

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารั้วนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้า รวบรวมเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวางกรอบแนวคิดในการศึกษา ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน
 - 1.1 ลักษณะของการเกิด โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน
 - 1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบจากการเกิด โรคฟันผุ
 - 1.3 สาเหตุของการเกิด โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก
 - 2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.4 พฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปาก
 - 2.5 แบบจำลองการปฏิบัติด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 3.1 ปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง
 - 3.2 ปัจจัยทางสังคม
 - 3.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

ลิขสิทธิ์การศึกษาค้นคว้าโดย Chiang Mai University

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

1. โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

1.1 ลักษณะของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นลักษณะการผุที่เกิดบริเวณฟันหน้าบนและฟันกรามน้ำนม มีรูปแบบการผุที่แตกต่างกัน และจะมีชื่อเรียกต่างกันไปตามลักษณะและตำแหน่งของฟันที่เกิดการผุ เช่น nursing caries, baby bottle tooth decay (BBTD), rampant caries, labial caries, early childhood caries, maxillary anterior caries (Ismail and Sohn, 1999) โดยแต่เดิมเชื่อว่าเกิดจากการใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสม แต่ต่อมาพบว่าไม่ได้เกิดจากการใช้ขวดนมเพียงอย่างเดียวในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ก็พบว่าเกิดโรคฟันผุในรูปแบบเดียวกันนี้ได้ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่ถูกต้อง ในปี ค.ศ.1994 Center for Disease Control and Prevention จึงได้เสนอชื่อสำหรับเรียกลักษณะฟันผุในเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปีว่า early childhood caries (ECC) (Milnes,1996) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันว่าฟันผุในเด็กเล็กนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ การผุในลักษณะนี้มีรูปแบบเฉพาะคือ การผุกรุนแรงในฟันหน้าน้ำนมบน การผุจะสัมพันธ์กับการขึ้นของฟัน และจะพบฟันผุในฟันน้ำนมล่างได้น้อย

1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบจากการเกิดโรคฟันผุ

ฟันน้ำมนั้นนอกจากจะมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดง่ายต่อการย่อยในกระเพาะอาหารและสามารถดูดซึมไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเต็มที่แล้ว ยังมีความสำคัญหลักในการเจริญเติบโตของขากรรไกรและใบหน้า รวมทั้งช่วยให้ฟันถาวรมีการเจริญเติบโตได้อย่างปกติและขึ้นมาในตำแหน่งที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังมีผลในด้านความสวยงาม การพูดออกเสียงของเด็ก หากเด็กในวัยนี้เกิดฟันผุจะมีการลุกลามอย่างรวดเร็ว เนื่องจากฟันน้ำนมมีความหนาของผิวเคลือบฟันน้อย และเด็กไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเต็มที่จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล นอกจากนี้ การให้การรักษาทางทันตกรรมแก่เด็กวัยนี้ ยังเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเด็กยังไม่มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือและเกิดความกลัว (ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์, 2545)

ปัญหาโรคฟันผุจะส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก เนื่องจากสภาวะสุขภาพช่องปากที่เป็นปัญหาจะมีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายช้าลง จากการศึกษาของ Acs et al. (1992) ที่ทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติของเด็กที่มีฟันผุลุกลาม จำนวน 115 คน เปรียบเทียบกับเด็กที่มีฟันปกติจำนวนเท่ากัน พบว่า เด็กที่มีฟันผุลุกลาม จะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กที่มีฟันปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) เนื่องจาก

เด็กได้รับประทานอาหารได้น้อยลง และความเจ็บปวดที่ไปรบกวนการนอนของเด็กทำให้มีการหลัง
 ฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayhan, Sakan and
 Yildirim (1996) ที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการที่ เด็กอายุ 3-5 ปีเป็นโรคฟันผุลุกลาม ต่อส่วนสูง น้ำหนัก
 และเส้นรอบศรีษะ จำนวน 126 คน เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างของ
 เส้นรอบศรีษะระหว่างเด็กทั้งสองกลุ่ม แต่พบว่า ส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กที่มีฟันผุลุกลาม จะน้อย
 กว่าเด็กที่มีฟันปกตಿಯ่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้โรคฟันผุในเด็กเล็กยังส่งผลถึง
 พัฒนาการในการพูดและความเชื่อมั่น (self-esteem) ของเด็กอีกด้วย (Davies, 1998)

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเกิดจากปัจจัยหลักทางชีวภาพ 3 ประการเช่นเดียวกับ
 โรคฟันผุทั่วไป คือ ลักษณะตัวฟันและสิ่งแวดล้อมในปาก เชื้อแบคทีเรีย และอาหารที่ก่อโรคฟันผุ
 ลักษณะตัวฟันและสิ่งแวดล้อมในปาก ในฟันน้ำนมจะมีโครงสร้างชั้นเคลือบฟันบางกว่าและมีความ
 สมบูรณ์ของการสะสมแร่ธาตุน้อยกว่าฟันถาวร นอกจากนั้นยังอาจพบชั้นเคลือบฟันซึ่งมีลักษณะ
 การสะสมแร่ธาตุที่ไม่สมบูรณ์ในช่วงอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้ผิวเคลือบฟันไม่เรียบ (enamel hypoplasia)
 จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคฟันผุ (Milgrom et al., 1995)

ในด้านรูปร่างของฟัน ฟันที่มีหลุมร่องลึก โดยเฉพาะฟันหลังจะง่ายต่อการกักเก็บเศษ
 อาหาร เป็นตำแหน่งที่ทำความสะอาดได้ยาก ทำให้ด้านบดเคี้ยวของฟันกรามน้ำนมเป็นตำแหน่งที่เสี่ยง
 ต่อการเกิดฟันผุมากกว่าฟันซี่อื่น ในด้านสิ่งแวดล้อมในปาก สิ่งที่มีบทบาทสำคัญคือ น้ำลาย จะทำหน้าที่
 ทั้งในด้านการรักษาสมดุล การชะล้างสิ่งตกค้างในปาก และการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย
 ซึ่งองค์ประกอบของน้ำลายที่มีผลต่อการทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่ อัตราการไหล (flow rate) และ
 ความสามารถในการรักษาสมดุล (buffer capacity)

เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเป็นชนิดเดียวกับเชื้อที่ก่อโรคฟันผุ
 ชนิดอื่นๆ คือ Mutans Streptococci (Seow, 1998) ซึ่งจะใช้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นวัตถุดิบใน
 การผลิตกรดแลคติก ทำให้มีการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟันสำหรับที่มาของเชื้อนั้นเด็กจะได้รับ
 การถ่ายทอดเชื้อจากมารดาหรือผู้ใกล้ชิด อาจโดยการสัมผัสใกล้ชิดหรือการใช้ภาชนะร่วมกัน ดังนั้น
 โรคฟันผุจึงเป็นโรคติดต่อที่สามารถถ่ายทอดได้ การตรวจพบเชื้อในช่องปากของเด็กจะพบตั้งแต่
 ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น (Caufield et al., 1993; Grindejford et al., 1995) เนื่องจากเชื้อ Mutans Streptococci
 ต้องอาศัยการยึดเกาะกับพื้นผิวที่แข็ง

อาหารก่อโรคฟันผุ อาหารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุได้แก่อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ น้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุมากที่สุดคือ น้ำตาล ซูโครส ทั้งนี้ขึ้นกับความถี่และปริมาณรวมในการบริโภคด้วย (Sheiham, 2001) การบริโภคน้ำตาลจะทำให้ค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง แต่จะถูกปรับให้กลับสู่สภาพเดิมด้วยระบบบัฟเฟอร์ของน้ำลาย แต่ถ้าเมื่อใดความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีบ่อย การปรับสภาพสมดุลของน้ำลายไม่สามารถจะทำได้ทัน ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤติ (pH = 5.5) เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟัน (demineralization) มากกว่าการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (remineralization)

นอกจากปัจจัยหลักทางชีวภาพทั้งสามประการแล้ว การเกิดโรคฟันผุยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ อีก เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และปัจจัยทางพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษาถึงปัญหาโรคฟันผุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (สมทรง รัศมีเฝ้า และ สรวงศ์ภูณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540)

พฤติกรรมสุขภาพสามารถจะแยกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (covert behavior) พฤติกรรมภายนอกหมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการกระทำ สามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม (มัลลิกา มัติโก, 2534) สำหรับพฤติกรรม ภายในเป็นส่วนของค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออก จึงต้องอาศัยความเข้าใจพฤติกรรมภายในของบุคคลด้วย สุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน โดยเฉพาะปัญหาด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมถูกจัดเป็นหนึ่งในสามปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยที่แปรเปลี่ยนไปตามสถานะเศรษฐกิจสังคม (สุทธิ วงศ์คงคาเทพ และ ศรีสุดา ถีละศิธร, 2544) พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสะอาดในช่องปากและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุดา ถีละศิธร, 2542ก)

2.2 พฤติกรรมการดูแลความสะอาดช่องปาก

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่บริโภค และการก่อดั้วของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ดังนั้นการดูแลความสะอาดช่องปากจึงมีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดโรค จากการศึกษาศึกษาของ Eronat and Eden (1992) พบว่าในเด็กกลุ่มที่มีฟันผุจากการเลี้ยงดู (nursing caries) จะมีจำนวนผู้ไม่แปรงฟันมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่มีฟันผุจากการเลี้ยงดูองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลความสะอาดในช่องปากที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุได้แก่ วิธีการแปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การมีผู้ปกครองช่วยดูแล และพฤติกรรมการแปรงฟันของมารดา

การที่เด็กจะจับแปรงสีฟันได้ดีพอและแปรงฟันได้เองก็ต่อเมื่อเด็กสามารถจับปากกาเขียนหนังสือได้คล่องแล้ว ซึ่งทั่วไปจะมีอายุประมาณ 7 ปีขึ้นไป ดังนั้นการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียน จึงต้องอยู่ในความรับผิดชอบและการช่วยเหลือของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเด็กที่มีผู้ปกครองช่วยแปรงฟันให้จะควบคุมความสะอาดในช่องปากได้ดีกว่าปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง (Freeman et al., 1989) แต่ผู้ปกครองมักจะไม่ได้อาบน้ำแปรงฟันให้เด็กเนื่องจากส่วนหนึ่งไม่มีเวลา และมักคิดว่าเด็กมีความสามารถดีพอในการแปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งการที่เด็กไม่ยอมให้แปรง จึงปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545)

มีหลักฐานการศึกษาหลายการศึกษาพบว่า ความถี่ในการแปรงฟันมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ (Vanobbergen et al., 2001; Ashley et al., 1999; Gibson and William, 1999) การแปรงฟันบ่อยๆ จะช่วยลดฟันผุเนื่องจากจะช่วยป้องกันการก่อดั้วของเชื้ออีกทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้ (Moss, 1996) แต่ในทัศนะของผู้ปกครองการดูแลความสะอาดในช่องปากเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ปกครองจึงพอใจกับการที่เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า (หฤทัย สุขเจริญ โภศล, 2545) มีการศึกษาบางการศึกษา ได้เสนอว่า การแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้มากกว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร (Gibson and William, 1999) แต่อย่างไรก็ตาม ผลในการป้องกันฟันผุของการแปรงฟันจะมาจากฟลูออไรด์ที่ผสมในยาสีฟัน รวมทั้งวิธีการแปรงจะต้องสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ด้วย

นอกจากนั้นอายุที่เด็กเริ่มแปรงฟันจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุด้วย การเริ่มแปรงฟันหลังจากอายุ 1 ปี จะทำให้ฟันผุมากขึ้น (Vanobbergen et al., 2001; Wendt et al., 1994) แต่ผู้ปกครองร้อยละ 50 จะเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุ 2 ปี (Wendt et al., 1994) ซึ่งจะประสบกับปัญหาเด็กไม่ยอมให้แปรง ดังนั้นผู้ปกครองควรเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่อพบว่าฟันผุเริ่มขึ้น สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เนื่องจากเด็กมีความต้องการที่จะเลียนแบบผู้ใหญ่ (วิภาพร ล้อมสิริอุดม, 2545)

ความมีวินัยของครอบครัวก็มีผลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก จากการศึกษาของหุทัย สุขเจริญโกศล (2545) พบว่า นอกจากจะกำหนดกิจกรรมให้กับเด็กแล้ว ผู้ปกครองยังเป็นผู้กำหนดเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การนอน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ปกครองยังเป็นตัวอย่างในการแสดงความมีวินัย ทั้งจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับผิดชอบงานในหน้าที่ในครอบครัว การเก็บของเล่นของเด็ก การเก็บขยะลงถัง ฯลฯ และยังจัดสรรหน้าที่ที่เหมาะสมกับเด็กให้เด็กหัดรับผิดชอบ ทั้งหน้าที่ภายในครอบครัว และหน้าที่อื่นเนื่องมาจากจากการประกอบอาชีพของครอบครัว จึงเห็นได้ว่าผู้ปกครองได้เริ่มส่งสมวินัยให้กับเด็กตั้งแต่เด็กอยู่ในบ้านผ่านกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ ในด้านสุขภาพก็เช่นกัน ผู้ปกครองได้ฝึกให้เด็กอาบน้ำ แปรงฟัน ตอนเช้าและตอนเย็น รวมถึงการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและ หลังเข้าห้องน้ำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการสร้างสุขนิสัยที่ดีให้กับเด็กผ่านการปฏิบัติจริงในชีวิต

2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภค คือ การกระทำใดๆ ของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มี หรือเกี่ยวข้องกับ การบริโภคอาหาร เช่น การเลือกซื้อ การเลือกบริโภค การบริโภคอาหารนอกจากจะเป็นเรื่องของความต้องการสารอาหารเพื่อการดำรงชีพแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ได้แก่ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การบริโภคอาหารเป็นวัฒนธรรมที่คนในสังคมปฏิบัติและมีการสืบทอดกันมา โดยผ่านกระบวนการกลมกลืนทางสังคม โดยแหล่งถ่ายทอดพฤติกรรมการบริโภคที่สำคัญคือพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิดและดูแลเด็ก การทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการบริโภค โดยให้เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ทันตบุคลากรสามารถ นำมาผสมผสานกับความรู้ทางด้านวิชาการ เพื่อให้คำแนะนำด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและเกิดประโยชน์ต่อคนในชุมชนนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก็คือการลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

อาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคและมีความสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาหารประเภทนม และอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ

พฤติกรรมการบริโภคนม นมเป็นอาหารหลักสำหรับทารกและเป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็กเล็ก น้ำตาลที่เป็นส่วนประกอบหลักในนมคือน้ำตาลแลคโตส ซึ่งแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์สามารถนำไปสร้างกรดได้ แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติป้องกันฟันผุ ได้แก่ โปรตีน ฟอสเฟต แคลเซียม โดยโปรตีนและฟอสเฟตจะทำหน้าที่ในการเป็นบัฟเฟอร์ช่วยปรับสภาพกรดที่เกิดขึ้นในช่องปาก แคลเซียมและฟอสเฟตจะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ โปรตีนและ

ไขมันในนมจะช่วยเคลือบบนผิวฟันทำให้ลดการเกาะติดของแบคทีเรียและลดการละลายของผิวเคลือบฟันจากกรด ดังที่ Levine (2001) ได้สรุปว่านมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัวจัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อย อย่างไรก็ตาม การศึกษา ของ Thomson et al. (1996) พบว่า นมแม่มีศักยภาพในการก่อโรคฟันผุได้มากกว่านมวัวเนื่องจากมีปริมาณน้ำตาลแลคโตสมากกว่า แต่มีปริมาณแคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่านมวัว

พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ อาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุนั้นได้แก่อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ แต่ทั้งนี้ก็จะขึ้นอยู่กับความถี่ และปริมาณของอาหารนั้นๆ ด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าน้ำตาลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุมากที่สุด ได้แก่ น้ำตาลซูโครส (Burt and Pai, 2001) การก่อโรคฟันผุของน้ำตาลจะขึ้นกับความถี่ในการรับประทาน ซึ่งการรับประทานน้ำตาลบ่อยครั้ง หรือการรับประทานขนมจุบจิบจะทำให้คราบจุลินทรีย์เกิดความเป็นกรดอย่างต่อเนื่อง เกิดการละลายของแร่ธาตุจากผิวฟันมากกว่ากระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับทำให้เกิดฟันผุ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็ก คือ การรับประทานเครื่องดื่มผสมน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารทุกวัน และการรับประทานนมระหว่างมื้ออาหารมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (Vanobbergen et al., 2001) และพบว่าในเด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง การบริโภคขนมทุกวันจะทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับการบริโภคขนมสัปดาห์ละครั้ง (Gibson and William, 1999)

นอกจากความถี่ในการบริโภคแล้ว ปริมาณรวมของน้ำตาลที่บริโภคเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ ดังการศึกษาของ Karjalainen et al. (2001) พบว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาลประจำวันในปริมาณสูงเมื่ออายุ 3 ปีซึ่งปริมาณการบริโภคน้ำตาลจะส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในลักษณะกราฟรูปตัวเอส (Sheiham, 1991) โดยขนาดการบริโภค 10 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ทำให้โรคฟันผุต่ำ แต่หากสูงกว่า 15 กิโลกรัมต่อคนต่อปี โรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการได้รับฟลูออไรด์ด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังได้รับอิทธิพลจากเงื่อนไขอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล (2537) ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่า ผู้ปกครองจะซื้อขนมให้เด็กเพื่อเป็นเงื่อนไขในการนำเด็กมาเรียนในศูนย์ฯ การกินขนมจะเป็นไปอย่างอิสระทั้งการเลือกซื้อและเวลา นอกจากนั้นการให้ขนมกับเด็กถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขของการให้รางวัลหรือการทำโทษ เป็นสัญลักษณ์ของการชมเชย เป็นตัวแทนของการมอบความรัก ความสุข ความเอ็นดู ที่ผู้ใหญ่ ส่งผ่านไปยังเด็ก หรือใช้ขนมเป็นเครื่องมือยุติปัญหา

เมื่อเด็กร้องไห้ นอกจากนี้ กันยาร์ตัน วิโรจน์พงศ์ (2543) ได้กล่าวว่า ขนมนเป็นสิ่งที่เด็กใช้เป็นเครื่องมือในการเรียกร้องความสนใจ ความรัก ความเอาใจใส่ และเป็นตัวแทนสื่อสัมพันธ์ในการสร้างมิตรภาพ ขนมนและอาหารจึงมีความหมายมากมาย ขึ้นกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

จะเห็นได้ว่าการควบคุมโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นจะต้องอาศัยทั้งการดูแลความสะอาดในช่องปากและการปรับพฤติกรรมการบริโภค ทั้งในส่วนของตัวเด็กเองและในส่วนของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของครอบครัวทั้งในด้านบวกและด้านลบ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายๆด้าน โดยผ่านทางวิถีชีวิตประจำวัน ความคิด ความเชื่อ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาและวิเคราะห์ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2.4 พฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปาก

ในสังคมหนึ่งๆ จะมีระบบความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลากหลายรูปแบบ การจัดการปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงต้องทำความเข้าใจต่อการให้ความหมายด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย บนรากฐานหรือระบบความคิดของชาวบ้านเป็นสำคัญ Kleinman (1980) ได้เสนอว่า ระบบการดูแลสุขภาพในสังคมประกอบด้วย ส่วนของประชาชน(Popular sector) ส่วนของพื้นบ้าน (Folk sector) และส่วนของวิชาชีพ (Professional sector) ทั้ง 3 ส่วนมีวิธีการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงของตนเอง มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม ดังนี้

1. ระบบการดูแลสุขภาพในส่วน of ประชาชน(Popular sector) ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ที่สุด จะเป็นพื้นที่ที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความและวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ระบบการดูแลสุขภาพในส่วน of ชาวบ้านนี้ ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย และชุมชน

2. ระบบการดูแลสุขภาพในส่วน of พื้นบ้าน(Folk sector) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วน of พื้นบ้านนี้ เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ซึ่งไม่ใช่รูปแบบ of วิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กรแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ และแบบที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่นการใช้สมุนไพร ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วการแพทย์พื้นบ้านมักมีการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งสองแบบ นอกจากนี้ยังมีการรับเอาระบบความคิดในส่วน of การดูแลสุขภาพแบบชาวบ้านและ แบบวิชาชีพมาผสมผสานกับระบบความคิดแบบพื้นบ้านด้วย

3. ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional sector) เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติในลักษณะที่เป็นวิทยาการขั้นสูง เช่น ระบบการแพทย์แบบตะวันตก

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535 , 2545) กล่าวถึงมูลเหตุสำคัญของการมีระบบการแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบว่าสืบเนื่องจากไม่มีระบบการแพทย์ใดเพียงระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้ทุกมิติ ในขณะที่มีมนุษย์มีวัฒนธรรม ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างหลากหลาย รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ระบบการแพทย์แบบ พหุลักษณะซึ่งมีความหลากหลาย มีรูปแบบแตกต่างกัน จึงเป็นระบบที่มีความหลากหลาย เพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คนและปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย ระบบการแพทย์สมัยใหม่อาจมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความเจ็บป่วยบางประการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมอาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมวิทยาจิตวิทยาบางอย่างได้อย่างเหมาะสมเจาะ

สำหรับพฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความหลากหลาย แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆของชุมชน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคในช่องปากนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะช่องปากและฟันของตนเอง ความเชื่อต่อสาเหตุและการรักษา โดยผู้ที่ให้ความสำคัญต่อปากและฟันหรือเคยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีแนวโน้มที่จะไปพบทันตแพทย์เพื่อการป้องกันและรักษามากกว่า (พิสุทธิ์ สังขะเวช และคณะ, 2533) แต่การแสวงหาบริการทันตกรรมนอกจากจะขึ้นกับการให้ความสำคัญและการรับรู้ของบุคคลแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่นๆด้วย อาทิ เวลา ค่าใช้จ่าย ทักษะติดต่อการบริการ เป็นต้น (Smith and Sheiham, 1980 ; Schuur et al., 1990)

ความสามารถในการเข้าถึงบริการทั้งคำรักษาพยาบาลและระยะทาง โดยเฉพาะในประชาชนที่ห่างไกลและยากจน ก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Ismail and Sohn (2001) ที่ทำการศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า แม้รัฐบาลจะได้พยายามแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในเด็ก โดยมีโครงการประกันสุขภาพให้เด็กทุกคนสามารถได้รับการดูแลสุขภาพฟันฟรีทุกคน แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะ

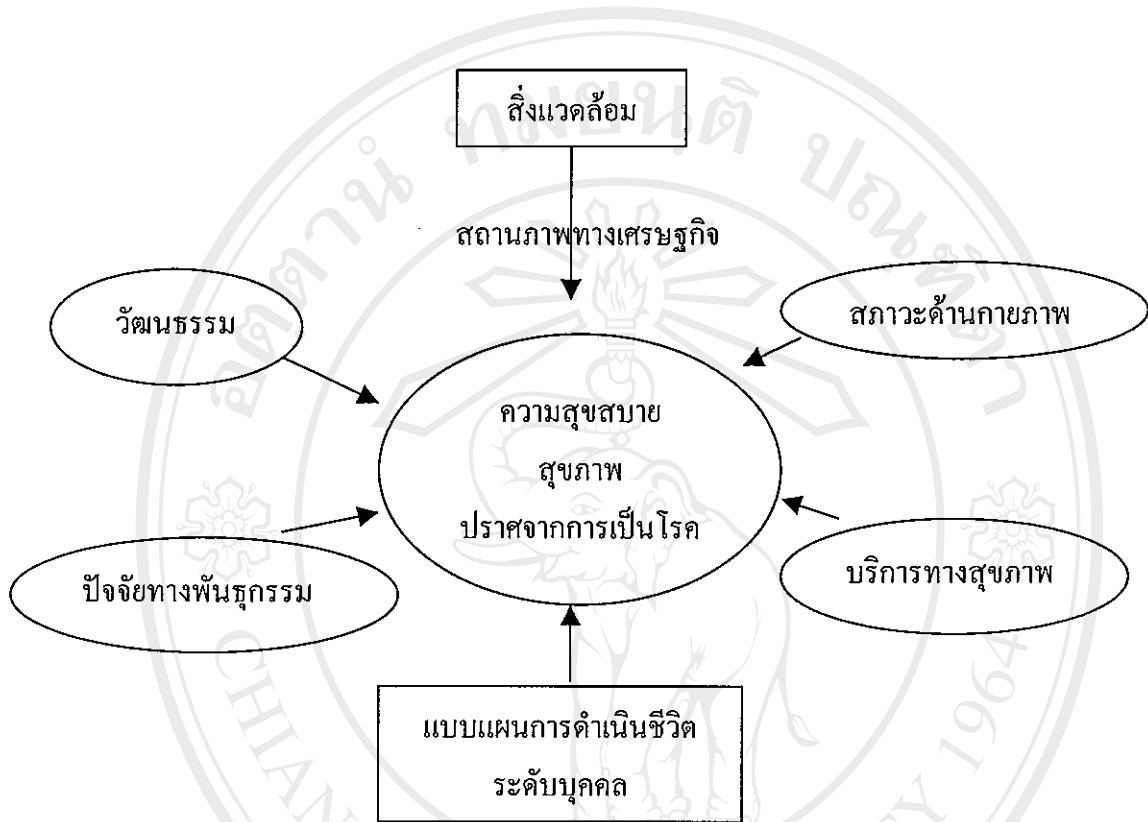
ทางเศรษฐกิจต่ำยังคงมีสถานะฟันผุสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า โดยในการศึกษาครั้งนี้ Ismail และ Sohn ได้เสนอว่า มีปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการทางทันตกรรม ดังนั้นการดำเนินโครงการใดๆ จึงควรจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในชุมชนแต่ละแห่ง และให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอื่นๆด้วย

จากการศึกษาของ ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ (2545) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของชาวเขาหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย พบว่า การมีสถานบริการใกล้บ้าน การเพิ่มจำนวนทันตบุคลากร การมีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการออกหน่วยทันตกรรมที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น แต่จากผลการสำรวจสถานะช่องปากของเด็กกลับพบว่า มีการมารับบริการค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เมื่อเด็กมีอาการผิปกดที่ฟัน แม่หรือผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการแล้วเลือกที่จะให้การรักษาเด็กตามประสบการณ์ของตนเอง หรือตามคำแนะนำของปู่ย่าตายาย รวมทั้งการปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์ ในกรณีที่น่าจะประเมินว่าไม่ใช่เป็นอาการเจ็บป่วยก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการ 2-3 วัน หากอาการทุเลาก็จะปล่อยทิ้งไว้ (นิตยา สอนสุชน, 2536 ; สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539) หากมีอาการเกิดขึ้นอีกหรืออาการรุนแรงจนทนไม่ไหว จึงจะพาเด็กไปรับการรักษา

2.5 แบบจำลองการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Action Model : H.A.M.)

โทนส์ และคณะ (Tones & Tilford 1987, 1994 อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542) ได้สร้างแบบจำลองทางสุขภาพซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเบ็ดเสร็จ โดยนำศาสตร์ ทฤษฎีแนวคิด หรือแบบจำลองอธิบายพฤติกรรมสุขภาพมาผสมผสานเข้าด้วยกัน แบบจำลองดังกล่าวมีลักษณะเป็นจิตพิสัย ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันของระบบความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เมื่อรวมกันจะกลายเป็นความตั้งใจของบุคคล การตระหนักที่นำไปสู่เป้าประสงค์ ซึ่งแต่ละบุคคลจะถูกจูงใจจากสิ่งแวดล้อม ระบบบรรทัดฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล จะมีความสำคัญแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะและปริมาณตลอดจนความถี่ของแรงผลักดันทางสังคมที่เกิดขึ้น และมีผลให้บุคคลซึ่งตั้งใจจะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามได้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา องค์ประกอบแบบจำลองการปฏิบัติด้านสุขภาพ (H.A.M.) ประกอบด้วย

ภาพที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับข่ายงานด้านสุขภาพ



แหล่งที่มา : แหล่งที่มา : ประยุกต์จาก Tones&Tilford , 1994 (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

ตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพล ได้แก่ การเลือกทางเลือกที่ดี (Healthy choice) และการกระทำ(Action) แบบจำลองนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. ความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกความตั้งใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ ได้แก่ ความรู้คิดด้านปัญญา ความรู้สึกด้านจิตใจและบรรทัดฐานทางสังคม มิติทางปัญญาได้แก่ ระบบความเชื่ออันเกิดจากปฏิสัมพันธ์กับชนิดของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ถ้าเชื่อ โดยไม่ใช้ปัญญาไตร่ตรองจะก่อให้เกิดความกลัว บุคคลเมื่อเกิดความกลัว การแก้ปัญหาของเขาจึงไม่มีเหตุผลที่ตรองรับ ดังนั้นจึงต้องให้บุคคลได้ใช้ทักษะทางปัญญาความรู้ที่มีดั้งเดิม บริหารจัดการข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และแปรผลให้ความหมายในสภาพการณ์ต่าง ๆ กัน

ก่อนได้กระทำ สำหรับมิติทางจิตพิสัยของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบความเชื่อกับระบบแรงจูงใจที่มีอยู่หรือได้รับใหม่จากผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญสำหรับเขาทั้งหมด รวมเป็นความตั้งใจและตระหนักที่นำไปสู่การกระทำตามที่แต่ละบุคคลได้รับแรงจูงใจ สำหรับระบบบรรทัดฐานในสังคมนั้น จะมีความสำคัญแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแรงผลักดันทางสังคมตามการรับรู้ของบุคคล แรงผลักดันนี้จะเข้าผสมผสานร่วมทำปฏิริยากับระบบความเชื่อที่เกิดขึ้น รวมถึงแรงจูงใจซึ่งบุคคลนั้นได้รับ ก่อให้เกิดพฤติกรรมตั้งใจไปสู่การกระทำ รวมไปถึงการแสดงหรือ การกระทำพฤติกรรมนั้นๆต่อไปอีก

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจของบุคคล

มีปัจจัยสำคัญหลายประการซึ่งมีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน จนการปฏิบัตินั้นเป็นกิจวัตรประจำวัน ในทางตรงกันข้ามอาจจะส่งผลทำให้เกิดการปฏิเสธหรือเกิดความล้มเหลวของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลก็ได้แล้วบุคคลนั้นๆก็จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปสู่พฤติกรรมดั้งเดิมอีก ปัจจัยดังกล่าวอาจรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ได้รับใหม่หรือความซับซ้อนของพฤติกรรม หรืออุปสรรคทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เป็นผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้ รวมถึงเมื่อตนเองได้กระทำไปแล้ว รู้สึกว่าย่างยากไม่ได้รับผลดี อันจะเป็นข้อมูลย้อนกลับมาให้คิดที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพต่อไปอีกหรือไม่

นอกจากนี้ โทนส์ ยังกล่าวว่า อุปสรรคที่ยังขัดขวางความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้และทักษะ ซึ่งแต่ละคนจำเป็นต้องมี เพื่อให้การปฏิบัติทางสุขภาพสามารถกระทำได้จริงๆและยั่งยืน รวมทั้งมีทักษะทางสังคม หรืออย่างน้อยก็ต้องสามารถมีข้อกำหนดของตนเองว่าต้องทำอะไรบ้าง ส่วนปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพนั้น โทนส์ยอมรับแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อที่มีอยู่เดิม พร้อมกับมีแนวคิดที่จะปรับปรุงประยุกต์ให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยกำหนดว่าความเชื่อตามแบบจำลอง “H.A.M.” นั้น จะให้ความสำคัญทางด้านความรู้และสติปัญญามากกว่าโครงสร้างทางความรู้สึกด้านจิตใจ ขณะเดียวกันปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถทางร่างกาย สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และสถานภาพ ทางเศรษฐกิจสังคม ของผู้ปฏิบัติที่เอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติได้

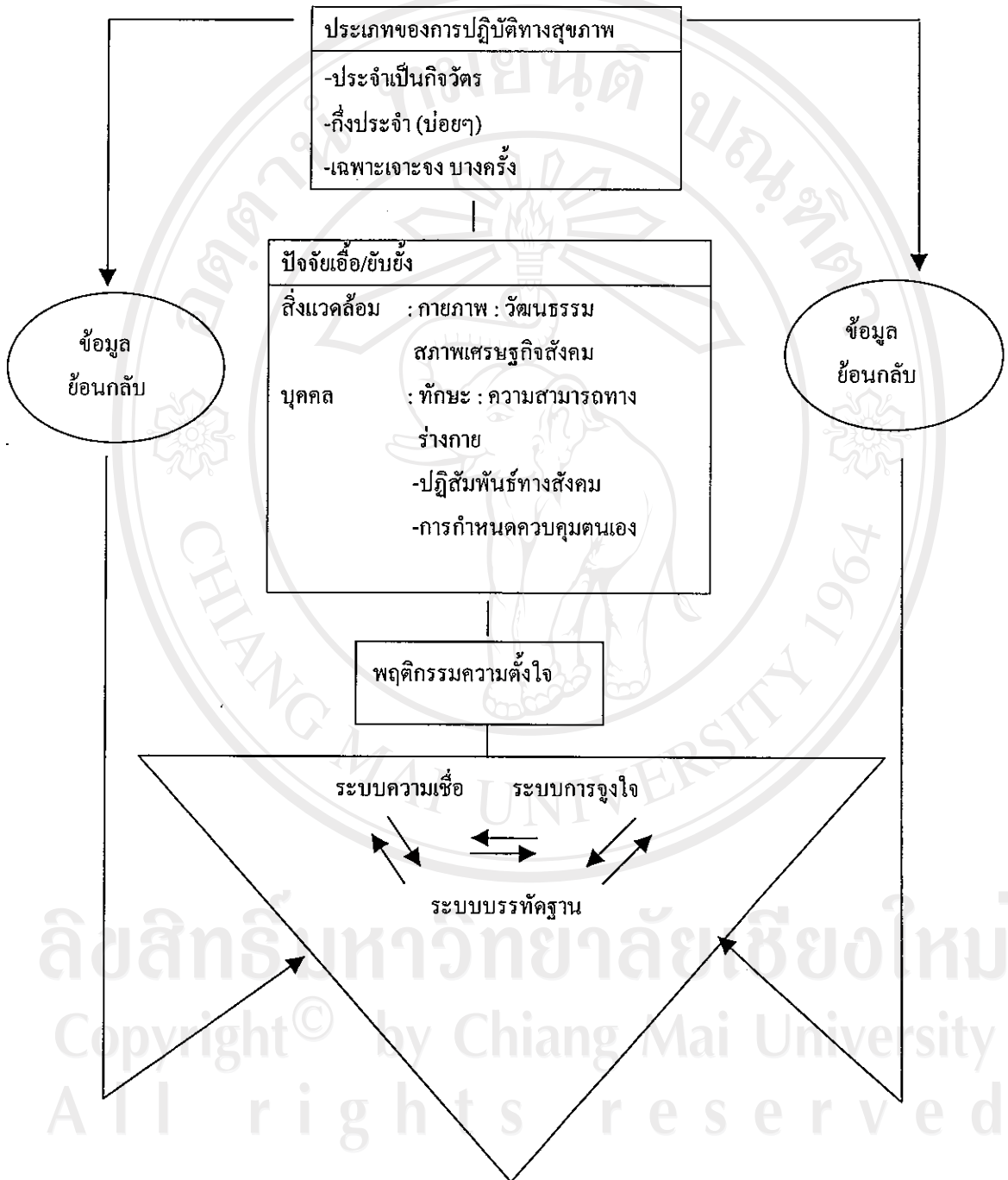
จากแบบจำลองของโทนส์ จะเห็นได้ว่าระบบความเชื่อของบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับระบบแรงจูงใจ โดยระบบความเชื่อจะทำให้บุคคลนั้นมีอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับการควบคุมตนเอง ไม่ให้ภาวะสุขภาพเสื่อมลง สำหรับระบบแรงจูงใจได้มีส่วนทำให้คนเกิดการยอมรับนับถือตนเอง อันเป็นผลที่เกิดมาจากค่านิยมซึ่งสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อสุขภาพควบคู่ไปกับแรงขับภายในร่างกายและสภาพอารมณ์

ระบบแรงจูงใจนี้ได้มาจากประสบการณ์ข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับ รวมถึงอิทธิพลจากกลุ่มบุคคลด้วยกัน หรือบรรทัดฐานทางสังคม

แนวคิดหลักของ “H.A.M.” มีส่วนคล้ายคลึงกับ แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) อีกทั้งได้นำปัจจัยบางปัจจัยจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasonable action) มารวมด้วย ได้แก่ แรงผลักดันทางสังคม ซึ่งเปรียบเสมือนบรรทัดฐานทางสังคม ระบบความเชื่อได้ให้ความสำคัญกับการเชื่ออำนาจแห่งตนว่ามีแหล่งจากภายในและภายนอกคน เป็นสำคัญ เพื่อช่วยอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ หรือจัดโครงการ/กิจกรรมให้ช่วยส่งเสริมระบบ ความเชื่อที่มีอยู่ในสังคมว่าจะมีส่วนสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมไปสู่ระบบบรรทัดฐานของสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และระบบความเชื่อของบุคคล อันจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมตามแบบจำลองของโทนส์ ดังภาพที่ 2

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาพที่ 2 แบบจำลองการปฏิบัติทางสุขภาพโดยภาพรวม



แหล่งที่มา : ประยุกต์จาก Tones & Tilford , 1994 (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

3.1 ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล

จากการทบทวนเอกสารและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจะประกอบไปด้วย ลักษณะทางประชากรศาสตร์ การรับข้อมูลทางด้านการดูแลสุขภาพ และ พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประกอบไปด้วย อายุ เพศ และระดับการศึกษา ซึ่งขออธิบายในแต่ละประเด็นดังนี้

อายุมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการทบทวนเอกสารร่วมกับการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์บทบาทของผู้หญิงในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน ของ อัญญาพร ศรีฟ้า (2541) พบว่าผู้หญิงที่มีอายุ 20-29 ปี มีการดูแลสุขภาพของครอบครัวในฐานะแม่ ดีกว่าหญิงที่มีอายุ 40-49 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของหุทัย สุขเจริญโกศล (2545) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่เป็นแม่ซึ่งมีอายุน้อยจะมีความรู้ในการดูแลเด็กได้ดีและเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้เป็นยาย ซึ่งยายบางคนยังไม่เชื่อว่าการแปรงฟันจะสามารถป้องกันฟันผุได้ เช่นเดียวกับการศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ประชาชนในประเทศสวีเดน ที่พบว่า คนที่มีอายุ 45-64 ปี ให้ความสำคัญต่อการไปรับบริการทันตกรรมน้อยลง (Osterberg et al., 1998)

เพศมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการทบทวนเอกสารประเทศเดนมาร์ก พบว่าเพศชายมีฟันผุมากกว่าเพศหญิง (Petersen, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ประชาชนในประเทศสวีเดน ที่พบว่าเพศหญิงไปพบทันตแพทย์มากกว่าเพศชาย และการศึกษาของพัชรลักษณ์เถื่อนนาดี และสุปรีดา อุดลยานนท์ (2542ข) โดยการสัมภาษณ์ประชาชนในตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญและสนใจการป้องกันโรคในช่องปากมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) โดยการใช้แบบสอบถาม พบว่าแม้มีเวลาอยู่กับลูกมากกว่าพ่อ เพศหญิงจึงมีความสนใจสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย และการมีเวลาอยู่กับเด็กมากกว่าส่งผลให้แม่ให้การดูแลเด็กรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของ หุทัย สุขเจริญโกศล (2545) ที่พบว่าหน้าที่การดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นภาระของแม่หรือผู้หญิงในครอบครัว เนื่องจากผู้หญิงมีความละเอียดอ่อนกว่าผู้ชาย จึงเหมาะสมที่จะดูแลเด็กเล็กที่ต้องการความเอาใจใส่เป็นพิเศษ

ในด้านระดับการศึกษา จากบททวนเอกสาร งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงมักดูแลเด็กได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ อัญญาพร ศรีฟ้า (2541) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา และมีมัธยมศึกษา มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวรรตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) ที่พบว่าระดับการศึกษาของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกวี วิชะทัศน์ (2531) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษาดำจะมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาสูง และพบว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มักพาเด็กไปพบทันตแพทย์ก่อนทราบว่าเป็นฟันผุ เมื่อเทียบกับพ่อแม่ที่มีการศึกษาในระดับต่ำลงมา (ศุภนิจ วรรณวิวัฒน์ และสมเจตน์ เกิดเกิด, 2541) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ หฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีความรู้ ในระดับประถมศึกษาซึ่งแม้จะรู้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กคือสิ่งที่ต้องให้เด็กแปรงฟัน แต่ก็ไม่ได้ดูแลเด็กอย่างเข้มงวดนัก จึงทำให้เด็กมีฟันผุมาก

3.2 ปัจจัยทางสังคม

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ตื่นตัวในการพัฒนาประเทศโดยอาศัยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นตัวนำทิศทางการพัฒนาประเทศ ทำให้ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจและสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากสังคมเกษตรกรรมที่ผลิตเพื่อบริโภคและจำหน่ายเพื่อให้มีรายได้เลี้ยงตนเอง ไปเป็นระบบเกษตรกรรมเพื่อการส่งออก เพื่อนำรายได้เข้าประเทศ พร้อมทั้งนำระบบอุตสาหกรรมแบบตะวันตกเข้ามาใช้ ทำให้ประเทศไทยค่อยๆ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ผลจากการขยายตัวในภาค อุตสาหกรรมและภาคบริการทำให้เกิดความต้องการแรงงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความจำเป็นทางเศรษฐกิจและความต้องการแรงงานหญิง โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมที่ต้องการความละเอียดได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การย้ายถิ่นจะมีผลกระทบต่อเด็ก คือ เด็กอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่กับญาติในชนบท โดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ หรือแม้ว่ากรณีที่พ่อแม่จะนำลูกติดตามไปอยู่ในเมืองด้วย แต่พ่อแม่ก็จำเป็นต้องออกไปทำงานจึงทำให้เด็กขาดคุณดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พิษณุ อุตตะมะเวทิน (2535) ที่แสดงข้อมูลของหมู่บ้านชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ว่ามีผู้ปกครองที่ไม่อยู่บ้านและปล่อยให้ผู้อื่นดูแลลูกถึงร้อยละ 67.7 โดยผู้ดูแลเกือบทั้งหมดจะเป็นย่าและยาย (ร้อยละ 93.2)

ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากนั้น เพ็ญแข ลากยัง (2542) พบว่าในครอบครัวยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน หรือมีอาชีพรับจ้างไม่แน่นอน ได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพฟันของตนเองและคนในครอบครัว และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือทำงานรับจ้างรายวันจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงาน หรืออาจเพราะความยากจนจึงไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมโดยเฉพาะงานส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น การตรวจฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นงานนามธรรมไม่ค่อยเห็นผลของการรักษา มักปล่อยให้โรคลุกลามถึงที่สุดจึงมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือการถอนฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราลักษณ์ เกื่อนนาคี และสุปรีดา อุดยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชนบทใกล้เคียงเมืองใหญ่ ที่พบว่านอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้ว ยังต้องไปรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาให้ลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่นๆ การแปรงฟันให้เด็กหรือการควบคุมขนมหวานจึงทำได้น้อย

อิทธิพลของการโฆษณาที่ผลิตขึ้นมีบทบาทอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการบริโภค เช่น การบริโภคขนม การบริโภคนมขวดในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเด็กจะเลือกบริโภคตามสื่อโฆษณา อิทธิพลจากสื่อโทรทัศน์ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป มีการทานขนมระหว่างมื้ออาหารบ่อยขึ้น เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพของ ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน สรุปได้ว่า การบริโภคขนมของเด็กในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสม่ำเสมอ สินค้าเหล่านี้มีการแพร่กระจายหลังไหลเข้าถึงในทุกๆ ชุมชน ประกอบกับรูปแบบของอาหารเปลี่ยนไปตามยุคสมัยอย่างรวดเร็ว มีรูปแบบหลากหลาย สีฉ่ำมากมาย ลักษณะอาหารละเอียดอ่อนนุ่ม มีส่วนประกอบส่วนใหญ่คือแป้ง กับน้ำตาล ราคาไม่แพงเกินไป และบรรจุสำเร็จรูปสามารถเก็บไว้ได้นาน เป็นต้น

นอกจากอิทธิพลจากสื่อจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อเด็กแล้ว สื่อยังมีอิทธิพลต่อผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจและเวลาของผู้ดูแลเด็ก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในช่วงระหว่าง 0-5 ปี เสนอว่า สังคมเมืองจะมีโอกาสรับสื่อต่างๆ มากกว่า โดยแม่ในสังคมเมืองจะเปิดรับสื่อที่ให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการมาก (คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2536) และจากการศึกษาของ ทวีศักดิ์ เสวตเสริม (2539) พบว่าผลจากอิทธิพลของการโฆษณาและการตลาด

ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์นมของประชาชนในชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ หรือ งานของ Sirikulchayanonta (1991 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541) ที่กล่าวถึงผลของสื่อ เช่น โทรทัศน์ และวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก พบว่ามีผลน้อยต่อการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ ในครอบครัวชนบท เนื่องจากพ่อแม่ในชนบทไม่ค่อยมีเวลาดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์

3.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพจะมีการ สั่งสม เชื่อมโยงสืบทอดมา มีความแตกต่างกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน และได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย ซึ่งอาจมากขึ้นแตกต่างกันไปตามกระแสสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบทอีกด้วย เช่น เมื่อก่อนคนในชนบทส่วนใหญ่จะทำอาหารจากแหล่งธรรมชาติ แต่ในปัจจุบันมีการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูปเป็นส่วนใหญ่ ทำให้รูปแบบของวัฒนธรรม ประเพณีการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป

ความเชื่อ คือ การยอมรับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเป็นแนวความคิดที่คนเรามีต่อสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความเชื่อ และความเข้าใจต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาทสำคัญต่อบุคคล และเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมนั้นจะผิดแผกแตกต่างกันออกไป ซึ่งล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเป็นอย่างมากไม่ว่าจะเป็นการเลือกซื้ออาหาร การจัดอาหารหรือรูปแบบการรับประทานอาหาร หรือความเชื่อบางอย่างมีกฎเกณฑ์ที่จะต้องเป็นอย่างนั้นอย่างนี้จนกลายเป็นข้อห้าม ซึ่งก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและกลุ่มอายุ โดยความรุนแรงของข้อห้ามในเรื่องอาหารขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อของกลุ่มคนในสังคมนั้น การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชนบทขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตามที่เคยทำกันมา โดยชาวชนบททุกภาคมีความเชื่อบางอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก ตัวอย่างเช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารห้ามเด็กรับประทานกับข้าวมาก เพราะเชื่อว่าจะเป็นตานขโมย การอดของแสดลงบางอย่างในขณะที่เจ็บป่วย หรือในการรักษาโรคเมื่อเด็กเจ็บป่วย แม่และผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ แล้วเลือกปฏิบัติที่จะทำให้เด็กหายป่วยโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง ในกรณีที่ประเมินว่าไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการจนเด็กหายเป็นปกติ ถ้าหากเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะนิยมซื้อยาแผนปัจจุบันให้กินหรือใช้วิธีการรักษาแผนโบราณสำหรับการเจ็บป่วยบางอย่าง (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539)

ส่วนค่านิยมคือ ผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคล เป็นการให้ค่าของคนในสังคม ต่อสิ่งนั้น ๆ สำหรับในเรื่องอาหาร ค่านิยมมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค แม้จะมีการปฏิบัติ สืบทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรม แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงหรือลดหย่อนในด้านความเคร่งครัด ของวัฒนธรรมนั้นได้ เช่น ค่านิยมในการเลี้ยงลูกด้วยนมกระป๋องดีกว่านมแม่ ทั้งนี้ ค่านิยมมีอิทธิพล มาจากกระแสของสังคมและความเจริญด้านเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนรูปแบบ การดำรงชีวิตของคน ในสังคมซึ่งในปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคบางอย่างได้เปลี่ยนไปตามแรงการโฆษณาประชาสัมพันธ์ (วีณา วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541)

ในด้านความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของครอบครัวและชุมชนนั้น ได้รับ อิทธิพล มาจากปัจจัยหลายปัจจัย ซึ่งความคิด ความเชื่อของชาวบ้านนั้น มีทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้อง กับความรู้ทางการแพทย์ และการมีความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกัน อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งการส่งเสริมและการก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพปากและฟัน หรือไม่ก่อให้เกิดผลใดๆเลย (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545) จากการสัมภาษณ์ประชาชนในตำบลป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนมีความเชื่อว่าเมื่อผู้ใหญ่ถอนฟันจะทำให้เสียประสาท แต่เด็กกรากฟันไม่ลึก จึงไม่ทำให้ เสียประสาท และฟันแท้จะขึ้นมาหลังจากการถอนฟันน้ำนมไปแล้ว รวมถึงโรคฟันผุไม่ได้เกิดจาก ฟันธรรมชาติแต่เกิดเองตามธรรมชาติ ทุกคนจึงมีโอกาสเกิดฟันผุได้ (พัชรลักษณ์ เกื้อนนาคี และสุปรีดา อดุลยานนท์, 2542ก ; 2542ข) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอี้อ้อปากกล้วย ที่พบว่า ชาวบ้านมีความเชื่อว่าการ ถอนฟันในวัยผู้ใหญ่เท่านั้นที่จะทำให้ประสาทตาเสื่อม แม้ว่าคนๆนั้นจะถอนฟันไปหลายปีแล้ว แต่หาก ต่อมาในวัยกลางคนเขามีอาการมองเห็นไม่ชัด ชาวบ้านก็จะนำมาเชื่อมโยงว่าเกิดจากการถอนฟันถาวร ในอดีต (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545) นอกจากนี้ ยังพบว่าในกลุ่มของชาวอำเภอยุวกกลางคนมักนิยม เคี้ยวหมาก โดยเชื่อว่าการเคี้ยวหมากจะทำให้ฟันแข็งแรง ไม่มีฟันผุ

ในส่วนของฟันน้ำนมนั้น ชาวบ้านมักให้ความสำคัญกับฟันน้ำนมที่แตกต่างกันไปในแต่ละ ครอบครัว โดยส่วนใหญ่คิดว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญเพราะเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนิศา วัฒนเกษร และสุณี ผลเยี่ยม, 2535 และทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541 ที่พบว่า ชาวบ้านเชื่อว่าฟันน้ำนมจะหลุดตามวัยและเมื่อเด็ก อายุมากขึ้นจะมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ ดังนั้นจึงไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ แต่มีบางครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม โดยเห็นว่าหากเด็กมีฟันแข็งแรงจะสามารถ เคี้ยวอาหารได้ และหากมีฟันน้ำนมที่ขาวสะอาดจะเป็นเด็กที่น่ารัก ส่วนในกรณีของฟันถาวรนั้น

ชาวอำเภามีความเชื่อว่าฟันจะเสื่อมไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้นฟันต้องโยกหลุดเป็นธรรมดา ดังนั้นจึงไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาแต่อย่างใด (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545)

จากการที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว จึงได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคคลและชุมชน มีความแตกต่างกันไป ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจมีทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยยับยั้ง พฤติกรรมสุขภาพที่ควรจะเป็น การทำความเข้าใจในบริบทดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนหาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เข้ากับระบบความคิด ความเชื่อและวิถีชีวิตของของบุคคลและชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความยั่งยืน ภายใต้กรอบแนวคิดดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

