันผุได้เช่นกัน ในปัจจุบันการดูดนมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากขวด นมก็ สามารถทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็กได้ จากคำนิยามของ American Academy of Pediatric Dentistry ในปี 2009 โรคฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries, ECC) คือการที่พบรอยผุในฟัน น้าบนอย่างน้อย 1 ซี่ ในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 71 เดือน โรคฟันผุในเด็กเล็กเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ฟันผุจะเกิดบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าบนจะมีลักษณะเป็นรอยขาวขุ่น (White spot) ตามขอบเหงือกและลุกลามมาที่ฟันกรามบนและล่างในระยะเวลาที่ไม่นานหลังจากฟันขึ้น ใน กรณีที่เป็นแบบรุนแรง (Severe early childhood caries, S-ECC) ตัวฟันจะถูกทำลายอย่างสมบูรณ์ เหลือแต่รากฟัน โดยการผุของฟันหน้าบนนั้นสามารถเริ่มพบได้ตั้งแต่ก่อนอายุ 1 ปี (ชญญนิษฐ์ ห่อธิวงศ์, 2558)

จากการศึกษาของสุกร ตันตินิรามย์ (2559) เกี่ยวกับสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อธิบายได้ดังนี้

1) โรคฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัย (Sever early childhood caries, S-ECC) คือ ฟันผุที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

(1) ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีอาการแสดงของฟันผุที่บริเวณด้านผิวเรียบ (Smooth surface) ของฟัน

(2) ในเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีลักษณะฟันผุเป็นหลุม มีฟันหายไปเนื่องจากฟันผุหรือฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วบริเวณด้านผิวเรียบของฟันหน้าบน อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง

(3) ในเด็กอายุ 3 ปี ที่มีค่า dmfs > 4

(4) ในเด็กอายุ 4 ปี ที่มีค่า dmfs > 5

(5) ในเด็กอายุ 5 ปี ที่มีค่า dmfs > 6

2) สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ECC) เป็นโรคติดเชื้อ (Infectious disease) และโรคฟันผุที่มีลักษณะรุนแรงพบในเด็กทารกและเด็กเล็ก ซึ่งมีสาเหตุคล้ายกับการเกิดฟันผุที่บริเวณด้านผิวเรียบของฟัน คือมีสาเหตุหลักจากปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างเชื้อโรค (Cariogenic microorganism) *Mutans Streptococci (MS)* อาหาร (Fermentable carbohydrate) และฟัน (Host) เกิดเป็นไบโอฟิล์มที่ก่อโรคฟันผุ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเกิดรอยโรคเริ่มต้นก่อนลุกลามต่อไป และหากบริโภครีโกลที่หมักคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยสลายได้สมบูรณ์ (Fermentable carbohydrate) บ่อย ๆ เช่น นม นมผง น้ำผลไม้ หรือ โซดา จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุได้ เนื่องจากของเหลวและเชื้อแบคทีเรียสัมผัสกับฟันเป็นเวลานาน และการให้นมขวดเป็นการกั้นไม่ให้ น้ำลายได้สัมผัสกับผิวฟันทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการผุจากอาหารที่เหลืติดฟันอยู่ โดย ECC ที่พบในเด็กแต่ละคนจะมีลักษณะแตกต่างกันไปขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การยึดติดของเชื้อแบคทีเรีย หรือเกี่ยวกับพฤติกรรมกรับบริโภค หากมีพฤติกรรมกรับประทานที่ส่งเสริมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อ จะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อในคราบจุลินทรีย์มากขึ้นถึง 30 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเชื้อทั้งหมด และทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุที่ผิวฟัน (Demineralization) อย่างรวดเร็วและยังขึ้นอยู่กับการรักษาสุขภาพในช่องปากของเด็ก (สุกร ตันตินิรามย์, 2559)

2.2.2.4 ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาของชนะจิต ผลเจริญ (2562) เกี่ยวกับสถานการณ์โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อธิบายได้ดังนี้

ปัญหาโรคฟันผุ เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในบรรดาโรคในช่องปาก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประมาณการคนทั่วโลกราว 5 พันล้านคน จาก 6.5 พันล้านคน ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ ซึ่งโรคฟันผุนั้นเริ่มพบได้เร็วมาก เริ่มพบได้ตั้งแต่ฟันน้ำนมของเด็กทารกงอกในช่องปาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคฟันผุเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่ามากเป็น 5 เท่าของโรคปอด (Asthma) รวมทั้งยังสามารถส่งผลกระทบต่อเด็กอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 2-5 ปี ถึงร้อยละ 30 สำหรับในเด็กเล็ก นอกจากปัญหาฟันผุยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ และการมีสุขภาวะที่ดีแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางระบบและการติดเชื้อได้ รวมไปถึงในระยะยาวเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะมีผลต่อเนื่องต่อฟันแท้ในอนาคตได้ ไม่ใช่แค่ตัวเด็กเท่านั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง

ของเด็ก โดยทำให้เป็นปัญหากังวลใจ ประกอบกับเป็นการเพิ่มภาระทางด้านค่าใช้จ่ายที่สูงด้วย หากเป็นการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งเป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2018 ของ Chen (อ้างถึงในขณะจิต ผลเจริญ, 2562) ทำการสำรวจความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี ทั่วโลก ในช่วงปี ค.ศ. 2013-2017 พบว่าในภาคพื้นเอเชียมีความชุกของโรคฟันผุที่หลากหลายค่า ตั้งแต่ร้อยละ 22.5-90 จำนวนประมาณสองในสามของการศึกษาที่รวบรวมมาทั้งหมด พบรายงานความชุกของโรคฟันผุมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมีผลคล้ายกับในประเทศแถบอเมริกาใต้และแอฟริกา รวมถึงแถบตะวันออกกลาง แต่ตรงข้ามกับประเทศฝั่งยุโรปที่มีความชุกน้อยกว่า ที่พบแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคฟันผุลดลง ปัญหาในส่วนมากจะพบในประเทศที่มีเศรษฐกิจต่ำ สาเหตุเกิดจากมีโอกาสดูแลฟันที่จะสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุ รวมถึงปัจจัยเรื่องความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้การดำเนินของโรคฟันผุลุกลามเพิ่มมากขึ้น

ประเทศไทยโรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงค่อนข้างสูง จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม ร้อยละ 52.9 และอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กนี้ พบสูงในภาคใต้ ร้อยละ 57.0 ผลสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 5 ปี พบอัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูงถึง ร้อยละ 75.6 ซึ่งภาคใต้พบโรคสูงสุด คือ ร้อยละ 80.2 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี ในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ.2561 พบว่ามีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 40.6 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.7 ซี่/คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2561) และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2564 พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 57.2 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 3.2 ซี่/คน

เกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในปียะดา ประเสริฐสม, 2548) โดยการแบ่งตามค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) ของฟันน้ำนมในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) ซี่/คน	ระดับความรุนแรง
0.0 – 3.0	ระดับต่ำมาก (very low)
3.1 – 4.0	ระดับต่ำ (low)
4.1 – 6.0	ระดับปานกลาง (moderate)
6.1 – 8.0	ระดับสูง (high)
>8.0	ระดับสูงมาก (very high)

2.2.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาของชัยญูนิษฐ์ ห่อธวังศ์ (2558) ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุสามารถพิจารณาได้ 2 ทางหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยาและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยทางชีววิทยา

โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้โดยสาเหตุหลักเกิดจากปัจจัย 3 ประการ คือ แบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุ ตัวฟัน และอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต รวมถึงต้องอาศัยระยะเวลาที่เหมาะสมในการเกิดโรคฟันผุขึ้น โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยหรือเด็กก่อนวัยเรียนมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุชนิดเดียวกับเชื้อที่ก่อโรคฟันผุชนิดอื่น ๆ ได้แก่กลุ่ม *Mutans Streptococci* หรือ MS โดยเชื้อแบคทีเรียชนิดที่พบบ่อยที่สุดในมนุษย์ เช่น สเตรปโตค็อกคัส มิวแทนส์ (*Streptococcus mutans* หรือ *S. mutans*) และสเตรปโตค็อกคัส ซอบรินัส (*Streptococcus sobrinus* หรือ *S. sobrinus*) ซึ่งจะดึงสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมาใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตกรดแลคติก ทำให้มีการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟันโดยลักษณะของตัวฟันที่เสี่ยงต่อการผุ คือ ฟันที่มีโครงสร้างไม่สมบูรณ์ อ่อนนุ่ม ทำให้ฟันไม่ทนทานต่อการกรด ฟันที่มีหลุมร่องฟันลึกและแคบเป็นที่กักเก็บเศษอาหาร และมีแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะติดได้ง่าย โดยเฉพาะฟันหลังและเป็นตำแหน่งที่ทำความสะอาดได้ยากจึงทำให้ฟันกรมน้ำนมเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุมากกว่าซี่อื่น ๆ ส่วนฟันที่อยู่ชิดกับฟันข้างเคียงก็เป็นที่ยกเก็บเศษอาหารได้ง่ายเช่นกัน นอกจากนี้ น้ำลายก็เป็นสิ่งแวดล้อมในช่องปากที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุ โดยทำหน้าที่ในการปรับสภาพความเป็นกรดต่างในช่องปากให้สมดุล ช่วยชะล้างอาหาร สิ่งตกค้างในช่องปากและการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย อัตราการไหล (Flow rate) และส่วนประกอบของน้ำลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการเกิดโรคฟันผุได้ (ชุตติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2553)

ส่วนของอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุนั้น จะพิจารณาถึงปัจจัยชนิดของน้ำตาลในอาหาร น้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุมากที่สุด คือ น้ำตาลซูโครส ทั้งนี้ขึ้นกับความถี่และปริมาณรวมในการบริโภคด้วย (Sheiham, 1997) น้ำตาลกลูโคสและฟรุกโตสที่พบในผลไม้และน้ำผึ้งก็ทำให้เกิดภาวะกรดและละลายผิวเคลือบฟันได้ใกล้เคียงกับน้ำตาลซูโครสเช่นเดียวกัน การบริโภคน้ำตาลจะทำให้ค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง แต่จะถูกปรับให้กลับสู่สภาพเดิมด้วยระบบบัฟเฟอร์ของน้ำลาย แต่ถ้าเมื่อใดความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีบ่อย การปรับสภาพสมดุลของน้ำลายไม่สามารถจะทำได้ทัน ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤติ (pH = 5.5) เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟัน (Demineralization) มากกว่าการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (Remineralization) ในส่วนของแบคทีเรียที่ผ่านกระบวนการทำให้โมเลกุลเล็กลงแล้วมีความสามารถในการทำให้เกิดฟันผุได้ทั้งสิ้น (อ้างถึงในชุตติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2553)

2) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

(1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม

เนื่องจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นสาเหตุสำคัญในกระบวนการเกิดโรคฟันผุ พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ประเภทแป้งและน้ำตาล ที่จะทำให้เกิดฟันผุได้นั้นต้องพิจารณาถึงความถี่ในการรับประทานอาหารและปริมาณของอาหาร ซึ่งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ การก่อโรคฟันผุของน้ำตาลขึ้นอยู่กับความถี่ในการบริโภค ซึ่งการบริโภคน้ำตาลบ่อยครั้งหรือการบริโภคขนมจุบจิบจะทำให้คราบจุลินทรีย์เกิดความเป็นกรดอย่างต่อเนื่อง เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวฟันมากกว่า กระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับทำให้เกิดฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาตวง กฤษณาพงษ์ (2552) พบว่าการรับประทานน้ำตาลบ่อยขึ้นหรือมากขึ้น โอกาสเกิดโรคฟันผุก็จะมากขึ้น นอกจากความถี่ในการบริโภคซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญแล้ว ปริมาณรวมของน้ำตาลที่บริโภคเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก และจากการศึกษาของวิลาวัดย์ วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล (2551) พบว่าการกินขนมขบเคี้ยว/กรุบกรอบ การดื่มน้ำหวาน สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเด็กที่กินขนมขบเคี้ยว/กรุบกรอบมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมเป็น 7.4 เท่าของเด็กที่ไม่กินขนมขบเคี้ยวเลย นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาลเป็นประจำในปริมาณสูงเมื่ออายุ 3 ปี โดยเกณฑ์การบริโภคที่เหมาะสมในการควบคุมโรคฟันผุซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกยอมรับ คือการบริโภคน้ำตาลที่น้อยกว่า 18.25 กิโลกรัมต่อคนต่อปี (Karjalainen, Sodreling, Sewon, Lapinleimu and Semell, 2001 อ้างถึงในบัญญัติ นิษฐ์ ห่อฉิมศักดิ์, 2558) โดย Sheiham (2001) ได้เสนอเกณฑ์การบริโภคน้ำตาลที่เหมาะสมในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนไม่เกิน 30 กรัมต่อวัน หรือการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลไม่เกิน 3 รายการต่อวัน และในส่วนของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ได้เสนอเกณฑ์การบริโภคน้ำตาลที่เหมาะสมในเด็กต่อสัปดาห์ไม่ควรบริโภคเกินวันละ 6 ซ่อนชา หรือไม่เกิน 24 กรัมต่อวัน และจำกัดขนมและเครื่องดื่มไม่เกินวันละ 2 รายการ นอกจากนี้จากการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ (2554) พบว่าเด็กส่วนใหญ่บริโภคขนมและเครื่องดื่ม 4-5 รายการต่อวัน ร้อยละ 38.6 และบริโภคมากกว่า 5 รายการต่อวัน สูงถึงร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบเด็กในวัยนี้มีประสบการณ์การบริโภคน้ำตาลอัดลมสูงถึงร้อยละ 41.1 โดยขนมที่เด็กชอบรับประทานคือ ขนมปังกรอบ ขนมถุง และเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำหวานชนิดต่าง ๆ น้ำอัดลม รวมถึงนมหวาน เป็นต้น

เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของขนม

กลุ่มที่เสี่ยงต่ำ ได้แก่ ขนมชนิดโปรตีนอบแห้ง เช่น ปลาหมึกอบแห้ง ปลาเส้นอบแห้ง ถือว่าเป็นขนมที่แนะนำให้บริโภค และกลุ่มที่เสี่ยงสูงมาก ได้แก่ ขนมปังสอดไส้ น้ำตาล

หรือเคลือบน้ำตาล ถั่วเคลือบแข็ง ขนมไทยต่าง ๆ โดยขนมที่เสียงสูงมากส่วนใหญ่มักจะเป็นขนมที่มีความสามารถในการเกาะติดค้างอยู่ในช่องปาก มีลักษณะติดฟัน ซึ่งช่วยให้แบคทีเรียในช่องปากเกาะติดได้ง่ายขึ้น ความสามารถนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของอาหาร ดังต่อไปนี้

- 1) คุณสมบัติทางกล ได้แก่ ความแข็ง ความนิ่ม เปราะ ความสามารถในการรวมตัวกัน ความชื้น ความหนืด และความเหนียวของอาหาร
- 2) ขนาดและรูปร่างของอนุภาคอาหาร ปริมาณน้ำ หรือปริมาณไขมันในอาหาร ถ้ามีปริมาณสูงจะทำให้มีคุณสมบัติลื่นไม่เกาะติดฟัน

2. พฤติกรรมการบริโภคนมและการดูนมจากขวด

นมเป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็กปฐมวัย โดยเป็นอาหารหลักในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในเด็กอายุมากขึ้นนมจะเป็นเพียงอาหารเสริม โดยเด็กอาจจะได้รับนมจากแม่นมผงดัดแปลง ซึ่งส่วนใหญ่นมดัดแปลงมาจากนมวัว เช่น นมดัดแปลงสำหรับทารก (Infant formula) นมสูตรต่อเนื่อง (Follow-up formula) เป็นต้น แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติช่วยในการป้องกันโรคฟันผุได้แก่ โปรตีน แคลเซียม และฟอสฟอรัส จะทำหน้าที่ในการเป็นบัฟเฟอร์ (Buffer) ช่วยปรับสภาพกรด และช่วยให้เกิดกระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับสู่ตัวฟัน ดังเช่นการศึกษาของ Levine (2001) ได้ สรุปว่า นมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัว จัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย ผลิตกัณฑ์ นมดัดแปลงที่พบตามท้องตลาดมักระบุว่าเป็นอาหารเสริมชนิดครบถ้วนสำหรับเด็ก ซึ่งมีการเติมน้ำตาลชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำตาลซูโครส (น้ำตาลทราย) กลูโคส ฟรุคโตสคอร์นไซรัป น้ำผึ้ง เป็นต้น นมผสมส่วนใหญ่มีคุณสมบัติทำให้เกิดฟันผุได้ โดยนมบางชนิดมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับน้ำตาลซูโครส คือ ทำให้ค่า pH ลดต่ำลง เพิ่มการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และทำให้เกิดการละลายของผิวเคลือบฟัน เมื่อเด็กอายุเกิน 1 ขวบไปแล้ว ผู้ปกครองหลายคนเปลี่ยนมาเป็นนมพร้อมดื่มให้เด็ก เพราะมีความ สะดวกมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ชนิดพาสเจอร์ไรซ์ ยูเอสที หรือสเตอริไรซ์ แต่นมพร้อมดื่มส่วนใหญ่เป็นนม ปรุงแต่งรสหวาน เช่น รสช็อคโกแลต สตรอเบอร์รี่ ส้ม มะนาว น้ำผึ้ง เป็นต้น ซึ่งมีการเติมน้ำตาลร้อยละ 4-5 อีกทั้งยังนำนมเปรี้ยวรสชาติต่าง ๆ มาให้เด็กดื่ม ซึ่งในนมเปรี้ยวมีน้ำตาลผสมอยู่มาก ประมาณร้อยละ 5-15 (บุปผา ไตรโรจน์, 2547) ในเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กหลายคนดูขวดนมจนถึงอายุ 4 ปี โดยส่วนมากจะเป็นนมหวาน นมเปรี้ยว ไม่ชอบนมจืด โดยปริมาณที่กินวันละ 3-6 กล่องหรือขวด (วารงคณา อินทโลหิต และคณะ, 2546) มีหลายครอบครัวที่นำนมถั่วเหลืองมาใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากมีราคาถูกและในนมถั่วเหลืองมีการเติมน้ำตาลเพิ่มรสชาติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้นมข้นหวานด้วย โดยเฉพาะถ้าผู้เลี้ยงดูเป็นปู่ย่า ตายาย มีผลทำให้เด็กติดนมและไม่กินอาหารหลัก (คณินันต์ย์ ปิธิบุญญพัฒน์, 2547) การดื่มนมของเด็กอายุ 3 ปี เมื่ออยู่ที่บ้านเด็กจะดื่มนมหวานและนมจืดในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 30.94 และร้อยละ 41.33 เด็กชนบทจะดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวมากกว่านมจืด พฤติกรรมการดื่มนมของเด็ก 5 ปี ก็มีรูปแบบเช่นเดียวกัน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551)

การดูคนมาจากขวด ในความเชื่อเดิมมีความเชื่อว่าสาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเกิดจากการใช้ขวดนมในการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม และการที่让孩子ดูคนมาจากขวดนานเกินไปจะทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น จากการศึกษาของ Harrison, Wong, Ewan, Contreras, & Phung (1997) ที่พบว่าเด็กที่มีโรคฟันผุจะมีพฤติกรรมการใช้ขวดนมเพื่อกล่อมให้เด็กนอนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคฟันผุ โดยเฉพาะมีการใช้ขวดนมตอนกลางคืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sayegh, Dini, Holt, & Bedi (2002) ที่ศึกษาในกลุ่มเด็กประเทศจอร์แดน พบว่าหากเด็กนอนหลับคาขวดนมจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากขึ้น และจากการศึกษาในประเทศไทยของวรางคณา อินท โลหิต และคณะ (2546) พบว่าเด็กกลุ่มที่หลับคาขวดนมเป็นประจำจะมีอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) เป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็กที่ไม่หลับคาขวดนม และพบว่าเด็กที่ตื่นมาดูดนมตอนกลางคืนจะมีอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) เฉลี่ยเป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมตื่นมาดูดนมตอนกลางคืน และหากเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้ดูดน้ำตามหลังการดูดนมอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) เฉลี่ยเป็นด้านต่อคนก็จะสูงกว่า เด็กที่ดูดน้ำหลังตื่นนมเช่นกัน (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย , 2541)

3. พฤติกรรมการแปรงฟัน

การแปรงฟันมีผลช่วยลดฟันผุในเด็กปฐมวัยและเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากการ แปรงฟันจะช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อและยังสามารถหยุดและชะลอการเกิดโรคฟันผุในระยะ เริ่มแรกได้มีหลักฐานการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าความถี่ในการแปรงฟันมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ การแปรงฟันบ่อย ๆ และการที่พ่อและแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟันจะสามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้ (Douglass, Tinanoff, Tang and Altman, 2001) มีการศึกษาในเรื่องอายุที่เริ่มต้นในการแปรงฟันให้เด็กที่พบว่าการแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อยจะช่วยลดโอกาสเกิดฟันผุได้ (Peretz & Gluck, 2006) การแปรงฟันควรจะเริ่มแปรงให้เด็กตั้งแต่ที่ฟันซี่แรกของเด็กขึ้นในช่องปากเมื่ออายุประมาณ 6-9 เดือน และผู้ปกครองต้องแปรงซ้ำ หรือช่วยแปรงจนกว่าเด็กจะมีทักษะมือที่ดีในช่วงอายุประมาณ 6-8 ปี โดยเด็กจะจับแปรงสีฟันได้ดีและสามารถแปรงฟันได้ด้วยตนเองก็ต่อเมื่อเด็กสามารถจับปากกาเขียนหนังสือได้คล่อง การแปรงฟันให้เด็กเล็ก วิธีการที่นิยมใช้คือ วิธีถูไปมา (Scrub Technique) ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย ๆ โดยการวางขนแปรงตั้งฉากกับผิวฟัน ถูไปมาสั้น ๆ ในแนวอน และการทำความสะอาดแต่ละพื้นที่ควรทำซ้ำกันประมาณ 10 ครั้งแล้วขยับแปรงไปบริเวณที่ยังไม่ได้แปรง และแปรงให้ครบทุกซี่ทุกด้าน เด็กในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองดีเท่าที่ควร การแปรงฟันของเด็กต้องอยู่ในความดูแลจากพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึงผู้ดูแลเด็ก เด็กที่ผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปากให้ทุกวันจะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่ทำความสะอาดช่องปากให้ทุกวัน (ชนนันท เพ็ชรวิจิตร, 2547) แต่ในปัจจุบันผู้ปกครองส่วนมากมักจะไม่ได้แปรงฟันให้เด็กเนื่องจากไม่มีเวลา และมักคิดว่าเด็กมีความสามารถในการแปรงฟันได้ด้วยตนเอง รวมถึงการที่เด็กไม่ยอมให้แปรงฟันให้ จึงปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง

การแปรงฟันช่วยทำให้อวัยวะปริทันต์แข็งแรงและป้องกันฟันผุ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่บ่อยครั้งมากขึ้นจะเป็นการเพิ่มระดับฟลูออไรด์ที่สะสมอยู่ในน้ำลายและในแผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งต่อมากจะค่อย ๆ ถูกปล่อยออกมาสู่ช่องปาก (สุดาตวง กฤษณาพงษ์, 2552) การแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหารและถ้าหากผู้ปกครองสามารถแปรงฟันให้เด็กได้วันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ตั้งแต่ฟันขึ้นจะช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กได้เช่นเดียวกัน (Harris, Nicoll, Adair and Pine, 2004)

4. พฤติกรรมการตรวจช่องปากและพาไปพบทันตแพทย์

พ่อแม่หรือผู้ปกครองควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจช่องปากตั้งแต่ยังไม่มีการผิปกติใด ๆ หรือยังไม่เกิดปัญหาในช่องปากขึ้น หรือการพาไปรับบริการเพื่อป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น การใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (Pit & fissure sealant) อย่างสม่ำเสมอ (วรวรรณ อิศวกุล, 2555) และจากการศึกษาของพัชรารรณ ศรีศิลป์นันท์ (2532) พบว่า พฤติกรรมการไปพบทันตแพทย์ของมารดาส่วนใหญ่จะพาเด็กไปพบทันตแพทย์ต่อเมื่อลูกเกิดปัญหา โดยเด็กที่ไปพบทันตแพทย์จะเป็นเด็กที่พบ Rampants caries มากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีสาเหตุ ที่พาเด็กไปเพราะเด็กปวดฟันจากฟันผุ ส่วนการพาเด็กไปตรวจเช็คสุขภาพฟันเฉย ๆ จะน้อยมาก ส่วนมารดาที่พาเด็กไปรับบริการทันตกรรมป้องกันมีน้อยมากเพียงร้อยละ 4.2 ดังนั้น พ่อแม่ และผู้ปกครองเด็กจะต้องส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปากของเด็กด้วยวิธีการที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่ การตรวจฟันเด็ก การพาไปพบทันตแพทย์ครั้งแรกควรไปพบทุก ๆ 6 เดือน มีการใช้ฟลูออไรด์และการเคลือบหลุมร่องฟันให้กับเด็กอย่างเหมาะสม

(2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1. ลักษณะของครอบครัว

ผู้เลี้ยงดู ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นสังคมชนบทหรือสังคมเมือง การเลี้ยงดูส่วนใหญ่แม่จะเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงแรกเกิดถึง 3 เดือน เท่านั้น โดยหลังจากนั้นแล้ว ปู่ ย่า ตา ยาย จะเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงตอนกลางวัน (ทัศนีย์ มหาวาน, 2540) แต่การที่เด็กอยู่ในการเลี้ยงดูของแม่จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในการดูแลของ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mattila, Paunio and Ojanlatva (1998) ที่พบว่าเด็กที่มีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเพียงคนเดียวจะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลักขณา อู๋ยจิรากุล และคณะ, 2556)

อายุของผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาของหฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่า ผู้ปกครองที่เป็นแม่ซึ่งมีอายุน้อยจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลเด็กได้ดีและมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เป็นยาย ซึ่งยาย

บางคนยังไม่มีมติความเชื่อว่าการแปรงฟันจะสามารถช่วยป้องกันฟันผุได้ และจากการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันให้เด็กอายุ 1-5 ปี ของผู้ปกครองในเขตอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าผู้ปกครองที่แปรงฟันให้เด็กจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยกลางคนที่มียุอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี (นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และพรณี บัญชร หัตถกิจ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahimayanti, Keiwkarnka and Jutatip (2012) ที่ศึกษาในอำเภอบันจา ประเทศอินโดนีเซีย พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของแม่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันฟันผุที่ไม่ถูกต้อง โดยเกือบ 2 ใน 3 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี รวมถึงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับนิสัยการดูแล (ด้านอาหาร) ลูกของแม่ที่เป็นกิจวัตรประจำวันด้วย

ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ในประเทศไทยแม่และญาติของเด็กส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จากการศึกษาของวรวรรณ อัสวกุล และคณะ (2546) ศึกษาการฝึกอบรมจิตและทักษะแก่มารดาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพบุตรก่อนวัยเรียน ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด พบว่ามารดาในกลุ่มที่เสี่ยงมี 3 ประเภท คือ มารดาฐานะต่ำ มารดาการศึกษาต่ำ และมารดาที่อายุน้อยกว่า 34 ปี จะมีผลต่อการดูแลทันตสุขภาพของบุตรต่ำด้วย ซึ่งระดับการศึกษาที่ต่ำของมารดาจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่สูงขึ้น ในการให้เครื่องดื่มรสหวานกับ เด็กระหว่างมือและมีความถี่ในเรื่องการแปรงฟันที่ต่ำ นอกจากนี้ประสพการณ์โรคฟันผุของเด็กจากมารดาที่การศึกษาต่ำจะมีมากกว่าเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีถึง 7 เท่า (Branden, Broucke, Leroy, Declerck and Hoppenbrouwers, 2013) มารดาที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กที่ไม่ถูกต้อง เกือบครึ่งหนึ่งเรียนจบในระดับชั้นประถมศึกษา (Rahimayanti, Keiwkarnka and Jutatip, 2012) นอกจากนี้ผู้ปกครองที่มีความรู้ในระดับประถมศึกษาถึงแม้ว่าจะรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก คือการที่ต้องให้เด็กแปรงฟัน แต่ไม่ได้มีการดูแลเข้มงวดกับเด็กมากนัก จึงทำให้เด็กมีฟันผุมาก (หฤทัย สุขเจริญ โภทศ, 2545) และจากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในจังหวัดฟลานเดอร์ ประเทศเบลเยียม ของมารดาเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญเกี่ยวกับทัศนคติ การควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลรักษาทางทันตกรรม กว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ (Van den Branden, Van den Broucke, Leroy, Declerck and Hoppenbrouwer, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan, Tsai and King (2002) ที่ศึกษาในประเทศฮ่องกง พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยเด็กที่มีฟันผุมักจะมาจากครอบครัวที่มีการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีฟันผุ และจากการศึกษาของ Prashanth, Priya, Durgesh and Sapna (2012) พบว่าความชุกของ Early childhood caries (ECC) ในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น เป็นร้อยละ 27.5 โดย ECC เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับอายุเด็กที่มีมารดาที่มีการศึกษาต่ำเช่นกัน

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของปริยา อรรถวานิช และคณะ (2551) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองต่อสภาวะโรคฟันผุเด็กอายุ 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษา ระดับรายได้ต่อครอบครัว และอาชีพหลักของครอบครัวกับค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) ของเด็กที่คิดเป็นชี้ต่อคนและด้านต่อคนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahimayanti, Keiwkarnka and Jutatip (2012) ศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์แม่ที่มีลูกเรียนชั้นอนุบาลและศูนย์เด็กเล็กในอำเภอบันจา ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของแม่มีพฤติกรรมป้องกันฟันผุที่ไม่ถูกต้อง เกือบครึ่งหนึ่งสำเร็จชั้นประถมศึกษา และประมาณสองในสามเป็นกลุ่มแม่บ้าน รวมทั้งมีรายได้เฉลี่ย 2,759,933 รูเปียต์ (9,570.5 บาท) ต่อครอบครัวต่อเดือน และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับปัญหาฟันผุและโภชนาการ พบว่า ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุและปัญหาโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภูมิภาคอายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก และรายได้ครัวเรือนต่อเดือน โดยเมื่อจำแนกปัญหาตามระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ดูแลหลัก พบแนวโน้มปัญหาการขาดสารอาหารและฟันผุลดลงเมื่อผู้ดูแลหลักมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้น (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2550)

3. ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของผู้ปกครอง จากการศึกษา

การมีส่วนร่วมของแม่ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในประเทศบราซิล ของ Deus Moura, Moura and Toledo (2006) ที่พบว่า การเรียนรู้จากการศึกษาด้านสุขภาพในการดูแลตนเองนั้น ทำให้พบอัตราการเกิดโรคฟันผุน้อยลง และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเลี้ยงดูและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กในจังหวัดสระแก้ว พบว่า โรคฟันผุในเด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานขนมหวาน (ลักขณา อุษัยจิรากุล และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะดา ประเสริฐสม (2550) ที่พบว่า ความเชื่อ ความรู้ และทัศนคติของพ่อแม่และผู้ปกครองหลาย ๆ ด้าน ที่นำไปสู่การเลือกสรรอาหารที่มีน้ำตาลล้นเกิน หรือมีการเติมน้ำตาลโดยไม่จำเป็นในเด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งทำให้เด็กกลุ่มนี้ต้องอยู่ภายใต้สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการบริโภคน้ำตาลเกิน และจะนำไปสู่การเกิดโรคฟันน้ำนมผุและภาวะโภชนาการเกินได้ และจากการศึกษาของปริยา อรรถวานิช และคณะ (2551) ที่พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมด้านความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กร่วมกับระดับรายได้ต่อครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) ได้ดีกว่าปัจจัยพฤติกรรมด้านความรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงแหล่งขายอาหารหรือขนม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนเกี่ยวกับด้านทันตสุขภาพของเด็ก

ปานทิพย์ เจียรวัฒนกนก และฉวีวรรณ บุญเรศ (2551) พบว่า ผู้ปกครองหลายคนใช้ขนมเป็นตัวช่วยให้เด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและไม่ยอมแ้ง เป็นเรื่องยุติปัญหาเมื่อเด็กร้องไห้ การที่เด็กมีการบริโภคขนมสูงเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น การโฆษณา เพื่อน ร้านขายขนม

ฉลองชัย สกวลสันต์ (2547) พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการบริโภคนั้น มาจากผู้ปกครอง ตัวเด็กเอง และสภาพแวดล้อม ผู้ปกครองมีทัศนคติส่วนตัวว่าขนมเป็นสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย กับเด็กและคู่กับเด็ก ไม่ใช่เรื่องแปลกที่เด็กจะกินขนม และสภาพแวดล้อมที่มีผู้ใหญ่หรือคนเลี้ยงดูใน ครอบครัวอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้การควบคุมการบริโภคขนมของเด็กทำได้ยาก หากพ่อแม่ไม่ซื้อให้ แต่จะมีคนอื่นหรือสมาชิกในครอบครัวซื้อให้

สิรินันท์ ตั้งอยู่สุขและคณะ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน กล่าวว่า ผู้ปกครองบางคนเคยมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนผ่านทาง ประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากในบุตรคนแรก การมีประสบการณ์เคยได้รับความรู้จาก คลินิกสุขภาพเด็กดี การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการส่งเสริมทันตสุขภาพผ่านทางรายการวิทยุ โทรทัศน์

2.2.2.6 การป้องกันและการดูแลรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นโรคที่ป้องกันได้ และเป็นโรคติดต่อที่สามารถมีการ ผันกลับได้ (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล, 2551) การป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ดังนี้

1) การทำความสะอาดและตรวจช่องปาก

การทำความสะอาดช่องปากมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ปากสะอาด โดยกำจัดการบ จุลินทรีย์ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคฟันผุซึ่งสามารถทำได้โดย

(1) การเช็ดช่องปากเด็ก ควรเริ่มเมื่อเด็กอายุประมาณ 4 เดือน โดยใช้ผ้า นุ่ม ๆ ที่สะอาดชุบน้ำสะอาด เช่น น้ำต้มสุก เช็ดสันเหงือก กระพุ้งแก้ม ให้ทั่วทั้งปากในช่วงเวลาที่ อาบน้ำให้เด็กเพื่อกำจัดการบวม ช่วยป้องกันการเกิดเชื้อราและฝ้าขาวในปากเด็ก

(2) การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การแปรงฟันที่ถูกวิธีซึ่งเป็น วิธีกล (Mechanical method) นั้นมีประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์อย่างได้ผล และ พบว่าการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันทั่ว ๆ ไปสามารถลดการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ถึงร้อยละ 30- 50 (Slot, Wiggelinkhuizen, Rosema and Vander, 2012) การแปรงฟันบ่อย ๆ สามารถลดการเกิด โรคฟันผุได้ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สามารถป้องกันฟันผุได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โรคฟันผุลดลงเมื่อ มีปริมาณฟลูออไรด์ในยาสีฟันตั้งแต่ 1,000 ส่วนในล้านส่วน (ppm. หรือ mgF/g) ขึ้นไป (Walsh T, et al, 2010)

ในเด็กเล็กซึ่งประสิทธิภาพในการกลืนยังไม่สมบูรณ์จึงแนะนำให้ใช้ยาสี ฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในปริมาณที่ต่ำ คือ 500 ppm เพื่อลดการกลืนยาสีฟัน (Holt RD, 1996 อ้างถึงในสุทธิธรรม์ พรหมพราว และคณะ, 2561) มีการศึกษาพบว่าเด็กไทยอายุ 3-6 ปีกลืนยาสี ฟันร้อยละ 23.8 ของปริมาณที่ใช้ในการแปรงฟันแต่ละครั้งและปริมาณที่กลืนสัมพันธ์กับปริมาณยา

สีฟันที่ใช้ในกรณีที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,000 ppm เด็กจะได้รับฟลูออไรด์เพิ่มเป็น 2.75 เท่าของยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 500 ppm (เพ็ญทิพย์ จิตต์จันทร์ และคณะ, 2546)

(3) การตรวจช่องปาก Alaluusua and Mamivirta (1994) พบว่าการสะสมตัวของแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันหน้าตัดบนในเด็กอายุ 19 เดือน เป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญว่าเด็กจะมีฟันผุในอีก 18 เดือนข้างหน้า (ความไวร้อยละ 83 และความจำเพาะร้อยละ 92) ดังนั้นผู้ปกครองควรมีการตรวจช่องปากให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติในระยะเริ่มแรก โดยให้ความสำคัญใน 2 เรื่อง คือ การตรวจความสะอาดและการตรวจหารอยผุ กรณีเด็กเล็ก ผู้ปกครองควรตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้งจนกระทั่งเด็กอายุได้ 7 ปี โดยให้เด็กหันหน้าไปในทิศทางที่มีแสงสว่าง สามารถมองเห็นได้ชัดเจน การตรวจฟันบน ให้เด็กเงยหน้าขึ้น การตรวจฟันล่างให้เด็กก้มหน้าลงเล็กน้อย หากพบว่าเด็กฟันไม่สะอาดผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้เด็กซ้ำหรือฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้น (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2547)

2) การดูแลเรื่องอาหาร

ผู้ปกครองควรใส่ใจในการเลือกอาหารให้เด็ก คือ ชนิดและองค์ประกอบของอาหาร เช่น ปริมาณของน้ำตาล ชนิดของอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหาร เช่น โดยเฉพาะน้ำตาล ลูกอม การกินนมของเด็ก เช่น การกินนมขวด การหลับคาขวดนม การเติมน้ำตาลในนม และการกินอาหารว่างของเด็ก ให้เน้นผักและผลไม้ งาอาหารหวาน เหนียว เค็ม มัน เลือกกินนมจืด เลือกนมจากธรรมชาติจะดีที่สุด (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2547)

3) การลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปยังลูก

ทำได้โดยการใช้คลอเฮกซิดีน (Chlorhexidine: CHX) และไอโอดีน (I2 -NaF) โดยการใช้เจล CHX ในมารดาที่มีการติดเชื้อ *S. mutans* สูง สามารถลดการตั้งถิ่นฐานของเชื้อ *S. mutans* และการเกิดฟันผุในลูก (Tenovuo et al, 1992) มีบางการศึกษาพบว่าวิธีการนี้มีการลดลงของระดับเชื้อ *S. mutans* อย่างเด่นชัดทั้งในมารดาและลูก แต่ไม่มีผลต่ออัตราฟันผุของลูก (Dasanayake, Wiener, Li, Vermund and Caufield, 2002) เช่นเดียวกับการใช้สารละลาย I2-NaF ทาที่ผิวฟันของมารดาในขณะที่มีฟันขึ้นในทารก พบว่า สามารถลดระดับ *S. mutans* และ *Lactobacilli* แต่ไม่พบการลดอัตราฟันผุในเด็ก

4) การเติมฟลูออไรด์และการใช้สารอื่นๆ ในการป้องกันฟันผุ

จากการศึกษาของสุทธิรัชต์ พิพรรณพร และคณะ (2561) ได้สรุปไว้ดังนี้

(1) การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาและน้ำดื่ม จากการรายงานในต่างประเทศพบว่า การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาให้ประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยทุกคน ไม่ว่าจะมีความเสี่ยงระดับใด เพราะสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุถึงร้อยละ 40-60 (Evans, Rugg-Gunn, Tabari and Butler, 1996) อีกทั้งยังเป็นวิธีการที่สะดวก ประหยัด และปลอดภัย สามารถใช้ได้

ครอบคลุมประชาชนจำนวนมาก ผลของการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาสามารถลดโรคฟันผุได้ร้อยละ 50-60 ในฟันถาวร และร้อยละ 40-50 ในฟันน้ำนม

(2) **การใช้ฟลูออไรด์เสริม** ฟลูออไรด์เสริมต้องสั่งจ่ายโดยทันตแพทย์และกุมารแพทย์ ในประเทศไทยแนะนำให้จ่ายฟลูออไรด์เสริมตั้งแต่เด็กมีอายุได้ 6 เดือน - 16 ปี เพื่อให้มีผลลดการผุของฟันกรามถาวรซี่ที่สองที่ขึ้นหลังอายุ 13 ปี รูปแบบของฟลูออไรด์เสริมที่นำมาใช้ในปัจจุบัน เช่น ยาเม็ดโซเดียมฟลูออไรด์ โซเดียมฟลูออไรด์ชนิดน้ำ โซเดียมฟลูออไรด์ผสมวิตามินเกลือผสมฟลูออไรด์ และนมเติมฟลูออไรด์ที่โรงเรียน พบว่ามีประสิทธิผลลดโรคฟันผุในฟันแท้ได้ถึงร้อยละ 34.4 ยังพบว่าวิธีการนี้มีความปลอดภัยและไม่พบผลเสียในเรื่องฟันตกกระ (สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(3) **การทาฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish)** มีลักษณะเป็นสารสีเหลืองเหนียว เมื่อทาจะเกิดฟิล์มสีเหลืองน้ำตาลติดบนตัวฟัน มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคฟันผุได้ดีมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูง แข็งตัวเร็ว ยึดติดกับผิวฟันแน่นมาก วิธีการใช้ง่าย ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยน้อย มีความปลอดภัยสูง วิธีการนี้สามารถยับยั้งการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมได้ร้อยละ 40.4 การทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือน เป็นกลวิธีเสริมอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดการเกิดฟันผุได้ และสามารถลดฟันผุได้ร้อยละ 44

(4) **การเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)** ในช่วงต้นของ ค.ศ.1970-1979 ได้มีการคิดค้นสารผนึกหลุมและร่องฟัน (Sealant) ขึ้นมาใช้ผนึกทับบริเวณหลุมและร่องฟัน ซึ่งไม่สามารถทำความสะอาด สะอาดด้วยขนแปรงสีฟันได้ และพบว่าเชื้อ *S. mutans* บนผิวฟันที่ทำ Sealant ลดลง จากการศึกษาในเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย พบว่าร้อยละ 86 ของฟันที่ผุจะเป็นรอยผุในหลุมและร่องฟันของฟันกราม ประสิทธิภาพของการผนึกหลุมและร่องฟันในเด็กที่มีอัตราผุสูง (dmft มากกว่า 6) จะต่ำกว่าเด็กที่มีอัตราผุต่ำ และปัญหาที่พบเสมอในการผนึกหลุมและร่องฟันในเด็กเล็กคือการควบคุมความชื้น

2.2.3 บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก

จากการศึกษาของวีระวุฒิ วงศ์วันดี (2554) ได้เสนอแนวคิดในการแนะนำผู้ปกครอง ในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนว่า ยังมีพัฒนาการไม่เต็มที่ ทั้งการเจริญเติบโตของ โครงสร้างปากและฟันตลอดจนกล้ามเนื้อ เอกสารวิชาการเรื่องพัฒนาการของเด็ก ระบุว่าเด็กอายุ 8 ปี จะมีพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ ดิพอที่จะทำงานละเอียดได้ดี เช่น การแปรงฟัน การเขียน การเย็บผ้า ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งหมายถึง เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดู ทั้งที่บ้านและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน สำหรับที่บ้าน ผู้ปกครองอันได้แก่ บิดามารดาหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็กจะใช้เวลาดูแลเด็กในแต่ละวันมากพอสมควร คือ ในวันเปิดเรียน ดูแลเด็กในช่วงเช้าและเย็นกับตลอดวันที่หยุดเรียน จึงควรจะได้รับรู้บทบาทของผู้ปกครองที่ควรปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก มีดังนี้

1. การแปรงฟันให้เด็กในเวลาตื่นนอนตอนเช้า หลังอาหารเช้า หลังอาหารเย็น และก่อนนอน ถ้าเป็นวันหยุดเรียนให้เพิ่มเวลาหลังอาหารกลางวันด้วย
2. การเลือกอาหารให้เด็กรับประทาน นอกจากเลือกอาหารให้ครบ 5 หมู่แล้ว ผู้ปกครองควรสนับสนุนให้เด็กเลือกรับประทานผลไม้แทนของหวาน
3. การพาเด็กไปรับการรักษาทางทันตกรรม เมื่อผู้ดูแลเด็ก ครู หรือทันตบุคลากร แนะนำว่าเด็กมีโรคฟันผุ เพื่อมิให้โรคลุกลามมากขึ้นจนเด็กเกิดความเจ็บปวดและสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันสมควร
4. การทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กในการดูแลทันตสุขภาพ เด็กวัยนี้จะเรียนแบบความคิดอ่าน และการปฏิบัติตนของผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้ปกครองควรมีการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องด้วย
5. การจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟันให้เด็ก ให้ผู้ปกครองได้รับทราบว่าวิธีหลักในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก คือ การแปรงฟัน ซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน จึงมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องมีอุปกรณ์ที่ใช้แปรงฟันทั้ง 2 แห่ง และเมื่อเสื่อมสภาพขนแปรงบานหรือขึ้นราควรจัดหาเพิ่มเพื่อทดแทนของเดิม
6. การจ่ายเงินค่ายาเม็ดฟลูออไรด์ให้เด็กรับประทานเพื่อป้องกันฟันผุ ผู้ปกครองควรได้รับทราบว่ายาเม็ดฟลูออไรด์มีประโยชน์ในการป้องกันโรคฟันผุให้กับเด็ก และเป็นยาที่มีราคาถูกพอที่ผู้ปกครองน่าจะจ่ายได้ ซึ่งจะคุ้มค่ากว่าการเสียเงินเสียเวลาพาเด็กไปรักษา

สรุปได้ว่าบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กนั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการแปรงฟันให้เด็ก การเลือกอาหารให้เด็กรับประทาน การพาเด็กไปรับการรักษาทางทันตกรรมหรือการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อวางแผนป้องกันฟันผุ การทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก การจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟันให้เด็ก ตลอดจนการดูแลใจเรื่องสุขภาพช่องปากเด็กด้วย

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

2.3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

1) ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นแนวทางหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำความรู้นั้นไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจดีก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วิชัชชัย ชัยจิรฉายากุล (2534) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำเป็นและระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ความจำเป็นเริ่มจากสิ่งต่าง ๆ เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำเป็นที่ย่างยากซับซ้อนและมีความหมายต่อกัน

อลิสรา กฤษมา (2546) สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การรับรู้ ความคุ้นเคย ความเข้าใจ ตลอดจนข่าวสารซึ่งเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ที่ถูกต้องชัดเจน ซึ่งแต่ละคนอาจมีความรู้แตกต่างกันไปตามการรับรู้ ความเข้าใจ และความคุ้นเคยของแต่ละคน

อนันต์ ศรีโสภ (2525) ให้ความหมายว่า “ความรู้” เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธิปัญญา (Cognitive domain) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล โดยแบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา ได้แก่ ความหมายของคำต่าง ๆ ความเป็นจริงเกี่ยวกับ เวลา บุคคล เหตุการณ์ และสถานที่
2. ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้างของสิ่งใดโดยเฉพาะ เช่น ลักษณะแบบแผนต่าง ๆ แนวโน้ม และการจัดทำ การจำแนก และแบ่งประเภทสิ่งต่าง ๆ กฎเกณฑ์ระเบียบ วิธีดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
3. ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ การบรรยายคุณค่า พยากรณ์ หรือตีความหมายสิ่งที่เราสังเกตเห็น รวมไปถึงความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และ โครงสร้าง

สรุปได้ว่า ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการเรียนรู้ การรับรู้ ประสบการณ์ ความเข้าใจ ซึ่งในแต่ละบุคคลอาจมีความรู้แตกต่างกันไปซึ่งจะนำไปสู่พื้นฐานของความคิด การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การนำไปใช้ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2) องค์ประกอบของความรู้

อุพาริกา โยสิทธิ์ (2559) ได้อธิบายว่าความรู้ประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

(1) ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of specifics) เป็นการจดจำสิ่งต่าง ๆ อย่างโดดเด่น เป็นการเชื่อมโยงสัญลักษณ์กับสิ่งที่เป็นรูปธรรม เป็นรากฐานของการสร้างความคิดที่เป็นนามธรรม

(2) ความรู้เกี่ยวกับความหมายของความรู้ (Knowledge of terminology) เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์ของศัพท์ต่าง ๆ เป็นข้อความหรือศัพท์ทางเทคนิค

(3) ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเฉพาะ เช่น ความรู้เกี่ยวกับชื่อของบุคคล เวลา เหตุการณ์ และสถานที่

(4) ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะ เช่น ความรู้ในการจัดระเบียบการศึกษา การวิจารณ์ รวมถึงวิธีการสืบสวน มาตรฐานในการตัดสิน เป็นความรู้ที่อยู่กลางระหว่างที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

(5) ความรู้ในระเบียบแบบแผนของกลุ่ม เป็นแนวกำหนดเอาไว้โดยอาศัยข้อตกลงของกลุ่มของอาชีพ

(6) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มหรือเหตุการณ์ตามลำดับต่อเนื่อง เป็นความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ

(7) ความรู้เกี่ยวกับการจัดแยกประเภท

(8) ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ (Criteria)

(9) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ (methodology) เช่น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางด้านวิทยาศาสตร์

(10) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง เป็นการรวมหลักการ หรือสรุปเกี่ยวพัน อย่างเป็นระบบ

3) ระดับของความรู้

ตามทฤษฎีของ Bloom (1956) (อ้างถึงในชญาณิช ปल्लीมอุม, 2557) ได้แยกกระบวนความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

(1) **ความรู้ (Knowledge)** หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

(2) **ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension)** เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

(3) **การนำไปใช้ (Application)** เป็นความสามารถในการนำความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิมไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุป หรือการขยายความคิดนั้น

(4) **การวิเคราะห์ (Analysis)** เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจและการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อค้นหาส่วนประกอบปลีกย่อยนั้น สามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยหรือส่วนใหญ่เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกันเพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

(6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยมีการกำหนด (Criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสินการประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (Characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ

4) การวัดความรู้

ไพศาล หวังพานิช (2526) (อ้างถึงในชญาธิศ ปลื้มอุดม, 2557) ได้กล่าวถึงวิธีการวัดว่าใครมีความรู้ในเรื่องนั้นหรือไม่ สามารถทำโดยตั้งคำถามที่เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง วิธีการ และความรู้รวบยอดของเรื่องราวนั้น ๆ ให้ตอบโดยตามแต่เพียงอย่างเดียวหรือครบทั้งสามอย่างก็ได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าคนที่มีความรู้ คือ ผู้ที่จำเรื่องนั้นได้และสามารถระลึกทั้งสามสิ่งนั้นออกมาได้นั่นเอง นอกจากนี้การวัดความรู้ การวัดความสามารถในการระลึกเรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นการวัดการระลึกประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับคำสอน การบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำรา จากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้วยคำถามวัดความรู้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหา ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบด้วยคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น ศัพท์ นิยาม กฎ และความจริงหรือรายละเอียดของเนื้อหา

(2) ถามความรู้ในวิธีดำเนินการ เป็นการถามวิธีปฏิบัติต่าง ๆ แบบแผนประเพณี ขั้นตอนของการปฏิบัติทั้งหลาย เช่น ถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น และแนวโน้มการจัดประเภท และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ

(3) ถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุป หรือหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม เพื่อรวบรวมและย่อลงมาเป็นหลักหรือหัวใจของเนื้อหานั้น

สรุปได้ว่า ความรู้ คือ ความจำ ประสบการณ์ การคิด ความเข้าใจ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง หรือความระลึกได้ ตลอดจนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ การนำไปใช้ และการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในส่วนของความรู้ในเรื่องสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ฟันน้ำนม โรคฟันผุ สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน ผลกระทบ การเลือกอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับเด็ก การใช้ขูดนม การทำความสะอาด

ช่องปากเด็ก เป็นต้น หากผู้ปกครองมีความรู้แล้วนั้น ก็จะทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีต่อไป

2.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความตระหนักรู้ (Awareness)

1) ความหมายของความตระหนักรู้

ประพล มิตินทจินดา (2542) กล่าวว่า “ความตระหนักรู้” หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำนึก เป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้ โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ ประสบการณ์ หรือสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยทำให้คนเกิดความตระหนักรู้

พงษ์ชัย เฉลิมกลิ่น (2551) กล่าวว่า “ความตระหนักรู้” หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ที่เป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยม ความชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ที่ได้จากการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ ของบุคคลนั้น

กุลวดี สุขหัตถ์ (2550) กล่าวว่า “ความตระหนักรู้” คือ การแสดงออกทางความรู้สึก ความคิดเห็น จิตใต้สำนึก เป็นสภาวะส่วนบุคคลที่เข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ เหตุการณ์ ระยะเวลา และสภาวะสิ่งแวดล้อมมาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความตระหนัก

วิมลพรรณ อาภาเวท และฉันทนา ปาปัดถา (2554) กล่าวว่า “ความตระหนักรู้” หมายถึง การแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน อันเนื่องมาจากบุคคลเคยมีประสบการณ์ เคยรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยระยะเวลา ประสบการณ์ และสภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความตระหนัก

สรุปได้ว่า “ความตระหนักรู้” คือ การแสดงออกทางความรู้สึก ความคิดเห็น การถูกคิด จิตใต้สำนึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เป็นสภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ความตระหนักจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบจากประสบการณ์ เหตุการณ์ ระยะเวลา และสภาวะสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้ามากระตุ้นทำให้เกิดความตระหนักรู้

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักรู้

Brackher (1986 อ้างถึงในเอกลักษณ์ ชนเจริญพิศาล, 2554) กล่าวว่า ความตระหนักรู้ เกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า ได้แก่ บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่โน้มน้าวหรือพร้อมที่จะสนองตอบในทางบวกหรือทางลบ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ องค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักรู้มี 3 ประการ คือ

(1) พุทธิปัญญา หรือความรู้ความเข้าใจ (Cognitive or belief component)

ความรู้หรือความเข้าใจ จะเริ่มต้นจากระดับงาน และมีการพัฒนาขึ้นตามลำดับ

(2) **อารมณ์ความรู้สึก (Affective component)** เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยม ความตระหนัก ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ

(3) **พฤติกรรม (Behavioral component)** เป็นการแสดงออกทั้งวาจา กิริยา ท่าทาง ที่มีต่อสิ่งเร้าหรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ ดังนั้น บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม การเรียนรู้ และประสบการณ์ จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนัก โดยมีความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก และ พฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนัก

3) การวัดความตระหนัก

จิรายู รวบรวมทรัพย์ (2552) ได้กล่าวถึงการประเมินความตระหนักไว้ว่า ความตระหนัก เป็นพฤติกรรมเชิงภาวะสันนิษฐาน (Hypothetical construct) ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม และมีการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนด้วยอารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้น การที่จะทำการวัดความตระหนักจึงไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่จะวัดได้โดยการสรุปสันนิษฐานจากการแสดงออกหรือการสอบถาม ซึ่งจำเป็นต้องมีหลักการ วิธีการ ตลอดจนเทคนิคที่มีความเฉพาะ โดยการวัดความตระหนัก มีวิธีการดังนี้

(1) **การสังเกต (Observation)** เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ศึกษาพฤติกรรม หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฝ้าดูการกระทำ ซึ่งแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ และในการทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล

(2) **การสัมภาษณ์ (Interviewing)** เป็นวิธีการสองทาง (Two-way method) คือ มีการสนทนากัน ระหว่างผู้ที่มีข้อมูลกับผู้ต้องการทราบข้อมูล เป็นการถามตอบกัน หากมีข้อสงสัยให้ถามซ้ำ และทำความเข้าใจให้ชัดเจนได้ทันที

(3) **การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)** ใช้สำหรับส่งให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน แล้วตอบคำถามด้วยตนเอง แบบสอบถามส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงและความคิดเห็นของผู้ตอบ ซึ่งคำถามนี้อาจเป็นชนิดปลายเปิดหรือปลายปิด หรืออาจมีทั้งสองประเภทในแบบสอบถามเดียวกันก็ได้

สรุปได้ว่า ความตระหนัก คือ การแสดงออกทางความรู้สึก ความสำนึก การถูกคิด การรู้ชัดแจ้ง ความคิดเห็น ประเมินสถานการณ์ การแสดงถึงความรับผิดชอบ ที่เป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านทัศนคติ ในเรื่องของความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง เช่น ความตระหนักเกี่ยวกับการเกิดฟันผุ ความรุนแรงของโรคฟันผุ โอกาสเสี่ยง อุปสรรค ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หากผู้ปกครองมีความตระหนักแล้วนั้น ก็จะทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีต่อไป

2.3.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior and health behavior)

1) ความหมายของพฤติกรรม

อังกณา กันใจแก้ว (2562) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลในทุกลักษณะ ทั้งที่เป็นไปโดยตามธรรมชาติหรือจงใจทำ อาจทำโดยไม่รู้ตัว หรือรู้ตัวเป็นการกระทำที่สังเกตเห็นได้

2) ประเภทของพฤติกรรม

สามารถแบ่งตามแสดงออกได้ 2 ประเภท คือ

(1) พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้โดยบุคคลอื่น ซึ่งพฤติกรรมภายนอกจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมโมลาร์ (Molar behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยใช้ประสาทสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวกาย

2. พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นต้องใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกต เช่น การเต้นของหัวใจ คลื่นสมอง ความดันโลหิต เป็นต้น

(2) พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง ลักษณะการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถที่จะรู้หรือทราบได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นโดยอาศัยเครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยในการสังเกต พฤติกรรม (อังกณา กันใจแก้ว, 2562)

3) ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

(1) ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541 อ้างถึงในอังกณา กันใจแก้ว, 2562) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

สุชาติ โสภประยูร (2541 อ้างถึงในอังกณา กันใจแก้ว, 2562) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตน และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้บริบทนี้เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเราออกเป็นส่วนที่นำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือ ป้องกันสุขภาพดังกล่าวข้างต้น หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

(2) ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรครึ้น เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์ การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การพานบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น การนอนพักอยู่กับบ้านแทนที่จะไปทำงาน การเพิกเฉย การถามของเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเลิกดื่มสุรา การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เป็นต้น (อุพาริกา โยสิทธิ์, 2559)

(3) องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มยาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

(4) ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior)

หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง

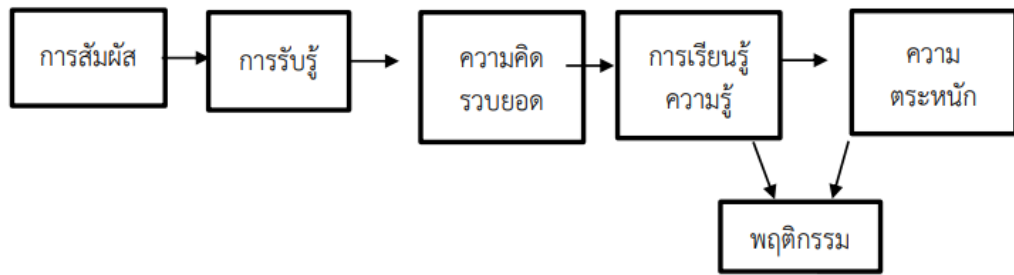
(Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไปจนเกิดความอ้วน การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น (อุพาริกา โยสิทธิ์, 2559)

(5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ณัฐวธ แก้วสุทธา และคณะ (2556) อธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตัวเอง ทั้งนี้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อาจประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ ได้แก่ การหาความรู้เรื่องโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟัน การตรวจสภาวะช่องปากด้วยตนเอง การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การใช้ฟลูออไรด์ และการไปพบทันตบุคลากร (นฤมล สีประโค, 2550)

ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะมีความจำเพาะลงไปในส่วนกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับบุคคล ที่ไม่ครอบคลุมในการไปพบทันตบุคลากรหรือการรักษาโรคในช่องปาก (เมธินี คุปพิทยานันท์, 2546) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่กองทันตสาธารณสุขเก็บรวบรวมทุก 5 ปี จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วย พฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงเวลาต่าง ๆ พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเลือกใช้ขนแปรงสีฟัน การบ้วนน้ำในการแปรงฟันแต่ละครั้ง พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม พฤติกรรมการดื่มน้ำหวานและน้ำผลไม้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารลูกอม พฤติกรรมการรับประทานอาหารนมกรุบกรอบ (กองทันตสาธารณสุข, 2556) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมอนามัยช่องปากสามารถแบ่งได้เป็นสองพฤติกรรมย่อย คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่ออนามัยช่องปาก และพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก (ณัฐวธ แก้วสุทธา และคณะ, 2556)

2.3.4 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรม



รูปภาพที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรม

เอกลักษณ์ ธนเจริญพิศาล (2554) กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ ขั้นตอนต่อไปก็จะเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้า คือ เกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้น และนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักต่างก็จะนำไปสู่การกระทำ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

พรณทิพา สาวันดี (2554) กล่าวว่า กระบวนการเกิดความตระหนักรู้เกิดจากการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมแล้วเกิดการรับรู้ แล้วนำไปสู่การเรียนรู้ และจะนำไปสู่ความพร้อมที่จะแสดงการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมต่อไป

สิริพร ลาภพาณิชย์กุล (2558) กล่าวว่า กระบวนการเกิดความตระหนักรู้ขึ้นเป็นกระบวนการที่เกิดจากเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นโดยได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วจะก่อให้เกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และเมื่อรับรู้แล้วจะเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักรู้ในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักรู้ในบางครั้งก็นำไปสู่การกระทำหรือการสัมผัส การรับรู้ความคิดรวบยอด การเรียนรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรม แสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

กรรณา วัชรธำรงกุล (2552) กล่าวว่า บุคคลเคยมีการรับรู้หรือเคยมีความรู้มาก่อน โดยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะทำให้เกิดความสำนึกขึ้นหรือเกิดความตระหนักรู้ขึ้น โดยมีการประเมินค่าและตระหนักรู้ถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ ความตระหนักรู้จึงเป็นการตื่นตัวทางจิตใจต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งหมายความว่าระยะเวลาหรือประสบการณ์และสภาพแวดล้อมจะทำให้เกิดการรับรู้ (Perceptions) ขึ้น และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด การเรียนรู้ ความตระหนักรู้ และการปฏิบัติตามลำดับ

สรุปได้ว่า ทั้งความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ปกครองบางคนไม่มีความรู้ในเรื่องสุขภาพช่องปาก จึงทำให้มีความเชื่อว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญ เมื่อผู้ควรถอนทิ้งไม่ต้องรักษา หรือหากเด็กไม่มีอาการปวดก็ปล่อยให้ไว้ ทำ

ให้ผู้ปกครองไม่ได้พาบุตรหลานไปรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กได้รับผลกระทบคือ ปวดฟันจึงต้องถอนออกไปในที่สุด ซึ่งแท้จริงแล้วฟันน้ำนมมีความสำคัญมาก เพราะฟันน้ำนมช่วยให้ฟันแท้เจริญเติบโตได้ตามปกติ และทำให้ฟันแท้ขึ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีความรู้นั้นจะส่งผลให้เกิดความตระหนักในผลกระทบเมื่อเด็กมีฟันผุ ทำให้ผู้ปกครองเกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากได้คืบหน้า

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ชญานิษฐ์ ห่อธิวงศ์ (2558) ศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กอายุ 3-5 ปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์เด็กอ่อนหวาน อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 155 คน ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกโรคฟันผุในกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 58.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.01 ซึ่งต่อคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การบริโภคนม พฤติกรรมการดื่มนมจากขวด การทำความสะอาดช่องปากเด็ก การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

อุพาริกา โยสิทธิ์ (2558) ศึกษา พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าผา อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 71.1 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 72.2 มีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอยู่ระดับสูง ร้อยละ 60 มีระดับความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.9 มีระดับทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.1 และมีระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ร้อยละ 50 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.043$) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ศุรศักดิ์ ภักดี และรุจิรา ดวงสงค์ (2561) ศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฟันผุ และการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 238 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.90 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.50 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.70 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับทักษะคิด และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.346, p < 0.001$ และ $r = 0.309, p < 0.001$ ตามลำดับ) ทักษะคิดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.265, p < 0.001$)

ปริญญา จิตอร่าม และกฤษณา มากบุญ (2557) ศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี ที่เข้ารับการเรียนรู้จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 97 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ในภาพรวม ร้อยละ 85.57 อยู่ในระดับสูง ทักษะคิดของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิชุดา คมขำ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร ตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพรจำนวน 280 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอยู่ในระดับพอใช้ และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก และปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ (2559) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 183 คน ผลการศึกษาสภาวะฟันน้ำนม พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (dmft) เท่ากับ 5.21 ซึ่งต่อคน ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 24.1 ตรวจสอบความสะอาดเป็นประจำหลังให้เด็กแปรงฟันเอง ผู้ปกครองร้อยละ 66.1 แปรงฟันให้เด็กทุกวัน ผู้ปกครองร้อยละ 68.3 ไม่เคยเช็ดทำความสะอาดช่องปากหลังเด็กดื่มนม และพบว่าเด็กส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์และอาจส่งผลให้เกิดฟันผุ เช่น ขนมถุง ป๊อปปี้ และนมเปรี้ยว เป็นประจำร้อยละ 73.2, 64

และ 56.3 ตามลำดับ จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าสภาวะฟันน้ำนมผูกพันพฤติกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กันทางลบอยู่ในระดับต่ำ

รพีพรรณ เพชรรัตน์ (2556) ศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคฟันผุของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 275 คน และผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 275 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็ก มีโรคฟันผุ ร้อยละ 47 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.52 ซี่/คน ความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับลักษณะทั่วไปของเด็ก พบว่า เพศและอายุของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ โดยเพศหญิงมีฟันผุมากกว่าเพศชาย และเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุมากที่สุด ผลของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การแปรงฟัน การตรวจฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ และการใช้ไหมขัดฟัน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ร้อยละ 59, 46, 57 และ 84 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างโรคฟันผุกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า พฤติกรรมการแปรงฟัน การตรวจฟัน การเคลือบสารฟลูออไรด์ และการใช้ไหมขัดฟัน ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก การทำความสะอาดช่องปาก ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในความปกครองของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างกันออกไปในบางพื้นที่

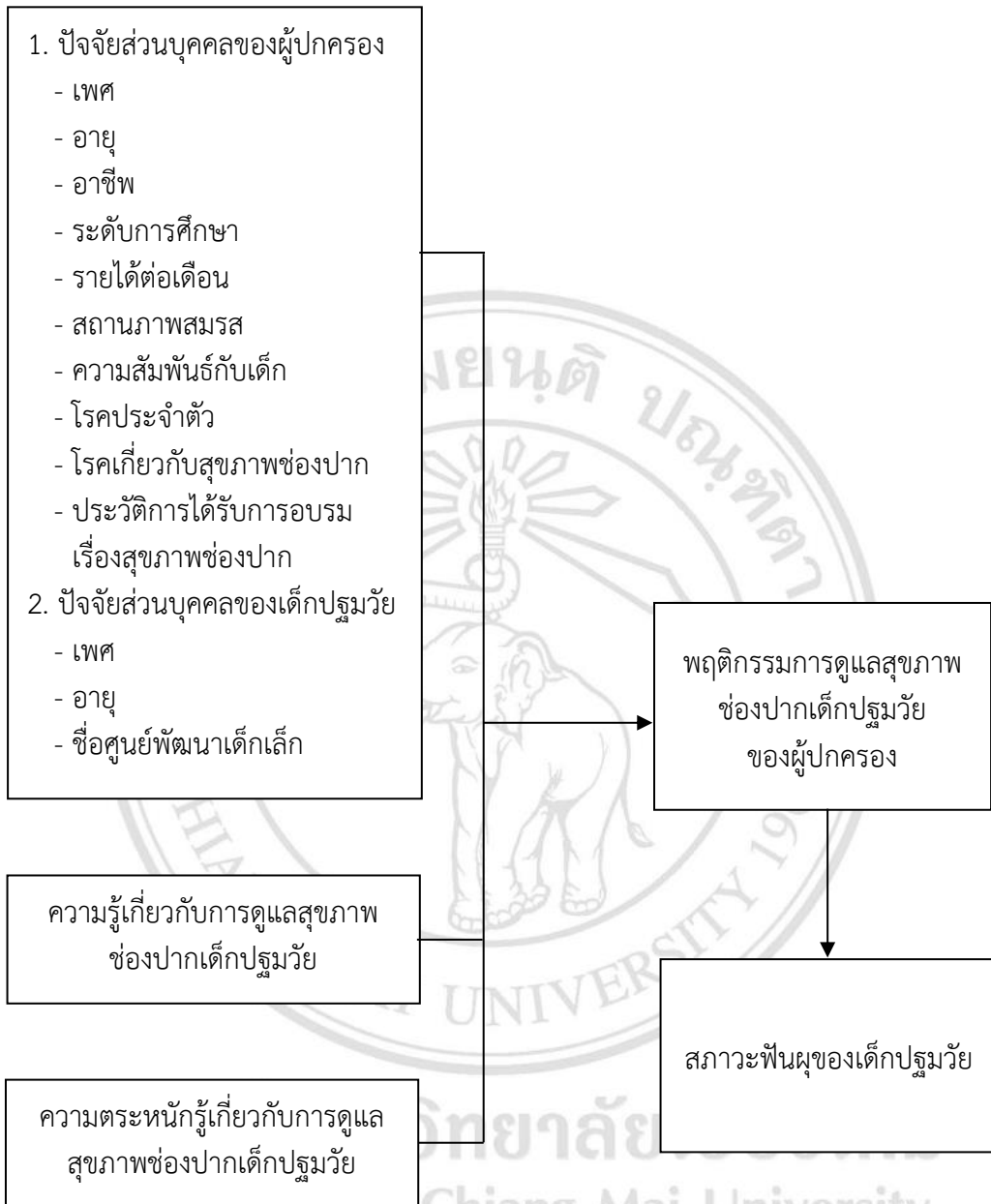
2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการการศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทางผู้วิจัยได้มีการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาวิจัย ดังภาพต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) ที่มุ่งศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบล คอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.2 พื้นที่การวิจัย

ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เด็กปฐมวัยและผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 220 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารวมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ปกครองหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากผู้ปกครอง และการสำรวจสถานะฟันผุเด็กปฐมวัย สามารถนำมาจำแนกได้ ดังนี้

1. แบบสอบถามจากผู้ปกครอง มีผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามกลับมา จำนวน 188 คน
2. การสำรวจสถานะฟันผุเด็กปฐมวัย มีเด็กที่ได้รับการตรวจสถานะฟันผุ จำนวน 173 คน
3. เมื่อนำมาจัดเป็นคู่ของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย มีจำนวน 151 คู่

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) เพียงครั้งเดียวกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่สร้างจากการอ้างอิงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรม และแบบสำรวจสถานะฟันผุเด็กปฐมวัย ดังนี้

3.4.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง เป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัว โรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประวัติการได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปาก

2) ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย เป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง เป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 13 ข้อ แบ่งกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Bloom (อ้างถึงในนิภา โกษณะ, 2554) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูกต้อง	1 คะแนน
ตอบผิด	0 คะแนน
ตอบไม่ทราบ	0 คะแนน

แปลความหมายระดับความรู้ของคะแนนเฉลี่ยในแบบสอบถาม ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	ช่วงคะแนน	ระดับความรู้
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	10 – 13	สูง
ร้อยละ 60 – 79	8 – 9	ปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60	0 – 7	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

วัดความตระหนักรู้โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ จะมีความหมายทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ตอบ แบบสอบถามมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ตอบ แบบสอบถามมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ตอบ แบบสอบถามปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ตอบ แบบสอบถามน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ตอบ แบบสอบถามน้อยที่สุด

โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปรผล กำหนดโดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาค ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.3$$

แปลความหมายระดับความตระหนักรู้ของคะแนนเฉลี่ยในแบบสอบถาม ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับของความตระหนักรู้
3.8 – 5	สูง
2.4 – 3.7	ปานกลาง
1 – 2.3	ต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
 วัดพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามจะมีความหมายทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) เป็นการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert) มีตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
- ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปรผล จำนวนโดยไขสูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาค ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.3$$

แปลความหมายระดับพฤติกรรมของคะแนนเฉลี่ยในแบบสอบถาม ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับของพฤติกรรม
3.8 – 5	สูง
2.4 – 3.7	ปานกลาง
1 – 2.3	ต่ำ

3.4.2 แบบสำรวจสภาวะฟันผุเด็กปฐมวัย แบบฟอร์มที่ใช้มาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ของชัยญญินิษฐ์ ห้อธิวงษ์ (2558) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทยครั้งที่ 7 ปี 2555 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค, หน้า 116) ดำเนินการตรวจสอบสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจเองทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ขั้นที่ 1 สร้างเครื่องมือโดยการประยุกต์ใช้จากการอ้างอิงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรม กำหนดขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำแบบสอบถามที่ได้จากการประยุกต์ใช้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย ใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านประเมินคำถามแต่ละข้อว่าสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหาหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนคำถามแต่ละข้อดังนี้

ค่า 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

ค่า 0 หมายถึง ข้อความนั้นมีความกำกวม ไม่ชัดเจน

ค่า -1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

เมื่อได้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านแล้ว นำคะแนนมาคำนวณหาค่า IOC ดังสูตรต่อไปนี้

$$IOC = \sum X/n$$

โดยที่ IOC หมายถึง ค่าความสอดคล้องของข้อความกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

$\sum X$ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การเลือกข้อความ มีดังนี้

ข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1 จัดว่าเป็นคำถามที่ใช้ได้

ข้อความที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรมีการปรับปรุงแก้ไข หรือตัดทิ้ง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องตลอดจนเพิ่มหรือลดจำนวนข้อความเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ขึ้น

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองจัดเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Try Out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยสัก จำนวน 20 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.744 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.707 และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.709

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.5.1 นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เอกสารเลขที่ ET053/2566

3.5.2 ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล โดยมีเอกสารชี้แจงประกอบให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รวมถึงการอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี

3.5.3 ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารยินยอม

3.5.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะออกมา เป็นภาพรวมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ขั้นเตรียมการ

3.6.1.1 ประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และครูผู้ดูแลเด็กในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกำหนดช่วงเวลาในการสำรวจข้อมูล

3.6.1.2 นัดหมายผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและยินยอมให้ตรวจสอบภาวะช่องปากของเด็กปฐมวัย

3.6.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2.1 แจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเป็นรายบุคคล โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้ปกครองมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

3.6.2.2 เข้าตรวจสอบภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจเอง ใช้แบบบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ของชัยญนิษฐ์ ห่อธวัช (2558) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทยครั้งที่ 7 ปี 2555 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

3.6.2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของคำตอบในแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะฟันผุและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มาลงรหัสบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้ ความตระหนักรู้ พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย

3.7.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

1) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และสถิติ Kruskal Wallis test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านความตระหนักรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเรื่องความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทางผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง
- 4.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.5 สถานะฟันผุของเด็กปฐมวัย
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย

การศึกษาคำถามความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 220 คน พบว่าผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความยินยอม และสมัครใจตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 188 คน และเด็กปฐมวัยที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้รับการตรวจสถานะฟันผุ จำนวนทั้งสิ้น 173 คน และเมื่อนำมาจัดเป็นคู่ของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย มีจำนวน 151 คู่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองจำนวน 188 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 144 คน เพศชาย 44 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 และ 23.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี ร้อยละ 53.7 อายุต่ำสุดคือ 20 ปี และอายุสูงสุดคือ 75 ปี อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.8 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.3 และ 20.2 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 55.3 มีโรคประจำตัว จำนวน 21 คน ร้อยละ 11.2 มีโรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จำนวน 18 คน ร้อยละ 9.3 และมีประวัติเคยได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปาก จำนวน 59 คน ร้อยละ 31.4

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กในปกครอง พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 เป็นเพศหญิง จำนวน 73 คน ร้อยละ 38.8 เด็กส่วนใหญ่อายุ 5 ปี รองลงมาคือ 3 ปี และ 4 ปี ร้อยละ 42.0, 30.9 และ 27.1 ตามลำดับ และเด็กส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 158 คน ร้อยละ 84.0 และเรียนอยู่นอกพื้นที่ 30 คน ร้อยละ 16.0 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 188)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	44	23.4
หญิง	144	76.6
อายุ		
ไม่เกิน 20 ปี	3	1.6
21 - 40 ปี	101	53.7
41 - 59 ปี	62	33.0
60 ปีขึ้นไป	22	11.7
อาชีพ		
เกษตรกร	42	22.3
รับจ้าง	56	29.8

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 188) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	15	8.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.2
พนักงานบริษัท	15	8.0
ไม่ได้ทำงาน (ผู้สูงอายุ)	10	5.3
ไม่ได้ทำงาน (แม่บ้าน)	37	19.7
อื่น ๆ ไม่ระบุ	7	3.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	8.0
ประถมศึกษา	51	27.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	20.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	40	21.3
ปวส./อนุปริญญา	12	6.4
ปริญญาตรี	27	14.4
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.6
อื่น ๆ ไม่ระบุ	2	1.0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	59	31.4
5,001 - 10,000 บาท	63	33.5
10,001 - 15,000 บาท	35	18.6
15,001 - 20,000 บาท	8	4.2
20,001 - 30,000 บาท	11	5.9
30,000 บาทขึ้นไป	12	6.4
สถานภาพสมรส		
โสด	24	12.8
สมรส	140	74.5
หม้าย	7	3.7
หย่า	12	6.4
แยกกันอยู่	5	2.6

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 188) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็กในปกครอง		
พ่อ	29	15.4
แม่	104	55.3
ปู่	4	2.0
ย่า	11	5.9
ตา	6	3.2
ยาย	30	16.0
ลุง	2	1.1
อา	2	1.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	167	88.8
มี	21	11.2
โรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก		
ไม่มี	170	90.4
มี	18	9.6
ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก		
เคย	59	31.4
ไม่เคย	129	68.6
2) ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กในปกครอง		
เพศของเด็กในปกครอง		
ชาย	115	61.2
หญิง	73	38.8
อายุเด็กในปกครอง		
3 ปี	58	30.9
4 ปี	51	27.1
5 ปี	79	42.0

ตารางที่ 4.1 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 188) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่ศึกษาของเด็กในปกครอง		
ในพื้นที่	158	84.0
นอกพื้นที่	30	16.0

4.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตอบคำถามได้ถูกต้อง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คำถามที่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตอบถูกมากที่สุด คือ การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันฟันผุได้ ร้อยละ 92.0 รองลงมา คือ การพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจรักษาเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน จะช่วยตรวจพบปัญหาโรคฟันในระยะเริ่มแรกได้ การรับประทานอาหารที่มีลักษณะหวานเหนียวติดฟัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และโรคฟันผุมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคในช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 90.4, 88.3 และ 87.2 ตามลำดับ

ส่วนคำถามที่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตอบผิดและไม่ทราบมากที่สุด คือ การให้เด็กดื่มนมเปรี้ยวเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.6 และการที่เด็กมีฟันผุนรุนแรงหลายซี่ ทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหารได้ ร้อยละ 48.4 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ข้อคำถามด้านความรู้	ตอบถูก	ตอบผิด/ไม่ทราบ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคฟันผุมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคในช่องปาก	164 (87.2)	24 (12.8)
2. ลักษณะอาการเริ่มแรกของฟันผุ คือ ฟันเปลี่ยนสีเป็นขาวขุ่น	123 (65.4)	65 (34.6)
3. โรคฟันผุ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	99 (52.7)	89 (47.3)
4. โรคฟันผุสามารถลุกลามไปยังฟันซี่ข้างเคียงได้	144 (76.6)	44 (23.4)

ตารางที่ 4.2 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ข้อความด้านความรู้	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด/ไม่ทราบ จำนวน (ร้อยละ)
5. การที่เด็กมีฟันผุนแรงหลายซี่ ทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหารได้	97 (51.6)	91 (48.4)
6. การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ทำให้เด็กเป็นโรคฟันผุ	152 (80.9)	36 (19.1)
7. การให้เด็กดื่มนมเปรี้ยวเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุ	91 (48.4)	97 (51.6)
8. การรับประทานอาหารที่มีลักษณะหวานเหนียวติดฟัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ	166 (88.3)	22 (11.7)
9. การพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจรักษาเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน จะช่วยตรวจพบปัญหาโรคฟันในระยะเริ่มแรกได้	170 (90.4)	18 (9.6)
10. การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันฟันผุได้	173 (92.0)	15 (8.0)
11. การดื่มนมจืดมีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่าการดื่มนมหวาน	140 (74.5)	48 (25.5)
12. ฟันตามธรรมชาติของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันน้ำนมกับฟันแท้ หากเด็กสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนดจะส่งผลเสียต่อฟันแท้ได้	115 (61.2)	73 (38.8)
13. อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เป็นอาหารที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคฟันผุในเด็ก	156 (83.0)	32 (17.0)

ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับแล้ว พบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.9 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.7 โดยมี

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 9.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.25 จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 2 คะแนน และได้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 13 คะแนน ดังตารางที่ 4.3 ตารางที่ 4.3 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	10 – 13	106	56.4
ปานกลาง	8 – 9	45	23.9
ต่ำ	0 – 7	37	19.7
Mean = 9.52, S.D. = 2.25, Max = 13, Min = 2			

4.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 60.1 เห็นด้วยน้อยที่สุดว่าหากต้องการให้เด็กหลับได้ไวมากขึ้นจะให้เด็กหลับคาขวดนม หากพบว่าเด็กมีฟันผุ ท่านจะพาไปพบหมอฟันทันที ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 47.3 หากเด็กแปรงฟันด้วยตัวเองเสร็จแล้ว ท่านจะแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 35.1 หากท่านต้องการให้เด็กแปรงฟันได้สะอาดมากขึ้น ท่านจะเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ให้กับเด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 35.1 หากท่านต้องการแปรงฟันเด็กให้สะอาดมากขึ้น ท่านจะใช้ยาสีฟันปริมาณมาก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 32.4 หากพบว่าเด็กมีฟันผุ ท่านจะไม่ให้เด็กถอนฟันเด็ดขาด เพราะการถอนฟันมีผลกระทบต่อระบบประสาท สมอง หรือมีผลต่อชีวิตได้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 27.7 การรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ท่านจะไม่ให้เด็กรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 32.4 แม้จะทราบว่าเด็วเด็กก็มีฟันแท้ขึ้นมาอีกชุด ท่านก็จะไม่ละเลยสุขภาพช่องปากของเด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 50.0 หากต้องการให้เด็กกินได้เยอะขึ้น ท่านจะปรุงอาหารรสหวานให้เด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 41.5 และหากพบว่าเด็กชอบกินลูกอม ท่านจะซื้อลูกอมให้เด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 53.7 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ข้อความตระหนักรู้	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. หากท่านพบว่าเด็กมีฟันผุ ท่านจะพาไปพบหมอฟันทันที	89 (47.3)	63 (33.5)	28 (14.9)	7 (3.8)	1 (0.5)	4.23	0.877	สูง
2. หากเด็กแปรงฟันด้วยตัวเองเสร็จแล้ว ท่านจะแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง	40 (21.3)	41 (21.8)	66 (35.1)	32 (17.0)	9 (4.8)	3.38	1.138	ปานกลาง
3. หากท่านต้องการให้เด็กแปรงฟันได้สะอาดมากขึ้น ท่านจะเลือกใช้	10 (5.3)	12 (6.4)	37 (19.7)	63 (33.5)	66 (35.1)	3.87	1.127	สูง
4. หากท่านต้องการแปรงฟันเด็กให้สะอาดมากขึ้น ท่านจะใช้ยาสีฟันปริมาณมาก*	9 (4.9)	10 (5.3)	48 (25.5)	60 (31.9)	61 (32.4)	3.82	1.094	สูง

ตารางที่ 4.4 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ข้อความด้าน ความตระหนักรู้	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
5. หากพบว่าเด็กมี ฟันผุ ท่านจะไม่ให้ เด็กถอนฟัน เด็ดขาด เพราะการ ถอนฟันมีผลต่อ ระบบประสาท สมอง หรือมีผลต่อ ชีวิตได้*	28 (14.9)	16 (8.4)	52 (27.7)	43 (22.9)	49 (26.1)	3.37	1.352	ปาน กลาง
6. หากต้องการให้ เด็กหลับได้ไวมาก ขึ้น ท่านจะให้เด็ก หลับคาขวดนม*	5 (2.6)	9 (4.8)	24 (12.8)	37 (19.7)	113 (60.1)	4.30	1.038	สูง
7. การรับประทาน จุกจิบระหว่างมือ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยง ในการเกิดโรคฟัน ผุ ท่านจะไม่ให้ เด็กรับประทาน จุกจิบระหว่างมือ	44 (23.4)	27 (14.4)	61 (32.4)	40 (21.3)	16 (8.5)	3.23	1.261	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.4 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ข้อความด้าน ความตระหนักรู้	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
8. แม่จะทราบว่า เด็วเด็กก็มีฟันแท้ ขึ้นมาอีกชุด ท่านก็ จะไม่ละเลย สุขภาพช่องปาก ของเด็ก	94 (50.0)	62 (33.0)	18 (9.6)	5 (2.6)	9 (4.8)	4.21	1.047	สูง
9. หากต้องการให้ เด็กกินได้เยอะขึ้น ท่านจะปรุงอาหาร รสหวานให้เด็ก*	2 (1.1)	9 (4.7)	37 (19.7)	62 (33.0)	78 (41.5)	4.09	0.946	สูง
10. หากพบว่าเด็ก ชอบกินลูกอม ท่านจะซื้อลูกอม ให้เด็ก*	4 (2.1)	7 (3.8)	26 (13.8)	50 (26.6)	101 (53.7)	4.26	0.976	สูง

หมายเหตุ: * ข้อคำถามเชิงลบ (ได้ทำการปรับคะแนนเรียบร้อยแล้ว)

ผลการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยโดยการหารจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และนำมาจัดระดับแล้วพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับความตระหนักรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.2 รองลงมา มีความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักรู้เท่ากับ 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 2.4 คะแนน และได้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 4.9 คะแนน ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ระดับความตระหนักรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	3.8 – 5	117	62.2
ปานกลาง	2.4 – 3.7	71	37.8
ต่ำ	1 – 2.3	0	0

Mean = 3.88, S.D. = 0.50, Max = 4.90, Min = 2.40

4.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 77.1 ไม่เคยซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเองเมื่อเด็กบ่นปวดฟัน ในด้านการแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.9 การให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงล้าง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 39.9 การตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 33.5 การเลือกซื้อยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กใช้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 63.3 การใช้น้ำตาล น้ำหวาน น้ำผึ้ง หรือสารปรุงแต่งรสหวานผสมในนมให้เด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 62.2 การซื้อขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานให้เด็กรับประทาน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 50 การควบคุมดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่กินจุบจิบ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 43.1 การให้เด็กดื่มนมสดจัดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 37.2 การให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่องแทนการดูดนมจากขวด ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 56.9 การให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 64.9 และการพาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 34.6 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ข้อคำถามด้าน พฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านแปรงฟัน ให้เด็กในตอนเช้า และก่อนนอน	75 (39.9)	48 (25.5)	51 (27.1)	9 (4.8)	5 (2.7)	3.95	1.051	สูง
2. ท่านให้เด็ก แปรงฟันด้วย ตนเองเพียงลำพัง*	34 (18.1)	40 (21.3)	75 (39.9)	19 (10.1)	20 (10.6)	2.74	1.184	ปาน กลาง
3. ท่านตรวจดู ความสะอาดช่อง ปากของเด็กทุก ครั้งหลังการแปรง ฟัน	47 (25.0)	53 (28.2)	63 (33.5)	19 (10.1)	6 (3.2)	3.62	1.066	ปาน กลาง
4. ท่านเลือกซื้อยา สีฟันที่มีส่วนผสม ของฟลูออไรด์ให้ เด็กใช้	119 (63.3)	37 (19.7)	19 (10.1)	8 (4.3)	5 (2.6)	4.37	1.007	สูง
5. ท่านใส่น้ำตาล น้ำหวาน น้ำผึ้ง หรือสารปรุงแต่ง รสหวานผสมใน นมให้เด็ก*	2 (1.1)	7 (3.8)	23 (12.2)	39 (20.7)	117 (62.2)	4.39	0.916	สูง

ตารางที่ 4.6 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ข้อคำถามด้าน พฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
6. ท่านซื้อขนม หวาน ขนมกรุบ กรอบ และ เครื่องดื่มที่มีรส หวานให้เด็ก รับประทาน*	6 (3.1)	30 (16.0)	94 (50.0)	49 (26.1)	9 (4.8)	3.13	0.852	ปาน กลาง
7. ท่านควบคุมดูแล ให้เด็กรับประทาน อาหารเป็นเวลา ไม่ กินจุบจิบ	27 (14.4)	51 (27.1)	81 (43.1)	23 (12.2)	6 (3.2)	3.37	0.981	ปาน กลาง
8. ท่านให้เด็กดื่ม นมรสจืดแทนการ ดื่มนมรสหวานและ นมเปรี้ยว	58 (30.9)	70 (37.2)	42 (22.3)	13 (6.9)	5 (2.7)	3.87	1.018	สูง
9. ท่านให้เด็กดื่มนม จากแก้วหรือจาก กล่อง แทนการดูด นมจากขวด	107 (56.9)	47 (25.0)	19 (10.1)	6 (3.2)	9 (4.8)	4.26	1.080	สูง
10. ท่านให้เด็กนอน หลับโดยมีขวดนม คาในปาก*	11 (5.9)	9 (4.8)	20 (10.6)	26 (13.8)	122 (64.9)	4.27	1.186	สูง

ตารางที่ 4.6 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ข้อความคำถามด้านพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
11. ท่านซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเองเมื่อเด็กบ่นปวดฟัน*	1 (0.5)	6 (3.2)	18 (9.6)	18 (9.6)	145 (77.1)	4.60	0.831	สูง
12. ท่านพาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน	37 (19.7)	17 (9.0)	65 (34.6)	31 (16.5)	38 (20.2)	2.91	1.361	ปานกลาง

หมายเหตุ: * ข้อคำถามเชิงลบ (ได้ทำการปรับคะแนนเรียบร้อยแล้ว)

ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยโดยการหารจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ และจัดระดับแล้วพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.5 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม เท่ากับ 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 2.17 คะแนน และได้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 4.67 คะแนน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ระดับของพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	3.8 – 5	111	59.0
ปานกลาง	2.4 – 3.7	76	40.5
ต่ำ	1 – 2.3	1	0.5

Mean = 3.79, S.D. = 0.48, Max = 4.67, Min = 2.17

4.5 สถานะฟันผุของเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษานี้วิจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัยจำนวน 173 คนที่ได้รับการตรวจสถานะฟันผุ อธิบายได้ดังนี้

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 เป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน ร้อยละ 41 เพศชายมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.81 ซี่/คน ซึ่งมากกว่าเพศหญิง ที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.51 ซี่/คน

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อายุ 5 ปี รองลงมาคือ 4 ปี และ 3 ปี ร้อยละ 37.5, 33.5 และ 29.5 ตามลำดับ เด็กอายุ 5 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) มากที่สุด รองลงมาเป็นเด็กอายุ 4 ปี และ 3 ปี เท่ากับ 6.23 ซี่/คน, 4.41 ซี่/คน และ 3.06 ซี่/คน ตามลำดับ

และเมื่อจำแนกตามสถานที่ศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคอยลาน จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 49.8 รองลงมาเป็นโรงเรียนบ้านจำบอนและโรงเรียนบ้านโละป่าดุ่ม ร้อยละ 15.0 เท่ากัน โรงเรียนบ้านโป่งเกลือ โรงเรียนคอยลานพิทยา และโรงเรียนบ้านโป่งช้าง ร้อยละ 7.5, 6.9 และ 5.8 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 6 โรงเรียนนี้เป็นโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เด็กที่เรียนอยู่ในโรงเรียนบ้านโละป่าดุ่ม มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) มากที่สุด เท่ากับ 7.81 ซี่/คน รองลงมาคือโรงเรียนบ้านโป่งช้าง โรงเรียนบ้านจำบอน โรงเรียนคอยลานพิทยา โรงเรียนบ้านโป่งเกลือ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคอยลาน ตามลำดับ เท่ากับ 7.1 ซี่/คน, 5.69 ซี่/คน, 4.92 ซี่/คน, 4.46 ซี่/คน และ 3.16 ซี่/คน ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 173)

ข้อมูล	จำนวน (คน) ร้อยละ	สภาวะฟันผุ (ซี่)			dmft (ซี่/คน)
		dt	mt	ft	
เพศ					
ชาย	102 (59.0)	458	21	12	4.81
หญิง	71 (41.0)	282	24	14	4.51
อายุ					
3 ปี	51 (29.5)	147	6	3	3.06
4 ปี	58 (33.5)	234	15	7	4.41
5 ปี	64 (37.0)	359	24	16	6.23
สถานที่ศึกษา					
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบล คอยลาน	86 (49.8)	254	11	7	3.16
โรงเรียนบ้านจำบอน	26 (15.0)	141	5	2	5.69
โรงเรียนบ้านโป่งเกลือ	13 (7.5)	49	5	4	4.46
โรงเรียนคอยลานพิทยา	12 (6.9)	46	8	5	4.92
โรงเรียนบ้านโป่งช้าง	10 (5.8)	69	2	0	7.1
โรงเรียนบ้านโละป่าดุ่ม	26 (15.0)	181	14	8	7.81

ผลการศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยจำแนกตามความรุนแรง พบว่าเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคฟันผุคิดเป็นร้อยละ 71.1 โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของสภาวะฟันผุที่ระดับปานกลาง (dmft เฉลี่ย 4-8 ซี่/คน) ร้อยละ 32.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (dmft เฉลี่ย >8 ซี่/คน) ร้อยละ 20.3 ระดับต่ำ (dmft เฉลี่ย 1-3 ซี่/คน) ร้อยละ 17.9 ส่วนระดับปกติ (dmft เฉลี่ย 0 ซี่/คน) พบ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.69 ซี่/คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.612 มีเด็กที่มีฟันผุมากที่สุด คือ 20 ซี่ และมีฟันผุน้อยที่สุด คือ 0 ซี่ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงความถี่และร้อยละของเด็กปฐมวัยจำแนกตามสภาวะฟันผุ (dmft) (n = 173)

สภาวะฟันผุ dmft	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของสภาวะฟันผุ		
ระดับปกติ (Normal)	0 ซี่	50
ระดับต่ำ (Low)	1-3 ซี่	31
ระดับปานกลาง (Moderate)	4-8 ซี่	57
ระดับสูง (High)	>8 ซี่	35
ความชุกของโรคฟันผุ	123	71.1
Mean = 4.69, S.D. = 4.612, Max = 20, Min = 0		

เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 4.9 มาจำแนกเป็น 2 ส่วน แบ่งเป็น เด็กที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 0 ซี่/คน มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 และเด็กที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 1 ซี่/คน ขึ้นไป มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 และนำมาจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ และสถานที่ศึกษา ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงความถี่และร้อยละของสภาวะฟันผุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย (n = 173)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะฟันผุ	
	ฟันผุ 0 ซี่ (คน/ร้อยละ)	ฟันผุ 1 ซี่ขึ้นไป (คน/ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	27 (15.6)	75 (43.3)
หญิง	23 (13.3)	48 (27.8)
รวม	50 (28.9)	123 (71.1)
อายุ		
3 ปี	25 (14.5)	26 (15.0)
4 ปี	15 (8.7)	43 (24.8)
5 ปี	10 (5.8)	54 (31.2)
รวม	50 (28.9)	123 (71.1)

ตารางที่ 4.10 แสดงความถี่และร้อยละของสภาวะฟันผุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย (n = 173) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะฟันผุ	
	ฟันผุ 0 ซี่ (คน/ร้อยละ)	ฟันผุ 1 ซี่ขึ้นไป (คน/ร้อยละ)
สถานที่ศึกษา		
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคอยลาน	36 (20.8)	50 (28.9)
โรงเรียนบ้านจำบอน	8 (4.6)	18 (10.4)
โรงเรียนบ้านโป่งเกลือ	2 (1.2)	11 (6.3)
โรงเรียนคอยลานพิทยฯ	2 (1.2)	10 (5.8)
โรงเรียนบ้านโป่งช้าง	1 (0.6)	9 (5.2)
โรงเรียนบ้านโล๊ะป่าดุ่ม	1 (0.6)	25 (14.4)
รวม	50 (28.9)	123 (71.1)

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.028) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.009) และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ปัจจัย	พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง		p-value
	Mean	S.D.	
เพศ			0.291 ^a
หญิง	3.7656	0.48330	
ชาย	3.8712	0.45269	
อายุ			0.554 ^b
20 - 39 ปี	3.8325	0.42368	
40 - 59 ปี	3.7424	0.55503	
60 ปีขึ้นไป	3.7424	0.45854	
อาชีพ			0.001 ^{b*}
เกษตรกร	3.6429	0.54203	
รับจ้าง	3.7573	0.42964	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4.0648	0.36443	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/	4.0833	0.32601	
ไม่ได้ทำงาน (ผู้สูงอายุ/แม่บ้าน)	3.7074	0.48432	
ระดับการศึกษา			0.028 ^{b*}
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	3.6477	0.54121	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	3.8483	0.45579	
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	3.9015	0.35459	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน			0.009 ^{b*}
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3.7006	0.46427	
5,001 - 10,000 บาท	3.7262	0.53389	
10,001 บาทขึ้นไป	3.9318	0.39923	

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง		p-value
	Mean	S.D.	
สถานภาพสมรส			0.210 ^b
โสด	3.8056	0.34723	
สมรส	3.8208	0.47012	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3.5972	0.59215	
ความสัมพันธ์กับเด็กในปกครอง			0.499 ^b
พ่อ	3.9052	0.47753	
แม่	3.7804	0.48606	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	3.7549	0.46470	
อื่น ๆ	3.6667	0.43033	
โรคประจำตัว			0.140 ^a
ไม่มี	3.8129	0.45639	
มี	3.6111	0.60227	
โรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก			0.712 ^a
ไม่มี	3.7912	0.46845	
มี	3.7824	0.56890	
ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก			0.001 ^{a*}
เคย	3.9774	0.41547	
ไม่เคย	3.7048	0.48064	
เพศของเด็กในปกครอง			0.813 ^a
หญิง	3.8002	0.49001	
ชาย	3.7841	0.47100	

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง		p-value
	Mean	S.D.	
อายุเด็กในปกครอง			0.741 ^b
3 ปี	3.8190	0.55828	
4 ปี	3.7892	0.40666	
5 ปี	3.7700	0.45959	
สถานที่ศึกษาของเด็กในปกครอง			0.308 ^a
ในพื้นที่	3.7722	0.48822	
นอกพื้นที่	3.8861	0.40853	

a: Mann-Whitney U test, b: Kruskal Wallis test

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ($r = 0.268$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ($r = 0.519$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n = 188)

ปัจจัย	พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	0.268	<0.001*
ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	0.519	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient พบว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ($r = -0.166$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.042$) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย (n=151)

ปัจจัย	สถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย (dmft)	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ปฐมวัยของผู้ปกครอง	-0.166	0.042*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) ที่มุ่งศึกษาความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัด ในการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยประสานให้ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. เป็นผู้ชี้แจงและแจกแบบสอบถามให้ผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความยินยอม และสมัครใจตอบแบบสอบถาม การวิจัยในครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 188 คน และมีเด็กที่ได้รับการตรวจสถานะฟันผุ จำนวน 173 คน ผู้วิจัยทำการตรวจสถานะฟันผุโดยใช้ดัชนีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนม (dmft) แบบฟอร์มที่ใช้ตรวจมาจากแบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ของสำนักงานสาธารณสุข หือธวังศ์ (2558) ใช้ผู้ตรวจเพียงคนเดียวคือผู้วิจัยเอง แล้วนำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย สถานะฟันผุของเด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย

5.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

จากแบบสอบถามของผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรงจำนวน 188 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 144 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 อายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.7 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.8 ผู้ปกครองส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.1 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.4 ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส และมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็กมากที่สุด ร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและโรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปาก ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคล

ของเด็กในปกครอง พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 5 ปี และเด็กศึกษาอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 56.4 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับสูง จำแนกข้อคำถามที่ตอบถูกต้องและข้อคำถามที่ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ดังนี้

ข้อคำถามที่ตอบถูกต้อง ได้แก่ การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จะช่วย ป้องกันฟันผุได้, การพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจรักษาเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน จะช่วยตรวจพบ ปัญหาโรคฟันในระยะเริ่มแรกได้, การรับประทานอาหารที่มีลักษณะหวานเหนียวติดฟันทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดฟันผุ, โรคฟันผุมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคในช่องปาก, อาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นอาหารที่ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคฟันผุในเด็ก, การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมทำให้เด็กเป็นโรคฟันผุ, โรค ฟันผุสามารถลุกลามไปยังฟันซี่ข้างเคียงได้, การดื่มนมจืดมีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่าการดื่มนม หวาน, ลักษณะอาการเริ่มแรกของฟันผุ คือ ฟันเปลี่ยนสีเป็นขาวขุ่น, ฟันตามธรรมชาติของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันน้ำนมกับฟันแท้ หากเด็กสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อฟันแท้ได้, โรคฟัน ผุเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการที่เด็กมีฟันผุนแรงหลายซี่ ทำให้เด็กเป็นโรคขาด สารอาหารได้

ข้อคำถามที่ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ ได้แก่ การให้เด็กดื่มนมเปรี้ยวเป็นประจำจะทำให้ เกิดโรคฟันผุ

5.1.3 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 62.2 มีระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง โดยจำแนกเป็นระดับของความตระหนักรู้รายชื่อ ดังนี้

ระดับสูง ได้แก่ จะพาไปพบหมอฟันทันที จะไม่เลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ให้กับเด็ก จะไม่ใช้ยาสีฟันปริมาณมาก จะไม่ให้เด็กหลับคาขวดนม แม้จะทราบว่าเด็วเด็กก็มีฟันแท้ขึ้นมาอีกชุด ก็ จะไม่ละเลยสุขภาพช่องปากของเด็ก จะไม่ปรุงอาหารรสหวานให้เด็ก และหากพบว่าเด็กชอบกินลูกอม จะไม่ซื้อลูกอมให้เด็ก

ระดับปานกลาง ได้แก่ จะแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง หากพบว่าเด็กมีฟันผุจะให้เด็กถอนฟัน และจะไม่ให้เด็กรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อ

5.1.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 59.0 มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง โดยจำแนกเป็นระดับของพฤติกรรมรายชื่อ ดังนี้

ระดับสูง ได้แก่ แปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน เลือกซื้อยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กใช้ ไม่ใส่น้ำตาล น้ำหวาน น้ำผึ้ง หรือสารปรุงแต่งรสหวานผสมในนมให้เด็ก ให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว ให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่องแทนการดูดนมจากขวด ไม่ให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก และไม่ซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเองเมื่อเด็กบ่นปวดฟัน

ระดับปานกลาง ได้แก่ ไม่ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง ตรวจสอบความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ไม่ซื้อขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานให้เด็กรับประทาน ควบคุมดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่กินจุบจิบ และพาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน

5.1.5 สถานะฟันผุของเด็กปฐมวัย

จากการตรวจสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี จำนวน 173 คน โดยใช้ดัชนีฟันผุ ถอนอุด (dmft) ในฟันน้ำนม พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน เด็กส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี และส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคอกขยลาน จำนวน 86 คน

ซึ่งในเด็กปฐมวัยจำนวน 173 คนนี้ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.69 ซี่/คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.61 ในเด็กที่มีฟันผุ สูงสุด 20 ซี่/คน และต่ำสุด 0 ซี่/คน

เมื่อจำแนกตามความรุนแรง พบว่าเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคฟันผุคิดเป็นร้อยละ 71.1 โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของสถานะฟันผุที่ระดับปานกลาง (dmft เฉลี่ย 4-8 ซี่/คน) ร้อยละ 32.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (dmft เฉลี่ย >8 ซี่/คน) ร้อยละ 20.2 ระดับต่ำ (dmft เฉลี่ย 1-3 ซี่/คน) ร้อยละ 17.9 ส่วนระดับปกติ (dmft เฉลี่ย 0 ซี่/คน) พบ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9

5.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.028$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$) และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

5.1.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ($r = 0.268$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ($r = 0.519$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

5.1.8 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ($r = -0.166$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.042$)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของผู้ปกครองการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จึงอภิปรายผลการศึกษาเป็นรายด้าน ดังนี้

5.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 56.4 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากมีผู้ปกครองบางคนมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ปกครองที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 31.4 จึงส่งผลให้ผู้ปกครอง

ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ เพชรรัตน์ (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กในภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.8 สอดคล้องกับการศึกษาของอุพาริกา โยสิทธิ์ (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดย ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าผา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ภัคดี (2561) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 68.9 และเมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.4 มีความรู้ที่ถูกต้องว่าลักษณะอาการเริ่มแรกของฟันผุ คือ ฟันเปลี่ยนสีเป็นขาวขุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ (2557) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.9 ทราบลักษณะเริ่มแรกของโรคฟันผุเป็นอย่างไร ในเรื่องของการพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อ ตรวจรักษาเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.4 มีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอุพาริกา โยสิทธิ์ (2558) ที่พบว่าการพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจรักษา เป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน จะช่วยตรวจพบปัญหาโรคฟันในระยะเริ่มแรกได้ ร้อยละ 95.6 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคฟันผุของเด็ก ส่วนความรู้ของผู้ปกครองที่ควรส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น คือ การให้เด็กดื่มนมเปรี้ยวเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ ร้อยละ 51.6 เนื่องจากนมเปรี้ยวมีส่วนผสมของน้ำตาล ซูโครสสูงกว่านมจืด เด็กที่ดื่มนมจืดได้รับน้ำตาลมากกว่านมจืดหลายเท่า ซึ่งสามารถก่อให้เกิดฟันผุได้ เช่นเดียวกับการกินขนม นอกจากนั้นนมเปรี้ยวยังมีผลให้เด็กคิดใจในรสหวานเพิ่มขึ้น และไม่ยอมกินอาหารมื้อหลักเพราะรู้สึกอึดจากการได้รับน้ำตาลที่มากอีกด้วย

5.2.2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 62.2 มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงอยู่แล้วจึงส่งผลให้มีความตระหนักรู้มากขึ้น ดังเอกลักษณ์ ธนเจริญพิศาล (2554) ที่ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้แล้วต่อไปก็จะเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้า นั้น นำไปสู่ การเรียนรู้ มีความรู้ในสิ่งนั้น และนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็น รายข้อ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.4 เห็นด้วยปานกลางในเรื่องการรับประทานจุบจิบระหว่าง มื้อจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ จะไม่ให้เด็กรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อ สอดคล้องกับ

การศึกษาของอุฟาริกา โยลิตซ์ (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.8 เห็นด้วยว่าการให้เด็ก รับประทานจุบจิบระหว่างมื้อทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กมากขึ้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 เห็นด้วยมากที่สุดกับประโยคที่ว่าแม้จะทราบว่าเด็ยเด็กก็มีฟันแท้ขึ้นมาอีกชุด ท่านก็จะไม่ละเลยสุขภาพช่องปากของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของชญญนิษฐ์ ห่อธิวงค์ (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.16 ไม่เห็นด้วยกับประโยคที่ว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญเพราะจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.1 ไม่เห็นด้วยกับประโยคที่ว่าหากต้องการให้เด็กหลับได้ไวมากขึ้น ท่านจะให้เด็กหลับคาขวดนม สอดคล้องกับการศึกษาของชญญนิษฐ์ ห่อธิวงค์ (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.4 ไม่เห็นด้วยกับประโยคที่ว่าการดื่มนมจากขวดแล้ว หลับคาขวดนม ไม่ได้ทำให้เกิดฟันผุ และผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.7 ไม่เห็นด้วยกับประโยคที่ว่าหากพบว่าเด็กชอบกินลูกอม ก็จะใช้ลูกอมให้เด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ (2557) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าควรฝึกให้เด็กอายุ 3-5 ปี ละเว้นการรับประทานขนมหวานหรือขนมขบเคี้ยวติดฟันง่าย ซึ่งเป็นเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยทำให้ฟันไม่ผุ ส่วนความตระหนักรู้ของผู้ปกครองที่ควรส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น คือ หากพบว่าเด็กมีฟันผุ จะไม่ให้เด็กถอนฟันเด็ดขาด เพราะการถอนฟันมีผลต่อระบบประสาท สมอง หรือมีผลต่อชีวิตได้ ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.7 เห็นด้วยปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอุฟาริกา โยลิตซ์ (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7 ไม่แน่ใจว่าการถอนฟันน้ำนมของเด็กจะทำให้เด็กสายตาไม่ดีเนื่องจากระบบประสาทถูกทำลาย แต่ในความเป็นจริงแล้ว การที่เด็กมีฟันผุที่ไม่สามารถรักษาไว้ได้แล้ว จำเป็นจะต้องถอนฟันซึ่งนั้นออกไป ซึ่งหากปล่อยไว้นาน ๆ อาจหากเกิดการอักเสบหนักจนบวมและมีหนอง ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวดและทรมานมาก จึงควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

5.2.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ภาพรวมผู้ปกครอง ร้อยละ 59.0 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงอยู่แล้วจึงส่งผลให้ระดับพฤติกรรมสูงเช่นกัน ดังสิริพร ลาภพาณิชกุล (2558) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลได้รับการกระตุ้น โดยได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วจะก่อให้เกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และเมื่อรับรู้แล้วจะเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้น และนำไปสู่การเกิดความตระหนักรู้ในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักรู้ก็นำไปสู่การกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ (2557) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6

สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ภักดี (2561) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่าการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับมักร้อยละ 59.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวิชุดา คมขำ และคณะ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนโดยรวมของผู้ปกครองอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 33.5 ตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กบางครั้งหลังการแปรงฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของอุพาริกา โยสิทธิ์ (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.4 ตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กบางครั้งหลังการแปรงฟัน และสอดคล้องกับการศึกษาของเกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้ปกครองที่ไม่เคยตรวจความสะอาดช่องปากหลังจากให้เด็กแปรงฟันเองสูงถึงร้อยละ 48.6 ในการพาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 34.6 พาเด็กไปบางครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้ปกครองที่เคยพาเด็กไปพบทันตบุคลากรในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 41.0 ผู้ปกครองควรพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจช่องปากตั้งแต่ยังไม่มีการผิปกติใด ๆ หรือยังไม่เกิดปัญหาในช่องปากขึ้น หรือการพาไปรับบริการเพื่อป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น การใช้ฟลูออไรด์และการเคลือบหลุมร่องฟันป้องกันฟันผุ (วรวรรณ อัสวกุล, 2555) และจากการศึกษาของพัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2532) พบว่า พฤติกรรมการไปพบทันตแพทย์ของมารดาส่วนใหญ่จะพาเด็กไปพบทันตแพทย์ต่อเมื่อลูกเกิดปัญหา โดยเด็กที่ไปพบทันตแพทย์จะเป็นเด็กที่พบฟันผุลุกลาม (Rampant caries) มากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีสาเหตุ ที่พาเด็กไปเพราะเด็กปวดฟันจากฟันผุ ส่วนการพาเด็กไปตรวจเช็คสุขภาพฟันเฉย ๆ จะน้อยมาก ดังนั้น ผู้ปกครองเด็กจะต้องส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปากด้วยวิธีการที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเกิด ในด้านการเลือกซื้อยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กใช้ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.3 เลือกซื้อยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กใช้เป็นประจำทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชัย มาแก้ว (2561) ที่พบว่าการที่ผู้ปกครองแปรงฟันให้กับเด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งทุกวันจะสามารถช่วยลดการเกิดโรคฟันผุได้ ในส่วนพฤติกรรมของผู้ปกครองที่ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติมากขึ้น คือ การซื้อขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานให้เด็กรับประทานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.0 และการควบคุมดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่กินจุบจิบปานกลาง ร้อยละ 43.1 ซึ่งขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดเป็นคาร์โบไฮเดรต ประเภทแป้งและน้ำตาล ที่จะทำให้เกิดฟันผุได้นั้นต้องพิจารณาถึงความถี่ในการรับประทานอาหารและปริมาณของอาหาร ซึ่งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ การก่อโรคฟันผุของน้ำตาลขึ้นอยู่กับความถี่ในการบริโภค ซึ่งการบริโภคน้ำตาลบ่อยครั้งหรือการบริโภคขนมจุบจิบจะทำให้คราบจุลินทรีย์เกิดความเป็นกรดอย่างต่อเนื่อง เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวฟันมากกว่ากระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับทำให้เกิดฟัน

ผู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาตวง กฤษณาพงษ์ (2552) พบว่าการรับประทานน้ำตาลบ่อยขึ้นหรือมากขึ้น โอกาสเกิดโรคฟันผุก็จะมากขึ้น

5.2.4 สภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่เรียนอยู่ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 173 คน พบว่ามีอัตราความชุกของโรคฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.69 ซี่/คน ซึ่งค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) อยู่ในระดับปานกลาง (dmft เฉลี่ย 4-8 ซี่/คน) แต่เมื่อเทียบกับระดับประเทศ พบว่ามีอัตราความชุกของโรคฟันผุที่สูงกว่ามาก ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศของสำนักทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ มีฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 31.1 มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน ส่วนเด็กอายุ 5 ปี มีฟันผุร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5 ซี่/คน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชัยญนิษฐ์ ห่อธิวงค์ (2558) ที่ศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ในศูนย์เด็กอ่อนหวาน อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวน 155 คน พบว่ามีอัตราความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 58.07 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.01 ซี่/คน ซึ่งค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) อยู่ในระดับต่ำ (dmft เฉลี่ย 1-3 ซี่/คน) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.76 ซี่/คน ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.51 ซี่/คน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชัยญนิษฐ์ ห่อธิวงค์ (2558) ที่พบว่าเพศหญิงมีฟันผุมากกว่าเพศชาย และเมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าเด็กที่มีอายุ 5 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) มากที่สุด เท่ากับ 6.23 ซี่/คน รองลงมาคือเด็กอายุ 4 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 4.41 ซี่/คน และเด็กอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.06 ซี่/คน สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญนิษฐ์ ห่อธิวงค์ (2558) ที่พบว่าช่วงอายุ 4-5 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.01 ซี่/คน มากกว่าช่วงอายุ 3-3.11 ปี ที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.99 ซี่/คน

ดังนั้น เห็นได้จากการสำรวจสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่เรียนอยู่ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระดับความรุนแรงของสภาวะฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง คือค่าฟันผุ ถอน อุด (dmft) เฉลี่ย 4-8 ซี่/คน และความชุกของโรคฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 71.1 ซึ่งนับได้ว่าสูงมากเมื่อเทียบกับระดับประเทศ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไข เด็กที่มีฟันผุรุนแรงจะขาดอาหารเรื้อรังทำให้มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562) และเพื่อให้เด็กมีสภาวะปราศจากฟันผุ (Caries free) เพิ่มขึ้นจึงได้มีการศึกษาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กดังกล่าว

5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกร อธิบายได้ว่าอาชีพรับจ้างและเกษตรกรเป็นอาชีพที่ไม่ได้ทำงานเป็นประจำทุกวัน จะทำงานเพียงแค่วันละบางช่วงเท่านั้น จึงส่งผลให้ผู้ปกครองมีเวลาควบคุมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในความปกครองของตนเองได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$) ในการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ปกครองมีรายได้เพียงพอจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น การจัดหาอุปกรณ์ในการทำมาหาสะอาดช่องปาก การควบคุมดูแลเด็กให้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม เป็นต้น บาท สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา วัฒนเสน และคณะ (2565) ที่พบว่าปัจจัยนำด้านการประกอบอาชีพของผู้ปกครองและรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.028$) ในการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย แม้ว่าการศึกษาของผู้ปกครองอาจจะไม่ได้สูงมากนักแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทำให้พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำตามไปด้วย อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองมีความรู้และความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในความปกครองของตนเอง จึงส่งผลต่อพฤติกรรมด้วยเช่นกัน และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ในการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 31.4 อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ปกครองได้รับความรู้จากทันตบุคลากร เข้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจากสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจึงนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติด้านทันตสุขภาพที่ดีด้วย

5.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของ

ผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.268$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ปกครองมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กสูง ก็จะสมารถนำความรู้ที่มีมาปฏิบัติอย่างเหมาะสมได้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองมีตระหนัก ความสนใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของอุพาริกา โยสิทธิ์ (2558) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.043$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ กงแก้ว และคณะ (2562) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง และสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอราม และกฤษณา มากบุญ (2557) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่าความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี กับพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.519$, $p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ปกครองมีความตระหนักรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่สูง ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ปกครองรับรู้ว่าจะหากปล่อยให้เด็กฟันผุแล้วไม่พาไปรับการรักษา จะส่งผลให้ฟันที่ผุทะลุถึงโพรงประสาทฟันได้ จึงทำให้เด็กต้องได้รับการถอนฟันซึ่งนั้นออกไป หรือหากอยากเก็บไว้จึงจะต้องทำการรักษารากฟันซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ปกครองจึงตระหนักได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีตั้งแต่เริ่มแรกเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับพรรณทิพา สวานันต์ (2554) ได้กล่าวว่าการบูรณาการเกิดจากความตระหนักรู้เกิดจากการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมแล้วเกิดการรับรู้ แล้วนำไปสู่การเรียนรู้ และจะนำไปสู่ความพร้อมที่จะแสดงการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมต่อไป ในเรื่องของความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง เช่น ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดฟันผุ ความรุนแรงของโรคฟันผุ โอกาสเสี่ยง อุปสรรค ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หากผู้ปกครองมีความตระหนักรู้แล้วนั้น ก็จะทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีต่อไป ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 62.2 พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.0 เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.0 เห็นด้วยน้อยที่สุดว่าหากต้องการให้เด็กหลับได้ไวมากขึ้นจะให้เด็กหลับคาขวดนม อาจเป็นเพราะว่าผู้ปกครองมีความตระหนักรู้ได้ว่าการปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมมันเสี่ยงทำให้ฟันผุได้ง่ายมาก เนื่องจากคราบน้ำนมหรือน้ำตาลจะไปตกค้างอยู่ที่ฟัน ซึ่งจะกลายเป็นแหล่งอาหารของเชื้อราและแบคทีเรียในปากได้ และในส่วนเรื่องการซื้อลูกอมให้เด็กรับประทาน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 เห็นด้วยน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองตระหนัก

รู้ว่าการปล่อยให้เด็กกินลูกอมเป็นประจำจะทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย และอาจลุกลามไปยังฟันข้าง ๆ จนในที่สุดต้องถอนฟัน นำมาสู่การรักษาฟันด้วยการทำฟันปลอมที่มีขั้นตอนยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง

5.2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกมาเป็นกลุ่ม ๆ จากแบบสอบถามที่ผู้ปกครองตอบกลับมาจำนวน 188 คน และเด็กปฐมวัยที่ได้รับการตรวจสถานะฟันผุจำนวน 173 คน ได้จำนวนทั้งสิ้น 151 คู่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสถานะฟันผุในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.166$, $p\text{-value} = 0.042$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยสูงจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีสถานะฟันผุอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีกว่า เด็กจะมีฟันผุน้อยกว่าผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญนิษฐ์ ห่อธิวงศ์ (2558) ที่พบว่าการดื่มนมจากขวดมีความสัมพันธ์กับสถานะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.048$) ซึ่งเชื่อว่าโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยและเด็กก่อนวัยเรียนนั้นสาเหตุหลักคือการใช้ขวดนมในการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การให้เด็กดื่มนมจากขวดนานเกินไปจะทำให้เด็กเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากยิ่งขึ้น และหากนมที่ให้เด็กดื่มนมจากขวดเป็นนมรสหวานหรือนมผสมก็จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเช่นกัน และจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.5 ตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กเป็นบางครั้งหลังการแปรงฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของของลักขณา อัยจิรากุล และคณะ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเลี้ยงดูและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ผู้ปกครองที่ตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดช่องปากเด็กเป็นประจำ เด็กจะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่ได้ตรวจดูความสะอาดช่องปากหลังการแปรงฟัน จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.9 ไม่เคยให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก สอดคล้องกับการศึกษาของวารงณา อินทโลหิต และคณะ (2546) ที่พบว่าเด็กกลุ่มที่หลับคาขวดนมเป็นประจำจะมีอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) ต่อคนสูงกว่าเด็กที่ไม่หลับคาขวดนม และจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 ซึ่ชอบนมหวาน ขนมหอมกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานให้เด็กรับประทานเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาวัลย์ วีระอาชากุล และคณะ (2551) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กอายุ 6-30 เดือน ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า เด็กที่รับประทานขนมขบเคี้ยว/กรอบ และดื่มน้ำหวานเป็นประจำจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุเป็น 7.4 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.9 ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพังเป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะว่าผู้ปกครองส่วนมากมักจะไม่ได้แปรงฟันให้เด็กต่อเนื่องเพราะอาจไม่มีเวลา

หรือมักจะคิดว่าเด็กมีความสามารถดีพอในการแปรงฟันเองได้ แต่ในความเป็นจริงแล้วเด็กยังไม่สามารถแปรงฟันด้วยตัวเองเพียงลำพังให้สะอาดได้ ผู้ปกครองต้องมีส่วนร่วม เช่น ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองก่อน และผู้ปกครองช่วยแปรงฟันซ้ำอีกครั้ง เมื่อเด็กอายุ 6-12 ปี สามารถแปรงฟันเองได้แต่ผู้ปกครองช่วยตรวจซ้ำอีกครั้งว่าแปรงสะอาดหรือไม่ ซึ่งเมื่อเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไปจะสามารถแปรงฟันเองได้เหมือนผู้ใหญ่ ชัดแจ้งกับการศึกษาของเกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่าสภาวะฟันผุของเด็กกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน และชัดเจนกับงานวิจัยของเฉลิมวิทย์ หาชื่น (2553) ที่ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยก็เพราะเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และยังไม่สามารถดูแลสุขภาพสะอาดช่องปากได้ด้วยตัวเองจึงยังต้องอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) จึงอาจมีข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรต่าง ๆ ที่พบในการศึกษาวิจัยนี้ นอกจากนี้การตรวจสภาวะฟันผุเด็กปฐมวัย จะสามารถตรวจได้เพียงแก่เด็กที่เรียนอยู่ในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย แต่เด็กที่เรียนอยู่นอกพื้นที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปตรวจได้ ทำให้ได้จำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจสภาวะฟันผุมีจำนวนน้อย

5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคฟันผุและอัตราฟันผุ ถอน อุด (dmft) อยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน ดังนั้นแนวทางในการดำเนินงานหรือจัดทำโครงการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จึงควรมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการทางด้านทันตกรรมให้กับเด็กในพื้นที่มากขึ้น เพราะอาจเนื่องมาจากการเข้าถึงบริการยังไม่เหมาะสม เด็กอาจยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและการรักษาอย่างทันที่จึงทำให้มีการเกิดฟันผุในอัตราที่สูง

5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.5.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อสภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัย เพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงพบว่าเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคฟันผุและอัตราฟันผุ ถอนอุด (dmft) อยู่ในระดับสูง จึงอาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเกิดฟันผุของเด็กมากกว่าปัจจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

5.5.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย เฉพาะในส่วนของผู้ปกครองของเด็กเท่านั้น แต่เด็กในกลุ่มนี้ได้เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กอาจมีบทบาทที่สำคัญต่อสภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยเช่นกัน

5.5.3 การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจน มีกระบวนการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

- American Academy of pediatric Dentistry, Originating Council. (2003). *Definition of Early Childhood Caries (ECC)*. Pediatr Dent.
- Dasanayake AP, Wiener HW, Li Y, Vermund SH and Caufield PW. (2002). *Lack of effect of chlorhexidine varnish on Streptococcus mutans transmission and caries in mothers and children*. Caries Res.
- Douglass, J.M., Tinanoff, N., Tang, J.M., and Altman, D.S. (2001). *Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers*. Community Dent Oral Epidemiology, 29.
- Harris, R., Nicoll, A.D., Adair, P.M. and Pine, C.M. (2004). *Risk factor for dental caries in young children: a systematic review of the literature*. Community Health Dent.
- Ivancevic V, TusekI, Tusek J, Knezevic M, Elheshk S and Lukovic I. (2015). *Using association rule mining to identify risk factors for early childhood caries*. Computer Methods Biomed.
- Low W, Tan S and Schwartz S. (1999). *The effect of severe caries on the quality of life in young children*. Pediatr Dent.
- Lo EC-M, Loo EK-Y and Lee C-K. (2009). *Dental health status of Hong Kong preschool children*. Hong Kong Dent J.
- Peretz, B. and Gluck, G. (2006). *Early childhood caries (ECC): a preventive - conservative treatment mode during a 12-month period*. J Cline Pediatr Dent, 30(3).
- Sheiham A. (1997). *Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults*. Community Dent Oral Epidemiol.
- Slot DE, Wiggelinkhuizen L, Rosema NA and Vander Weijden GA. (2012). *The efficacy of manual tooth brushes following a brushing exercise: a systematic review*. Inter J Dent Hygiene.

Tenovuo J, Hakkinen P, Paunio P and Emilson CG. (1992). *Effects of chlorhexidine-fluoride gel treatments in mothers on the establishment of mutans streptococci in primary teeth and the development of dental caries in children.* Caries Res.

Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC and Shi X. (2010). *Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents.* The Cochrane database of systematic reviews.

กนกพร โพธิ์หอม. (2551). *ความชุก ความรุนแรง และรูปแบบการผุของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี.* วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข, 13(1).

กมลทิพย์ เสี่ยมชื่น. (2562). *ความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของพนักงาน บริษัท เอ็ม. เอส. เพอร์สท์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด [ค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต].* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

กรรณา วัชรธำรงกุล. (2552). *การสร้างแบบวัดความตระหนักรู้ต่อผลกระทบของสภาวะโลกร้อนสำหรับนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].* มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 6-30 เดือน. (พิมพ์ครั้งที่ 1).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสังเคราะห์อาหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2563). *คู่มือการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข ปี 2564.* <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000331/document/manual%20dent64>.

กุลวดีสุดหล้า. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].* มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ. (2559). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี.* The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 22(1).

คณินนิตย์ ปิติบุญพัฒนา. (2547). *บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของชนเผ่าอาข่า บ้านห้วยศาลา ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จันทร์หา อึ้งชูศักดิ์. (2554). *ทันตสาธารณสุข เล่มที่ 8*. โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิราภา ศรีท่าไฮ. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันและแก้ไข โรคฟันผุในเด็กอายุ 8-12 ปี โรงเรียนบ้านทุ่งม่วง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1).
- จุฑามาส วรโชติกำจร. (2556). พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บีคอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
- ฉัตรชัย มาแก้ว. (2560). การประเมินผล โครงการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ปี 2558 - 2560. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(3).
- ชญาณิศ ปลื้มอุดม. (2557). ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กของประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนะจิต ผลเจริญ. (2562). การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน บริบทพื้นที่เกาะหมากน้อย อำเภอเมือง จังหวัดพังงา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชญัญญนิษฐ์ ห่อธวัช. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 - 5 ปี ในศูนย์เด็กอ่อนหวาน อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 4(2).
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย. (2541). พฤติกรรมการเลี่ยนนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราฟันผุตอนอด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 48(5).
- ณัฐวธ แก้วสุทธา และคณะ. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(2).
- ฐิติมา ชูใหม่. (2559). *การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย*. วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล, 1(2).
- ทัศนาก แก้วพลอย. (2544). *กระบวนการจัดประสบการณ์พัฒนาการเรียนรู้เด็กปฐมวัย*. ลพบุรี: สถาบันราชภัฏเทพสตรี.

ทัศนีย์ มหาวาน. (2540). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัด เชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชนนันทน์ เพ็ชรวิจิตร. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย : กรณีศึกษาในเด็กชาวไทย พุทธและไทยมุสลิม อายุ 18 -36 เดือน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. จุดหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: พาณิชการพิมพ์; 2534.

นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และพรณี บุญชรหัตถกิจ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟัน ให้เด็กอายุ 1-5 ปี ของผู้ปกครองในเขตอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(1).

นฤมล สีประโค. (2550). ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อ ในประสิทธิภาพแห่งตน การบริโภคอาหารเพื่ออนามัยช่องปากกับการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนศรีวิชัย วิทยา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม [ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

นิภา โพชนะ. (2554). ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของมารดาในเด็กวัยก่อนเรียน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บริบูรณ์ สุดแสง. (2540) การศึกษาวิธีการเตรียมเด็กให้สงบของครูผู้สอนระดับปฐมวัยศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

บุปผา ไตรโรจน์. (2547). คู่มือครอบครัวอ่อนหวาน. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.

ประพล มิตินทจินดา. (2541). ความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลใน จังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2549). วิฤตการณ์พัฒนาการเด็กไทย.

ปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ. (2557). พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 3-5 ปี. วารสารทันตภิบาล, 25(1).

ปิยะดา ประเสริฐสม. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี และ ความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุและ โรคอ้วน. วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์, 57(1), 1-12.

- ผกา กานต์ น้อยเนียม. (2556). ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กอายุ 4-5 ปี ที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ด้วยดิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พงษ์ชัย เฉลิมกลิ่น. (2551). ความตระหนักของพนักงานนิคมอุตสาหกรรมเกตเวย์ ซิตี้ ต่อลักษณะปัญหาสิ่งแวดล้อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พรรณทิพา สาวันดี. (2554). การศึกษาความตระหนักต่อการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์และความปลอดภัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านหนองน้ำขุ่นที่เรียนบทเรียนคอมพิวเตอร์มัลติมีเดีย เรื่อง ทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต [ค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรรณราย ทัพนันตกุล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยอายุ 3-6 ปี ในอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. <http://www.promkiri.go.th/detail.php?id=138>
- พัชรี เจตน์เจริญรักษ์. (2545). เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 1072307 การเตรียมความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย. ลพบุรี: สถาบันราชภัฏเทพสตรี.
- พัชรี สวานแก้ว. (2545). เอกสารประกอบการสอน วิชา 2173107 จิตวิทยาพัฒนาการและการดูแลเด็กปฐมวัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ดวงกมล.
- เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง, วิกุล วิสาลเสสดี, รางค์ เชษฐพจนันท์ และจิตราภรณ์ ศักกรางกูร. (2546). ความเสี่ยงต่อฟันตกกระจากการกลืนยาสีฟันของเด็กไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 26.
- ภาวิณี ดวงศรี. (2552). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอำนาจเจริญ [ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- มานี ไชยธีรานวัฒน์ศิริ. (2543). การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย : บทบาทของสถานเลี้ยงดูเด็ก. <http://164.115.27.97/digital/files/original/33d55155fe98c20447fc35b6f127960a.pdf>
- เมธินี คุปพิทยานันท์. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมทางจิตพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กนักเรียนประถมศึกษา. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิจัยและพัฒนา ระบบ พฤติกรรมไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
- รพีพรรณ เพชรรัตน์. (2556). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ลักษณะ อุษัยจิรากุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และมุขดา ศิริเทพทวิ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กในจังหวัดสระแก้ว. บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดีใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4.

ลักษณะ อุษัยจิรากุล. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก ในจังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วรวรรณ อิศวกุล. (2555). การฝึกอบรมจิตลักษณะและทักษะแก่มารดาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพบุตรก่อนวัยเรียน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 17(1).

วารงณา อินทโลहित, นิภา สุวณัฏฐ์ และสลิตา อุประ. (2546). การประเมินสถานการณ์โรคฟันผุเด็กก่อนวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2546, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

วสิน เทียนกิ่งแก้ว. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ดูแลเด็กเล็กอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิชุดา คมขำ และคณะ. (27-29/1/2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร. “การพัฒนาอนาคตชนบทไทย: ฐานรากที่มั่นคงเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน” 27-29 มกราคม 2554, การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2554.

วิมลพรรณ อภาเวท และจันทนา ปาปัดถา. (2554). ความตระหนัก ความรู้ ทำศนคติและพฤติกรรมต่อปัญหาสภาวะโลกร้อนของประชาชนกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.

วิลาวลัย วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็กอายุ 6-30 เดือน ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 23(2).

วีระวุฒิ วงศ์วันดี. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลอากาศอำนวย อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2554.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2564). *สรุปการดำเนินงานตัวชี้วัด 1.10 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)*. <https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/tinymce/2564/SS/11.pdf>

สมชาย ครุรงค์เดช. (2543). โภชนาการและความสัมพันธ์ของจิตวิทยาสังคมต่อการพัฒนาด้านสติปัญญาของเด็กในเขตเมือง.

สมนึก วัฒนสุนทร. (2553). บทความเรื่องฟันกับการรับประทานอาหาร.

https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=93

สิริพร ลาภพานิชกุล. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบการตระหนักรู้และความสนใจในเรื่องการวางแผนการเงินส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สิริมา ภิญ โยอนันตพงษ์. (2538). แนวคิดสู่แนวปฏิบัติ: แนวการจัดประสบการณ์ปฐมวัยศึกษา (หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงกมล.

สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2554). ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารรสหวานที่มีอิทธิพลต่อปัญหาฟันผุ และโรคอ้วนในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

สุดาดวง กฤษณาพงษ์. (2552). ต้นเหตุทางสังคมของสุขภาพช่องปากและมาตรการทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดารัตน์ กงแก้ว และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลตะคร้อ อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องการพัฒนาสู่สังคมอัจฉริยะ, มหาวิทยาลัยปทุมธานี.

สุทธิศรีศรี พรรณพราว และคณะ. (2561). โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย: สาเหตุและการป้องกัน. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. <https://neurosci.kku.ac.th/wp-content/uploads/2018/12/Topic-Review-12.pdf>

สุภร ตันตินิรามย์. (2559). สาเหตุ การรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ECC). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(2), 167-175.

สุธิภา อวพิทักษ์. (2542). การดูแลเด็กปฐมวัย. อุดรดิตถ์ : สถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์.

สุรศักดิ์ ภัคดี และรุจิรา ดวงสงค์. (2561). ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565). คู่มือการตรวจสุขภาพช่องปาก โครงการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ.2565-2566.

หฤทัย สุขเจริญโกศล. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจจัยของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบลแม่อนกลาง กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนันต์ ศรีโสภณ. (2525). การวัดการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช

อสมมา วนินทานนท์ และวรวรรณ เหมชะญาติ. (2564). บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพฟัน ให้แก่เด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนอนุบาลเชิงเนิน. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา, 16(2).

อังคณา กันใจแก้ว. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่.

อัฐิภิญญา ปัทมภาสสกุล. (2560). ปัจจัยความตระหนักเรื่องสิ่งแวดล้อม สุขภาพ รูปลักษณ์ภายนอก ความรู้ เรื่องนิเวศวิทยา และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อทัศนคติและความตั้งใจซื้อเครื่องสำอางธรรมชาติ ของสตรีในกรุงเทพมหานคร [ค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

อุพาริกา โยสิทธิ์. (2559). พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง [ค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุษา แดงทอง. (2563). การพัฒนาจริยธรรมเด็กปฐมวัยกับจุดเริ่มต้นที่บ้าน ในบริบทสังคมไทย. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์รำไพพรรณี, 1(1).

เอกลักษณ์ ชนเจริญพิศาล. (2554). ความตระหนักและการยอมรับการนำระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001) มาใช้ในองค์การภาครัฐ: ศึกษากรณีสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์



เอกสารเลขที่ ET053/2566
Document No. ET053/2023

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย
Certification of Approval

รับรองโดย
Issued By

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Committee of Research Ethics, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

โครงการวิจัย: ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
Title of Project: Parents' Knowledge, Awareness and Oral Health Care Behavior of their Early Childhood in Doi Lan Sub-District, Mueang District, Chiang Rai Province
หัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาวศิริลักษณ์ รุ่งเรือง
Principal Investigator: Miss Siriluck Rungrueang
สังกัดหน่วยงาน: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Affiliation: Faculty of Public Health, Chiang Mai University

คณะกรรมการได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรมต่อโครงการวิจัยนี้
ในวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง 14 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568
The Committee has reviewed and approved this project on 15 December 2023 to 14 December 2025

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ วัชรภูมิกุล
Assistant Professor Dr. Jukkrit Wungrath
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chairperson Committee of Research Ethics in Faculty of Public Health, Chiang Mai University

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
Emeritus Professor Suwat Chariyalertsak, MD., Dr.PH.
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Dean of Faculty of Public Health, Chiang Mai University

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

แนะนำโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์

ผู้วิจัย นางสาวศิริลักษณ์ รุ่งเรือง นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่องความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความตระหนักรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กับการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของงานวิจัย ผู้วิจัยขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ก่อน และหากมีข้อสงสัย โปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยขอให้ท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยหรือไม่

จำนวนอาสาสมัครกี่คนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ผู้วิจัยวางแผนที่จะเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจากผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 220 คน

ประโยชน์ที่ได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่เด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากที่เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยนี้ ซึ่งท่านจะได้ทราบผลการตรวจด้วย และข้อมูลที่ได้หลังโครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเดียวกับเด็กในความปกครองของท่านต่อไป

สิ่งที่อาสาสมัครต้องทำ

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที ในการตอบแบบสอบถามด้วยตัวของท่านเอง แล้วส่งแบบสอบถามคืนหลังจากตอบเสร็จสิ้นแล้ว และเด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากที่เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยนี้ด้วย โดยจะใช้เวลาตรวจประมาณไม่เกิน 5 นาที

ระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการ

โครงการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์เก็บข้อมูลท่านเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

สิทธิของอาสาสมัคร

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขึ้นกับความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใด ไม่มีผลต่อการทำงาน หรือ การรับการรักษาตามมาตรฐานที่ท่านและเด็กในความปกครองของท่านพึงได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านเครียดหรือรู้สึกไม่สบาย ท่านมีสิทธิเลือกที่จะไม่ตอบได้ หรือ หากเกิดภาวะเช่นนี้ระหว่างการตอบแบบสอบถาม ท่านอาจเลือกไม่ตอบคำถามได้

การถอนตัวออกจากการวิจัย

ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน

ค่าใช้จ่าย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทน

ท่านจะได้รับของที่ระลึก ได้แก่ แปรงสีฟันและยาสีฟันสำหรับเด็กในความปกครองของท่าน จำนวน 1 ชุด

การติดต่อ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อนักวิจัย คือ นางสาวศิริลักษณ์ รุ่งเรือง เบอร์โทรศัพท์ 0922423590 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาคือ อ.ดร.สินีนานู ชาวตระการ เบอร์โทรศัพท์ 053 952 503

ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร 053-942520 (ในเวลาราชการ)

เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในพื้นที่ตำบลคอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจและเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ข้าพเจ้าของลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีทางกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร วัน เดือน ปี

ข้าพเจ้ายินดีให้เด็กในความปกครองของข้าพเจ้ารับการตรวจช่องปากโดยผู้วิจัย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร วัน เดือน ปี

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการวิจัย วัน เดือน ปี

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

สำหรับผู้วิจัย

Code

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี

ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย” ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 49 ข้อ ได้แก่

1. บัณฑิตส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ
2. ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จำนวน 13 ข้อ
3. ความตระหนักรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ
4. พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จำนวน 12 ข้อ

กรุณาเติมข้อมูลของท่านให้สมบูรณ์ลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ตัวเลือกที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. บัณฑิตส่วนบุคคล

1.1 บัณฑิตส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

1) เพศ

- ชาย หญิง

2) อายุ ปี

3) อาชีพ

- เกษตรกรรม รับจ้าง
- ค้าขาย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- พนักงานบริษัท
- ไม่ได้ทำงาน
- ผู้สูงอายุ
- แม่บ้าน
- อื่น ๆ ระบุ

4) ระดับการศึกษา

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. |
| <input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |

5) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001 - 10,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001 - 15,000 บาท | <input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001 - 30,000 บาท | <input type="checkbox"/> 30,000 บาทขึ้นไป |

6) สถานภาพสมรส

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> สมรส | <input type="checkbox"/> หม้าย |
| <input type="checkbox"/> หย่า | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ | |

7) ท่านมีความสัมพันธ์กับเด็กที่ท่านเลี้ยงดูในฐานะ

- | | | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อ | <input type="checkbox"/> แม่ | <input type="checkbox"/> ปู่ | <input type="checkbox"/> ย่า | <input type="checkbox"/> ตา |
| <input type="checkbox"/> ยาย | <input type="checkbox"/> ลุง | <input type="checkbox"/> ป้า | <input type="checkbox"/> น้า | <input type="checkbox"/> อา |
| <input type="checkbox"/> รับจ้างเลี้ยงเด็ก | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ | | | |

8) ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

9) ท่านมีโรคเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... |
|--------------------------------|---------------------------------------|

10) ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปากหรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

1) เพศ

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
|------------------------------|-------------------------------|

2) อายุ ปี

3) วัน/เดือน/ปีเกิด

4) ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อคำถามนั้น ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ ให้ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ถ้าท่านคิดว่า “ใช่” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องใช่

ถ้าท่านคิดว่า “ไม่ใช่” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่ใช่

ถ้าท่าน “ไม่ทราบ” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่ทราบ

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	คำตอบ		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	โรคฟันผุมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคในช่องปาก			
2	ลักษณะอาการเริ่มแรกของฟันผุ คือ ฟันเปลี่ยนสีเป็นขาวขุ่น			
3	โรคฟันผุ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
4	โรคฟันผุสามารถลุกลามไปยังฟันซี่ข้างเคียงได้			
5	การที่เด็กมีฟันผุรุนแรงหลายซี่ ทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหารได้			
6	การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ทำให้เด็กเป็นโรคฟันผุ			
7	การให้เด็กดื่มนมเปรี้ยวเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุ			
8	การรับประทานอาหารที่มีลักษณะหวานเหนียวติดฟัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ			
9	การพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจรักษาเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน จะช่วยตรวจพบปัญหาโรคฟันในระยะเริ่มแรกได้			
10	การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันฟันผุได้			
11	การดื่มนมจืดมีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่าการดื่มนมหวาน			
12	ฟันตามธรรมชาติของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันน้ำนมกับฟันแท้ หากเด็กสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนดจะส่งผลเสียต่อฟันแท้ได้			
13	อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เป็นอาหารที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคฟันผุในเด็ก			

3. ความตระหนักรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อคำถามนั้นท่าน เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย
 มาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย หรือ ไม่เห็นด้วย ให้ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ถ้าท่านคิดว่าเห็นด้วย “มากที่สุด” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องมากที่สุด

ถ้าท่านคิดว่าเห็นด้วย “มาก” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องมาก

ถ้าท่านคิดว่าเห็นด้วย “ปานกลาง” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปานกลาง

ถ้าท่านคิดว่าเห็นด้วย “น้อย” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องน้อย

ถ้าท่านคิดว่าเห็นด้วย “น้อยที่สุด” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องน้อยที่สุด

ลำดับ	ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย	คำตอบ				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	หากท่านพบว่าเด็กมีฟันผุ ท่านจะพาไปพบหมอฟันทันที					
2	หากเด็กแปรงฟันด้วยตัวเองเสร็จแล้ว ท่านจะแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง					
3	หากท่านต้องการให้เด็กแปรงฟันได้สะอาดมากขึ้น ท่านจะเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ให้กับเด็ก					
4	หากท่านต้องการแปรงฟันเด็กให้สะอาดมากขึ้น ท่านจะใช้ยาสีฟันปริมาณมาก					
5	หากพบว่าเด็กมีฟันผุ ท่านจะไม่ให้เด็กถอนฟันเด็ดขาด เพราะการถอนฟันมีผลต่อระบบประสาท สมอง หรือมีผลต่อชีวิตได้					
6	หากต้องการให้เด็กหลับได้ไวมากขึ้น ท่านจะให้เด็กหลับคาขวดนม					
7	การรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ท่านจะไม่ให้เด็กรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อ					
8	แม้จะทราบว่าเด็วเด็กก็มีฟันแท้ขึ้นมาอีกชุด ท่านก็จะไม่ละเลยสุขภาพช่องปากของเด็ก					
9	หากต้องการให้เด็กกินได้เยอะขึ้น ท่านจะปรุงอาหารรสหวานให้เด็ก					
10	หากพบว่าเด็กชอบกินลูกอม ท่านจะซื้อลูกอมให้เด็ก					

4. พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อคำถามนั้นท่าน ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ตรงกับท่านมากที่สุด

ถ้าท่านคิดว่า “ปฏิบัติทุกครั้ง” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติทุกครั้ง

ถ้าท่านคิดว่า “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติบ่อยครั้ง

ถ้าท่านคิดว่า “ปฏิบัติบางครั้ง” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติบางครั้ง

ถ้าท่านคิดว่า “ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

ถ้าท่านคิดว่า “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่เคยปฏิบัติ

ลำดับ	พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	คำตอบ				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บางค ครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	ท่านแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน					
2	ท่านให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง					
3	ท่านตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน					
4	ท่านเลือกซื้อยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กใช้					
5	ท่านใส่น้ำตาล น้ำหวาน น้ำผึ้ง หรือสารปรุงแต่งรสหวานผสมในนมให้เด็ก					
6	ท่านซื้อขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวานให้เด็กรับประทาน					
7	ท่านควบคุมดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่กินจุบจิบ					
8	ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว					
9	ท่านให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่อง แทนการดูดนมจากขวด					
10	ท่านให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก					
11	ท่านซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเอง เมื่อเด็กบ่นปวดฟัน					
12	ท่านพาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน					

ภาคผนวก ค

แบบสำรวจสถานะฟันผุเด็กปฐมวัย

สำหรับผู้วิจัย
Code

แบบบันทึกสถานะทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี
ในพื้นที่ตำบลดอยลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วันที่ทำการสำรวจ.....

ชื่อ-นามสกุล ของเด็ก เด็กชาย/เด็กหญิง.....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ.....ปีเดือน

ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

D (B+C) =ซี่ m(E) =ซี่ f (D+G) =ซี่ dmftซี่

คำอธิบายการบันทึกข้อมูล

รหัส	สภาพฟัน
A	ฟันปกติ (Sound)
B	ฟันผุ (Decayed)
C	ฟันที่อุดแล้วมีฟันผุอีก (Filled, with decay)
D	ฟันที่อุดแล้วไม่มีการผุอีก (Filled no decay)
E	ฟันที่ถูกถอนจากฟันผุ (Missing, as a result of caries)
F	ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)
G	ฟันที่ถูกครอบ (Crown)
8	8 ฟันที่ยังไม่ขึ้น (Unerupted tooth)
9	9 ตรวจสอบไม่ได้ (Not recorded)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการตรวจสถานะสุขภาพช่องปากในฟันน้ำนม

A : ตัวฟันปกติ (Sound tooth)

คือ ฟันที่ไม่ผุหรือไม่เคยได้รับการรักษาจากโรคฟันผุมาก่อน ฟันผุในระยะเริ่มแรก หรือลักษณะการผุที่ไม่ชัดเจน ไม่แน่ใจว่าผุหรือไม่ ให้นับว่าเป็นฟันไม่ผุ

B : ฟันผุ (Decay)

คือ ฟันที่ผุเห็นเป็นเงาดำ มีขอบขาวขุ่น ที่มองด้วยตาเปล่าสามารถบอกได้ว่ามี Undermined enamel หรือ ฟันที่มีหลุมร่องฟันหรือบริเวณผิวเรียบ รอยผุชัดเจน มีฟันหรือผนังนิ่ม ฟันที่อุดชั่วคราว หรือเคลือบหลุมร่องฟันไว้แต่ยังมีรอยผุอีก หรือตัวฟันที่ผุหมดแล้วเหลือแต่รากฟัน

C : ฟันที่อุดแล้วมีรอยผุอีก (Filled crown, with decay)

คือ ฟันที่ได้รับการอุดตัวฟันแล้ว ยังมีการผุลุกลามไปบริเวณอื่น โดยไม่ได้แยกว่าเป็นฟันผุใหม่หรือรอยผุซ้ำในตำแหน่งเดิม (secondary caries)

D : ฟันที่อุดแล้วไม่มีการผุอีก (Filled crown, with no decay)

คือ ฟันที่ได้รับการอุดแล้ว ไม่มีการผุลุกลามต่อในส่วนใด ๆ เพิ่มเติมอีก

E : ฟันที่ถูกลอนจากฟันผุ (Missing tooth, as a result of caries)

คือ ฟันที่ถูกลอนเนื่องจากการผุ ซึ่งมักจะถูกลอนไปก่อนเวลาที่ควรหลุดเองตามธรรมชาติ

F : ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)

คือ ฟันที่มีสารเคลือบหลุมร่องฟันบนด้านบดเคี้ยวและไม่มีการผุต่อ

G : ฟันที่ถูกรอบ (Crown)

คือ ฟันน้ำนมที่ถูกรอบโดยการใส่ครอบฟัน

8 : ฟันยังไม่ขึ้น (Unerupted tooth)

คือ ฟันที่ยังไม่ขึ้นในช่องปากเมื่อถึงเวลาที่ควรจะขึ้น

9 : ตรวจไม่ได้ (Not recorded)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวศิริลักษณ์ รุ่งเรือง

ประวัติการศึกษา

ปีการศึกษา 2555 - 2557

มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเทิงวิทยาคม จังหวัดเชียงราย

ปีการศึกษา 2558 - 2562

ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ประสบการณ์การทำงาน

ปี 2562 - ปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยลาน อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved