

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารเรื่องเงื่อนไขของครอบครัวไคบังที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคนมและอาหารหวานของเด็กแรกเกิดถึงอายุ 3 ปี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนเรื่องของครอบครัวทั้งความหมาย แนวคิดทฤษฎีครอบครัว รวมทั้งงานวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคนมและอาหารหวาน โดยมีรายละเอียดของเนื้อหาดังต่อไปนี้ คือ

2.1 สุขภาวะของเด็กวัย 0-3 ปี

2.1.1 พัฒนาการทางกาย

2.1.2 พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์

2.1.3 พัฒนาการทางสังคม

2.1.4 พัฒนาการทางสติปัญญา

2.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะของเด็กและสุขภาพช่องปาก

รวมทั้งปัญหาโรคฟันผุ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.4 ปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.5 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.6 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (พฤติกรรมการแปรงฟัน)

2.2.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.2.7.1 พฤติกรรมการบริโภคนมทั้งจากนมแม่และขวดนม

2.2.7.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน

2.3 ครอบครัว

2.3.1 ความหมายของครอบครัว

2.3.2 ประเภทของครอบครัว

2.3.3 ความเข้าใจและแนวคิดทฤษฎีทางครอบครัว

2.3.3.1 แนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว

2.3.3.2 แนวคิดทฤษฎีสภาวะแวดล้อมครอบครัว

2.1 สุขภาวะของเด็ก

คำว่าสุขภาพตามความหมายที่ใช้อ้างอิงกันอย่างแพร่หลายตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (The Constitution of the World Health Organization, WHO) (พ.ศ. 2489) ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพหมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม มิใช่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

ต่อมาได้มีการพัฒนาความคิดด้านสุขภาพใหม่โดยการมองสุขภาพทั้งเชิงลบและเชิงบวก เนื่องจากตามนิยามความหมายเดิมของสุขภาพนั้นเป็นการตั้งเป้าหมายในอุดมคติ เพราะเน้นที่ภาวะสมบูรณ์เท่านั้น จึงเกิดการมองสุขภาพไปในเชิงลบว่าเป็นการประเมินสุขภาพในแง่ลบของโรคและความเสื่อม (disease or infirmity) ส่วนสุขภาพเชิงบวกจะหมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพหรือสุขภาวะ (well-being) (ศศิธร, 2553)

สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ ทั้งทางกาย (physical) จิตใจ อารมณ์ (emotional) ปัญญา (intellectual) สังคมและสิ่งแวดล้อม (social) (ประเวศ, 2551)

2.1.1 พัฒนาการทางกาย (physical development) (จินตนา, 2525)

2.1.1.1 **น้ำหนักและส่วนสูง** อัตราการเติบโตของเด็กวัย 2-6 ขวบ จะช้ากว่าเด็กวัยทารก การพัฒนาการด้านส่วนสูงและน้ำหนักตัวของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น น้ำหนักตัวและส่วนสูงของพ่อแม่ พฤติกรรมการกินและการช่วยเหลือของพ่อแม่ในเรื่องอาหารการกินด้วย

2.1.1.2 **ส่วนสัดของร่างกาย** ในตอนต้นของเด็กวัยนี้ ส่วนสัดของร่างกายเปลี่ยนไปโดยลักษณะหน้าตาแบบทารกจะหมดไป ช่วงแขนยาวขึ้น ศีรษะดูยาว เล็กกลงและได้ขนาดเท่ากับลำตัว ตลอดคาบเวลาของเด็กในวัยนี้ หน้า จมูก ปากเล็กไม่ได้สัดส่วน เพราะฟันน้ำนมยังไม่ขึ้นเต็มที่ ส่วนของคางและคอก็จะยาวขึ้น ทำให้ส่วนของแก้มเห็นเด่นชัด สภาพเส้นผมจะหยาบขึ้นและสีผมจะเข้มขึ้นด้วย ในส่วนของช่วงลำตัวจะยาวและกว้างขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับตอนเกิดใหม่ ช่วงไหล่กว้าง แขนยาวขึ้น ส่วนมือและเท้าก็ใหญ่ขึ้นเช่นกัน โครงกระดูกแข็งแรงกว่าเมื่ออยู่ในวัยทารก ฉะนั้นโอกาสที่จะผิครูปซึ่งเป็นผลของการถูกกดหรืออิริยาบถไม่ดีจึงมีน้อยลง กล้ามเนื้อเติบโตและแข็งแรงขึ้น ในส่วนของฟันแท้จะขึ้น 1-2 ซี่

2.1.1.3 การกินอาหาร ในวัยนี้เด็กจะไม่หิวบ่อยและเจริญอาหารเหมือนในวัยทารก เพราะอัตราการเจริญเติบโตช้าลง เด็กเริ่มมีความไม่ชอบอาหารชนิดต่างๆ มักไม่ยอมกินอาหารที่แปลกรสและกลิ่น เป็นวัยที่มีปัญหาในการกินมากที่สุด อาหารที่ถูกต้องเหมาะสมพอเพียงกับความต้องการของวัยจะช่วยสร้างความเจริญเติบโตทางสมอง ภายในอายุ 3-6 ขวบ สมองจะเจริญเติบโตถึง 80 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ความเจริญเติบโตทางร่างกายมีเพียง 20 เปอร์เซ็นต์

2.1.1.4 การหลับนอน การหลับนอนเป็นเวลา เป็นปัญหาในระยะแรกของวัยนี้ เด็กจะไม่ยอมนอนกลางวัน และไม่ยอมเข้านอนตอนกลางคืนตามเวลา ความพยายามที่จะดื้อดึงในสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นี้จะทำให้เด็กเกิดความเครียดเมื่อถึงเวลานอนและมักจะเรียกร้องให้ทำสิ่งนั้นถึงนี้ก่อนถึงจะยอมเข้านอน อาการแบบนี้จะน้อยลงจนกว่าเด็กจะพ้นวัย 4 ขวบ พ่อแม่ควรใช้เวลาเด็กก่อนนอน 15-30 นาที เช่น ดูสมุดภาพ เล่นนิทาน ก็จะทำให้เด็กนอนหลับได้ง่ายขึ้น

2.1.1.5 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยพฤติกรรมของเด็กแล้ว เด็กจะควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ก่อนปัสสาวะ และควบคุมการถ่ายปัสสาวะในเวลากลางวันได้ก่อนเวลากลางคืน เด็กอายุ 1 ขวบขึ้นไประบบประสาทจึงจะพร้อมที่จะควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ แต่เด็กยังไม่สนใจที่จะควบคุมการขับถ่ายจนกว่าจะอายุสองขวบ การฝึกให้เด็กทำสิ่งเหล่านี้ก่อนที่เด็กพร้อมเด็กจะมีปฏิกิริยาขัดขึ้นเป็นเรื่องปกติ พ่อแม่ต้องคอยจนกว่าเด็กจะสามารถอุ้งน่องได้เอง เริ่มถ่ายอุจจาระเป็นเวลาได้บ้าง หรือสามารถบอกได้ว่าปวดท้องต้องการถ่าย

2.1.1.6 ความเจ็บไข้ เด็กเล็กๆรับเชื้อโรคได้ง่ายมาก โรคที่มักจะเกิดขึ้นกับเด็กในวัยนี้ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบย่อย ไข้หวัด และโรคที่เกิดจากความผิดปกติและความอ่อนแอทางร่างกาย เช่น โรคหัด คางทูม อีสุกอีใส แต่ยังมีโรคบางชนิดเกิดจากจิตใจ และเป็นผลของความเครียดระหว่างพ่อแม่กับเด็ก เช่น เมื่อเด็กไม่สบาย แล้วพ่อแม่มีท่าทีเครียดต่อการเจ็บป่วยของเด็ก เด็กก็จะไม่ทำที่ไม่ดีต่อความเจ็บไข้ และเกิดความเครียด แต่ในทางตรงข้าม ถ้าพ่อแม่มีท่าทีแสดงให้เด็กเห็นว่า เรื่องความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาปกติ ก็จะทำให้เด็กไม่มีกังวล นอกจากนี้เด็กเล็กๆส่วนมาก ถูกมีดบาด ถูกน้ำร้อนลวก กระจกหัก และแผลอื่นเกิดจากอุบัติเหตุเล็กๆน้อยๆ ช่วงอายุเด็กวัย 2-3 ขวบได้รับอันตรายมากที่สุด รองลงมา是孩子วัย 5-6 ขวบ แม้ว่าอุบัติเหตุของเด็กวัยนี้จะไม่สาหัส แต่ก็ทำให้หลายคนมีแผลเป็น พ่อแม่ควรช่วยให้เด็กมีความระมัดระวังขึ้น

2.1.1.7 พัฒนาการของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว เด็กในวัยก่อนเข้าโรงเรียนเหมาะสำหรับฝึกทักษะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับระยะนี้ และได้เป็นพื้นฐานของทักษะที่จะฝึกหัดในวัยต่อไป ในการฝึกทักษะให้เด็กจำเป็นต้องมีการชี้แจงว่าจะทำอะไรจึงจะเกิดผลดี หากให้เด็กได้ลองผิดลองถูกด้วยตัวเอง อาจทำให้เด็กเสียความพยายามและเสียเวลามากเกินไป ทำให้เด็กเกิดความผิดหวัง ดังนั้น พ่อแม่ควรช่วยชี้แนะควบคู่กันไปเพื่อให้เด็กได้เรียนรู้อย่างรวดเร็ว

และส่งเสริมให้กำลังใจเด็กเพื่อที่จะฝึกฝนจนมีทักษะที่ดี ทักษะมีประโยชน์มากสำหรับเด็ก เป็นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อที่จะให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้และสามารถเข้ากับสังคมใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเล่นจะเป็นทักษะที่สำคัญที่让孩子มีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว

ก. ทักษะของมือ เด็กจะมีการพัฒนาการใช้ทักษะมือได้ดีขึ้นตามลำดับอายุเด็ก เริ่มหัดใช้ช้อนรับประทานอาหารได้เองเมื่ออายุ 3 ขวบ แต่เด็กจะมีสมาธิค่อนข้างสั้น หากว่ามีสิ่งใดสิ่งหนึ่งหันเหความสนใจ เช่น ได้ยินผู้อื่นคุยกันหรือทำงาน เด็กจะหยุดกินหรือทำหกไปพักหนึ่งก็จะทำให้เด็กใช้เวลาค่อนข้างนานในการรับประทานอาหารเอง แต่เมื่อให้ทักษะของการรับประทานที่ดีขึ้น เมื่อนั้นเด็กก็จะสามารถรับประทานและเคี้ยวในขณะที่ฟังหรือดูได้ ส่วนทักษะในการแต่งตัวจะต้องฝึกระหว่างอายุ 1-3 ขวบ โดยทั่วไปแล้ว เด็กอายุ 2 ขวบจะสามารถใส่กระดุมได้เองอย่างคล่องแคล่ว (จินตนา, 2525) แต่สำหรับทักษะเรื่องการแปรงฟันนั้นยังไม่มีดีเท่าที่ควรเนื่องจากการพัฒนาของกล้ามเนื้อยังไม่สมบูรณ์ ทักษะการใช้มือยังมีจำกัด จึงทำให้การแปรงฟันไม่สะอาด ผู้ดูแลเด็กควรแปรงซ้ำ บางคนกลัวลูกเครียดจึงให้ลูกแปรงเอง ไม่อยากบังคับยอมให้ลูกฟันผุ (วารางคณา, 2553) ส่วนเด็กอายุ 6 ขวบจะสามารถใส่กระดุมในที่ยากๆ ได้เองเช่นข้างหลังคอ และบ่าได้ ส่วนทักษะการหิวผอมและการอาบน้ำ ในขณะที่อาบน้ำให้เด็กพ่อแม่ควรฝึกให้เด็กอาบน้ำได้เองด้วย เช่น หนูสบู่ แปรงฟัน (จินตนา, 2525)

ข. ทักษะของขา เมื่อสร้างทักษะการเดินให้มั่นคงแล้ว ต่อไปเด็กจะหันไปสนใจในทักษะอื่นๆ ที่ต้องใช้ขา เช่น กระโดดสูง กระโดดขาเดียว ในขณะนี้เด็กจะวิ่งได้โดยไม่ค่อยหกล้ม และพ่อแม่ควรมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการฝึกทักษะขาให้เด็ก เช่น มีที่สำหรับให้เด็กปีป่าย ถีบจักรยาน กระโดดเชือก ทรงตัวบนไม้กระดานแผ่น กิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น

ค. พัฒนาการของอวัยวะที่เคลื่อนไหวได้ช้า วก่อนเข้าเรียนเป็นวัยที่เด็กได้ฝึกทักษะทางกล้ามเนื้อมาก พ่อแม่มีส่วนสำคัญมากในการพัฒนาทักษะด้านนี้ หากพ่อแม่มีพฤติกรรมห้ามให้เด็กฝึก กีดกัน เนื่องจากพ่อแม่กลัวลูกเจ็บ เด็กจะเกิดการหวาดกลัวและไม่กล้าที่จะฝึกอีก ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ช้ากว่าเด็กอื่นๆ ทั่วไป ส่งผลให้เด็กมีปัญหาในการเข้ากับสังคมใหม่และการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก (จินตนา, 2525)

2.1.2 พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ (emotional development) (จินตนา, 2525)

เด็กวัยนี้มักเจ้าอารมณ์ สังเกตได้ว่าเมื่อเด็กหวาดกลัวอย่างสุดขีด มีความรู้สึกอิจฉา ริษยาอย่างไม่มีเหตุผลและโมโหร้าย การที่เด็กมีอารมณ์เช่นนี้อาจสืบเนื่องมาจากเล่นนานและหักโหมเกินไป ซัดขืนไม่ยอมนอนกลางวัน ไม่ยอมกินอาหาร นอกจากนี้ยังโกรธเมื่อไม่สามารถทำสิ่งที่ตนคิดว่าจะทำเองได้สำเร็จเป็นต้นว่า เมื่อไม่สามารถบังคับขงเล่น จะรู้สึกไม่สมหวังและเกรี้ยว

กราด แต่เมื่อมีโอกาสเข้าไปอยู่ในสังคมที่กว้างขวางขึ้น เช่น เข้าโรงเรียนหรือมีเพื่อนเล่น อารมณ์จะดีขึ้น

เด็กแต่ละคนมีอารมณ์ไม่เหมือนกัน และอารมณ์ของเด็กแต่ละคนยังแปรผันไปอีก เกิดจากสภาพต่างกันประการหนึ่ง และสิ่งแวดล้อมต่างกันอีกประการหนึ่ง นอกจากนี้ยังอาจขึ้นอยู่กับกระบวนการของพฤติกรรมทางอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างวัยทารกอีกด้วย เช่น เด็กที่เติบโตขึ้นมากจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ห่างไกลเสียงดังและสิ่งตื่นเต้นทั้งหลายและได้รับความอบอุ่น มักจะมีอารมณ์ดีกว่าเด็กที่เติบโตขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะตรงข้าม เด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย จะเห็นได้ว่าอารมณ์ของเด็กเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเป็นประการสำคัญ

อารมณ์ต่างๆของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน อารมณ์สามัญซึ่งมักเกิดกับเด็กวัยนี้ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ความอิจฉา ความรัก ความอยากรู้อยากเห็น ความดีใจและความเสียใจ

1. ความโกรธ เป็นอารมณ์ธรรมชาติที่สุดสำหรับเด็กในวัยนี้ เพราะเหตุว่าเด็กตอนนี้มีเหตุการณ์ที่เร้าให้ตกอยู่ในอารมณ์โกรธมากมาย อีกประการหนึ่งคือ เด็กรู้ว่าวิธีเอาชนะที่เร็วและง่ายที่สุด คือ วิธีการแสดงอาการโกรธ สิ่งที่ทำให้เด็กโกรธบ่อยๆ ได้แก่ การถูกขัดใจเรื่องการเล่น ถูกขัดขวางไม่ให้ทำสิ่งที่เขากำลังกระทำอยู่ ถูกเด็กอื่นรังแกหรือแย่งของเล่น เป็นต้น ครอบครัวจะมีบทบาทที่สำคัญในการแสดงความโกรธของเด็กว่าจะเกิดขึ้นรุนแรงและบ่อยมากน้อยเพียงใด บางครั้งอาจเกิดมาจากการที่เด็กอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกมากจึงเกิดความสับสนในการอบรมสั่งสอนของผู้ใหญ่ หรือแม้แต่การขัดใจบังคับไม่ให้เด็กทำพฤติกรรมที่เด็กกระทำเป็นประจำ เช่น ธรรมชาติของเด็กวัยนี้คือชอบวิ่งเล่นแต่บังคับให้นั่งนิ่งๆอยู่กับที่ เป็นต้น

เด็กที่มีอายุ 2 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีการแสดงออกของอารมณ์มากขึ้น ดังนั้นหากพบว่าเด็กมีอารมณ์โกรธเกรี้ยวกราด ควรแก้ไขดังต่อไปนี้ คือ หาทางระบายความเครียดให้แก่เด็ก ผู้ใหญ่ควรแสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับในเหตุผลของเด็ก และไม่แสดงความโกรธเสียเอง และควรมหาสิ่งมาเบี่ยงเบนความสนใจให้แก่เด็ก ไม่ควรบังคับให้เด็กทำพฤติกรรมนั้นแบบกะทันหัน เป็นต้น

2. ความหวาดกลัว เด็กในวัยนี้จะเริ่มมีการพัฒนาให้เห็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวหรืออันตรายแก่ตน ดังนั้นเด็กในวัยนี้จึงมีความกลัวและวิตกกังวลมากกว่าวัยทารกและวัยเด็กโต โดยพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเด็กอยู่ในความหวาดกลัวคือ การวิ่งหนีหรือหลบซ่อน อาจจะมีการพูดว่า “ไม่” หรือ “อย่า” พร้อมกับการร้องไห้ สิ่งที่ทำให้เด็กกลัวนั้นมีได้หลากหลาย อาจจะเป็นเสียงดัง ความมืด หรือแม้แต่กลัวตามประสบการณ์ที่อาจเกิดจากความกลัวตามมารดาของตัวเองก็เป็นได้ ดังนั้นผู้ใหญ่ควรให้ความเข้าใจในสิ่งที่เด็กกลัว ฝึกให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับ

สิ่งที่กลัวและใกล้ชิดกับสิ่งนั้นมากขึ้น ความหวาดกลัวนี้จะค่อยๆลดลง (จินตนา, 2525) เช่น การที่เด็กเล็กไม่ยอมแปรงฟันเพราะเด็กยังไม่คุ้นเคยกับการที่มีอะไรเข้าปากเด็ก การแสดงออกซึ่งความหวาดกลัวและปฏิกิริยาต่อต้านจึงเป็นเรื่องธรรมชาติ ผู้ปกครองควรให้ความเข้าใจและสร้างความคุ้นเคยให้กับเด็กจนทำให้เด็กเรียนรู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องกระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ช่วงเวลาในการเอาชนะความกลัวของเด็กแต่ละคนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์และเทคนิคต่างๆของผู้ดูแลด้วย (วรารณา, 2553)

3. ความอิจฉาริษยา อารมณ์ความรู้สึกนี้มักเกิดขึ้นในเด็กเล็กที่มีต่อบุคคลที่เขารัก ซึ่งเป็นเรื่องปกติของเด็กวัยนี้ อาจเกิดจากการที่พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กไปให้ความสำคัญแก่บุคคลอื่นซึ่งได้แก่น้องใหม่มากกว่าตนเอง ในบางครั้งการเก็บกดอารมณ์และความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ไว้จะนำมาซึ่งการแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การกัดเล็บ การดูดนิ้ว ปัสสาวะรด เป็นต้น และอาจจะทำให้เกิดและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำได้ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวควรที่จะป้องกันและแก้ไขเสียแต่เริ่มต้นเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุด

4. ความร่าเริงแจ่มใส เด็กในวัยนี้จะมีการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ร่าเริง สนุกสนาน อาจจะเป็นการยิ้ม หัวเราะ ทำท่าทางล้อเลียน กระโดดโลดเต้น เป็นต้น

5. ความรักใคร่ เด็กในทุกๆวัยจะมีการแสดงออกและเรียนรู้ที่จะรักในคนที่ให้ความสนใจหรือเอาใจใส่แก่เขา ไม่เพียงแต่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเท่านั้น สัตว์หรือสิ่งของที่ไม่มีชีวิตเด็กก็จะแสดงความรักต่อสิ่งๆนั้นได้ พฤติกรรมที่เด็กจะแสดงออกซึ่งความรัก ความนับถือ ประจบเอาใจ อาจจะเป็นทั้งด้วยคำพูด หรือกริยาท่าทาง อยากให้สิ่งของที่ปรารถนาอยู่ใกล้อยู่ตลอดเวลา

2.1.3 พัฒนาการทางสังคม (social development)

ครอบครัวมีความสำคัญและมีบทบาทต่อประสบการณ์ทางสังคมซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมภายนอกได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นเด็กในวัยนี้ควรได้รับการฝึกฝนและให้โอกาสได้รับการประสบการณ์เบื้องต้นที่จำเป็นแก่เด็ก เช่น ให้เด็กได้มีโอกาสปรับตัวเข้ากับเพื่อนวัยเดียวกัน โดยเฉพาะเด็กในวัย 2-3 ปีจะเป็นวัยที่เด็กเริ่มสนใจที่จะเล่นกับเด็กคนอื่นแทนที่ผู้ใหญ่ หากกักขังไม่เปิดโอกาสทางสังคมให้แก่เด็กก็จะพบปัญหาด้านพฤติกรรมทางสังคมต่อไปได้ การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมนี้จะเริ่มเกิดขึ้นในระยะแรกของวัยนี้ เพราะเด็กวัยนี้จะเริ่มมีความรู้สึกต่อบุคคลอื่นๆมากขึ้น พฤติกรรมทางสังคมที่อาจพบในเด็กวัยนี้ได้แก่ ความดีใจ ความรุนแรงก้าวร้าว การทะเลาะเบาะแว้ง ความร่วมมือ การยอมรับทางสังคม การคบเพื่อน การมีเพื่อนสมมติ การเป็นผู้นำ และความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง

2.1.4 พัฒนาการทางสติปัญญา (intellectual development)

เด็กจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกเกิด เริ่มพัฒนาเป็นความคิดและสติปัญญา โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือ

2.1.4.1 การดูดซึม (assimilation) หมายถึง กระบวนการที่เด็กจะสามารถรับรู้และดูดซึมสิ่งแวดล้อมต่างๆด้วยประสบการณ์ของเด็กเอง เช่น การเรียกผู้ชายว่าพ่อ และเรียกผู้หญิงว่าแม่ โดยที่ยังไม่เข้าใจความหมาย

2.1.4.2 การปรับตกแต่ง (accomodation) เป็นกระบวนการที่อยู่คู่กับการดูดซึมสิ่งแวดล้อมจะมีผลทำให้เด็กปรับความเข้าใจหรือความรู้เดิมทำให้เด็กเปลี่ยนความคิดหรือความเข้าใจใหม่ได้

สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ตรงของเด็กในวัยนี้มีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กทางสติปัญญา ความคิด ส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ การเล่น และการใช้ภาษา (จินตนา, 2525)

2.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของเด็กและสุขภาพช่องปากรวมทั้งปัญหาโรคฟันผุ

2.1.5.1 สุขภาพช่องปากและโรคฟันผุในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

ฟันผุ คือ การทำลายเนื้อเยื่อแข็งของฟันที่เกิดจากกระบวนการที่เชื้อแบคทีเรียใช้คาร์โบไฮเดรตเป็นวัตถุดิบในการผลิตกรดมาทำลายฟัน ซึ่งกระบวนการเกิดโรคเริ่มต้นนั้นเกิดมาจากการมีไบโอฟิล์ม (biofilm) มาปกคลุมที่บริเวณผิวฟัน ถ้าเป็นในระยะเริ่มต้นจะไม่สามารถตรวจพบได้ทั้งทางคลินิกและทางภาพรังสี โรคฟันผุนั้นเป็นโรคเรื้อรังพบได้ที่ตัวฟันและรากฟัน พื้นผิวบริเวณที่เรียบและเป็นหลุมร่องฟัน นอกจากนี้ยังพบได้ทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม ฟันผุในฟันน้ำนมที่พบได้บ่อยในเด็กปฐมวัยมีชื่อเรียกว่า ภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early Childhood Caries: ECC)

ภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย คือการมีรอยผุอย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งบริเวณฟันหน้าบนของเด็กปฐมวัยที่อายุต่ำกว่า 3 ปี (Milnes, 1996) นอกจากนี้ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งสหรัฐอเมริกา (AAPD, 2009-2010) ได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมว่า ภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นการผุในลักษณะที่พบทั้งที่มีโพรงหรือรอยผุแบบไม่มีโพรง (noncavitated or cavitated lesions) อาจจะเป็นฟันที่ถูกถอนออกไปเนื่องจากฟันผุ หรือฟันที่อุดแล้วในเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 71 เดือน ถ้าหากเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีแล้วมีอาการผุบริเวณพื้นผิวเรียบของฟันจัดเป็นการผุในระดับขั้นรุนแรง (severe early childhood caries) ซึ่งจากเดิมก่อนจะมีการนิยามภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย นั้นการผุในลักษณะนี้ถูกเรียกว่า ฟันผุจากการเลี้ยงดู (nursing bottle caries หรือ milk bottle syndrome หรือ baby bottle tooth decay) เนื่องจากเป็นคำที่เข้าใจได้ง่ายแม้ในบุคคลากรที่ไม่ได้

เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข แต่จากรายงานพบว่าการใช้ค่าเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความเข้าใจว่าการผูก ในลักษณะนี้เกิดจากการดูคนจนได้เพียงอย่างเดียวแต่ยังมีการดูคนแม่และการใช้जूकหลอกที่มี รสหวานที่สามารถทำให้เกิดการผูกในลักษณะนี้ได้เช่นกัน (Ripa, 1988) และจะสามารถพบได้มาก ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับผลประโยชน์ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วคิดเป็น ร้อยละ 70 (Milnes, 1996) ซึ่งประเทศไทยก็จัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้วยเช่นกัน

การเปรียบเทียบความชุกหรือความถี่และการกระจายตัวของฟันผุ นั้น ก่อนข้างซับซ้อนซึ่งมีข้อจำกัดตามเกณฑ์วินิจฉัยของแต่ละงานวิจัย (Ismail, 2004; Pitts, 2004) การให้นิยามในแต่ละบุคคล ความยากในการเก็บข้อมูลของกลุ่มอายุเด็กเล็กวัยนี้ รายงานแรกของ ความชุกในเด็กก่อนวัยเรียนในสหรัฐอเมริกาจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มเฮดสตาร์ทและ โภชนาการเสริมสำหรับสตรีและเด็ก (Head Start and Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children : WIC) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการผูกสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Tang et al., 1997) ต่อมา มีการศึกษาระบาดวิทยาของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากขึ้นจากรายงานของการ สํารวจสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติ (National Health and Nutrition Examination Survey : NHANES III) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988-1994 และปี ค.ศ. 1999-2004 เป็นรายงานที่น่าเชื่อถือเนื่องจากว่ามี การจํานวนตัวอย่างค่อนข้างมาก ด้วยผู้ตรวจที่มีมาตรฐาน ยิ่งไปกว่านั้นรายงานนี้ยังรวมปัจจัยทาง เศรษฐกิจสังคม ความชุกของโรคและการรับการรักษาแบ่งออกเป็นระดับต่างๆของรายได้ประชากร จากการศึกษานี้เมื่อปี ค.ศ. 1988-1994 พบว่าค่าผูกต่อคนต่อซี่ (dft) ของเด็กก่อนวัยเรียนในสหรัฐ มีค่าสูง ความชุกของฟันผุในเด็ก 2-5 ปีเพิ่มจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 28 ในปี ค.ศ. 1999-2004 ซึ่งจากภาพรวมพบว่ามีเด็กที่ผูกและยังไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 72 จากรายงานสรุปได้ดังนี้ 1) ความชุกของโรคฟันผุอยู่ในค่าสูงทั้งในเด็กที่มีฐานะยากจนและเกือบยากจนในเด็กก่อนวัยเรียน ในประเทศสหรัฐอเมริกา 2) ในทางกลับกันความชุกของโรคฟันผุจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐพบว่เด็กอายุ 5 ปีมีความชุกในการเกิดที่มากขึ้น 3) ในเด็กที่มีประสพการณ์การ เกิดฟันผุนั้นถ้าไม่คำนึงถึงฐานะทางการเงินพบว่จะมีอัตราการเกิดฟันผุสูง 4) พบว่เด็กที่มีฟันผุใน ประเทศสหรัฐส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษา (Tinanoff and Reisine, 2009)

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจทันตสุขภาพของประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2532 พบว่เด็กไทยอายุ 3 ปีมีฟันผุร้อยละ 66 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72 ในปี พ.ศ. 2545 และ จากข้อมูลการสำรวจค่าเฉลี่ยเด็กปราศจากฟันผุเมื่อปี 2552 พบว่เด็กไทยอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 39.83 และระดับจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่ปี พ.ศ. 2552 เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 55.22 แต่ในปี พ.ศ. 2553 พบว่เด็กปราศจากฟันผุลดลงเป็นร้อยละ 37.20 ส่วนระดับอำเภอหนอง หน้ําไซในปี พ.ศ. 2553 เด็กปราศจากฟันผุคิดเป็นร้อยละ 42.52

2.1.5.2 ปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุเป็น โรคที่เกิดจากหลายปัจจัย เริ่มต้นจากการเกิดปัจจัยด้านชีวภาพในสภาวะช่องปากและยังมีปัจจัยด้านอื่นๆเช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคมาเกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ก. ปัจจัยด้านชีวภาพ

โรคฟันผุเป็น โรคติดเชื้อซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยอาหารร่วมด้วยโดยมีกระบวนการทางชีวภาพที่เข้ามาเกี่ยวข้องและมีความสำคัญซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ 3 ประการได้แก่

1. อาหาร (substrate)
2. ตัวเชื้อที่ก่อโรค (cariogenic microorganisms)
3. ลักษณะของฟันและสิ่งแวดล้อมในช่องปาก (susceptible tooth surface/host)

โรคฟันผุในเด็กเล็กเริ่มต้นจะสังเกตได้ง่ายจากการพบรอยโรคสีขาวบริเวณพื้นผิวด้านหน้าของฟันน้ำนม 6 ซี่หน้า ซึ่งกระบวนการพื้นฐานของฟันผุทุกรูปแบบเกิดมาจากการสูญเสียแร่ธาตุ (demineralization) ของฟัน โดยกรดที่สร้างขึ้นจากเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดฟันผุ ในกระบวนการเมตาบอลิซึมของเชื้อที่มีต่อการย่อยคาร์โบไฮเดรต (น้ำตาลซูโครส กลูโคส ฟรุคโตส และอาหารเหนียวติดฟัน) ที่อยู่ในไบโอฟิล์มบนผิวฟันทำให้เกิดกรดที่มีประจุไฮโดรเจน ละลายผลึกคาร์โบเนตไฮดรอกซีอะพาไทต์ ของเคลือบฟัน เนื้อฟัน และเคลือบรากฟัน (Featherstone, 2000) จากนั้นค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ในช่องปากก็จะลดลง ซึ่งต่อมาร่างกายก็จะมีกระบวนการซ่อมสร้างสำหรับการสูญเสียแร่ธาตุไปคือการดูดคืนกลับของแร่ธาตุ (remineralization) เป็นกระบวนการนำแร่ธาตุคืนกลับสู่ฟัน โดยแร่ธาตุในช่องปากรวมฟลูออไรด์มีสะสมอยู่บริเวณผิวฟันและในน้ำลาย เข้าสู่วงจรการสูญเสียแร่ธาตุและการคืนกลับแร่ธาตุที่มีต่อเนื่องไปตลอดทั้งวัน แต่หากปล่อยให้มีความ pH ที่ต่ำอยู่เป็นเวลานานและบ่อยจะทำให้เกิดลักษณะเป็นโพรงฟันบนพื้นผิวฟันได้ (Gussy et al., 2006)

1. อาหาร (substrate)

อาหารที่กล่าวถึงที่มีบทบาทในการเริ่มต้นและพัฒนาเป็นฟันผุได้แก่อาหารจำพวกน้ำตาล (น้ำตาลซูโครส กลูโคส ฟรุคโตส) และอาหารคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ(จำพวกแป้งที่มีความเหนียวค่อนข้างสูง) (Tinanoff and Palmer, 2000) น้ำตาลซูโครสเป็นน้ำตาลที่สามารถพบได้บ่อยและเป็นน้ำตาลเดียวที่เมื่อถูกเมตาบอลิซึมแล้วทำให้เกิดเดกซ์แทรน (dextrans) ซึ่งจะเป็นตัวช่วยในการยึดเกาะของแบคทีเรียบนผิวฟัน ด้วยเหตุผลนี้เองทำให้น้ำตาลชนิดนี้เป็นตัวการสำคัญ

ในการก่อตัวของเชื้อที่ทำให้เกิดฟันผุ (Mikkelsen, 1996) นอกจากนี้ความถี่ในการบริโภคน้ำตาล ชูโครสยังมีความสำคัญมากกว่าไปกว่าปริมาณในการบริโภคทั้งหมดอีกด้วย (Gussy et al., 2006)

การบริโภคนม พบว่ายังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางระหว่างนมแม่และนมวัวในการทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก จากหลักฐานพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างขวดนมกับการเกิดฟันผุค่อนข้างน้อยอาจเนื่องมาจากความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัยที่รวมทั้งการฝึกการบริโภคที่ไม่ใช่การดูดนมจากขวดเพียงอย่างเดียว (Reisine and Douglass, 1998) เช่นเดียวกับการดูดนมแม่พบว่านมแม่เพียงอย่างเดียวก็ไม่ได้ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กจะต้องมีการบริโภคกลุ่มอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตอื่นๆที่ทำให้เกิดฟันผุสูงด้วย (Erickson and Mazhari, 1999) นอกจากนี้จากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการยังพบว่า นมแม่นั้นไม่สามารถทำให้ค่า pH ลดต่ำลงจนทำให้เกิดการเริ่มต้นของการผุได้ การมีการสะสมแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสเฟตบริเวณผิวฟันอาจมีส่วนช่วยในการป้องกันฟันผุได้อีกด้วย (Litt et al. 1995; Erickson and Mazhari, 1999)

2. คราบจุลินทรีย์

โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน แต่หากกล่าวถึงเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักในการเกิดคือเชื้อมีวแทนส์ สเตร็ปโตค็อกไค (Mutans Streptococci) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุทั้งเด็กและผู้ใหญ่ (Tanzer et al., 2001) การถ่ายทอดของเชื้อสามารถถ่ายทอดแบบแนวตั้ง (vertical transmission) คือการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก อายุของเด็กที่ได้รับเชื้อมีวแทนส์ สเตร็ปโตค็อกไค นั้นสำคัญต่อการกำหนดสถานะของความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของเด็กได้ (Karn et al., 1998; Harris et al., 2004) เคยมีการศึกษาพบว่าช่วงที่เด็กจะได้รับเชื้อจากแม่ได้แก่ช่วงอายุ 19-31 เดือน (Caufield et al., 1993) แต่อย่างไรก็ตามต่อมาเมื่อมีการศึกษาพบว่าสามารถพบเชื้อได้ในช่วงอายุที่น้อยกว่านั้น (Tinano et al., 2002) และเชื้อมีวแทนส์ สเตร็ปโตค็อกไค สามารถก่อตัวขึ้นในช่องปากตั้งแต่ก่อนฟันจะขึ้นตอนอายุ 6 เดือน (Wan et al., 2001) ระดับเชื้อที่สูงในช่องปากของแม่จะสามารถกระจายสู่ลูกได้ตามการบริโภคและสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีของแม่ (Tinano et al., 2002) การได้รับการถ่ายทอดผ่านทางอาหารจากผู้ใหญ่ เช่นการเป่าข้าวหรืออมข้าวให้เด็ก เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการก่อตัวของเชื้อในช่องปากยังรวมถึง ความถี่ของการสัมผัสกับน้ำตาล ความถี่ของการกินขนม การดื่มเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลจนล้น ในทางตรงข้าม การก่อตัวของเชื้อจะไม่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการได้รับยาปฏิชีวนะและการแปรงฟัน (Gussy et al., 2006)

3. ลักษณะของฟันและสิ่งแวดล้อมในช่องปาก (susceptible tooth surface/host)

มีหลายปัจจัยที่สามารถชักนำไปสู่การเกิดโรคฟันผุในแต่ละบุคคลในแต่ละซี่ ซึ่งรวมถึงปัจจัยด้านระบบภูมิคุ้มกัน การลดลงของน้ำลาย ความไม่สมบูรณ์ของเคลือบฟันหรือรอยวิการของเนื้อเยื่อฟัน และเพราะเคลือบฟันไม่มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันเชื้อมิวแทนส์ สเตอริไฟด์คือไซ หลักๆจึงอยู่ที่น้ำลายซึ่งตัวที่มีบทบาทคือ อิมมูโนโกลอบบูลินชนิด เอ จากน้ำลาย (salivary secretory immunoglobulin A : IgA) หรือ ซีรัม (serum) และน้ำเลี้ยงเหงือก (gingival crevicular fluid) เมื่อเด็กเริ่มมีการติดเชื้อในช่องปากก็จะมีการเริ่มสร้างแอนติบอดีของอิมมูโนโกลอบบูลินชนิด เอ จากน้ำลายขึ้น (Seow, 1998) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางระบบภูมิคุ้มกันที่มีความจำเพาะ เช่น น้ำลายจะทำหน้าที่เป็นบัฟเฟอร์ลดการเกิดกรด มีหน้าที่ทำความสะอาดภายในช่องปาก อีกทั้งยังเป็นแหล่งเก็บแร่ธาตุต่างๆที่สำคัญในการคืนแร่ธาตุของเคลือบฟันอีกด้วย (Gussy et al., 2006)

ฟันที่เริ่มขึ้นในช่องปากนั้นเคลือบฟันจะยังไม่สร้างสมบูรณ์ทำให้มีการเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุอยู่ตลอดเวลาซึ่งต่างจากฟันที่มีการสร้างเคลือบฟันที่สมบูรณ์แล้วจะมีประจุที่สำคัญที่ทำงานร่วมกันป้องกันฟันผุได้แก่ ฟลูออไรด์ ดังนั้นฟันจะมีความเสี่ยงต่อการผุได้มากที่สุดนับตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นในช่องปาก (Simmer and Hu, 2001)

มีหลายการศึกษาพบว่า การเจริญที่มีความวิการของฟันผุฟันและฟันผุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Li et al., 1996; Seow et al., 1996; Lai et al., 1997; Milgrom et al., 2000) การรบกวนการเจริญเติบโตของหน่อฟันแท้ในระยะตัวอ่อนนั้นทำให้เกิดการสูญเสียโครงสร้างของเคลือบฟัน ทำให้เมื่อฟันขึ้นมาแล้วเกิดการเกาะยึดของคราบจุลินทรีย์ได้ง่ายต่างจากฟันที่มีฟันผุฟันเรียบ (Seow, 1998) การรบกวนดังกล่าวรวมถึงการคลอดก่อนกำหนดหรือการมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ เกิดการติดเชื้อก่อนหรือหลังคลอด การขาดสารอาหาร การได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม (Seow et al., 1996) หรือจากแม่ที่สูบบุหรี่ (Williams et al., 2000)

ข. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและจิตสังคม

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องสาเหตุของการเกิดฟันผุในเด็กเล็กถูกจำกัดความหลากหลายของการศึกษาและมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยด้านชีวภาพ ทำให้โมเดลสำหรับการทำนายการเจริญเติบโตของฟันผุมีความไวสูงแต่ความจำเพาะเจาะจงต่ำ (Litt et al., 1995) การศึกษาในเวลาต่อมาจึงคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ พฤติกรรม สภาพพื้นฐานสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อจะได้ทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพที่ดีและความเจ็บป่วยต่อไป

สภาพพื้นฐานทางสังคม (sociodemographic factors)

การพิจารณาสภาพพื้นฐานทางสังคมนี้มีหลากหลายตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวควบคุมการนำไปสู่การกระจายของปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆของเกิดฟันผุ เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ และปัจจัยด้านพุทธิปัญญา (Litt et al., 1995)

- สภาพทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ลักษณะเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่ต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงของเด็ก จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยนี้เพื่อจะเข้าใจวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน (Weinstein, 1998) กลุ่มชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์และผู้อพยพในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันจากเหตุผลที่มากมายไม่เพียงแต่เรื่องความสามารถในการจ่ายเงินทำเพื่อการรักษาเท่านั้น (Tinanoff and Reisine, 2009) การศึกษาต่อมาของ Veterans Affairs Health System ได้แนะนำว่าในปัญหาที่ยังไม่รู้สาเหตุนั้นส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่ต่างกันในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพและผู้ป่วยชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ ระดับความไวใจของผู้ป่วย ความคิดของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคผลที่จะตามมาของโรค และการเข้าถึงแหล่งที่มาทางสังคม (Saha et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มย่อยของผู้ดูแลชาวแอฟริกันอเมริกา จีน ลาตินโนและฟิลิปปินโน ซึ่งมีความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความสำคัญกับสาเหตุการเกิดโรค ความเชื่อทางชุมชนเกี่ยวกับความกลัวในการรับบริการทางทันตกรรมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรม (Harrison, 2003) นอกจากนี้หากกล่าวถึงกลุ่มที่แบ่งตามสีผิวพบว่าเด็กผิวดำมีอัตราการเกิดฟันผุที่ต่ำกว่าเด็กผิวขาว (Hunt, 1990) แต่จากการสำรวจต่อมาพบว่าเด็กผิวดำและกลุ่มฮิสแปนิก (Hispanic) มีอัตราฟันผุที่สูงกว่าเด็กผิวขาว (Freeman et al., 1989; Disney, 1990; Thibodeau et al., 1993) นักวิชาการหลายท่านเชื่อว่าความแตกต่างของการผุของเด็กผิวดำและผิวขาวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรมและสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (Litt et al., 1995)

- สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status) มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดฟันผุโดยมีการใช้เกณฑ์ในการวัดหลายรูปแบบ ทั้งการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง ความยากจนและรายได้ของครอบครัว (Hunt, 1990) มีหลักฐานที่ค่อนข้างเชื่อถือได้พบว่ารายได้ของครอบครัวและความชุกของการเกิดฟันผุมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำจะมีฟันผุมากกว่า (Beck, 1998; Vargas et al., 1998) อย่างไรก็ตามเด็กจากครอบครัวที่มีรายได้สูงพบว่าไม่ประสบการณการเกิดฟันผุต่ำแต่ยังคงมีการเกิดฟันผุ (Tinanoff et al., 2002) ระดับชั้นทางสังคมไม่ได้มีผลทางตรงต่อการเกิดฟันผุ แต่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ความถี่ของการแปรงฟันและการบริโภคน้ำตาล ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อทั้งระดับเชื้อและ

ประสบการณ์การเกิดฟันผุ (Litt et al., 1995) สำหรับความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุพบว่าคล้ายกันทั้งในเด็กที่ครอบครัวยุติรายได้สูงและรายได้น้อย (Tinanoff et al., 2002)

สำหรับประเทศไทยนั้นจากการสำรวจของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เมื่อปีพ.ศ. 2546 พบว่าปัจจัยที่ทำให้อัตราฟันผุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ อายุ ภูมิภาค รายได้ครัวเรือน อาชีพและระดับการศึกษาของคนเลี้ยงดูหลัก ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ยากจนและไม่ยากจนพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัยคือ 1) ภาคที่อาศัย 2) อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก 3) ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู (ตารางที่ 1) โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบอัตราฟันผุและอนามัยช่องปากทั้งกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจนพบว่า กลุ่มที่ยากจนมีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 49.3 สูงกว่า และมีอนามัยช่องปากที่ไม่สะอาดมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 43 ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547)

ค. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

ถึงแม้ว่าจะมีการหลักฐานทางวิชาการเพื่อแสดงว่าสภาพทางสังคม เศรษฐกิจมีความสำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก แต่ก็ยังมีอีกหลายกระบวนการที่ไม่สามารถเข้าใจและวัดความแตกต่างออกมาได้ เช่นเดียวกับปัจจัยเรื่องจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ยังไม่มีความเข้าใจที่ชัดเจนในการเกิดฟันผุ นอกจากนี้ยังรวมถึง เรื่องของความเครียดของผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ดูแลเด็ก และอิทธิพลจากเพื่อนบ้าน

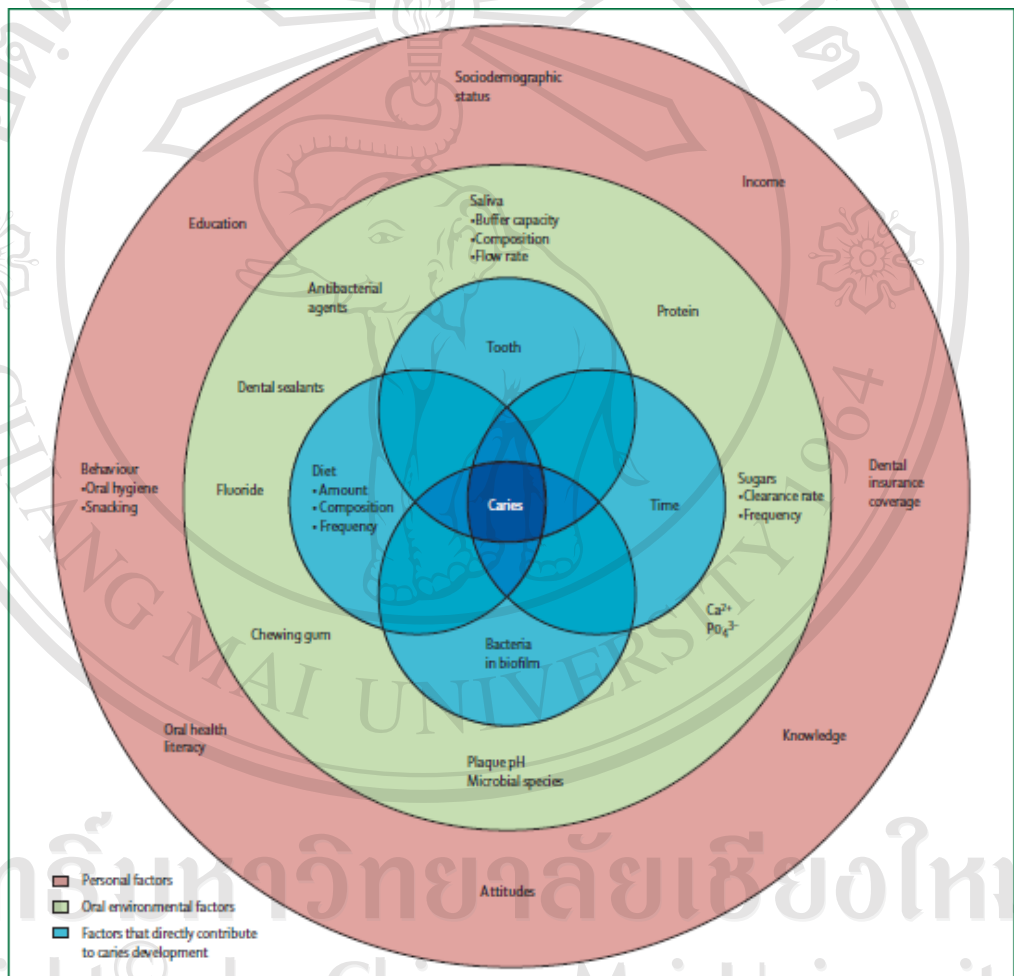
ในทางการแพทย์นั้น โรคเครียดมีความสัมพันธ์กับการป่วยเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดกับโรคฟันผุนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาที่น้อย (Tinanoff and Reisine, 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมา Sutton (1965) ได้แนะนำว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเครียดที่เพิ่มขึ้นและอัตราฟันผุที่สูงขึ้นอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและภาวะโภชนาการ ส่วนประกอบในน้ำลายหรือในเลือด (Sutton, 1965) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่วัดความเครียดในรูปแบบของความวิตกกังวล พบว่าพ่อแม่ที่มีความวิตกกังวลเรื่องการทำฟัน โดยเฉพาะพ่อมีความสัมพันธ์กับอัตราฟันผุสูงในลูก ความวิตกกังวลของพ่อแม่มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อฟันผุมากกว่าความวิตกกังวลต่อการทำฟันของตัวเอง (Tuutti and Lahti, 1987; Lahti et al., 1989) ในทางตรงข้ามบางการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลต่อการทำฟันและอัตราฟันผุในฟันน้ำนม ไม่มีความสัมพันธ์กัน (Brown et al., 1986) ทั้งนี้ยังต้องอาศัยการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ปกครองและโรคฟันผุในเด็กเล็กต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 2 ปี 6 เดือน และผู้เลี้ยงดูจำแนกตามความยากจน

ลักษณะประชากร(ร้อยละ)		ครัวเรือน ยากจน	ครัวเรือนไม่ ยากจน	รวม
อาศัยอยู่ในภาค*	จำนวนรวม	467	609	1076
	กลาง	18	33.8	27
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	39	24.5	30.9
	เหนือ	30.6	20.2	24.7
	ใต้	12	21.5	17.4
ผู้เลี้ยงดูหลัก	จำนวนรวม	462	609	1072
	แม่เลี้ยงหลัก	57.8	53.5	55.4
	คนอื่นเลี้ยง	42.2	46.5	44.6
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลักปัจจุบัน*	จำนวนรวม	432	557	989
	แม่บ้าน	26	28.5	27.4
	รับจ้าง	23.6	20.8	22
	เกษตรกร	41.2	17.4	27.8
	ค้าขาย	6.7	14.5	11.1
	อื่นๆเช่นข้าราชการ/ พนักงานบริษัท	2.5	18.7	11.6
	ไม่ระบุ	35	52	87
ระดับการศึกษา	จำนวนรวม	467	609	1076
	ผู้เลี้ยงดูหลักปัจจุบัน*			
	<=ประถมศึกษา	76	46.3	59.4
	>=มัธยมศึกษา	24	53.7	40.6

หมายเหตุ * ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆระหว่างครัวเรือนยากจนและไม่ยากจน โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Squared พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ (กองทัพสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547)

จากที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าไม่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดฟันผุได้เพียงอย่างเดียวเนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดได้จากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม (ภาพที่ 1) จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยในด้านต่างๆ ประกอบกันเพื่อทำความเข้าใจและนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกันในแต่ละชุมชน (สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพช่องปากนั้นจะได้กล่าวถึงในหัวข้อถัดไป)



ภาพ 1 ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรคฟันผุ (Selwitz, Ismail et al., 2007)

2.1.5.3 ผลกระทบของโรคฟันผุต่อสุขภาวะเด็ก

นพ.สุริเวท ทริปาตี ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลและผู้จัดการแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน กล่าวว่า ปัญหาเรื่อง

ฟันผุในเด็กเล็กตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นจนถึงเด็กปฐมวัยมีอัตราสูงมาก นอกจากเด็กจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องในช่องปากแล้วยังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งนั่นก็คือสุขภาวะของเด็ก

ด้านร่างกายและสติปัญญา ส่งผลทำให้เกิดโรคอื่นๆได้ในบริเวณใกล้เคียง ไปจนถึงสุขภาพโดยรวม เริ่มตั้งแต่อาจมีหนองที่เหงือกแล้วทำให้แสบบวม ตาบวม ต่อม น้ำเหลืองบริเวณคอโต ต่อมท่อนซิลอักเสบ หรือผิวหนังอาจจะเป็นผื่นจากภูมิแพ้ ส่วนอื่นๆที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคคอตีบหรือไอ้กาบไปจนหัวใจรั่วเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และอาจลุกลามไปยังบริเวณอื่นๆได้อีก และจากการปวดฟันทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้ อาจทำให้เด็กได้รับประทานอาหารน้อยลง มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (สุนันทา, 2553) ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การเรียนรู้ด้านสติปัญญาลดลง รวมทั้งปัญหาการฝึกออกเสียงพูด อาจจะทำให้เด็กพูดไม่ชัดเนื่องจากฟันหน้าผุหรือหลุดไป (Thomas, 2002)

ด้านจิตใจและอารมณ์และสังคม เนื่องจากเด็กมีปัญหาในสุขภาพช่องปากและอาจถูกละเลยในการพาไปรับการรักษาซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมกรรมการเพิกเฉยที่ผู้ปกครองกระทำต่อเด็ก (Olivan, 2003) จึงส่งผลกระทบต่อสภาวะด้านจิตใจของเด็ก เช่น เด็กอาจไม่กล้าพูด กลัวโดนเพื่อนล้อ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารของเด็ก ความมั่นใจและการเข้าสังคม ยิ่งไปกว่านั้นทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กลดลงอีกด้วย (Mouradian, 2001)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

มีการให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้จากนักวิชาการหลากหลายท่าน ดังนี้

Gochmann (1988) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง ความเชื่อ การให้คุณค่า ความคาดหวัง การรับรู้ของบุคคล จะแสดงออกมาในรูปแบบของการปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเกิดจนเป็นนิสัยที่ทำในชีวิตประจำวัน มีการส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเรื่องของการส่งเสริม ป้องกันและการรักษาโรค (Gochman, 1988)

นอกจากนี้ยังมีการมองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นเรื่องส่วนบุคคลเท่านั้นยังเป็นการแสดงออกของทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเจตคติ ความรู้และการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของตนเองและบุคคลอื่น (ธนวรรณ, 2548)

สรุปพฤติกรรมสุขภาพนั้น หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นทั้งพฤติกรรมภายในและ

ภายนอก เป็นการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม (Goodman, 1959)

2.2.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้คือ

2.2.2.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำแล้วเป็นผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง

2.2.2.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำแล้วส่งผลเสีย เป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

2.2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.3.1 พฤติกรรมด้านความรู้ หรือ พุทธิปัญญา หมายถึง สิ่งที่แสดงให้บุคคลนั้นรู้และคิดเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการใช้ความสามารถด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกออกตามลำดับจากง่ายไปยาก ดังนี้ ความรู้ ความจำ (knowledge) ความเข้าใจ (comprehension) การนำไปใช้ (application) การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) การประเมินผล (evaluation)

2.2.3.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ ทศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ หมายถึง ความพร้อมของบุคคลทางด้านจิตใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ได้ดังนี้ การรับหรือการให้ความสนใจ (receiving or attending) การตอบสนอง (responding) การให้ค่านิยม (valuing) การจัดกลุ่มค่า (organization) การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (characterization by a value or complex)

2.2.3.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ พฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้ และด้านเจตคติ เป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

2.2.4 ปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.2.4.1 ปัจจัยพื้นฐานด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มนุษย์มีคุณสมบัติทางชีวภาพ มีศักยภาพทำงานได้สูงกว่าสัตว์อื่น ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อมได้ดี โดยอาศัยพฤติกรรมของตนเอง โดยอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของพันธุกรรมของมนุษย์และการทำงานของร่างกาย

1. พันธุกรรม
2. การทำงานของระบบในร่างกาย
3. ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system)
4. ระบบกล้ามเนื้อ (muscular system)

2.2.4.2 ปัจจัยพื้นฐานด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยที่ประกอบไปด้วยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการตีความของมนุษย์ต่อสิ่งเร้าต่างๆก่อนจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ ปัจจัยพื้นฐานทางจิตวิทยา ได้แก่

1. แรงจูงใจ
2. การเรียนรู้

2.2.4.3 ปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมวิทยา เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานด้านชีววิทยาเป็นปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล คือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่สัมพันธ์กับบุคคลอื่น แต่ในความจริงมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ย่อมต้องการการรวมกลุ่ม ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมย่อมมีความสำคัญและกำหนดลักษณะการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามสภาพสังคม

1. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม
2. กระบวนการสังคมประกิด
3. อิทธิพลของกลุ่ม

ในการวิจัยนี้ได้มุ่งเน้นการศึกษาในแง่ของชีวิตระดับครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับทั้งสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม โดยอาศัยปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมวิทยาเป็นหลัก ตามแนวคิดของ บรอนเฟนเบนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1994) ที่ให้แนวความคิดในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของพฤติกรรมมนุษย์และสิ่งแวดล้อม หรือเรียกว่า Ecological approach โดยจะแบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นระบบต่อเนื่องกัน แต่ละระบบมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและแต่ละระบบเอง ซึ่งจะแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้ ระบบจุลภาค (microsystems) ระบบปฏิสัมพันธ์ (mesosystems) ระบบภายนอก (exosystems) ระบบมหภาค (macrosystems) ระบบเหตุการณ์แวดล้อม (chronosystems) ดังจะได้กล่าวถึงรายละเอียดในเรื่องของทฤษฎีครอบครัวในเชิงสถานะแวดล้อมครอบครัวต่อไป

2.2.5 แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มีมากมายหลากหลายตามแต่นักวิชาการแต่ละท่าน ล้วนแล้วแต่ในความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากตัวบุคคลหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม หรือปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่มีเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้อธิบายได้เพียงอย่างเดียว เนื่องจากบริบทเงื่อนไขและสถานการณ์ทางสังคมเป็นเรื่องซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic) บางทฤษฎีจะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่หน่วยระดับบุคคล บางทฤษฎีเน้นการเปลี่ยนในระดับองค์การ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญที่นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ (สุปรียา, 2550) ได้แก่

2.2.5.1 ทฤษฎีหรือโมเดลระดับบุคคล (individual/ intrapersonal health behavior models/theories)

2.2.5.2 ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคล (interpersonal health behavior theories)

2.2.5.3 ทฤษฎีระดับชุมชน สังคม (community level models/theories)

2.2.5.1 ทฤษฎีหรือโมเดลที่ใช้ปรับพฤติกรรมระดับบุคคล

ทฤษฎีนี้จะมองที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ เจตคติแรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีตและ พฤติกรรมที่เป็นการแสดงออกด้วยการกระทำ มีการนำเสนอไว้ 5 โมเดลดังต่อไปนี้

ก. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

ข. โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลผู้บริโภค (consumer information processing model)

ค. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action)

ง. ทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน (theory of planned behavior)

จ. โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (stages of change model or transtheoretical model)

2.2.5.2 ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคล (interpersonal health behavior theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลย่อมมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะต้องได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆจากบุคคลแวดล้อม เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มสังคมอื่นๆ และความสัมพันธ์ในลักษณะนี้จะมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลนั้น ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคลนี้มี 2 ทฤษฎีดังนี้

ก. ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ข. เครือข่ายทางสังคม/แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theories)

ก. ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory : SCT)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมบุคคลที่เกิดขึ้นถูกกำหนดโดยปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (environment factors) และปัจจัยภายในตัวบุคคล (personal factors) ซึ่งอยู่ในลักษณะแบบการกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) คือ บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับ

สิ่งแวดล้อมได้เท่ากับที่สิ่งแวดล้อมปรับบุคคล แนวคิดนี้เน้นหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) การกำกับตนเอง (self-regulation)

ข. เครือข่ายทางสังคม/แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theories)

เครือข่ายสังคม หมายถึง กลุ่มครอบครัว เพื่อน (เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน) เป็นต้น มีลักษณะ 3 ประการดังนี้

- มีโครงสร้าง (structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักคุ้นเคย
- มีหน้าที่ (functional) เช่น ให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม ให้แรงสนับสนุนทางสังคมพันธะสัญญา
- มีการปฏิสัมพันธ์ (interactional) เช่น ความถี่ของการพบปะ ระยะเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ การแบ่งปันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความง่ายในการพบปะ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ประเภทของการช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูล

2.2.5.3 ทฤษฎีโมเดลระดับชุมชน มี 4 แนวคิดดังต่อไปนี้

ก. องค์กรชุมชน (community organization)

เป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิดทฤษฎีทางด้านระบบทางสังคม เครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม โมเดลนิเวศวิทยา และทฤษฎีปัญญาสังคมมาปรับใช้ โดยบุคคล กลุ่มผู้นำชุมชนใช้ระบุปัญหา วางแผนจัดหาทรัพยากรและวิธีการแก้ปัญหาของชุมชน และก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง 3 แบบคือ การพัฒนาชุมชน (locality development), การวางแผนทางสังคม และการกระทำทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นรูปธรรม และมีการใช้สื่อมาร่วมด้วยเพื่อกระตุ้นให้เกิดนโยบายสาธารณะ แนวคิดที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับชุมชนมี 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และความตระหนัก (critical consciousness) การสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การสร้างพลังที่เกิดจากบุคคลหรือชุมชนในการควบคุม เปลี่ยนแปลงชุมชนของตนเอง ส่วนแนวคิดการตระหนักเป็นการที่ชุมชนได้มีโอกาสทำความเข้าใจ พุดคุยถึงแก่นแท้ของปัญหา โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมและหลักความสัมพันธ์ ต้องเริ่มจากชุมชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของชุมชนเอง มองปัญหาว่าเป็นของชุมชนเอง นำไปสู่พลังทั้งบุคคลและชุมชน ในการสร้างนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

ข. ทฤษฎีการกระจายด้านวัฒนธรรม

เป็นทฤษฎีที่อธิบายวิธีการขยายแนวคิดใหม่ ผลิตภัณฑ์ใหม่ ความก้าวหน้าล้ำสมัย ซึ่งการกระทำจะถูกถ่ายทอดจากสังคมหนึ่งไปสู่อีกสังคมหนึ่งโดยผ่านทางช่องทางการสื่อสาร (communication channels) และระบบทางสังคม (social system)

ค. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กร

นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ระหว่างบุคคลและกลุ่มแล้วการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงการส่งเสริมให้มีการเกิดนโยบาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสภาพนั้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในองค์กร ซึ่งองค์กรเป็นหน่วยที่ซับซ้อน เกี่ยวพันกับหลายระบบทั้งระบบสังคม ทรัพยากร วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ ต้องมีการเริ่มทีละขั้นในการเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรืออีกแนวคิดมีการปรับโครงสร้าง กระบวนการวางแผนงาน นำมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ง. โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model)

เป็นการใช้กลวิธีที่หลากหลายมาใช้ในการพยายามเปลี่ยนแปลงองค์กร การพัฒนานโยบาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานเหล่านี้เป็นระดับปัจเจก ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม แนวคิดของโมเดลนี้ คือ

- พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดโดยปัจเจก ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับขององค์กร ชุมชนและนโยบายสาธารณะ เช่น การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรม นอกจากนี้จะพิจารณาว่าเป็นความกลัวที่จะเป็นมะเร็งของบุคคลนั้นๆแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความยากในการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง หรือแพทย์อาจจะไม่แนะนำการตรวจด้วยวิธีนี้ซึ่งก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกฎระเบียบต่างๆ

- มีความเป็นไปได้เรื่องของการสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal causation) ระหว่างบุคคลภายในสภาพแวดล้อมของเขา ฉะนั้นพฤติกรรมจึงถูกกำหนดและกำหนดสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม

2.2.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ดังที่กล่าวมาในข้างต้นเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุว่า นอกจากจะเกิดจากลักษณะของตัวฟันและสิ่งแวดล้อมภายในช่องปากและอาหารที่บริโภคแล้วสิ่งที่สำคัญที่ขาดไม่ได้คือ ตัวเชื้อจุลินทรีย์ เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุหลักคือ *Streptococcus mutans* (Loesche, 1985; 1986) และพบว่ามีสัดส่วนของเชื้อที่พบในคราบจุลินทรีย์และน้ำลายสูงในเด็กที่มีฟันผุจากการเลี้ยงดู (nursing caries) (van Houte et al., 1982) นอกจากการพบเชื้อนี้ปริมาณสูงในฟันที่ผุแล้วยังสามารถพบได้ในฟันที่ไม่ผุอีกด้วย (Ruzevich et al., 1988) สำหรับเด็กทารกที่ยังไม่มีฟันขึ้นนั้นก็ยังสามารถมี

การก่อตัวของเชื้อได้เช่นกันเพราะจากการศึกษาพบเชื้อได้ตั้งแต่ยังไม่มีฟัน (Berkowitz, 2006) ดังนั้นหากต้องการลดการก่อตัวของเชื้อที่เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคฟันผุจึงมีความสัมพันธ์กับการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันและการใช้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย (Gussy et al., 2006) ตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย 0-3 ปีนั้น การทำความสะอาดฟันควรเริ่มต้นตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้นด้วยผ้าสะอาดเช็ดในช่องปากและใช้แปรงขนนุ่มขนาดเหมาะสมกับเด็กในการแปรงฟันตั้งแต่ฟันซี่แรกเริ่มขึ้น ควรมีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร่วมด้วย สำหรับเด็กทารกที่ยังไม่มีฟันขึ้นนั้นก็สามารมีกรก่อตัวของเชื้อได้เช่นกันเพราะจากการศึกษาพบเชื้อได้ตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น ถ้าเด็กมีอายุต่ำกว่า 2 ปีให้ใช้แปรงมาเตะยาสีฟัน โดยแปรงวันละ 2 ครั้งทุกวัน (AAPD, 2008) หากเด็กมีอายุ 2-5 ปี จึงเริ่มมาใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าเม็ดถั่วเขียว (Ramos-Gomez et al., 2007) เพียงเท่านี้ก็เพียงพอสำหรับการใช้ฟลูออไรด์ในแต่ละวันของเด็กเล็ก (Featherstone, 2006) แต่หากเป็นเด็กที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการผุสูงนั้น การให้ฟลูออไรด์เสริมอาจเป็นสิ่งจำเป็น (Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations, 2006) สำหรับการใช้น้ำหมักฟันควรใช้ในบริเวณที่แปรงสีฟันไม่สามารถทำความสะอาดได้ (AAPD, 2008) นอกจากการดูแลเรื่องฟันแล้ว ยังมีการป้องกันเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดบริเวณใบหน้าและขากรรไกรของเด็กวัยนี้ รวมทั้งเรื่องพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การดูดนิ้ว ดัดจุกหลอก การนอนกัดฟัน หรือเอาลิ้นคุนฟัน เป็นต้น

จากการศึกษาในประเทศไทย ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2546) ในเด็กกลุ่มเด็ก 6-12 เดือน พบว่า ร้อยละ 40.2 มีประสบการณ์เช็ดฟัน (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) ซึ่งมีเพียงบางครอบครัวเท่านั้นที่จะเช็ดช่องปากเด็กในตอนเช้า โดยผู้ดูแลเด็กนั้นอ่านมาจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้เช็ดทุกวัน เพราะวัตถุประสงค์ที่ผู้ดูแลเช็ดฟันให้เด็กคือ ต้องการเช็ดคราบนมที่ติดอยู่ โดยที่ไม่ทราบว่าจะข้อดีของการเช็ดทำความสะอาดตั้งแต่เด็กนั้นจะทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคยและทำให้แปรงฟันได้ง่ายขึ้นในอนาคต (ฉลองชัย, 2547)

เมื่อฟันซี่แรกเริ่มขึ้น บางครอบครัวยังไม่ได้เริ่มแปรงฟันให้เด็ก โดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ในครอบครัวขยาย จะเชื่อว่าควรเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่อเด็กมีฟันขึ้นเต็มปาก หรือไม่ก็ฝากความรับผิดชอบในการสอนแปรงฟันให้แก่ศูนย์เด็กเล็ก โดยส่วนใหญ่จะเริ่มแปรงตอนเด็กอายุ 1 ปีครึ่งถึง 2 ปี (ฉลองชัย, 2547) สอดคล้องจากการสำรวจที่ผ่านมาของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าอายุเฉลี่ยของเด็กที่เริ่มแปรงฟันนั้นจะอยู่ในช่วงอายุ 13-24 เดือน (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) ซึ่งช้าเกินไปเพราะเวลาที่ฟันเด็กจะสามารถผุได้นั้นเร็วมากพบตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่ฟันขึ้น (ดวงธิดา, 2553) นอกจากนี้พ่อแม่ส่วนใหญ่มักจะให้เด็กถือ

แปรงและแปรงฟันเองตั้งแต่ลูกเริ่มเดินได้ ซึ่งการทำงานของมือและตาในเด็กช่วงอายุนี้นั้นยังไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาด โดยมักจะเกิดความเข้าใจผิดว่าแค่แปรงเอาเศษอาหารออกไม่ให้มีเศษอาหารติดฟันก็เพียงพอ (ชุติมา, 2553) ซึ่งประกอบกับปัญหาที่พบส่วนใหญ่ที่พบในเด็กเล็กคือ เด็กจะไม่ยอมแปรงฟัน เมื่อผู้ดูแลเด็กเห็นว่าเด็กถือแปรงเองได้แล้วจึงปล่อยให้เด็กแปรงเอง (ฉลองชัย, 2547) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กตั้งแต่กลุ่มอายุ 6-30 เดือนนั้นแปรงฟันเองและผู้ใหญ่ตรวจซ้ำ เฉลี่ยรวมร้อยละ 37.3 (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) โดยปกติตามปฏิทินสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-6 ปีนั้นแนะนำว่าพ่อแม่ควรจะช่วยแปรงซ้ำให้ลูกจนถึงอายุ 6-8 ปี (กุลยา, 2553)

ความถี่ของการแปรงฟันก็มีความสัมพันธ์กับการลดการสะสมแผ่นคราบจุลินทรีย์ และจากการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยที่ผ่านมาเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าเด็กแปรงฟันร้อยละ 65 โดยมีการแปรงฟันทุกวันทั้งช่วงเช้าและก่อนนอนคิดเป็นร้อยละ 34.1 (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) และในปีพ.ศ. 2551 พบว่า เด็ก 6-36 เดือนได้รับการแปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 64.7 (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งมีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าครอบครัวที่让孩子แปรงฟันเพื่อการเข้าสังคมก็จะแปรงให้เด็กเฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น (หฤทัย, 2545) ยิ่งไปกว่านั้นในบางครั้งบางครอบครัวก็ประสบปัญหาเด็กไม่ยอมแปรงฟัน ร้องไห้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรืออาจจะเกิดเป็นปัญหาในครอบครัวโดยเฉพาะในครอบครัวใหญ่ที่มีผู้ใหญ่ในครอบครัวมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในเรื่องการให้ความสำคัญต่อดูแลฟันน้ำนม จนผู้ปกครองหลายคนเลิกความพยายามในการแปรงฟันไปเลย ผู้ปกครองควรเข้าใจสาเหตุที่ลูกไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งมีได้หลายสาเหตุ เช่น เด็กรู้สึกว่าการแปรงฟันเป็นสิ่งแปลกใหม่ เด็กเรียนรู้ว่าจะทำอะไรจึงจะได้ ไม่ต้องแปรงฟัน เด็กอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อม อาจเกิดจากความหงุดหงิด ง่วงนอน หรือจากการประสบการณ์ที่ไม่ดี และผู้ดูแลเด็กต้องเข้าใจด้วยว่าการที่เด็กต้องการแปรงฟันเองเป็นเรื่องธรรมชาติ เด็กต้องการแสดงว่าตนทำได้เหมือนผู้ใหญ่ (วารงคณา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ดูแลเด็กจะเริ่มแปรงฟันให้เด็กตอนอายุ 2 ปี เนื่องจากเด็กจะเริ่มมีพฤติกรรมการเล่นแบบผู้ใหญ่ (วิภาพร, 2545)

2.2.7 พฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความหมายขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1972 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน เช่น ชนิดของอาหารที่เลือกรับประทาน จำนวนมื้ออาหาร วิธีการรับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ สุขนิสัยทั้งก่อนและหลังรับประทาน เป็นต้น นอกจากการปฏิบัติที่ทำเป็นประจำแล้วยังรวมถึงความคิด ความรู้สึกต่อการบริโภคอาหาร ถ้าบุคคลใดมีพฤติกรรมในการบริโภคที่ดีก็จะส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ดี แต่หาก

บุคคลใดมีพฤติกรรมที่ไม่ดีก็จะส่งผลเสียต่อภาวะโภชนาการของตนเอง (กัลยา, 2541) ซึ่งมารยาทในการบริโภคอาหารนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามรูปแบบของสังคมและวัฒนธรรม (ศิริลักษณ์, 2533) และพฤติกรรมการบริโภคมีทั้งที่สามารถสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับหลายๆด้าน ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหาร ประสิทธิภาพที่ถ่ายทอดกันมา ความนิยมในการเลือกบริโภคอาหาร การเอาอย่างกันเพื่อแสดงการมีส่วนร่วม การรักษาสถานะทางสังคม หรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (สุดาวรรณ, 2538; สุทธิลักษณ์, 2544)

บทบาทของอาหารต่อการเกิดโรคฟันผุ

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคฟันผุและอาหารนั้นมียากมายและส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นอาหารที่มีผลต่อฟันหลังจากฟันขึ้นแล้ว ในอาหารแต่ละชนิดนั้นจะมีโอกาสทำให้ฟันผุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ (กลุ่มทันตกรรมป้องกัน, 2547)

ก. ส่วนประกอบของอาหาร

อาหารที่ช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุ (non cariogenic) ส่วนใหญ่จะเป็นประเภทโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์และนม แคลเซียม ฟอสเฟต ผัก ผลไม้ ไขมัน ฟลูออไรด์ ที่จะช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุและช่วยการคืนกลับของแร่ธาตุเข้าสู่ผิวฟัน

อาหารที่ส่งเสริมให้เกิดฟันผุ (cariogenic) ได้แก่ อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล

ข. ความถี่ในการบริโภค หากมีการรับประทานบ่อยก็จะทำให้มีกรดทำลายผิวฟันบ่อยมากขึ้นเท่านั้น

ค. การตกค้างในช่องปาก ลักษณะของความเหนียวของอาหารที่ติดฟันอยู่เป็นเวลานาน ยากต่อการกำจัดออกนั้นจะมีผลต่อการเกิดฟันผุสูง

ง. ลำดับของอาหารในการบริโภค การรับประทานอาหารที่ช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุและช่วยให้มีการคืนกลับแร่ธาตุให้ฟันเป็นลำดับสุดท้ายจะช่วยลดการเกิดฟันผุได้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัย 0-3 ปี

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กในวัยนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูของมารดา โดยเฉพาะปัญหาการเกิดโรคฟันผุที่เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการเลี้ยงเด็กด้วยนม ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ให้เด็กรับประทานอาหารหวาน เป็นต้น (สุวิภา, 2535) ดังนั้นการคำนึงถึงเรื่องของการบริโภคอาหารย่อมมีความสำคัญไม่แตกต่างไปจากการดูแลเรื่องสุขอนามัยช่องปากเด็กของมารดาที่มีลูกแรกเกิดถึงอายุ 3 ปีในด้านอื่นๆเลย สำหรับการศึกษารื่องการบริโภคของเด็กวัยนี้ ทางผู้วิจัยจึงแบ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารออกเป็น 2 กลุ่มคือ พฤติกรรมการบริโภคนม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน

2.2.7.1 พฤติกรรมการบริโภคนม

นมจัดเป็นอาหารที่สำคัญและมีคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็กวัยแรกเกิดถึงอายุ 3 ปี นำนมธรรมชาติจัดเป็นอาหารที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ (non-cariogenic food) (Erickson and Mazhari, 1999) มีแคลเซียม โปรแตสเซียม โปรตีน ฟอสฟอรัส แคลเซียม ซึ่งจะมีคุณสมบัติในการป้องกันการเกิดฟันผุ โดยโปรตีนในนมทำหน้าที่เป็นตัวบัฟเฟอร์ช่วยปรับสภาพความเป็นกรดในช่องปาก ไขมันยังช่วยเพิ่มกระบวนการกำจัดอาหารจากช่องปาก (oral clearance) โปรตีนและไขมันยังช่วยลดการยึดเกาะของแบคทีเรียโดยจะเคลือบผิวฟันและลดการเกิดกรดได้ แคลเซียมและฟอสเฟตช่วยในการสะสมแร่ธาตุคืนกลับสู่ฟัน และถึงแม้ว่าในนมจะมีน้ำตาลแลคโตสซึ่งอาจทำให้เกิดฟันผุได้ แต่เมื่อเทียบกับน้ำตาลตัวอื่นๆแล้ว แลคโตสก็ทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่า เนื่องจากมีความสมดุลขององค์ประกอบดังที่กล่าวมาแล้วในนมธรรมชาติ อีกทั้งแลคโตสยังช่วยเสริมเรื่องการดูดซึมแคลเซียมและแมกนีเซียม และยังช่วยเพิ่มแบคทีเรียในลำไส้อีกด้วย นอกจากนี้นมมารดาแล้ว ยังมีน้ำนมจากสัตว์ เช่น นมแพะ นมแกะ และนมวัว ซึ่งนมวัวจะได้รับความนิยมในการนำมาบริโภคมากที่สุด มีส่วนประกอบคล้ายกับน้ำนมมนุษย์ ประกอบด้วยน้ำร้อยละ 87 ส่วนที่เหลือจะเป็นส่วนประกอบที่เป็นของแข็งในนม สารอาหารที่มีประโยชน์อื่นๆได้แก่ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน เกลือแร่ (สุพรรณิ) แต่ปัจจุบันพบว่าเด็กมีปัญหาการเกิดฟันผุจากการดื่มนมก่อนวัยมาก โดยเฉพาะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งไม่ได้เกิดมาจากการบริโภคนมแม่เพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยการบริโภคอาหารในกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลที่ทำให้เกิดฟันผุร่วมด้วย (cariogenic) (Erickson and Mazhari, 1999) เช่น มีการเติมน้ำตาลซูโครสลงไปในนม เป็นน้ำตาลประเภทที่ทำให้เกิดฟันผุ หรือจะเป็นจำพวกกลูโคสโพลีเมอร์เช่น น้ำเชื่อมข้าวโพด (corn syrup) (สุพรรณิ) จากการศึกษาในหนูทดลองของ Bowen and Pearson (1993) พบว่าเมื่อเติมน้ำตาลร้อยละ 2 ลงในนม หนูมีฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเติมน้ำตาลเป็นร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กไทยของ ทรงธรรม และระวีวรรณ (2539) ที่พบว่าเด็กที่บริโภคนมรสหวานจะมีอัตราการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่บริโภคนมจืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเติมน้ำตาลลงในนมจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุแล้ว ยังมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงคือเด็กจะรับประทานนมได้มากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดโรคอ้วนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคอื่นๆตามมาได้อีกด้วย ส่วนผลทางอ้อมคือการดื่มนมรสหวาน เป็นความเคยชินในรสชาติและจะทำให้ดื่มนมรสหวานมาจนเป็นผู้ใหญ่ แก้ไขได้ยากส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพต่างๆตามมามากมาย (สุพรรณิ) ในประเทศไทยยังพบว่ามีการบริโภคนมรสหวานเลี้ยงลูกแทนนมแม่เนื่องจากคิดว่านมข้นหวานมีสารอาหารที่มีประโยชน์ (สมศรี และคณะ, 2540) สอดคล้องกับจากการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่า

มีกลุ่มผู้ดูแลเด็กบางกลุ่มที่ให้เด็กดูเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลจากขวด เช่น โอวัลติน นมเปรี้ยว หรือแม้กระทั่งน้ำอัดลมจากขวด ซึ่งพบเป็นอัตราที่สูงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นมารดาจึงควรพิจารณาเลือกประเภทของนมที่จะให้แก่เด็กตามความเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ความถี่ในการปล่อยให้ลูกหลับคาขวดนมหรือแม้กระทั่งจากเต้านมนั้นก็ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุมากเช่นกัน (Twetman et al., 2000) แม้ว่านมแม่จะไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุแต่อย่างไรก็ตามพบว่า การให้นมแม่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 24 เดือนจะทำให้เด็กมีฟันผุมากกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่เป็นเวลานานน้อยกว่า 24 เดือน (Dini et al., 2000) จากการศึกษาในไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างของเด็กที่มีการดูนมหรือเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลแล้วหลับคาขวดนมเป็นประจำพบสูงถึง ร้อยละ 25.9 ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้จะมีฟันผุร้อยละ 26.1 มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยหรือหลับคาขวดเป็นบางครั้งถึง 2 เท่า (ร้อยละ 17.5) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) ซึ่งโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนี้จะเกิดได้จากหลายปัจจัยนอกจากการกินนมขวดแล้วหลับคาขวดนมแล้วยังเกิดจากการปล่อยให้มีการโบไฮเดรตถูกย่อยและเกิดกรดบนผิวฟันอยู่เป็นเวลานาน เช่นการใส่น้ำผลไม้ นมที่เติมน้ำตาลในขวดนม หรือพฤติกรรมการติดจุกหลอกก็ทำให้เกิดความเสี่ยงในการทำให้เกิดฟันผุสูงเช่นกัน (Twetman et al., 2000; Hallett and O'Rourke, 2002)

จากการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2546) พบว่า ส่วนใหญ่เลี้ยงด้วยนมแม่กับนมผสม และเลี้ยงด้วยนมผสมตั้งแต่แรกเกิด รวมร้อยละ 77.8 นมแม่เพียงอย่างเดียวร้อยละ 22.2 สาเหตุส่วนใหญ่ที่กินนมผสมร้อยละ 43.5 แม่ต้องทำงาน ร้อยละ 22.4 ต้องการเลิกนมแม่ ร้อยละ 17.2 แม่ไม่มีน้ำนม และมีการหลับคาขวดนมเป็นประจำถึงร้อยละ 25.9 (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) จะเห็นได้ว่าเงื่อนไขของการให้นมแม่และนมผงนั้นมีแตกต่างหลากหลายขึ้นกับเงื่อนไขและบริบทของแต่ละครอบครัวด้วย

จากการศึกษาของฉลองชัย (2547) พบว่า มีปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครอง เช่น หากรับราชการหรืองานประจำจะมีเวลาให้นมจำกัดเพียง 1-3 เดือนตามวันที่สามารถลาหยุดได้ แต่หากเป็นอาชีพเกษตรกรรมก็จะให้ได้มากกว่า 4 เดือน เป็นต้น ทักษะคติเกี่ยวกับการให้นมของคนในครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อการให้นมด้วย ดังจะเห็นได้จากครอบครัวขยายที่อาจจะมีย่า ยายช่วยเหลือ หรือความคิดเห็นของสามี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องของสุขภาพของแม่และเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการให้นมด้วยเช่นกัน (ฉลองชัย, 2547)

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ทักษะความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม หรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ ไม่ว่าจะป็นสื่อโฆษณาหรือสื่อบุคคล สื่อบุคคลได้แก่คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติหรือเพื่อนบ้านนั้นผู้ดูแลเด็กจะต้องนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน เลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ดีที่สุดจากแพทย์และข้อมูลที่ได้รับสืบต่อกันมา มีการเรียนรู้

ปรับปรุงและนำไปปฏิบัติ เช่นเดียวกับการเลือกชนิด ปริมาณ คุณภาพของนม ส่วนใหญ่แม่จะเป็นผู้ตัดสินใจตั้งแต่ลูกยังเล็ก แม่ที่มีการเลือกการบริโภคนมที่ดีย่อมส่งผลถึงการบริโภคอาหารที่ดีด้วยเช่นกัน (हत्य, 2545) ในปัจจุบันการรับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาก็มีผลต่อการเลือกชนิดของนมให้เด็ก เช่นแม่เลือกนมรสน้ำผึ้งตามโฆษณาเพราะเห็นว่าเด็กโตเร็วและตัวสูง (วิภาพร, 2545) ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจชี้ให้เห็นนมผสมที่เด็กหลังอายุ 6 เดือนกิน ของกองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย (2546) พบว่านมผสมยี่ห้อฮอยดนิม 3 อันดับแรก ได้แก่ นมยี่ห้อคูเม็กซ์ ร้อยละ 30.1 รองลงมาคือนมตราหมี ร้อยละ 12.7 และนมตราหมีสูตรน้ำผึ้งร้อยละ 8.7

การดื่มน้ำตามหลังจากกินนมที่ผู้ปกครองบางคนเข้าใจว่าไม่จำเป็น เพราะในนมมีน้ำอยู่แล้ว และบางคนก็ให้กินน้ำตามเพราะต้องการแก้ล้างคราบนมจะได้ไม่ติดคอ (ฉลองชัย, 2547)

มุมมองของผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้นมขวดนั้นมิใช่เป็นเพียงการให้ตามหลักโภชนาการเพียงเท่านั้น ผู้ปกครองบางคนมีความคิดว่าการให้เด็กกินนมเป็น “ความสุขของเด็ก” และถ้าเป็นครอบครัวชายที่มีย่า ยายเลี้ยง อาจจะตามใจให้กินทุกครั้งเมื่อเด็กร้องไห้ หรือให้นมแทนการกินอาหารหลักเนื่องจากเด็กไม่ยอมกินข้าวจึงกลัวเด็กหิวและกลัวเด็กไม่โตจึงให้กินนมขวดเพราะสามารถกินได้ในปริมาณที่มากกว่า (ฉลองชัย, 2547) ซึ่งตามหลักโภชนาการแล้วเมื่อเด็กอายุได้ 1 ปีเด็กควรได้รับประมาณอาหารครบ 3 มื้อ นมจัดเป็นเพียงอาหารเสริมประมาณ 3 ถ้วยต่อวัน (ถ้วยละ 200 มิลลิลิตร) (กุลยา, 2553) แต่จากการศึกษาของ Harrison และคณะ(1997) พบว่า เด็กในกลุ่มก่อนวัยเรียนชาวเวียดนามอพยพในประเทศแคนาดาที่มีอายุ 18 เดือนยังคงดูดขวดนมถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 87 ที่มีพฤติกรรมการดูดนมทุกเวลาที่ต้องการและหลับคาขวดนม และมีฟันผุถึงร้อยละ 65 ซึ่งการปล่อยให้เด็กมีพฤติกรรมนี้เนื่องจากชาวเวียดนามให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตของเด็ก และยังเชื่อว่านมเป็นอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุดจึงส่งเสริมให้เด็กกินนมในปริมาณที่มาก ดังนั้นการที่จะให้เด็กเลิกในภายหลังย่อมเป็นเรื่องที่ยาก จากเหตุผลและทัศนคติของผู้ดูแลเด็กดังกล่าวมาจึงส่งผลทำให้บางครอบครัวเด็กใช้เวลาานกว่าจะเลิกนมขวดได้ ซึ่งเมื่อเด็กอายุได้ 6 เดือนควรให้เริ่มฝึกการกินนมจากแก้วได้และสามารถเลิกนมขวดได้เมื่ออายุ 1-1 ½ ปี (กุลยา, 2553) แต่จากการศึกษาในเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปีพบว่า เด็กที่ดูดนมจนถึงอายุ 2-3 ปีมีถึงร้อยละ 80 (ปิยะดา และ ศรีสุดา, 2542) เด็กบางคนจะสามารถเลิกนมขวดได้เมื่อเด็กต้องเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพราะที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ให้นำขวดนมไปด้วย (ฉลองชัย, 2547) ซึ่งอาจจะช้าเกินไป แต่อย่างไรก็ตาม Weinstein และคณะ (1994) มีข้อเสนอที่น่าสนใจว่า คำแนะนำในการป้องกันฟันผุโดยการเลิกขวดนมเมื่ออายุ 12-18 เดือนนี้เป็นไปได้ยากในความคิดของผู้ปกครองเนื่องมาจากวัฒนธรรมและการเลี้ยงดูของแต่ละสังคม โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีลูกคนที่สองซึ่ง

เมื่อลูกคนถัดมากินนมขวด หรือในเด็กที่มีโรคประจำตัว ผู้ปกครองมักมีการเลี้ยงดูแบบตามใจ จึงแนะนำการใช้ฟลูออไรด์วานิชเข้ามาช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็ก โดยยังคงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองด้วย

2.2.7.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน

การดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุ นอกจากการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอแล้ว การบริโภคอาหารก็เป็นเรื่องที่สำคัญมากเช่นกัน ถ้าหากยังมีการบริโภคนมที่ผิดวิธีหรือมีการบริโภคน้ำตาลก็สามารถทำให้เกิดฟันผุได้ จะสังเกตได้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะรู้และเข้าใจถึงการป้องกันแต่ไม่ปฏิบัติ ดังนั้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะยังพบว่าเด็กเล็กมีอัตราฟันผุสูง ดังนั้นควรมีการคำนึงถึงบริบทเงื่อนไขอื่นๆ ด้วย (O'sullivan and Tinanoff, 1993) จากการที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่าการให้เด็กได้รับรสหวานจากน้ำตาลที่เติมลงในนมตั้งแต่เล็กอาจจะทำให้เกิดเป็นนิสัยติดรสหวานในการบริโภคอาหาร เมื่อเด็กเติบโตขึ้น ซึ่งจากการสำรวจในประเทศไทยในเด็กกลุ่มตัวอย่างขวบปีแรกส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารรสจัด คิดเป็นร้อยละ 78.7 และมีการบริโภคอาหารรสหวานและรสจัด (รสเปรี้ยวและรสเค็ม) เพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนี้ กลุ่มเด็กอายุ 6-12 เดือนมีการบริโภคอาหารรสหวานและรสจัดร้อยละ 9 ในกลุ่มอายุ 25-30 เดือน คิดเป็นร้อยละ 17.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2547)

น้ำตาลที่ให้ความหวานที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุนั้น ได้แก่ น้ำตาลซูโครส เมื่อมีการย่อยคาร์โบไฮเดรตในน้ำตาลกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการลดลงของค่าความเป็นกรดใน ช่องปาก และยังเพิ่มปริมาณของเชื้อที่ทำให้เกิดฟันผุอีกด้วย จากการศึกษาของ Woodward และ Walker (1994) ในเรื่องความสัมพันธ์ของการบริโภคน้ำตาลและสภาวะฟันผุใน 90 ประเทศ พบว่าภาพรวมค่าเฉลี่ย DMFT เพิ่มขึ้นเมื่อมีการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบริโภคน้ำตาลและภาวะโรคฟันผุ สำหรับการบริโภคน้ำตาลของคนไทย พบว่าการบริโภคน้ำตาลต่อคนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าจากช่วง 17 ปี ตั้งแต่ปี 2526 ถึง 2543 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2547) นอกจากนี้ความถี่ของการบริโภคก็มีผลโดยตรงต่อการเกิดฟันผุ พบว่า เด็กบริโภคอาหารหวานที่มีความถี่สูงกว่า 3 ครั้งต่อวันจะมีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนม ผุมากกว่าเด็กปกติ อีกทั้งมีค่าเฉลี่ยดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ค่อนข้างสูง (วันเพ็ญ, 2532) สอดคล้องกับการสำรวจของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่า เด็กที่มีการบริโภคขนมตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวันมีฟันผุร้อยละ 51.1 สูงกว่าเด็กกลุ่มที่กินขนม 1-2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ

40.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบสถานะทางเศรษฐกิจพบว่าในครอบครัวที่ยากจนและไม่ยากจน ไม่มีความแตกต่างกัน (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547)

ประเภทของอาหารระหว่างมือที่เด็กชอบรับประทานนั้น ส่วนใหญ่ได้แก่ขนมหวาน ซึ่งจากการศึกษาของเพ็ญทิพย์ และคณะ (2538) ในเด็กก่อนวัยเรียนในภาคกลาง ได้มีการจัดกลุ่มของขนมหวาน คือ เครื่องดื่มประเภทหยุ่นเหนียวติดฟัน และประเภทอมละลายต่างๆ ในปากและจัดประเภทผลไม้ร่วมกับโปรตีน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความถี่ที่บิดามารดาซื้อขนมหวานให้เด็กก่อนวัยเรียนในเด็กชายและเด็กหญิงใกล้เคียงกันคือ เด็กชาย 5.1 ครั้ง และเด็กหญิง 4.8 ครั้ง โดยจะซื้อผลไม้และโปรตีนในเด็กชายเพียง 2.6 ครั้ง และเด็กหญิง 3.0 ครั้ง ส่วนใหญ่เด็กจะเป็นผู้เลือกขนมเองถึงร้อยละ 50.8 รองลงมาบิดามารดาเป็นผู้เลือกซื้อให้ ร้อยละ 36.9 และเวลาที่เด็กเลือกซื้ออาหารระหว่างมือส่วนใหญ่จะเป็นตอนเย็นก่อนกลับบ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.9 (เพ็ญทิพย์ และคณะ, 2538)

จากการศึกษาของ สุณี และคณะ (2542) พบว่าขนมในไทยส่วนใหญ่มีผลลกรดระดับ pH ของคราบจุลินทรีย์ และยังแบ่งขนมเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ขนมที่มีความเสี่ยงสูง คือ โดนัท ป๊อกกี้ มินิคูกี้ ลูกชุบ ลูกกั้ว และขนมที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ นมเปรี้ยว ต่อมา สุณีและคณะ (2546) ได้มีพัฒนาการแบ่งขนมที่ทดสอบออกเป็น 4 กลุ่ม คือเสี่ยงต่ำ เสี่ยงกลาง เสี่ยงสูง และเสี่ยงสูงมาก ชนิดของขนมที่เสี่ยงต่ำ ได้แก่ ปลาเส้นอบแห้ง 2 ยี่ห้อ เมล็ดทานตะวัน ปลาหมึกอบแห้ง และมะละกอสุก ซึ่งจัดเป็นกลุ่มขนมที่แนะนำให้มีการบริโภค ส่วนขนมที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ได้แก่ ขนมปังสอดไส้น้ำตาลหรือเคลือบน้ำตาล ถั่วเคลือบแป้ง และขนมไทยบางชนิด (สุณี และคณะ, 2546) ซึ่งตรงกับการสำรวจในปีเดียวกันของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ทำการสำรวจแล้วพบว่า ขนมยอดนิยมของเด็กปฐมวัยซึ่งเด็กวัยนี้บริโภคได้แก่ ขนมปัง/ขนมไข่/เค้ก ร้อยละ 35.3 ขนมแป้งกรอบร้อยละ 34.6 (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) สำหรับการสำรวจในจังหวัดสุพรรณบุรีเมื่อปี พ.ศ. 2552 พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีการบริโภคขนมกรุปกรอบร้อยละ 65.12 เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมคิดเป็นร้อยละ 0.67 วันต่อสัปดาห์ และประเภทน้ำหวานร้อยละ 0.68 วันต่อสัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของอำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า เด็กอายุ 3 ปีในอำเภอมักมีการบริโภคขนมกรุปกรอบร้อยละ 75.4 และมีการบริโภคน้ำอัดลมร้อยละ 0.61 วันต่อสัปดาห์และประเภทน้ำหวานร้อยละ 0.50 วันต่อสัปดาห์

ความคิดเห็นของบิดามารดาต่อการบริโภคอาหารระหว่างมือของเด็กนั้น พบว่ามีบิดามารดาที่คิดว่าอาหารระหว่างมือนั้นมีประโยชน์ถึงร้อยละ 54.8 ที่เห็นว่าไม่ประโยชน์ เพราะคิดว่าใช้เป็นอาหารได้ร้อยละ 40, สามารถสนองความต้องการของเด็กคิดเป็นร้อยละ 27.3, สามารถให้พลังงานได้เล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 20.7, และเพื่อเพิ่มสารอาหารร้อยละ 12.0 ส่วน

ผู้ปกครองที่คิดว่าอาหารระหว่างมือไม่มีประโยชน์คิดเป็นร้อยละ 45.2 แต่ในบางครั้งที่ผู้ปกครองมักทนการรบเร้าจากเด็กไม่ได้ร้อยละ 73.7 สะดวกในการเลือกซื้อร้อยละ 18.2 และไม่มีเวลาไปเลือกหาร้อยละ 40.0 (เพ็ญทิพย์, 2538)

ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคหลักๆ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จะหมายรวมถึงเรื่องรายได้ของบุคคลหรือครอบครัว การเข้าถึงการซื้ออาหาร ราคาของอาหาร โดยมักพบว่าในครอบครัวที่มีฐานะดีย่อมสามารถเลือกซื้ออาหารที่ดีได้มากกว่าครอบครัวที่มีฐานะยากจน เช่นกันกับการเลือกซื้ออาหารระหว่างมือ พบว่าในครอบครัวชนบทจะมีโอกาสในการบริโภคอาหารระหว่างมือน้อยกว่าเด็กในเมือง เพราะฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และผลพบว่าพ่อก่อนกว่าด้วย แต่ในครอบครัวที่มีฐานะดีก็พบว่าเด็กถูกส่งมาเรียนในเมืองมีโอกาสที่จะเข้าถึงร้านค้าสามารถซื้ออาหารระหว่างมือและน้ำอัดลมได้มากขึ้น (ดาวเรือง และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการสำรวจของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าขนมและความถี่ในการกินขนมต่อวันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ยากจนและไม่ยากจน ในกลุ่มที่ยากจนมีค่าขนมเฉลี่ยต่อวัน 13.9 บาท และในกลุ่มที่ไม่ยากจนมีค่าเฉลี่ยค่าขนมต่อวัน 17.9 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการสำรวจอัตราการเกิดฟันผุของเด็กที่กินขนม ความเสี่ยงสูงในครั้งนี้นักกลับพบว่า ระดับความเสี่ยงของขนมที่กินประจำระหว่างกลุ่มยากจนและไม่ยากจนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2547) ซึ่งจากการศึกษาของ Beal and Dickson (1994) พบว่าในครอบครัวใช้แรงงานที่มีรายได้น้อยกลับซื้อขนมหวานให้แก่เด็กมากกว่าชนชั้นกลางเพราะขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ ไม่มีเวลาและยอมเสียเงินครั้งละเล็กน้อยเพื่อซื้อขนมราคาไม่แพงแทนอาหาร ซึ่งอาชีพของผู้ดูแลเด็กก็มีส่วนสำคัญในการดูแลเรื่องการบริโภค หากแม่อยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานการเกษตรและยังต้องออกไปทำงานในเมืองเพื่อหารายได้เพิ่มแล้วทำให้มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กน้อยลง เด็กจึงต้องอยู่กับ ย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ จึงส่งผลต่อการดูแลเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคอาหารหวานน้อยลง (พัชรลักษณ์ และ สุปรียา, 2541) หรือในผู้ปกครองบางคนจะกลัวว่าเด็กจะไม่ได้กินขนมเหมือนเด็กคนอื่น ลูกหลานอยากได้ก็ให้ไปโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่สูงตามมา บางครอบครัวค่าขนมยังมากกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนด้วย (ฉลองชัย, 2547)

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึงรวมถึง ขนาดของครอบครัว การศึกษา ความรู้ ความเชื่อและค่านิยมต่างๆทางสังคม การนับถือศาสนา ข้อห้ามในการบริโภคต่างๆรวมทั้ง อิทธิพลจากสื่อต่างๆ ความเชื่อ ค่านิยมในการสร้างเงื่อนไขโดยใช้ขนมเป็นรางวัลให้แก่เด็ก จากการศึกษาของพัชรินทร์ และคณะ (2537) พบว่าผู้ปกครองจะซื้อขนมให้เด็กก่อนวัย

เรียนโดยใช้เป็นเงื่อนไขให้เด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือครูผู้ดูแลเด็กอาจให้เพื่อความเพลิดเพลิน ไม่ให้เด็กร้องไห้ บางครอบครัวใช้ขนมเป็นสัญลักษณ์ของการชมเชย เป็นตัวแทนของความรัก ความเอาใจใส่ที่ผู้ใหญ่มอบให้แก่เด็ก ดังนั้นขนมหรืออาหารจึงมีความหมายที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทเงื่อนไขชีวิตของแต่ละครอบครัว

นอกจากนี้สื่อโฆษณายังเข้ามามีอิทธิพลค่อนข้างสูงโดยเฉพาะโฆษณาขนมจากโทรทัศน์ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พิษณุ (2533) ที่พบว่าเด็กที่เห็นโฆษณาแล้วซื้อขนมจากร้านค้าในหมู่บ้านหรือในตัวจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 95

2.3 ครอบครัว

2.3.1 ความหมายของครอบครัว (ภิญโญ, 2544)

ตั้งแต่เกิดมาคนส่วนใหญ่คงคุ้นเคยกับการอยู่ในครอบครัว ที่มี พ่อแม่ ลูก หรือญาติพี่น้องอาศัยอยู่ร่วมกัน ถ้าให้ความหมายแบบนัยยะพื้นฐานหรือทางชีววิทยา ครอบครัวอาจจะหมายถึงการที่คนสองคนมาแต่งงานกัน อาศัยอยู่ด้วยกัน เพศหญิงและเพศชายมีความสัมพันธ์ทางเพศ ทำให้มีการสืบพันธุ์ต่อกันมา แต่อย่างไรก็ตาม พื้นฐานทางชีววิทยาอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเป็นเหตุในการอยู่เป็นครอบครัว ยังต้องมีปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่เป็นเหตุผลที่สำคัญด้วย ดังนั้นการให้ความหมายของครอบครัวจึงกว้างขวางและมีแนวความคิดที่หลากหลาย อาทิเช่น ปี ค.ศ.1940 มีการให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า “ครอบครัว หมายถึง หัวหน้าของบ้านและคนอื่นๆทั้งหมดในบ้านที่มีความเกี่ยวข้องกันกับหัวหน้าบ้าน” จากสำนักงานสำรวจสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกา ซึ่งต่อมาอีกสิบปีสำนักงานนี้ได้มีการให้ความหมายใหม่ว่า “กลุ่มคนสองคนหรือมากกว่าที่มีความสัมพันธ์กัน โดยสายเลือด การสมรส หรือการอุปการะเลี้ยงดู และอาศัยอยู่ด้วยกัน โดยที่บุคคลทั้งหมดนี้ถือเป็นสมาชิกของครอบครัวนั้นๆ”

นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายของนักวิชาการในสาขาต่างๆ (ภิญโญ, 2544) ได้แก่ Ralph Linton นักมานุษยวิทยาได้ให้ความหมายในเชิงเปรียบเทียบระหว่าง “กลุ่มครอบครัว”

และ “กลุ่มสังคม” ดังนี้ว่า

- กลุ่มคนในความหมายของครอบครัว หมายถึง กลุ่มสมาชิกที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของความสัมพันธ์กันทางชีวภาพ ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริงหรือโดยการกำหนด นับว่ามีความสัมพันธ์ต่อกัน

- กลุ่มทางสังคม หมายถึง กลุ่มสมาชิกที่มีความชอบพอกันและหรือมีความสนใจร่วมกัน

Mac Iver และ Page ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเพศปรากฏแน่นอน และมีความปรารถนาที่จะให้กำเนิดบุตรและเลี้ยงดูผู้เยาว์ โดยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- การอยู่ร่วมกัน ในลักษณะของคู่ครอง (Mate) ของกลุ่มคนที่มาอยู่ร่วมกัน คือ ประกอบด้วย สมาชิกเพศตรงข้ามที่อยู่ร่วมกันในลักษณะอันมั่นคงถาวรจนสามารถให้กำเนิดบุตรได้

- ต้องมีระบบการเลือกคู่ครองของผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่แน่นอนตามแบบฉบับที่นิยมในสังคมหนึ่งๆ

- แบบแผนของการสืบสายโลหิตถูกแสดงโดยมีระบบการสืบสกุล

- การจัดการด้านเศรษฐกิจ มีการจัดข้อตกลงกันระหว่างสามี ภรรยาและลูกที่จะช่วยกันสร้างสถานะทางเศรษฐกิจให้อยู่ด้วยกันอย่างมั่นคงโดยมีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบภายในครอบครัว

- มีระบบที่อยู่อาศัยที่แน่นอน

Burgess และ Lock ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัว หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน โดยการแต่งงาน การสืบสายโลหิต หรือบุตรบุญธรรม ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกมีปฏิริยาโต้ตอบกันตามบทบาทในสังคม ไม่ว่าจะเป็นฐานะสามี ภรรยา บุตรชายบุตรสาว พี่ชายหรือน้องสาว ก็ต่างช่วยกันสร้างสรรค์และดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมร่วมกัน มีลักษณะ 4 ประการดังต่อไปนี้

- ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรสแสดงถึงความสำคัญระหว่างสามีกับภรรยา หรือความผูกพันทางสายโลหิตหรือการมีบุตรบุญธรรม แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ รวมทั้งบุตรบุญธรรม

- สมาชิกของครอบครัวอยู่ร่วมกันภายในครัวเรือนเดียวกันหรือแยกไปอยู่ต่างหาก สมัยก่อนหนึ่งครัวเรือนจะมีสมาชิกสามสี่ชั่วอายุคน แต่ในปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงประกอบด้วย สามี ภรรยาและลูก

- ครอบครัวเป็นหน่วยติดต่อตอบโต้ระหว่างบุคคล เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง โดยในแต่ละสังคมจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ไม่ใช่แค่เพียงต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างกิน แต่ต่างคนต่างมีปฏิริยาเชิงสัมพันธ์ต่อกัน เช่น เอาใจใส่กัน รักกัน ผูกพันกัน เป็นต้น

- ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม โดยสมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของ

ความประพฤติในการปฏิบัติต่อกัน เช่น สามี ภรรยา บิดามารดาและบุตร เมื่อนำไปผสมผสานกับวัฒนธรรมภายนอกครอบครัว จะทำให้เกิดความประพฤติที่สมาชิกจะนำมาปฏิบัติต่อกันและต่อผู้อื่นด้วย

2.3.2 ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวอาจจำแนกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับมุมมองและปัจจัยต่างๆที่ประกอบขึ้นเป็นครอบครัว อาจจะมาจากการสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งจะแบ่งได้ตามเกณฑ์ได้หลายประเภทดังต่อไปนี้

2.3.2.1 ครอบครัวที่จัดตามขนาดครอบครัวและจำนวนเครือญาติเป็นเกณฑ์

ก. ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) คือ ครอบครัวที่มีขนาดเล็กมีสมาชิกไม่มาก เริ่มจากคนสองคนตกลงจะใช้ชีวิตร่วมกัน ประกอบไปด้วยสามี ภรรยา หรือ พ่อ แม่ ลูก ซึ่งเด็กทารกที่เกิดจากสายโลหิต โดยผู้ใหญ่ทั้งสองคนอยู่ด้วยกันหรือไม่อยู่ด้วยกันก็ได้นี้เป็นปัจจัยทางชีวภาพ ส่วนปัจจัยทางสังคมนั้นไม่จำเป็นว่าจะต้องมีการสมรสเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากคนสองคนมีความสัมพันธ์ร่วมกันทั้งโดยการสมรสหรืออาจจะอยู่ร่วมกันเฉยๆก็ได้ ซึ่งมักจะพบลักษณะของครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมเมือง ครอบครัวเดี่ยวทางสังคมประกอบไปด้วยคน 2 รุ่นได้แก่ พ่อ-แม่และลูก สำหรับครอบครัวเดี่ยวทั้งทางชีวภาพและสังคมส่วนใหญ่จะปรากฏในสังคมเมืองที่มีการโยกย้ายที่ทำงานทำให้ครอบครัวไม่ใหญ่นัก ข้อดีของครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ ทำให้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถดูแลและปกครองได้ง่าย ส่วนข้อเสียของครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดูแลควบคุมลำบาก และในบางครั้งอาจทำให้เกิดความรู้สึกขาดความอบอุ่นได้ (มจล, 2548)

ข. ครอบครัวขยาย (extended family) คือ ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ และลูก ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่มากก็ได้ อาจจะมีเพียงยายกับหลานที่อาศัยอยู่ร่วมกันก็ได้ (มจล, 2548) นอกจากสมาชิกที่มาจากสายโลหิตแล้วยังอาจจะมีสมาชิกจากภายนอกที่มาสวมทบทภายหลัง มาอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว อาจจะมาจากการผูกพันรักใคร่กันและสามารถขยายจำนวนของครอบครัวเพิ่มขึ้นได้ เราอาจเรียกครอบครัวในประเภทนี้ว่า “ครอบครัวร่วม (joint family)” ซึ่งจะแบ่งเป็นหลายลักษณะดังต่อไปนี้

- ครอบครัวขยายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต (consanguinal family) เกิดจากความสัมพันธ์เชิงชีวภาพ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกคนหนึ่งกับอีกคนหนึ่งอย่างลึกซึ้ง เช่น บิดามารดากับบุตร สามีและภรรยา พี่กับน้อง หรืออาจเกิดจากการนับรวมญาติสายตรง เช่น พี่ ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

- ครอบครัวขยายที่มีความสัมพันธ์โดยการสมรส (conjugal family) เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวเอาคู่สมรสของตนมาอยู่ร่วมกันกับครอบครัวเดิม และมีการนับรวมเป็นเครือญาติทางประเพณีและทางกฎหมาย เช่น สะใภ้ หรือเขย ครอบครัวในลักษณะนี้มักมีขนาดใหญ่เพราะถือเป็นการรวมครอบครัวสองครอบครัว มักพบในสังคมชนบทหรือสังคมเกษตรกรรม

- ครอบครัวแอบแฝง (composite or compound family) หมายถึง ครอบครัวที่อาจจะมีสามีหรือภรรยามากกว่าหนึ่งคน โดยอาจจะเป็นที่ยอมรับหรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทั้งนี้ครอบครัวแอบแฝงจะประกอบไปด้วยผู้นำครอบครัวคนเดียว

- ครอบครัวภาวะหรือครอบครัวจำเป็น (essential family) เกิดจากครอบครัวที่บิดาหรือมารดาไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แยกกันอยู่เนื่องด้วยเหตุผลใดเหตุผลหนึ่ง ซึ่งทำให้อีกฝ่ายต้องเป็นหลักในครอบครัว ในการเลี้ยงดูบุตรอาจจะต้องเป็นทั้งพ่อและแม่ในคนเดียว (ภิญโญ, 2544)

ซึ่งลักษณะของครอบครัวขยายดังที่กล่าวมาแล้วนั้น มักพบในสังคมชนบท มีเรื่องของที่อยู่อาศัย การทำมาหากิน ในภาคเกษตรกรรมมาเกี่ยวข้องในแง่ของการต้องการกำลังแรงงาน ดังนั้นครอบครัวประเภทนี้จึงมีมาช้านานแต่เพิ่งเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในยุคอุตสาหกรรมที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวขยายก็ยังคงอยู่หากยังมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม สำหรับข้อดีของครอบครัวขยาย ได้แก่ ครอบครัวมีความอบอุ่น ได้รับแบบแผนที่ดีระหว่างกลุ่มสมาชิกคนละรุ่น ข้อเสียของครอบครัวขยาย ได้แก่ อาจจะทำให้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และในเรื่องของความคิดเห็นมักจะไม่ตรงกัน (มงคล, 2548)

2.3.2.2 ครอบครัวที่แบ่งตามจำนวนของคู่สมรส ได้ดังต่อไปนี้

ก. ครอบครัวแบบผัวเดียวเมียเดียว (monogamy) ครอบครัวนี้สามีหรือภรรยาต่างก็มีกันและกันได้เพียงหนึ่งเท่านั้น

ข. ครอบครัวแบบมีหลายคู่ครอง (polygamy) ครอบครัวประเภทนี้อาจจะเกิดจากกรณีที่มีภรรยาหลายคน หรือภรรยามีสามีหลายคนซึ่งพบน้อยมาก โดยทั่วไปแล้วอาจจะพบมากในสังคมอิสลามหรือชาวเขาบางกลุ่ม

2.3.2.3 ครอบครัวที่แบ่งตามการถืออำนาจเป็นใหญ่ แบ่งออกเป็น

ก. ครอบครัวที่ผู้ชายเป็นใหญ่ (patriarchal)

ข. ครอบครัวที่ผู้หญิงเป็นใหญ่ (matriarchal)

ค. ครอบครัวที่ผู้หญิงและผู้ชายมีอำนาจเท่าเทียมกัน (equalitarian)

2.3.2.4 ครอบครัวที่แบ่งตามวงศั่วนของคู่สมรสเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น

ก. การสมรสในวงศ์วานเดียวกัน หรือในกลุ่มพวกพี่น้องเดียวกัน

(endogamy)

ข. การสมรสนอกวงศ์วาน หรือนอกกลุ่ม (exogamy)

2.3.2.5 ครอบครัวที่แบ่งโดยใช้สกุลเป็นเกณฑ์ แบ่งได้เป็น

ก. ครอบครัวที่ถือการสืบสายโลหิตทางบิดา (patrilineal) คือลูกที่เกิดมาใช้สกุลของบิดา

ข. ครอบครัวที่ถือการสืบสายโลหิตทางมารดา (matrilial) คือถือว่าญาติฝ่ายแม่มีความสำคัญ

ค. ครอบครัวที่ถือการสืบสายโลหิตจากทั้งสองฝ่ายทั้งบิดาและมารดา (bilateral) ซึ่งมักพบในครอบครัวชาวตะวันตก มีการให้ความสำคัญกับทั้งสองฝ่าย

2.3.2.6 ครอบครัวที่แบ่งตามที่อยู่อาศัยของกลุ่มสมรสเป็นเกณฑ์ ได้ดังต่อไปนี้

ก. ครอบครัวที่คู่สมรสไปอยู่กับบิดามารดาของฝ่ายชาย (patrilocal)

ข. ครอบครัวที่คู่สมรสไปอยู่กับบิดามารดาของฝ่ายหญิง (matrilocal)

ค. ครอบครัวที่คู่สมรสไปสร้างบ้านเรือนใหม่ในอาณาบริเวณใหม่โดยแยกจากบิดามารดาของตน (neolocal)

2.3.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัวศึกษา (family studies)

ได้มีนักวิชาการนำทฤษฎีศึกษาหลายทฤษฎีเพื่อศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัว (มาฆะ ขิตตะสังคะ) โดยแนวคิดทฤษฎีด้านครอบครัวสามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดทฤษฎีทางครอบครัวศึกษาและแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัว ในที่นี้จะขอกล่าวถึงทฤษฎีทางครอบครัวศึกษาโดยจะเน้นทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ซึ่งนักวิชาการมักนำมาใช้ในการศึกษา เช่น ศึกษาปัญหาครอบครัวด้านการหย่าร้าง และในปัจจุบัน นักวิชาการได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาการมนุษย์ในระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner, 1977) เนื่องจากเชื่อว่าบุคคลและสุขภาพครอบครัวเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนจำเป็นต้องทำการศึกษาในเชิงความรู้ลึกนึ่กคิด และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (มาฆะ)

2.3.3.1 แนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิดนี้เกิดขึ้นเมื่อต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่นิยม (structural-functionalism) โดย นายแรดคลิฟ-บราวน์ (A.R.adcliffe-Brown) มาลินอฟสกี (B.Malinowski) พาร์สัน (Talcott Parson) และ เดอร์ไคม์

(Durkheim) เป็นกลุ่มนักวิชาการทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่มีศึกษาเรื่อง โครงสร้างและหน้าที่ของระบบ

- ข้อตกลงเบื้องต้น ในกรอบความคิดทฤษฎีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญดังนี้คือ
 - ก. การตอบสนองหน้าที่ที่จำเป็นเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ในระดับใดระดับหนึ่ง
 - ข. ระบบย่อยของสังคมจะทำหน้าที่ร่วมกันในการตอบสนองต่อหน้าที่ที่จำเป็นของสังคม
 - ค. ทุกครอบครัวและทุกสังคมต้องปฏิบัติหน้าที่พื้นฐานเหล่านั้น
 - ง. สมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่มีหน้าที่ตอบสนองต่อหน้าที่ทางสังคมใหญ่ให้สำเร็จลุล่วงไปได้
 - จ. ระบบของครอบครัวและระบบสังคมจะดูแลสมาชิกในครอบครัวและสังคมครอบครัวจึงเป็นหน่วยย่อยหรือระบบย่อยที่อยู่ภายใต้โครงสร้างใหญ่ของสังคมซึ่งจะได้รับการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและสังคม
- คุณสมบัติของระบบครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ ดังนี้
 - ก. ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (transformation) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
 - ข. ครอบครัวที่มีการจัดระบบภายใน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล
 - ค. ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (open socio-cultural system) ระบบครอบครัวจะมีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนกับระบบภายนอกอยู่เสมอ
 - ง. ครอบครัวมีการสื่อสาร
 - จ. ครอบครัวมีกฎที่สมาชิกต้องถือปฏิบัติ
 - ฉ. ครอบครัวมีขอบเขตทั้งระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองและกับระบบภายนอกอื่นๆ
- มุมมองของครอบครัวและการวิเคราะห์ครอบครัว หลักสำคัญของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว คือระบบทุกระบบเกิดขึ้นและตั้งอยู่บนเป้าหมายเฉพาะของระบบ และมีความแตกต่างกันในโครงสร้างของแต่ละระบบ ดังนั้นจึงมีการศึกษาโครงสร้างและหน้าที่เพื่อสร้างความเข้าใจการทำงานของระบบครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์

ปัญหาครอบครัวและหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป นอกจากการศึกษาโครงสร้างและหน้าที่หลักแล้วยังต้องพิจารณาถึงการจัดองค์กรและองค์ประกอบย่อยๆภายในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย สำหรับการศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยในครอบครัวนั้นเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆได้ดังนี้

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาหรือบิดามารดา เนื่องจากครอบครัวเกิดจากการที่สามีภรรยาตกลงจะมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันแล้ว ถ้าสามีภรรยามีความรักใคร่ปรับตัวเข้าหากันและกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหามาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยกัน ก็ย่อมทำให้ครอบครัวนั้นๆดำรงอยู่ต่อไปได้ด้วยความสุข ส่งผลให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความสุข ลูกก็จะได้รับการดูแลด้วยความรักและความอบอุ่นเกิดความมั่นคงทั้งสภาวะทางร่างกายและจิตใจ แต่หากครอบครัวใดที่มีความสัมพันธ์ของสามีภรรยาไปในเชิงขัดแย้งทะเลาะวิวาท ไม่มีความอดทนต่อการร่วมกันฟันฝ่าอุปสรรค ครอบครัวนั้นๆก็จะพบกับปัญหาในการดำรงอยู่ต่อไป หรือทำให้ลูกและสมาชิกในครอบครัวมีสภาวะทางจิตใจไม่ดีและอาจส่งผลสืบเนื่องกับสภาวะทางร่างกายอีกด้วย

ข. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อสามีภรรยามีบุตร หากสามีภรรยามีความสัมพันธ์ที่ดีแล้วจะส่งผลถึงบุตรด้วยเช่นกัน

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ความสัมพันธ์นี้จะเกิดขึ้นจากการที่มีบุตรคนที่ 2, คนที่ 3 และคนต่อไป เช่นกันกับความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องคือถ้าบิดามารดามีความสัมพันธ์ที่ดี ความสัมพันธ์ของพี่น้องก็ดีด้วยเช่นกัน

ง. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทุกคนในครอบครัว สำหรับครอบครัวเดี่ยวความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จะประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา บิดามารดา และบุตร พี่และน้อง และทั้งหมดเข้าด้วยกัน ส่วนครอบครัวขยายนั้นจะมีความสัมพันธ์ที่รวม ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา ลูกพี่ลูกน้องร่วมด้วย

จากแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว พบว่าการศึกษาครอบครัวอย่างเป็นระบบในทุกๆด้านที่กล่าวมาทำให้สามารถมองเห็นภาพรวมของแบบแผนความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีก็จะยังความสุขมาสู่ครอบครัวนั้นๆ นอกจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแล้วส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสัมพันธ์ภายนอกครอบครัวอีกด้วย

2.3.3.2 แนวคิดทฤษฎีสภาวะแวดล้อมครอบครัว

ระบบย่อยที่เล็กที่สุดของสังคมที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ในสภาพแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาได้แก่ครอบครัว ซึ่งหากต้องการเข้าใจถึงพฤติกรรมของครอบครัว ได้ทั้งหมดจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อครอบครัว โดยเฉพาะบริบทต่างๆ ที่อยู่ใกล้และไกลจากครอบครัวด้วย

แนวคิดทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดทางคหกรรมศาสตร์ (home economics) ที่ผสมผสานแนวคิดทางมนุษย์นิเวศ (human ecological approach) อีลเลน สวอลโล (Ellen Swallow) เป็นผู้นำแนวคิดการจัดการครอบครัวที่กลมกลืนกับสภาพแวดล้อม ซึ่งสภาวะแวดล้อมครอบครัว 3 ส่วนที่มีความสำคัญได้แก่ สภาวะแวดล้อมครอบครัวที่เป็นธรรมชาติ สภาวะแวดล้อมครอบครัวในเชิงพฤติกรรมมนุษย์หรือทางจิตสังคม และสภาวะแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งมีความเชื่อว่าครอบครัวและสภาวะแวดล้อมเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกันและกัน

บรอนเฟนเบรนเนอร์ (Urie Bronfenbrenner) (1977 ; 1994) นักจิตวิทยา ได้นำแนวคิดทางนิเวศวิทยามนุษย์มาอธิบายพัฒนาการของบุคคล กรอบความคิดนี้เพื่อวิเคราะห์ชั้นหรือบริบทต่างๆของสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดรูปแบบและลักษณะพัฒนาการต่างๆของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความนิยมและถูกนำไปใช้มากมาย เริ่มให้ความสำคัญกับบริบทที่อยู่ใกล้ตัวเด็กเป็นหลักมากที่สุด โดยบริบทหรือชั้น (layer) ต่างๆจะถูกแบ่งออกเป็น 5 ชั้นดังนี้

ก. ระบบจุลภาค (microsystems) หมายถึง บริบทเงื่อนไขชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นบริบทที่มีความใกล้ชิดกับตัวเด็กมากที่สุด ได้แก่ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้านหรือโรงเรียน เป็นสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับเด็กโดยที่เด็กจะต้องมีการดำเนินชีวิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เริ่มตั้งแต่เด็กในวัยทารกซึ่งครอบครัวและสภาพแวดล้อมในบ้านมีความสำคัญต่อเด็กวัยนี้มากที่สุด เมื่อเด็กเข้าสู่เด็กวัยกลางและเด็กวัยรุ่นนั้น โรงเรียนและเพื่อนจะมีความสำคัญแทนที่ ดังนั้นธรรมชาติของระบบจุลภาคนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ

ข. ระบบปฏิสัมพันธ์ (mesosystems) เป็นบริบทความสัมพันธ์ระหว่างระบบจุลภาคซึ่งเด็กจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมากเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียน การเลี้ยงดูจากครอบครัวจึงมีผลต่อพฤติกรรมที่เด็กจะแสดงออกที่โรงเรียนด้วย

ค. ระบบภายนอก (exosystems) เป็นบริบททางสังคมภายนอกครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก แต่เด็กอาจจะไม่ได้มีบทบาทโดยตรง เช่น อาชีพการงานของพ่อแม่ที่ต้องทำงานห่างไกล หรือมีการเปลี่ยนแปลงงานกะทันหัน หรือแม้กระทั่งการตัดทางด่วนผ่านสนามเด็กเล่นของเด็กก็มีผลกระทบต่อชีวิตการเล่นของเด็กได้

ง. ระบบมหภาค (macrosystems) เป็นบริบทแบบแผนวัฒนธรรมในอุดมคติซึ่งผสมกลมกลืนระหว่างระบบกึ่งกลางและระบบภายนอกเข้าด้วยกัน ระบบมหภาคนี้ทำให้เกิดเป็นความแตกต่างของวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ เช่น ความแตกต่างทางความคิด ความเชื่อ อุดมคติของเด็กที่เติบโตในประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างแตกต่างกัน

จ. ระบบเหตุการณ์แวดล้อม (chronosystems) เป็นแบบแผนของสถานการณ์แวดล้อมที่เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิต เช่น ผลจากการหย่าร้างของพ่อแม่ ในช่วงที่สำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น

กรอบแนวคิดทฤษฎีนี้จะเน้นความสำคัญของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับระบบแวดล้อมต่างๆค่อนข้างมาก การมองในเชิงนิเวศวิทยานี้ พัฒนาการของเด็กที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปนั้นมีปฏิสัมพันธ์ต่อเส้นเครือข่ายโยงใย (matrix) ที่กำลังเปลี่ยนแปลงด้วย เช่นเดียวกับระบบต่างๆทางนิเวศวิทยา และจากการรวมกันของกรอบความคิดของบรอนเฟนเบรเนอร์และทฤษฎีสภาวะแวดล้อมครอบครัวนั้น จะมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่ามีผลจากอิทธิพลของเงื่อนไขบริบทสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นหากมีการวิเคราะห์ครอบครัวอย่างเป็นระบบจะต้องให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของแต่ละครอบครัวและโครงสร้างบริบทแวดล้อมครอบครัวซึ่งมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้งด้วย

ดังที่กล่าวมาในข้างต้นว่าปัจจุบันมีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้ศึกษาในเรื่องของการศึกษาด้านสุขภาพครอบครัวมากขึ้นเนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบสภาวะแวดล้อมครอบครัว จึงควรทำความเข้าใจการศึกษาด้านสุขภาพครอบครัวและความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวก่อนว่า หมายถึงการศึกษารอบครัวจะทำหน้าที่อย่างไรให้ดีที่สุดตามที่ครอบครัวมุ่งหวัง และความหมายของสุขภาพครอบครัว คือ ครอบครัวประสบความสำเร็จต่อการปฏิบัติหน้าที่และบรรลุเป้าหมายตามที่มุ่งหวังครอบครัวที่มีสุขภาพที่ดีจะต้องประกอบด้วย คุณลักษณะสำคัญ 6 ประการแต่มีได้หมายความว่าครอบครัวสุขภาพดีจะต้องมีครบองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ ได้แก่

1. ทำความตกลงแหล่งการใช้อำนาจภายในครอบครัว
2. กำหนดกติกาและทำการตัดสินใจในการใช้กติกาอย่างมั่นคง
3. แสดงพฤติกรรมเชิงแลกเปลี่ยนความเอื้ออาทรในการพิทักษ์คุ้มครองซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ
4. ทำการเลี้ยงดูผู้เยาว์และเด็ก และรักษาสถานภาพชีวิตสมรสอย่างมีประสิทธิภาพและมั่นคง

5. ทำการกำหนดเป้าหมายของครอบครัวที่สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วม
6. มีความยืดหยุ่นและการปรับตัวยอมรับพัฒนาการที่เกิดขึ้นอย่างปกติ และรวมถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด (มาณะ)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved