

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบล ออกลาง กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวทางการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในเด็กก่อนวัยเรียนที่ผ่านมา
2. แนวคิดในการดูแลสุขภาพ
3. ปัจจัยของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

#### 1. แนวทางการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในเด็กก่อนวัยเรียนที่ผ่านมา

จากรายงานผลของกลุ่มงานทันตสาธารณสุขชุมชน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2542 อัตราฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี มีมากกว่า ร้อยละ 60 และเพิ่มขึ้นในเด็กอายุ 6 ปี ซึ่งในช่วง 10 ปี มีค่าเพิ่มขึ้นจากปี 2527 ซึ่งมีค่า ร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 78.8 ในปี 2537 (ปิยะดา ประเสริฐสม และ ศรีสุดา ลีละศิริ, 2542) ขณะที่กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของโรคฟันผุ ในระดับจังหวัด ของเด็กอายุ 3 ปี ของภาคเหนือในปี 2527-2541 มีค่าอยู่ในช่วง ร้อยละ 27.5-81.3 โดยพบว่าในปี 2532 เขตเมืองมีความชุก ร้อยละ 62.6 เขตชนบทมีความชุกร้อยละ 66.8 (กองทันตสาธารณสุข, มปป.) ในปี 2537 เขตเมืองมีความชุกร้อยละ 59.4 เขตชนบทมีความชุกร้อยละ 67.8 (กองทันตสาธารณสุข, 2538) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานทางทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยตลอดแต่ความชุกเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก โดยในเขตเมืองมีความชุกลดลงเพียงร้อยละ 3.2 ขณะที่ในเขตชนบทเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 แสดงให้เห็นว่ากว่าทศวรรษ (17 ปี) ที่ผ่านมากการดำเนินงานทางทันตสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยเฉพาะในชนบทกลับมีแนว

โน้มจะเพิ่มขึ้น และจากสถานการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2541 ยังมีเด็กเป็นโรคฟันผุถึงร้อยละ 63.6 (งานทันตสาธารณสุข, มปป.) หากพิจารณาแล้วจะพบว่า การดำเนินที่ผ่านมานั้นอาจจะแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ การแก้ปัญหาภายใต้แนวคิดการรักษาและป้องกันโรคโดยทันตบุคลากร และการขยายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพภายใต้แนวคิดการรักษาและป้องกันโรค โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1.1 การแก้ปัญหาภายใต้แนวคิดการรักษาและป้องกันโรคโดยทันตบุคลากร

ในการแก้ปัญหาโดยทันตบุคลากรได้มีความพยายามในการแก้ปัญหา 2 ด้านด้วยกัน คือการแก้ปัญหาทางด้านบุคลากรและสถานบริการ และการวางยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

#### 1.1.1 การแก้ปัญหาด้านจำนวนบุคลากรและสถานบริการ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการกระจายสถานบริการ และบุคลากร (รวิ นันท์ ศิริกนกวิไล, 2542) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน โดยในแต่ละอำเภอได้จัดให้มีทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งอย่างน้อย 1 คน และได้พยายามกระจายทันตภิบาลไปสู่สถานเอนามัยขนาดใหญ่ ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวยังคงพบว่ามีสัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรรวม ในปี 2543 เป็น 1 : 9,074 โดยในภาคเหนือมีสัดส่วน 1 : 14,468 ขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วน 1 : 1,699 (สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ, 2544) สัดส่วนดังกล่าวดีขึ้นกว่าเมื่อปี 2525 ซึ่งภาคเหนือมีสัดส่วน 1 : 41,405 และกรุงเทพมหานคร 1 : 4,098 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าความพยายามจัดสรรทันตแพทย์ใช้ทุนที่ทำมาตั้งแต่ปี 2532 (ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย, มปป.) ยังไม่สามารถกระจายบุคลากรให้มีความทั่วถึงได้ เนื่องจากมีแนวโน้มที่ทันตแพทย์ไปอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสูงและเข้าไปทำงานในกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปด้านการรักษาโรคจึงมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถลดการเกิดโรคได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ แม้จะมีทันตภิบาลทำงานอยู่ในสถานเอนามัยแต่การทำงานของทันตภิบาลนั้นยังขาดการยอมรับจากชาวบ้านจึงทำให้มีการข้ามการรับบริการจากสถานเอนามัยไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542) จึงทำให้ทันตภิบาลที่อยู่ในสถานเอนามัยจึงถูกมองว่า ไม่มีงานทำ และต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนไปทำงานด้านสาธารณสุขอื่นๆอยู่เสมอ เป็นการ

ลดทอนจำนวนทันตบุคลากรที่มีความสามารถในด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพไป นอกจากนั้นในปี 2533 ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปได้มีการพัฒนาพื้นที่ในฝ่ายทันตสาธารณสุขให้มีการจัดห้อง เพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลและ เพื่อทำกิจกรรมการควบคุมคราบจุลินทรีย์ โดยการสอนแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน (สมพงษ์ รุ่งเพ็ชรวงศ์, 2534) แต่ยังคงเป็นการแก้ปัญหาโดยการแนะนำหรือ ให้ความรู้ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน

### 1.1.2 การวางยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อป้องกัน แก้ไข และรองรับปัญหา

ความพยายามในการแก้ไขปัญหามุมของการรักษาและป้องกันโรคโดยทันตบุคลากร ได้แก่ ทันตแพทย์ และทันตภิบาลได้มีการวางยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและรองรับปัญหา เริ่มตั้งแต่ ปี 2533 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ทำโครงการทันตกรรมป้องกันในเด็กโดย การตรวจและให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มเด็กที่มารับการฉีดวัคซีนมีการให้สุขศึกษาในคลินิกเด็กดีแก่ผู้ปกครองเมื่อนำเด็กมาฉีดวัคซีนเพื่อให้สามารถดูแลความสะอาดช่องปากของเด็กตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น โดยให้ใช้ผ้าสะอาดเช็ดเหงือกจนกระทั่งฟันขึ้น จึงแปรงฟันให้เด็ก ในส่วนการป้องกันมีการหยอดน้ำยาฟลูออไรด์ให้เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี, การให้เด็ก 2-3 ปี เคี้ยวแล้วกลืนฟลูออไรด์เม็ด และการตรวจฟันเพื่อการคัดกรองเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ทิพย์วัลย์ เตชะนิธิสวัสดิ์, 2534) ต่อมาเริ่มมีนโยบายสาธารณสุขสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนตั้งแต่แผนงานทันตสาธารณสุขฉบับที่ 7 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา โดยเป็นการขยายกลุ่มเป้าหมายจากโครงการเฝ้าระวังในเด็กประถมศึกษาเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคฟันผุถึงร้อยละ 60 และได้นำหลักการเดียวกันมาใช้ดูแลสุขภาพช่องปากใน 3 กลุ่มด้วยกันซึ่งมีผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนคือ กลุ่มแรกได้จัดการให้ทันตสุขศึกษาและบริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้แม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของเด็กทารก กลุ่มที่สองได้จัดโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู เพื่อให้แม่ได้ฝึกทักษะในการแปรงฟันให้เด็ก กลุ่มสุดท้าย การจัดโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลให้ผู้ดูแลเด็กสามารถแปรงฟันให้เด็กขณะที่อยู่ในสถานศึกษา (เกสร อังศุสิงห์ และสุภาวดี พรหมมา, 2541) นอกจากนั้นหน่วยงานสาธารณสุขมีการให้สุขศึกษาในหญิงหลังคลอด ในเรื่องการโภชนาการและการดูแลสุขภาพทารกในโครง

การทันตกรรมป้องกันในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขด้วย (สมพงษ์ รุ่งเพ็ชรวงศ์, 2534) การดำเนินการดังกล่าวมีการประเมินผลงานโดยฝ่ายแผนงาน กองทันตสาธารณสุข (2538) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับทันตสุขภาพศึกษาและตรวจสุขภาพช่องปากในปี 2535 ร้อยละ 87.6 และลดลงมาเป็นร้อยละ 60.4 ในปี 2537 ส่วนการจัดโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในปี 2535 พบร้อยละ 59.7 และเพิ่มขึ้นในปี 2537 เป็นร้อยละ 69.5 (กองทันตสาธารณสุข, 2538) ขณะที่มีการแจกแปรงสีฟันในโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนูเมื่อมารับการตรวจฟันครั้งแรกเพียงร้อยละ 42.1 (สุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ และคณะ, 2541) นอกจากนี้ ทันตบุคลากรยังได้มีการจัดอบรมสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็กและครูอนามัยในโรงเรียนเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กและครูอนามัยสามารถแปรงฟันให้เด็กหลังอาหารกลางวัน (จิรพรรณ อินทา และคณะ, 2535) เพื่อให้เด็กได้รับฟลูออไรด์จากยาสีฟันเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งตั้งแต่ปี 2531 มีการศึกษาต่างๆที่เสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอีก เช่น ได้เริ่มมีการศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มเพื่อลดการเกิดฟันผุในเด็ก (Withaya Patanapiradej, 1988) และการศึกษาประสิทธิภาพในการอบรมแม่ให้เป็นผู้ดูแลทันตสุขภาพของครอบครัว (Karoon Leowsrisook, 1988) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การทำงานดังกล่าวยังคงดำเนินงานโดยอาศัยทันตบุคลากรเป็นหลักเช่นเดียวกับงานฝ่ายระวางในโรงเรียนประถมศึกษาที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2531 คือ มีการเพิ่มการผลิตบุคลากรและการให้บริการหรือจัดกิจกรรมโดยทันตบุคลากร ซึ่งการทำงานที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จอาจเป็นเพราะว่าการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการรับรู้หรือการให้ค้ำจุนร่วมมือซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมแบบบังคับและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง (สุกร จิตรไชยาฤกษ์, 2543) ดังนั้น หากยังไม่ได้คำนึงถึงการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรม การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต่อไปก็อาจจะยังไม่สามารถลดการเกิดโรคฟันผุของประชาชนได้

## 1.2 การขยายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพภายใต้แนวคิดการรักษาและป้องกันโรค

ในระยะต่อมาทันตบุคลากรมีการทบทวนพฤติกรรมการทำงานของตนและได้ก้าวเข้าสู่การทำงานกับบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและชุมชน ซึ่งได้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ครู องค์กรบริหารส่วนตำบล เป็นต้น จึงได้มีการประยุกต์ทฤษฎีในการทำงานดังนี้

### 1.2.1 การทำงานโดยอาศัยระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขอื่น

โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นโครงการที่ดำเนินงานโดยการร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งตามแผนงานสาธารณสุข ผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก, ครูอนุบาล, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอาศัยผู้ดูแลเด็กซึ่งจะได้รับการอบรมความรู้เรื่องทันตสุขภาพและมีบทบาทในการจัดกิจกรรมต่างๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตนสังกัดอยู่ อันได้แก่ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน, การจัดอาหารกลางวันที่มีประโยชน์, การตรวจฟัน, การแนะนำผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน, การจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ (เจ็ดฉันทศิริ โชติติลล, ดาวเรือง แก้วขันธ์ และสุรางค์ เจริญสุพรรณ, 2541) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีบทบาทในการนิเทศติดตามกิจกรรมทันตสาธารณสุขและประสานงานกับผู้ดูแลเด็กในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขโดยอาศัยสื่อทันตสุขภาพศึกษา (จิรพรรณ อินทา และคณะ, 2535) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นในสถานบริการของรัฐมีบทบาทในการตรวจฟัน และให้ทันตสุขภาพศึกษาแก่หญิงฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ รวมถึงการแจกแปรงสีฟันให้เด็กที่มารับการฉีดวัคซีนที่คลินิกเด็กดี และทันตบุคลากรในสถานบริการของรัฐให้น้ำยา ฟลูออไรด์เสริมแก่เด็กร้อยละ 56.1 โดยให้อย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 24 (เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ, 2541)

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการนี้แม้จะมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นแต่ก็ยังคงเป็นไปในลักษณะงานฝากในผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นซึ่งอาจไม่เข้าใจว่าการดำเนินงานนั้นๆ จะมีประโยชน์อย่างไรกับงานของตน เพราะแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงมองรูปแบบของการให้บริการแบบเชิงเดี่ยว นอกจากนี้ผู้ดำเนินการก็ยังเป็นคนที่อยู่นอกครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนได้ การทำงานที่มองแบบองค์รวมจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ

### 1.2.2 การเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา เริ่มมีความร่วมมือกันระหว่างทันตบุคลากรกับแม่ ครอบครัว และชุมชน เช่น โครงการของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งนำเอากลุ่มแกนนำสตรีที่ทำงานสาธารณสุขด้านอื่นประสบความสำเร็จเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาในเด็ก 0-5 ปี โดยเน้นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการ

ป้องกันฟันผุ (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และคณะ, 2543) หรือการทำงานของโรงพยาบาลน้ำพองที่นำองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลความรู้และสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก จัดสรรงบประมาณแก่คนยากจนและไม่มีบัตร (พลับพลึง ศุภรัมย์, 2543) หรือการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่นให้ข้อมูล และความรู้แก่ประชาชนในเรื่องโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กและการจัดอาหารกลางวันจากการร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเหล่านี้ยังมีลักษณะในการสงเคราะห์ทั้งในด้านการให้งบประมาณ และการให้ความรู้ที่บุคลากรคิดว่าประชาชนไม่ทราบหรือไม่เข้าใจ และยังเป็นการนำเอาความคิดของคนกลุ่มหนึ่งมาดำเนินกิจกรรมในชุมชนโดยที่ไม่ได้คิดถึงทัศนะของชุมชน และครอบครัวว่า ชุมชนคิดอย่างไรกับสุขภาพ และสุขภาพช่องปาก การทำงานกับชุมชนจึงเป็นเพียงการเข้ามาร่วมกิจกรรมเท่านั้น อีกทั้งการประเมินความสำเร็จยังคงเน้นความสำเร็จของการดำรงอยู่ของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยไม่พิจารณาถึงประสิทธิผลของกิจกรรม ทำให้การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริงในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ การที่จะให้ชาวบ้านเข้ามาร่วมทำกิจกรรมจึงต้องเข้าใจวิถีคิด และความเชื่อของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งการทำให้คนมีสุขภาพช่องปากดีไปชั่วชีวิตจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ฟันซี่แรกหรือก่อนหน้านั้น (พลับพลึง ศุภรัมย์, 2543) เพราะหากฟันสร้างมาอย่างสมบูรณ์ก็จะแข็งแรงทนทานต่อการคุกคามของโรคฟันผุได้ดี และหากเด็กได้รับการฝึกให้ทำความสะอาดช่องปากสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย ก็จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตลอดไป โดยต้องเชื่อว่าประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และคณะ, 2543) การปรับแนวคิดการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพที่เน้นความร่วมมือจากคนในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยทันตบุคลากรหันมาเป็นผู้ให้การกระตุ้นมากขึ้น และเข้าถึงปัญหาของชาวบ้านต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเด็ก 0-3 ปี ต้องอาศัยช่วยเหลือสนับสนุนจากแม่ ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543)

การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาไปในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (ขวัญใจ เอมใจ, 2543) การดำเนินงานเพื่อให้ก้าวสู่ความสำเร็จจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะในภาคประชาชน ซึ่งอยู่ในท้องถิ่นที่ปัจจุบันการกระจายอำนาจทำให้ประชาชนสามารถแสวงหากลยุทธ์ และวิธีการเพื่อที่จะแก้ปัญหาาร่วมกันในชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนดำรงอยู่ ดังนั้นการเข้าใจทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนจึงมีความสำคัญ และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากที่สุดในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชน

ชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง โดยบุคลากรซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่ในด้านสุขภาพต้องตัดสินใจสนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะสามารถนำไปสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานของรัฐตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ที่ต้องอาศัยหลักการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวในชุมชนได้ (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542) ดังนั้น ทันตบุคลากรจึงควรให้ความสนใจในวิถีคิดและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

## 2. แนวคิดในการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ตลอดจนการรักษาเยียวยาโดยได้รับการจัดการดูแลจากตัวคนป่วยเอง ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมที่สัมพันธ์ด้วย ทั้งนี้ยังรวมถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การเจ็บป่วยที่รับรู้ร่วมกันในชีวิตประจำวัน และปฏิบัติกันโดยทั่วไปเป็นปกติ หรือตามความหมายทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย และการเจ็บป่วยที่มีร่วมกันในกลุ่ม ทำให้ในแต่ละสังคมมีแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และบรรทัดฐานในการประเมินโรคในรูปแบบต่างๆแตกต่างกันไป ปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยจึงถูกกำหนดสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ในที่นี้การดูแลสุขภาพเชิงวัฒนธรรมดังกล่าวประกอบไปด้วย แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิต แนวความคิดแบบองค์รวม แนวคิดการดูแลตนเองและแนวคิดการดูแลสุขภาพเชิงวัฒนธรรมซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการดูแลสุขภาพของประชาชน มีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิต

Blaxter (1990) ได้แบ่งวิถีชีวิตออกเป็น 2 ประเภทคือ วิถีชีวิตในความหมายอย่างแคบ และวิถีชีวิตในความหมายอย่างกว้าง ดังนี้

วิถีชีวิตในความหมายอย่างแคบ หมายถึง พฤติกรรมส่วนบุคคล และสอดคล้องกับการให้ความหมายของ Adler (1983) และ Engel และคณะ (1979) ที่ให้ความหมายว่าเป็นนิสัยซึ่งมีลักษณะที่มีความเฉพาะเจาะจงไปในแต่ละบุคคลเพื่อแสดงออกถึงแนวคิด ความรู้สึกที่มีต่อบุคคล

รอบข้าง และทัศนคติที่มีต่อโลกที่ตนอาศัยอยู่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของชีวิตและแก้ไขปัญหาชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อาศัย (Hergenhahn, 1990)

วิถีชีวิตในความหมายอย่างกว้าง หมายถึง ทางเลือกที่บุคคลได้ตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมภายใต้ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับการให้ความหมายของ Kemm และ Close (1995), Green และ Kreuter (1991) และ Weber (1972 อ้างใน Abel, 1991) เช่น ในเรื่องสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่จะสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือไม่ หรือทางเลือกที่จะรับประทานอาหารชนิดใด ซึ่งรูปแบบการแสดงออกหรือรูปแบบความหมายของพฤติกรรมเป็นผลมาจากการตอบสนองของความต้องการของสังคมหรือปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ที่จะมากำหนดทางเลือกของบุคคล

อย่างไรก็ตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคม และทางเลือกของชีวิตก็สัมพันธ์กับสุขภาพ โดย McQueen (1987 อ้างใน Abel, 1991) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะนิสัยและเครือข่ายสังคม (Social network) วิถีชีวิตของบุคคลจึงสามารถควบคุมได้บางส่วน ขณะเดียวกันในหลายโอกาสสภาวะแวดล้อมก็บังคับให้บุคคลไม่มีทางเลือก (Kemm และ Close, 1995 และ Bruhn, 1988) และในด้านสุขภาพแล้ว การนำแนวคิดของวิถีชีวิตมาใช้เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีควรมองความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของชีวิต ซึ่งการพัฒนาวิถีชีวิตทำได้โดยโดยการให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีและในแง่ของโครงสร้างสังคมอุตสาหกรรมต้องพัฒนาวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม (Living condition) ไปด้วยพร้อมๆกัน (Wenzel, 1983)

## 2.2 แนวความคิดแบบองค์รวม

การมองสุขภาพในทัศนะแยกส่วนทำให้เห็นว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากสิ่งก่อโรคเฉพาะอย่างมากระทำกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่ในทัศนะแบบองค์รวมสุขภาพเป็นผลมาจากการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลครอบคลุมร่างกายทั้งระบบและสัมพันธ์กับภาวะจิตใจอีกด้วย โดยทางร่างกายกระบวนการโฮมีโอสเตซิส (Homeostasis) ที่อาศัยระบบภูมิคุ้มกันจะรักษาดุลยภาพระหว่างจุลชีพกับร่างกายขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ระบบทำงานตอบสนองต่อเงื่อนไขแวดล้อมใหม่ได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวในเชิงพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร การสร้างที่อยู่อาศัยและเครื่องนุ่งห่ม การหาสมุนไพรรักษาโรค ซึ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการรักษาสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีการปรับตัวในระดับจิตสำนึกซึ่งหากเป็นไปอย่างต่อเนื่องย่อมก่อให้เกิดแบบแผนความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งขึ้น ในระดับบุคคลเรียกว่า วิถี



ชีวิต บุคลิกภาพ และอุปนิสัย เมื่อแบบแผนดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกันทั้งชุมชนหรือสังคม และมีการสืบทอดติดต่อกันย่อมกลายเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา การวางแผนชีวิตให้ลงตัวเป็นวัฒนธรรมจึงเป็นผลมาจากการปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปกติสุขท่ามกลาง การเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยหลายชนิดเป็นผลจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกลักษณะหรือการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน นอกจากนี้สุขภาพและความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ทางสังคมและภาวะจิตใจด้วย การรักษาสุขภาพจึงต้องประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพกายและจิตโดยมีความสัมพันธ์อย่างสมดุลระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม (พระไพศาล วิสาโล, 2534)

สิ่งที่สำคัญที่สุดในโลกซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งต่างๆที่ซับซ้อนและหลากหลายคือ การมองแบบองค์รวมซึ่งคนทั่วไปเรียนรู้ที่จะปรับสิ่งแวดล้อมและจัดหาทางเลือกของตนเพื่อเติมเต็มพลังในการดูแลตนเอง บุคคลรอบตัว เช่น บุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งในการจัดหาทางเลือกของบุคคลเท่านั้น (Rogers, 1980 อ้างใน Lipson and Steiger, 1996) และด้วยหลักวิธีคิดแบบองค์รวมที่กล่าวถึง การพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นและการพึ่งตนเองเพื่อความ เป็นธรรมในสังคมและความยั่งยืนของชีวิตและธรรมชาติ ในขณะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันหลักวิธีคิดแบบองค์รวมได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมในอนาคตไว้ว่า ต้อง เล็งเห็นวัฒนธรรมที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นองค์รวมของวิถีคิด คุณค่า และอุดมการณ์ของสังคมที่มนุษย์สร้างสรรค์และสะสมมาเพื่อแสดงออกถึงจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ และการปรับตัวกับระบบความสัมพันธ์ทางสังคมและธรรมชาติภายใต้เงื่อนไขและบริบทที่แตกต่างกัน มุมมองของมิติทางวัฒนธรรมจึงประกอบด้วยความหมาย ระบบคิด และกระบวนการ ซึ่งในที่นี้ ความหมายของวัฒนธรรม คือ คุณค่าของความเป็นมนุษย์ จารีต กฎเกณฑ์ ที่หลากหลาย และอำนาจของชุมชนท้องถิ่น ส่วนระบบคิดทางวัฒนธรรม คือ วิธีคิดแบบองค์รวมที่ มองความเชื่อมโยงอย่างมีบริบทและเงื่อนไข และกระบวนการทางวัฒนธรรม คือ การเคลื่อนไหว เพื่อเรียนรู้ สร้างสรรค์ ผลิตรายใหม่ และปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นภายใต้บริบททางสังคมและธรรมชาติแวดล้อมที่หลากหลายนั่นเอง (อานันท์ กาญจนพันธ์, 2544)

### 2.3 แนวคิดการดูแลตนเอง

ในส่วนของการดูแลตนเองเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในวิถีชีวิตของประชาชนมีการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกใน

ครอบครัวเป็นปกติในชุมชนของตนได้มีการให้ความหมายของการดูแลตนเองหลายความหมายด้วยกัน ได้แก่ การดูแลตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Hill and Smith, 1985) หรือ Orem (1995) กล่าวว่าหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน

ในขณะที่การศึกษานี้อาศัยความหมายของ Levin (1981) ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติ และการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน

การดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยผ่านการไตร่ตรองแล้ว เพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล และมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ (Pender, 1996) โดยต้องปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการในทุกช่วงเวลาของชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเองครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การป้องกันการเกิดโรค การตรวจโรคและการรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองนั้นมี 2 ระยะ ได้แก่ การดูแลตนเองในสภาวะปกติเป็นการดูแลสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และการป้องกันการเกิดโรค และการดูแลตนเองยามเจ็บป่วยเป็นการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันการเกิดโรค การตรวจโรคและการรักษาโรคด้วยตัวประชาชนเอง (Lipson and Steiger, 1996) การดูแลตนเองเป็นการทำให้เกิดสุขภาพดีมากกว่าการรักษา ขณะที่การดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ จะเห็นได้ว่าความหมายดังกล่าวขาดเรื่องของการมีส่วนร่วมของประชาชนและแพทย์ ซึ่ง Levin (1981) แบ่งบทบาทของการดูแลสุขภาพตนเอง ได้เป็น 4 ประการคือ

1. การดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี และการป้องกันการเกิดโรค (Health maintenance and disease prevention)
2. การวินิจฉัยตนเอง (Self – diagnosis)
3. การรักษาตนเองด้วยยารวมทั้งด้วยการวิธีการอย่างอื่น (Self – medication and self- treatment)
4. การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่ดำเนินการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Patient participation in professional care) ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการให้บริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

โดยสรุป มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็น ภาวะปฏิบัติด้านสุขภาพของประชาชนครอบคลุม

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลส่งเสริมสุขภาพให้ดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี และการป้องกันการเกิดโรค (Health maintenance and disease prevention)
2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย (Self care in illness) ซึ่งประกอบด้วย ทั้งการดูแลสุขภาพที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง (Individual self care) การดูแลโดยคนในครอบครัว (Family care) การดูแลโดยคนในเครือข่ายทางสังคมที่สัมพันธ์กัน (Care from the extended social network) และการดูแลโดยกลุ่มคนที่ประสบปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกัน (Mutual aid or self help group)

#### 2.4 แนวคิดการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การให้ความหมายของการดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นทฤษฎีที่พบอยู่ในวงกว้าง ทั้งโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม ภาษาและสิ่งแวดล้อม ในสังคมหนึ่งๆมีการปรับความรู้ที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเพื่อพัฒนาการดูแลให้เหมาะสมตามความเชื่อในแต่ละวัฒนธรรม ทำให้สังคมเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่มีลักษณะเฉพาะตัว (Lipson and Steiger, 1996)

การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นต่อความผาสุก สุขภาพ การฟื้นหาย การเจริญเติบโต การรอดชีวิต การเผชิญกับความพิการและความตายของมนุษย์เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากลคือมีอยู่ในทุกวัฒนธรรม แต่ความหมาย การแสดงออก รูปแบบ กระบวนการ และโครงสร้าง อาจแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม (Lieninger, 1991) ในทุกวัฒนธรรมของมนุษย์จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสามัญชน การดูแลที่บ้าน และการดูแลของวิชาชีพอยู่ด้วยกันเสมอ (Lieninger, 1991 และ Kleinman และคณะ, 1978) แต่การปฏิบัติอาจแตกต่างกันไปใน วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมได้รับอิทธิพลจากทัศนะ ภาษา ศาสนา เครือญาติ การเมือง หรือกฎหมาย การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ชาติพันธุ์ และบริบททางด้านสิ่งแวดล้อมของวัฒนธรรมที่เฉพาะ การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่อาศัยความเข้าใจในค่านิยม ความเชื่อ มาตรฐานทางสังคม รูปแบบ และการปฏิบัติจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถและทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความสุข ปรับปรุงวิถีชีวิตและสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Lieninger, 1991) ซึ่งในทุกสังคมและวัฒนธรรมผู้ใหญ่มักถูกคาดหวังจากทุกคนว่าต้องเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเอง

ดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ต้องได้รับการช่วยเหลือในส่วนที่ช่วยตนเองไม่ได้ และได้รับการพัฒนา ให้ใช้ศักยภาพของตนเองให้สูงสุดเท่าที่จะสามารถรับผิดชอบตนเองได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543)

แนวคิดการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล ของ Leininger (1991) ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการดูแลและระบบการดูแลรวมทั้งการตัดสินใจ และการกระทำการพยาบาล (Nursing action) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยอาศัยมิติโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านการเมือง กฎหมาย เศรษฐกิจ การศึกษา เครือญาติ สังคม ศาสนา และปรัชญา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพและความผาสุกของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และสถาบัน ในแต่ละวัฒนธรรมจะมีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบพื้นบ้าน ระบบการพยาบาล และระบบวิชาชีพ ให้การดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน และทั้ง 3 ระบบ มีความเกี่ยวพันกัน ในระบบการปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีการตัดสินใจและการกระทำการดูแลซึ่งการดูแลทางการพยาบาลอาจเป็นได้ใน 3 ลักษณะคือ การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่พึงอนุรักษ์และคงไว้ การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการต่อรองหรือพลิกแพลงให้เหมาะสม การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการจัดรูปแบบหรือโครงสร้างใหม่ ซึ่งทั้ง 3 ลักษณะมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ

การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่พึงอนุรักษ์หรือคงไว้ (Cultural care preservation or maintenance) หมายถึง การตัดสินใจและการกระทำของเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพให้ผู้ได้รับการดูแลรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ความผาสุก การพ้นหายจากความเจ็บป่วยและสามารถเผชิญกับความตายได้ตามวัฒนธรรมเฉพาะของเขา

การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการต่อรองหรือพลิกแพลงให้เหมาะสม (Cultural care accommodation or negotiation) หมายถึง การตัดสินใจและการกระทำของเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน หรือพัฒนาความสามารถของผู้รับการดูแลในการปรับหรือการต่อรองเพื่อการดูแลที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพความผาสุก การพ้นหายจากความเจ็บป่วยและสามารถเผชิญกับความตายได้ตามความพึงพอใจของเขาเอง

การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการจัดรูปแบบหรือโครงสร้างใหม่ (Cultural Care repatterning or restructuring ) หมายถึง การตัดสินใจและการกระทำของเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อ

ช่วยเหลือสนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพของผู้รับการดูแลในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือรูปแบบใหม่ที่ยังคงความหมายเชิงวัฒนธรรม ความพึงพอใจ เป็นประโยชน์ และการมีสุขภาพที่ดีของพวกเขา

ดังนั้นพฤติกรรมดูแลที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ในส่วนของประชาชนทั่วไปจึงมีความสัมพันธ์กับระบบพื้นฐานและระบบวิชาชีพเช่นกันซึ่งต้องอาศัยแนวคิดในเรื่องวิถีชีวิต แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลข้างต้น

### 3. ปัจจัยของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ผู้วิจัยขอเสนอใน 3 ปัจจัยสำคัญซึ่งจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ คือ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล และปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็ก ดังมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กภายใต้ความสัมพันธ์ของครอบครัว และทัศนคติของผู้ปกครองต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเลี้ยงดูเด็ก

องค์ประกอบแรกที่กำลังกล่าวถึงคือลักษณะครอบครัว ซึ่งตั้งแต่ปี 2479 เป็นต้นมา รัฐได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมมาโดยตลอดทำให้ความเจริญทางด้านเทคโนโลยีมากมายแพร่กระจายไปสู่หมู่บ้านต่างๆ และชาวบ้านสามารถรับบริการทางด้านการศึกษา การคมนาคม การศึกษาและสาธารณสุขจากรัฐในลักษณะต่างๆ มากขึ้น เห็นได้จากการคมนาคมที่สะดวกสบายส่งผลให้มีรถนำของมาขายตามหมู่บ้าน (วัฒนา สุกันศีล, 2544) รวมทั้งการมีร้านอาหารสำเร็จรูปหรือขนมมากขึ้น ก่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนไป โดยเด็กจะวิ่งขอเงินผู้ปกครองไปซื้อขนมทุกวัน โดยเฉพาะเด็กที่มีบ้านใกล้ร้านค้า (ทิตนา เขมมณี, 2537 และ ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ขณะเดียวกันการเลี้ยงดูเด็กก็อาศัยเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น การก่อกองไฟให้ร้อนโดยใช้โทรทัศน์ เป็นต้น (ทิตนา เขมมณี, 2537 และปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันตกุล, 2537) นอกจากนี้ การศึกษาจากเอกสารและสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหารระดับสูง พบว่า ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง และมีความห่างเหินกับญาติมากขึ้นจากการที่ต้องไปทำงานต่าง

ถิ่น (สนธิ สมัครการ และสุพรรณิ ไชยอำพร, 2538) อีกทั้งการประมวลข้อมูลจากผลการศึกษาต่างๆพบว่าครอบครัวมีขนาดเล็กลงโดยครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่ในชนบทสูงถึงร้อยละ 63.8 แต่พ่อแม่ยังไม่ได้อยู่กับลูกโดยทิ้งลูกไว้ให้ผู้สูงอายุดูแลมากขึ้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2541) เนื่องจากการออกไปทำงานนอกบ้านของสตรีทำให้มีเวลาดูแลเด็กลดลงต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น เช่น ย่า ยาย ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน (สุภางค์ จันทวานิช และคณะ, มปป.) ซึ่งตายายมักสนใจด้านการกินอยู่ของเด็กมากกว่าการดูแลเด็กในด้านอื่น มีผลให้ผู้ปกครองขาดการเอาใจใส่หรือการดูแลเด็กที่จริงจังและต่อเนื่อง (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ลักษณะครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย เด็กจึงได้อยู่กับพ่อแม่ พี่น้อง ลุงป้า น้าอา และป้าตายายโดยมีการตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กันในกลุ่มญาติและมีการดำเนินชีวิต การใช้ภาษา การนับถือศาสนา และประเพณีสอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและทรัพยากรในท้องถิ่น (ทีศนา เขมมณี, 2536) นอกจากนี้การใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงบทบาทของครอบครัวพบว่าขนาดครัวเรือนในเขตเมืองมีขนาดใหญ่กว่าชนบทคือ ชนบทมีขนาด 4.19 คน และเมืองมีขนาด 4.39 คน โดยหัวหน้าครัวเรือนที่เป็นชายส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักทางเศรษฐกิจของครัวเรือนซึ่งมักจะอาศัยในครัวเรือนขนาด 3-4 คนและครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (สายฝน น้อยหืด, 2540) ข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศ ปี 2539 - 2540 พบว่าช่วงกลางวันเด็กปฐมวัยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.2) ถูกเลี้ยงดูในบ้านและร้อยละ 37.3 ของเด็กที่อยู่ในเกณฑ์เข้าเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือมารดา 53.1 ลำดับต่อมาคือ ญาติ 19.7 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และจากการใช้วิธีสัมภาษณ์แม่ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีการเลี้ยงดูบุตรเองมากกว่าส่งไปเลี้ยงดูที่อื่นโดยส่วนมากให้ญาติที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน อาศัยในละแวกใกล้เคียงเป็นผู้ดูแล 59.4 (วรรณิ์ บันเทิง และคณะ, 2533)

ลักษณะครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวโดยหัวหน้าครัวเรือนที่เป็นชายจะรับผิดชอบทางเศรษฐกิจส่วนแม่เป็นหลักในการเลี้ยงดูเด็กโดยอาศัยความช่วยเหลือจากญาติที่อยู่บ้านใกล้กัน และการคมนาคมที่มีความสะดวกมากขึ้นทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปคือการมีร้านค้าสำเร็จรูปทำให้แม่ไม่ต้องทำอาหารเอง

องค์ประกอบที่สองคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การเคลื่อนย้ายแรงงานออกจากชนบทเพื่อหางานทำในต่างจังหวัดเป็นเหตุให้ครอบครัวจำนวนหนึ่งอยู่ในภาวะพรากจากกัน การเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตต่างๆทำให้ครอบครัวมีบทบาทลดน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวแบบช่วยเหลือเกื้อกูลค่อยๆ เลือนหายไป กลับกลายเป็นสังคมที่ถือเงินตราเป็นใหญ่ มี

ระบบนายจ้างลูกจ้างซึ่งมีการเอาวัดเอาเปรียบกันเข้ามาแทน (เฉลิม มายาราชกูร์, 2542) การสอบถามและสัมภาษณ์แม่พบว่าในครอบครัวเดี่ยว แม้มีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวด้านความผูกพันรักใคร่ของครอบครัวกับคู่สมรสมากที่สุด ส่วนในครอบครัวขยายจะมีปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรสและญาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติในครอบครัว (กาญจนา สุขแก้ว, 2533) โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือค่านิยมเกี่ยวกับชีวิตของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจพบว่า แม่ที่เกิดในชนบทมีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่ายายเข้าใจตนเองดีกว่าแม่ที่เกิดในเมืองอื่น หรือในกรุงเทพมหานคร และยายที่อาศัยที่อื่น (คนละจังหวัด) มีแนวโน้มที่จะเข้าใจแม่ได้ดีกว่า ยายที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันตามลำดับ โดยส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมตยายด้วยตนเองค่อนข้างบ่อยถึงบ่อยมาก การติดต่อทางโทรศัพท์นิยมถัดมา และผู้หญิงติดต่อด้วยการไปเยี่ยมหรือโทรศัพท์มากกว่าผู้ชาย แต่แม่มีการติดต่อกับพี่น้องและญาติอื่นๆ ค่อนข้างน้อย โดยการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูลูก และการดูแลสุขภาพ แม่ปรึกษาคู่สมรสมากที่สุด รองลงมาคือคู่สมรสและคนที่ไม่ใช่ญาติ ลำดับถัดมาคือญาติพี่น้อง (สุวัฒนา วิบูลย์ เศรษฐ์, เกื้อ วงศ์บุญสิน และวิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปไฟโล, 2536) จากการสัมภาษณ์การมีบุตรคนแรกนั้นแม่จะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องในการดูแลบ้าน ตลอดจนคำแนะนำในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการให้นมแม่ (กาญจนา คำดี, 2537) นอกจากนี้ในด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ เป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กซึ่งหากสัมพันธ์ภาพระหว่างแม่ลูกไม่ดีจะทำให้แม่ไม่สนใจลูก ลูกขาดการกระตุ้นจากแม่ทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2543) และจากการทบทวนเอกสารในประเทศเดนมาร์กพบว่าความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมน้อยจะมีสภาวะสุขภาพช่องปากและมีพฤติกรรมทางทันตสุขภาพไม่ดี (Petersen, 1990)

ขณะเดียวกันการสนับสนุนของญาติและเพื่อนบ้าน โฆษณาจากสื่อต่างๆ รวมทั้งการเลียนแบบเพื่อนบ้านก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้อาหารเสริมแก่เด็ก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาและแม่ยังนิยมให้ลูกกินเป็นแพชั่น รวมทั้งของเล่นเด็กที่พบมากจะเป็นของที่ได้มาจากของแถมในขนมถุงอีกด้วย (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) โดยการที่ผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่ควรเนื่องจากปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เช่น การบริโภคอาหารว่างและเครื่องดื่มซึ่งเป็นอาหารแปรรูปที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุง่าย เนื่องจากมีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก เนื้ออาหารละเอียด เปื่อยยุ่ยง่าย

เหนียวติดฟันง่าย ซึ่งผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เด็ก เพราะว่า เป็นผู้เลือก ปรง เก็บรักษา ดูแลด้านการบริโภคอาหารให้เด็กเป็นประจำทุกวัน ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลต่อทันตสุขภาพโดยตรง เนื่องจากอาหารมีประโยชน์และโทษต่อทันตสุขภาพ เช่น ผักผลไม้ ช่วยให้ฟันแข็งแรง ช่วยทำความสะอาดฟัน แต่แป้งและน้ำตาลมีผลเสีย ผู้ปกครองจึง เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้เด็กและเด็กยังได้รับความรู้จากคนอื่นในชุมชนโดยเฉพาะเพื่อน ๆ เช่น เห็น เพื่อนกินลูกอม หรือทอฟฟี่ เด็กจะซื้อกินตามเมื่ออ่อยถูกใจก็จะกิน เป็นต้น การเรียนรู้ของเด็กในวัยก่อนเรียนจึงมักจะเกิดจากการเลียนแบบจากบุคคลได้ง่ายกว่าวิธีอื่นๆ (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) นอกจากนี้วิถีชีวิตของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุตร ถ้าวิถีชีวิตของบิดามารดาเป็นไปในลักษณะส่งเสริมสุขภาพมาก ภาวะสุขภาพของบุตรก็จะดีไปด้วย เพราะบิดามารดาเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของเด็กผ่านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยวิถีการดำเนินชีวิตของบิดามารดาจะเป็นตัวแบบที่เด็กสังเกตและเลียนแบบ ทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะมีวิถีชีวิต เช่นเดียวกับบิดามารดาเพราะอิทธิพลจากการที่บิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรและใกล้ชิดเด็กมากที่สุด (วรรตมา สุขวัฒน์นันท์, 2540) ความเชื่อของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูถ่ายทอดสู่เด็กตลอดเวลา และครอบครัวที่มีปู่ย่าจะเคร่งครัดขึ้นในเรื่องจริยธรรม ตักบาตรไหว้พระ และพฤติกรรมของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูที่เด็กพบเห็นประจำ เด็กจะได้ซึมซับสิ่งเหล่านั้นโดยที่ทั้งต้นแบบและเด็กไม่รู้ตัว ทั้งนี้พ่อแม่ที่เลี้ยงเด็กเองอาจซื้อของให้เด็กเพื่อขจัดความรำคาญ หรือพ่อแม่ที่ไม่เลี้ยงเด็กเองก็อาจซื้อตามคำแนะนำของคนขายเพื่อหลอกล่อและปรนเปรอ ให้เด็กเข้าหาพ่อแม่ตามที่พ่อแม่ชอบ (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) ซึ่งการซื้อของกินและของเล่นเพื่อขจัดความรำคาญนั้นก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีการปรึกษาและให้ความช่วยเหลือกันในหมู่ญาติพี่น้อง แม้ว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานออกไปในต่างจังหวัดซึ่งทำให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันน้อยลงแต่ครอบครัวขยายยังมีความสัมพันธ์กับญาติมากจึงได้รับการสนับสนุนจากญาติในการดูแลเด็ก ทั้งนี้วิถีการดำเนินชีวิตของพ่อแม่จะเป็นแบบอย่างและสืบทอดแนวคิดในการปฏิบัติตนมาสู่เด็กจึงเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมของเด็กในการดำเนินชีวิต

องค์ประกอบที่สามคือ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กภายใต้ความสัมพันธ์ของครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิถีการใช้ชีวิตของมนุษย์มีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับการเกิดโรคฟันผุ ดังปรากฏในการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในประชาชนทั่วไปของประเทศฟินแลนด์ พบว่า วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมอันได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน การสูบบุหรี่ การ



ดื่มแอลกอฮอล์และการประกอบกิจกรรม (Physical activity) สัมพันธ์กับผู้ที่มิระดับสังคมต่ำและพบในเพศชาย นอกจากนั้น พบว่า ผู้ที่มีวิถีชีวิตไม่เหมาะสมดังกล่าวมีฟันผุมากกว่าผู้ที่มีวิถีชีวิตเหมาะสม (Sakki *et al.*, 1994) และการศึกษาในประเทศไทยจากการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือค่านิยมเกี่ยวกับชีวิตของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นหรือค่านิยมไม่ค่อยเหมือนกับพ่อแม่ ร้อยละ 47.8 มีความเห็นหรือค่านิยมคล้ายคลึงกับพ่อแม่ ร้อยละ 37.4 แต่ไม่ค่อยมีความเห็นหรือค่านิยมที่เหมือนกันอย่างมากหรือต่างกันอย่างสิ้นเชิง (สุวัฒน์หา วิบูลย์เศรษฐ์, เกื้อ วงศ์บุญสิน และวิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล, 2536) การใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึกข้อมูลเด็ก ยังพบว่าแม่ร้อยละ 53.8 มีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและนม เด็กที่กินข้าวขำมาตั้งแต่แรกเกิดจนอิมทุกมื้อไม่มีอันตรายต่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ได้รับการบอกเล่าต่อกันมาว่าการป้อนข้าวขำ ข้าวบด หรือกล้วยสุกครูดแก่ทารกจะทำให้ทารกไม่ร้องกวน เนื่องจากเชื่อว่าข้าวบดละเอียดจะทำให้เด็กอิมท้องมากกว่าให้ดื่มนมแม่อย่างเดียว และยังมีมีความเชื่อในการลดอาหารแสงในระยะเวลาหลังคลอด ซึ่งจะทำให้ปริมาณน้ำนมมีน้อยไม่พอกับที่ทารกต้องการ เมื่อรวมกับการท้องอืดจากการป้อนข้าว เด็กจึงไม่ดูดนมหรือดูดนมน้อยลงการหลังของน้ำนมจึงไม่ดี รวมทั้งยังมีความเชื่อว่าเด็กกินน้ำตาลมากไม่ดี จะทำให้ตัวผอม นอกจากนี้ด้านการบริโภคยังพบว่าแม่มีการจำกัดหรืองดอาหารบางชนิดในระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด การงดบริโภคของแม่ในภาวะต่างๆ มีผลต่อภาวะโภชนาการซึ่งพบว่าเด็กมีปัญหาด้านโภชนาการมากกว่ากลุ่มอื่น โดยระยะหลังคลอดและในภาวะเจ็บป่วยแม่ที่ลดเนื้อสัตว์และผักจะมีผลต่อโภชนาการเด็กมากกว่าลดอย่างอื่น และแม่ที่ชอบเนื้อสัตว์เด็กจะมีภาวะโภชนาการบกพร่องระดับ 3 น้อยเพราะแม่ที่ชอบก็มักจัดอาหารให้สมาชิกในครอบครัวด้วย จึงเห็นได้ว่าความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับอาหารที่ได้รับถ่ายทอดติดต่อกันมาทำให้เกิดบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องและยึดถือปฏิบัติต่อกันมาเป็นผลสะท้อนไปยังเด็กต่อไปด้วย

นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ของแม่ที่ทำงานนอกร้านโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติการเลี้ยงเด็กภายใต้ความสัมพันธ์ของครอบครัวพบว่า ความเชื่อของแม่ที่อาศัยอยู่ในชนบทภาคเหนือ ได้รับอิทธิพลมาจากคนในสังคม อาทิ ปู่ ย่า ตา ยาย สามี เพื่อนบ้าน และญาติ ที่มีการสืบต่อกันเรื่อยมาและมีการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น เช่น การกินอาหาร แม่เชื่อว่าอาหารที่แม่กินจะถ่ายทอดไปสู่ น้ำนมได้ เพราะฉะนั้นหลังรับประทานอาหารแม่จึงรอสัก 30 นาทีแล้วจึงดื่มน้ำตาม การให้นมทำให้แม่กินอาหารและน้ำมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเด็กดูดนมแล้วร่างกายแม่จะต้องการน้ำเพื่อสร้างน้ำนม และ

การอยู่เดือนของชนบทภาคเหนือจะมีการอยู่เดือนโดยทำตามประเพณีในการอาศัยอยู่ในสถานที่มิดชิดต่อการสัมผัสอากาศเย็น หรือกลิ่นต่างๆ งดกินอาหารหรือดื่มน้ำบางประเภท (เย็นหรือไม่ได้ต้ม) ใส่เสื้ออบอุ่น และอาบน้ำสมุนไพรซึ่งเชื่อว่าทำให้น้ำนมไหลดีขึ้น การให้นมและการหย่านมเด็กซึ่งแม่มักมีความเชื่อสืบทอดกันมาว่า นมแม่มีประโยชน์ต่อเด็ก แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคนในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆว่า จะให้นมบุตรนานเพียงใดโดยพบว่า มีการเอาอย่างการเลี้ยงเด็กทารกด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลาานกว่า 1-3 ปี จากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านทำให้แม่เลี้ยงเด็กด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานานๆ หรือ การเชื่อว่าน้ำนมที่มีรสเปรี้ยวคือนมบุตรเด็กกินจะท้องเสียและไม่มีผลดีต่อการเติบโตของเด็กจึงหยุดให้นมแม่ อีกทั้งแม่ได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้องและเลี้ยงแบบเพื่อนบ้านในการให้นมผสมเพื่อการทำงานนอกบ้านซึ่งแม่มักขาดความรู้ในการเก็บน้ำนมแม่ และความเหน็ดเหนื่อยทำให้แม่ไม่สามารถให้นมแก่เด็กได้ รวมถึงการให้อาหารเสริมซึ่งเชื่อว่าจะเป็นผลดีต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดผลทางอ้อมคือทำให้ทารกหลับได้เป็นเวลานาน แม่ทำงานและพักผ่อนได้มากขึ้น (กาญจนา คำดี, 2537)

ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการสัมภาษณ์ประชาชนในตำบลป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนมีความเชื่อว่า เมื่อผู้ใหญ่ถอนฟันจะทำให้เสียประสาทแต่เด็กกรากฟันไม่ลึกจึงไม่เสียประสาท และฟันแท้จะขึ้นมาหลังการถอนฟันน้ำนมไปแล้ว รวมถึงโรคฟันผุไม่ได้เกิดจากฟันกรวมแต่เกิดเองตามธรรมชาติ ทุกคนจึงมีโอกาสเกิดฟันผุได้ นอกจากนี้ พบความเชื่อที่ได้รับมาจากทันตแพทย์ อาทิ สุขภาพร่างกายสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก การไม่แปรงฟันจะเกิดฟันผุได้เนื่องจากเศษอาหารติดที่ซอกฟัน และการอมทอพีพีจะทำให้เด็กเกิดฟันผุ แต่ยังมีเชื่อบางประการที่เกิดจากความเข้าใจไม่ถูกต้องคือ เชื่อว่าเพียงแปรงสีฟันสัมผัสผิวฟันก็ถือว่าการแปรงฟันนั้นสะอาด และแม่บางคนไม่เชื่อว่าฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้ (พัชรลักษณ์ เกื้ออนาคีและสุปรีดา อุดุลยานนท์, 2542ก; 2542ข)

องค์ประกอบสุดท้ายคือ ทักษะของผู้ปกครองต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเลี้ยงดูเด็กในด้านนโยบายการบริหารจัดการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินนโยบายการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากส่วนกลางกล่าวคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดตั้งขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาและแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองโดยช่วยอบรมดูแลเลี้ยงดูเด็กขณะที่แม่ไปทำงานนอกบ้าน การเรียนหรือฝึกเป็นการเตรียมประสบการณ์ให้เด็กเข้าชั้นประถม ด้านโภชนาการจะฝึกให้เด็กรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รู้จักคุณค่าอาหาร ฝึกระเบียบวินัยและมารยาทในการรับประทานอาหาร (จินตนา หมู่มิ่ง, 2525) การศึกษาก่อนวัยเรียนในหน่วย

งานของกรมพัฒนาชุมชน กรมประชาสัมพันธ์ กรมอนามัย และมูลนิธิ มุ่งพัฒนาในด้านการส่งเสริมอบรมเลี้ยงดู เพื่อให้เด็กเติบโตด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อแก้ปัญหาสังคมและแบ่งเบาภาระของพ่อแม่ จึงจัดอบรมผู้ดูแลเด็ก รวมถึงการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กเพื่อแก้ไขปัญหาโรคขาดสารอาหาร (กองวิจัยการศึกษา, 2534) ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทในฐานะเป็นแบบอย่างของเด็กและส่งเสริมโภชนาการร่วมกับผู้ปกครอง แต่ไม่เน้นเรื่องการศึกษามากนัก (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2526) ขณะที่ศูนย์ของกรมศาสนา จัดอยู่ในกระทรวงศึกษาธิการจัดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมเด็กก่อนเข้าเรียนชั้นประถมและให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับคำสอนของพุทธศาสนาและวัฒนธรรมอันดีงาม (ฝ่ายข้อมูลสถิติและสารสนเทศ, 2536) ประกอบกับในปัจจุบันได้มีนโยบายกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนทำให้การบริหารจัดการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเข้าไประอบอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล แม้ว่าในขณะนี้ยังเป็นเพียงการเปลี่ยนผ่านนโยบายทำให้การดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ยังคงใช้แผนงานของหน่วยงานเดิมแต่เบิกจ่ายงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวก็อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงที่ต้องติดตามต่อไป

การนำเด็กไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นครูที่เลี้ยงจะสอนเด็กแปรงฟันและจัดทำสื่อการสอนจากโปสเตอร์ที่ได้รับแจกมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน (จิรพรรณ อินทา และคณะ, 2535) ขณะที่ ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข (2541) พบว่าเด็กจะได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเมื่อเข้าเรียนในโรงเรียนสังกัดประถมศึกษาแต่ไม่ได้แปรงเมื่ออยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในส่วนการเลือกซื้ออาหารของครูนั้นจากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามพบว่าปัจจัยลำดับแรกที่ครูตัดสินใจซื้อมากที่สุดคือ รสชาติอร่อย สมาชิกในครอบครัวชอบแต่ลำดับความสำคัญที่คำนึงถึงในการเลือกซื้ออาหารคือ ความสะอาด คุณค่า รสชาติตามลำดับ (ทับทิม ก้อนคำ, 2544)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ปกครองมีองค์ประกอบที่หลากหลายคือ องค์ประกอบทางด้านการเมือง เช่น นโยบายของภาครัฐที่สัมพันธ์กับศูนย์เด็กเล็กและสถานบริการสาธารณสุข องค์ประกอบทางด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองของชุมชนหมู่บ้าน การเปลี่ยนแปลงความเชื่อของคนในชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ องค์ประกอบดังกล่าวเมื่อพิจารณาในบริบทของชุมชนได้รับอิทธิพลจากกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการปรับตัวของบุคคลในการดำเนินชีวิต วิธีคิด ความเชื่อและความ

ประพฤติดูแลตามกระแสสังคม รวมทั้งในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหาร การมีวินัยในการดูแลเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กด้วย

### 3.2 ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล

ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลประกอบด้วย องค์ประกอบที่หนึ่งลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุและเพศ ระดับการศึกษา องค์ประกอบที่สอง เศรษฐกิจและสังคม องค์ประกอบที่สาม ความรู้ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ และองค์ประกอบสุดท้ายพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก

องค์ประกอบที่หนึ่ง ลักษณะทางประชากรศาสตร์

ทางด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุและเพศ ระดับการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยขอแยกอธิบายเป็นส่วนๆ ไปดังนี้

อายุและเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลและการรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งการทบทวนเอกสารในประเทศเดนมาร์ก พบว่า เพศชายมีฟันผุมากกว่าเพศหญิง (Petersen, 1994) และในการศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ประชาชนในประเทศสวีเดน พบว่า เพศหญิงไปพบทันตแพทย์มากกว่าเพศชาย โดยคนที่มีอายุ 45 –64 ปี เห็นความสำคัญของการไปรับบริการของตนน้อยลง (Osterberg *et al.*, 1998) สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ประชาชนในตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญและสนใจการป้องกันโรคในช่องปากมากกว่าเพศชาย (พัชรลักษณ์ เกื้ออนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์, 2542ข) และการทบทวนเอกสารร่วมกับการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์บทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนพบว่าผู้หญิงที่มีอายุ 20-29 ปีมีการดูแลสุขภาพของครอบครัวในฐานะแม่ดีกว่าหญิงที่มีอายุ 40-49 ปี (อภิญญา ศรีฟ้า, 2541) โดยการใช้แบบสอบถามพบว่าแม่มีเวลาอยู่กับลูกมากกว่าพ่อ (วรรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540) เพศหญิงจึงสนใจด้านสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย และการมีเวลาอยู่กับเด็กมากส่งผลให้ดูแลเด็กรวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้ผู้ที่มีอายุมากเห็นความสำคัญของการไปรับบริการด้านสุขภาพลดลงและแม่ที่อายุน้อยดูแลเด็กได้ดีกว่าแม่ที่อายุมาก

ในด้านระดับการศึกษา จากการศึกษากการทบทวนเอกสารในประเทศเดนมาร์ก พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Petersen, 1994) และการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในประเทศนอร์เวย์ พบว่า แม่ที่มี

การศึกษาต่ำเด็กจะพินทุมาก (Grytten *et al.*, 1988) สำหรับประเทศไทยแม่และญาติส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543 และวรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540) และการทบทวนเอกสารร่วมกับการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์บทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนการได้รับการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญาและมัธยมศึกษามีการดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (อัฐสุพร ศรีฟ้า, 2541) โดยการใช้แบบสอบถามร่วมกับแบบประเมินภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนพบว่าระดับการศึกษาของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน (วรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540) ซึ่งการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตมารดา และแบบบันทึกข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียนพบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำจะมีความเชื่อไม่ถูกต้องในการเลี้ยงเด็กมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาสูง (สุกรี วิยะทัศน์, 2531) นอกจากนี้ การศึกษาการใช้แบบสอบถามในผู้ปกครองที่มาใช้บริการที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า พ่อแม่ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปมักพาเด็กไปพบทันตแพทย์ก่อนทราบว่าเด็กพินทุเมื่อเทียบกับพ่อแม่ที่จบการศึกษาระดับต่ำลงมา (ศุภนิจ วรรณวิวัฒน์ และสมเจตน์ เกตุเกิด, 2541) แม่และญาติเรียนชั้นประถมศึกษาจึงมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ค่อยดี และมีความเชื่อไม่ถูกต้องในการเลี้ยงเด็ก ส่วนในการดูแลสุขภาพช่องปากแม่ที่มีการศึกษาต่ำก็ดูแลเด็กไม่ค่อยดีทำให้เด็กมีพินทุมาก

องค์ประกอบที่สองด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกล่าวคือ จากการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารในบริบททางสังคมของประเทศเดนมาร์ก พบว่า แรงงานที่มีทักษะฝีมือ (Skilled worker) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากถูกต้องมากกว่าแรงงานที่ไม่มีทักษะฝีมือ (Unskilled worker) (Petersen, 1994) รวมทั้งการศึกษาในประชาชนทั่วไปในประเทศฟินด์แลนด์โดยใช้แบบสอบถามประชาชน พบว่า ผู้ที่มีระดับสังคมและเศรษฐกิจดีจะมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดี เช่นเดียวกับการศึกษาการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้สูงอายุชาวแคนาดาที่มีระดับสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีพินทุมาก (Locker *et al.*, 1997) ขณะที่การศึกษาในประเทศสก็อตแลนด์ด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเด็กในโรงเรียน พบว่า ผู้ที่มีระดับทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะแปรงฟันน้อยและรับประทานอาหารหวานมาก (Schoul *et al.*, 1990) จากการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตมารดา และแบบบันทึกข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียนพบว่ามารดาที่ทำงานในบ้านจะมีความเชื่อไม่ถูกต้องในการเลี้ยงเด็กมากกว่ามารดาซึ่งทำงานนอกบ้านที่มีโอกาสพบปะ

บุคคลอื่นมาก (สุกรี วิยะทัศน์, 2531) สำหรับการศึกษาด້วยการใช้แบบสอบถามในผู้ปกครองที่มา  
รับบริการที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า พ่อแม่ที่มีอาชีพรับราชการและ  
รัฐวิสาหกิจมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลความสะอาดช่องปากถูกต้องมากกว่าอาชีพค้าขายหรือ  
แม่บ้าน และพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กถูกต้องมักเป็นผู้มีรายได้เฉลี่ยของพ่อแม่รวมกันสูง  
กว่า 60,000 บาท (ศุภนิจ วรรณวิวัฒน์ และสมเจตน์ เกตุเกิด, 2541) ซึ่งรายได้ของครอบครัวมี  
ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน (วรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540) ครอบครัวที่มีอาชีพที่ต้องอาศัยทักษะในการทำงานมักจะมีรายได้ดีซึ่งจะมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคดี และมีพินทุน้อยกว่า โดยแม่ที่ทำงานในบ้านจะมีความเชื่อไม่ถูกต้อง  
ในการเลี้ยงเด็กมากกว่าแม่ที่ทำงานนอกบ้าน

องค์ประกอบที่สาม ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็ก จากการศึกษาพบว่า ความรู้ของ  
ผู้ปกครองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกล่าวคือ ในการศึกษาผู้ปกครองที่นำเด็ก  
มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ  
ต่ำ ส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเสียของการกลืนยาสีฟัน และพ่อแม่ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเด็กอายุ 3-5 ปี  
แปรงฟันของตนเองสะอาด ส่วนผู้ปกครองที่มีความรู้ทางทันตสุขภาพสูงมักเป็นผู้ที่มีประสบการณ์  
ในการมาพบทันตแพทย์และได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมาก (ศุภนิจ วรรณวิวัฒน์ และสมเจตน์  
เกตุเกิด, 2541) รวมทั้งผู้ปกครองที่มีความรู้จะมีการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญาขึ้นไป (ชุตติมา ไตร  
รัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย, 2541) นอกจากนี้การศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในสตรีที่  
ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลูกคนสุดท้ายอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 6 ปี พบว่าส่วน  
ใหญ่ให้ญาติที่อาศัยในครอบครัวเดียวกันหรืออาศัยในละแวกใกล้เคียงกันเป็นผู้เลี้ยงเด็กมากกว่า  
ส่งไปเลี้ยงที่อื่น โดยแม่ได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวม  
ทั้งการเลี้ยงดูลูกจากเพื่อน เพื่อนบ้านหรือญาติมากที่สุดรองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข แต่ได้รับ  
ความรู้จากสื่อมวลชนน้อย (วรรณิ์ บันเทิง และคณะ, 2533 ) ซึ่งจากการศึกษาโดยใช้แบบ  
สัมภาษณ์ แบบสังเกตแม่ และแบบบันทึกข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียน แม่ที่มีโอกาสในการรับรู้ข่าวสาร  
จากสื่อมวลชนต่างๆ อาทิ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ แตกต่างกันมีผลทำให้มีภาวะทุพโภชนา  
ต่างกัน (สุกรี วิยะทัศน์, 2531) ทั้งนี้ปัจจุบันได้มีการนำสื่อประเภทต่างๆมาใช้ในการให้ความรู้และ  
สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในด้านสุขภาพ โดยประชาชนได้รับทันตสุขภาพศึกษาจากสื่อที่สำคัญ ได้แก่  
โทรทัศน์ วิทยุ 66 วิทยุ วิทยุ 41 และหนังสือพิมพ์ วิทยุ 27 (ทีศนา เขมณี, 2536 และกมล  
ภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, 2542) แหล่งความรู้ที่แม่ได้รับมาจากญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และสื่อซึ่งระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ ไปใช้เนื่องจากผู้ที่ได้รับการศึกษาจะสามารถเข้าใจสื่อได้ดี

องค์ประกอบสุดท้าย พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในประเทศอังกฤษ พบว่า แม่ที่มีระดับทางสังคมต่ำจะเติมน้ำตาลในนม หรือ ใช้น้ำหวานที่มีวิตามินซีใส่ขวดนมให้เด็กมาก (Winter *et al.*, 1971) สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้ปกครองในเขตเมืองมีการบริโภคอาหารหวานระหว่างมื้อ เช่น น้ำอัดลม ท็อฟฟี่ แต่ไม่ได้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ปกครองกับเด็ก (สุนิศา วัฒนเกษตร และสุณี ผลดีเยี่ยม, 2535) และจากการศึกษาในแม่ที่พาเด็กมารับการตรวจที่คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลตำรวจด้วยการใช้แบบสอบถาม พบการเติมน้ำตาลในนม และใส่น้ำหวานหรือน้ำอัดลมในขวดนมให้เด็กดู (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย, 2541) นอกจากนี้การศึกษาโดยใช้แบบสอบถามพบว่าการอบรมสั่งสอนและการเป็นแบบอย่างของครูและพ่อแม่ด้านการมีวินัยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการทำนายพฤติกรรมการมีวินัยของเด็ก (ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร และคณะ, 2539) การแสดงพฤติกรรมของแม่เป็นทั้งแบบอย่างและการสร้างนิสัยให้เด็ก ตั้งแต่การบริโภคและความมีวินัย

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครองมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากเด็ก โดยปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน อาทิเช่น เศรษฐฐานะเป็นกลไกบังคับให้ผู้ปกครองจำเป็นต้องเลือกที่จะไปประกอบกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหาเลี้ยงชีพแทนการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปาก อีกทั้งทำให้ไม่มีเวลาในการไปรับคำปรึกษาด้านการดูแลอนามัยช่องปากทำให้ขาดความรู้ด้านทันตสุขภาพ เป็นต้น

### 3.3 พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี

พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้านคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลการบริโภค และการดูแลพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ความมีวินัยและการเอาใจใส่/ความสะอาด

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองพบว่า เด็กได้รับการเรียนรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพครั้งแรกจากแม่ซึ่งได้รับคำแนะนำมาจากญาติ เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะแม่จะเป็นผู้เอาใจใส่เรื่องทันตสุขภาพดีกว่าผู้ปกครองคนอื่น แต่อย่างไรก็ตามผู้ปกครองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องทันตสุขภาพเท่าที่ควร (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ทั้งนี้การใช้แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพพบว่า พ่อแม่มีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพด้านการอาบน้ำและแปรงฟันมากที่สุด รองลงมาคือการล้างมือ (วรัตมา สุขวัฒน์นันท์, 2540) ในส่วนของการพาเด็กไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากนั้น จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เนื่องจากความเครียดในการปรับตัวภายใต้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ครอบครัวจึงมีการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลง ทำให้ผู้ปกครองไม่พาลูกไปรักษาพยาบาล ส่งผลให้พบเด็กฟันผุมาก เด็กส่วนใหญ่จึงอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2542)

ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลการบริโภค จากการศึกษาในกลุ่มแรงงานอพยพพบว่าแม่มักนิยมให้เด็กกินนมผสมหรือนมชั้นหวานควบคู่ไปกับการกินนมแม่ ซึ่งการใช้นมชั้นหวานนั้นเข้าใจว่ามีคุณค่าดีเหมาะกับการเลี้ยงทารก และในการให้อาหารเสริมยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องโดยแม่ในภาคอีสานยังให้ลูกกินข้าวต้มตั้งแต่อายุ 2-3 วันหลังคลอดเพื่อลูกจะได้อิ่มท้องและไม่แง่งวม ทั้งการบริโภคขนมของเด็กเปลี่ยนไปจากเดิมที่เด็กกินขนมไทยซึ่งมีสารอาหารที่มีประโยชน์และไม่เจือสารสังเคราะห์มาเป็นกิน ลูกอม ขนมถุงกรุบกรอบ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการกินนมจนอิ่มเมื่อถึงเวลาอาหารก็ไม่หิว ทำให้กินอาหารหลักได้น้อยและยังทำให้เด็กฟันผุด้วยเพราะอาหารไปเกาะติดซอกฟันได้ง่าย (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2540) ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจากการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ครอบครัวที่มีการสะสมของแหล่งความเครียดในครอบครัวสูงเนื่องจากมีปัญหาจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและปัญหาภายในครอบครัวหลายอย่างจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมกินที่ผิดปกติไป เช่น กินมากเกินไป กินน้อยไป หรือปฏิเสธอาหาร แต่ถ้าครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากภายในและภายนอกครอบครัว ได้แก่ ญาติ เพื่อน สังคม จะทำให้ครอบครัวมีแรงยึดเหนี่ยวในการเผชิญปัญหาซึ่งส่งผลให้เด็กมีปัญหาการปรับตัวลดลง ทั้งนี้ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจครอบครัวจะลดค่าอาหารครอบครัวลงในปริมาณมากกว่าลดค่าอาหารกลางวันและค่าขนมของลูก (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2542) นอกจากนี้ ในสังคมเมืองเด็กที่มีโอกาสรับสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วีดีโอเกมส์มากกว่าจะมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปโดยมีพฤติกรรมกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2536 อ้างใน กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541)

ด้านการดูแลพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ความมีวินัยและการเอาใจใส่/ความสะอาด ในวัฒนธรรมไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยความรัก เอาใจใส่ สอนให้มีความกตัญญูและมีมารยาท รวมทั้งมีค่านิยมของความขยัน ซื่อสัตย์ ประหยัดและเอื้อเฟื้อแก่ผู้อื่น (ทีศนา เขมมณี และคณะ, 2536) จากการใช้แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน พบ



ว่า การฝึกอบรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก โดยแม่อบรมโภชนาการ การอาบน้ำและแปรงฟัน, การพักผ่อนนอนหลับ, การล้างมือก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย มากกว่าพ่อ ตามลำดับ ทั้งนี้ เด็กอายุ 3 ปี อบรมด้านการล้างมือมากกว่าอายุอื่นแต่อบรมการอาบน้ำ และแปรงฟันน้อยที่สุด ส่วนเด็กอายุ 5 ปี อบรมการออกกำลังกาย, การอาบน้ำและแปรงฟัน, การพักผ่อนนอนหลับมากที่สุด ขณะที่เด็กอายุ 6 ปี อบรมโภชนาการมากที่สุด (วรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540) โดยจากการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์พบว่า ภาวะเศรษฐกิจมีผลให้เกิดปัญหาทางจิตและอื่นๆ ตามมาทำให้ลูกได้รับการดูแลเอาใจใส่ลดน้อยลง เกิดการละเลยการดูแลบุตรทั้งในด้านสุขภาพและการเรียน ซึ่งด้านการเรียนพบว่าถ้าครอบครัวมีความเครียดระดับต่ำผู้ปกครอง จะให้ความสนใจเด็กในด้านการเรียนทำให้เด็กสนใจเรียนมากขึ้นแต่เมื่อมีปัญหาครอบครัวมาก กลับทำให้ผลการเรียนเลวลง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2542) นอกจากนี้การทบทวนเอกสารการ ประเมินโครงการอนุบาลชนบทพบว่า เด็กมีพัฒนาการด้านจริยธรรมระดับสมวัยเมื่อประเมินจาก การรู้จักตนกับการมีคุณลักษณะทางสังคม ในประเด็นความขยันเอาใจใส่ รับผิดชอบ ร้อยละ 70 และความมีระเบียบวินัย ร้อยละ 76 แต่อย่างไรก็ตาม ครอบครัวในชนบทจำนวนมากผู้ปกครองไม่ได้รักษาความสะอาดของเด็ก ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างสุขนิสัยที่ดีให้แก่เด็กและไม่สนใจความรู้สึกของเด็กเท่าที่ควร (กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541 และทีศนา เขมมณี และคณะ, 2536) ทำให้เด็กไม่เห็นความสำคัญในเรื่องความสะอาด นอกจากนี้การศึกษาเอกสารพบว่า ผู้ปกครองยังขาดความเป็นระเบียบในการจัดเก็บเสื้อผ้า สิ่งของเครื่องใช้และการดูแลรักษาความ สะอาดบริเวณบ้าน รวมถึงการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันที่ไม่เป็นเวลาและไม่เป็นระเบียบ เช่น การ กินอาหารไม่เป็นเวลา การขับถ่ายไม่เป็นที่และไม่เป็นเวลา การให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไปทำให้ออน ดึก หรือการปล่อยให้เด็กไม่เก็บของเล่นเข้าที่ ทำให้เด็กไม่เห็นความสำคัญของความเป็นระเบียบ แต่ก็ควรให้เด็กมีอิสระในการเลือกช่วงเวลาในการเล่น และควรให้เด็กออกกำลังกายด้วยการช่วย งานผู้ใหญ่ รวมทั้งเรียนรู้หน้าที่และบทบาทของตนในการดำเนินชีวิตในบ้าน (ทีศนา เขมมณี และ คณะ, 2536) โดยการจัดระเบียบวินัยของบ้าน เช่น การแบ่งส่วนที่นอน ที่กินข้าว ให้เป็นแบบแผน การปฏิบัติที่ครอบครัวเป็นต้นแบบและถ่ายทอดให้เด็กตลอดเวลา (สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ, 2534)

ในด้านพฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้ปกครองที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนั้นเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมให้กับเด็กซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพช่องปากซึ่ง

วรัตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) พบว่าการฝึกอบรมลูกด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งรวมถึงสุขภาพช่องปากด้วย

ดังนั้น ในบริบทของวัฒนธรรมไทยซึ่งได้รับกระแสความเปลี่ยนแปลงจากวัฒนธรรมตะวันตกตลอดมา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจในอันที่จะทำความเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อให้สามารถบรรลุถึงเป้าหมายตามนโยบายของภาครัฐอย่างแท้จริง จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาจึงได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

