

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์
อำไพรัตน์ อักษรพรหม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกดา ตันชัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จ
เรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ทพญ.เมธินี คุปพิทยานันท์
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และน.ส.สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้เป็น
เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะครูอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมารดาและนักเรียนที่
กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี จึงขอ
ขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

สุนีย์ พลภาณุมาศ

พฤศจิกายน 2546

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4 – 5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก

ผู้วิจัย นางสาวสุนีย์ พลภานุมาศ **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ อำไพรัตน์ อักษรพรหม (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มุกดา ต้นชัย

ปีการศึกษา 2546

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4 – 5 ปี)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายกและมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน 330 คู่ ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกโรงเรียนที่มีเด็กก่อนวัยเรียนจากแต่ละอำเภอ ซึ่งจังหวัดนครนายกมี 4 อำเภอ เลือก 1 โรงเรียนต่ออำเภอและสุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียนอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมารดา แบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบตรวจช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งประยุกต์มาจากแบบประเมินสุขภาพฟันขององค์การอนามัยโลก โดยเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 2 มิถุนายน – 3 กรกฎาคม 2546 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยทางครอบครัวที่สามารถอธิบายความผันแปรของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนได้ร้อยละ 22.7 จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ มารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็ก และความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุของมารดา สามีและบุตร ระดับการศึกษาของมารดาและสามี อาชีพของมารดาและสามี รายได้ของมารดาและสามี โรคประจำตัวของมารดา สามีและบุตร ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน จำนวนบุตรอายุ 0-5 ปี ลำดับที่ของบุตร สัมพันธภาพในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะวิกฤติในครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การทำความสะอาดช่องปากเด็ก พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ได้เพียงร้อยละ 22.7 เท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลในการทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ จึงน่าจะมีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้กันต่อไป

คำสำคัญ สภาวะสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน

Thesis title : THE STUDY OF FAMILY FACTORS INFLUENCING ORAL HEALTH STATUS IN PRESCHOOL CHILDREN (4-5 YEARS) IN MUNICIPALITY NAKHON NAYOK PROVINCE

Researcher : Miss Sunee Ponpanumas; **Degree:** Master of Home Economics (Family and Social Development); **Thesis advisors:** (1) Ampirat Aksornprom, Associate Professor; (2) Dr. Mukda Tanchai, Assistant Professor; **Academic year:** 2003

ABSTRACT

The objective of this research was to study family factors influencing oral health status in preschool children aged 4-5 years.

This was a cross-sectional descriptive study. The population was preschool children in municipality in Nakhon Nayok Province, selected the sample by purposive sampling and random sampling technique. They were 330 children who attended at kindergarten school in municipality in Nakhon Nayok Province and their mothers. The instruments were following : (1) interview guides for children, (2) structured questionnaires for mothers conducted by the researcher, and (3) oral health survey form of children adapted from WHO'S dental health assessment. The data was collected during June 2 – July 3, 2003. The stepwise multiple regression was used to analyze the data.

The stepwise multiple regression analysis showed that 5 variables could explain the variance of oral health status in preschool children at 22.7 percent. They were listed in order of their strength as follows : child's dental visit , mother's perception about nature of the teeth, child's daily brushing , exploring of child's teeth and frequency of child's brushing. The results were significance at 0.05 level. The other family factors were not significance in the study. This study could explain the factors influencing oral health status in preschool children aged 4-5 years for only 22.7 percent. The remaining 77.3 percentage of the factors cannot be explained. It is therefore suggested that further study should be taken.

Keywords: Oral Health Status, Preschool Children

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
สมมุติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	18
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	19
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว	19
แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว	25
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	26
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้	34
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	38
แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก	42
ความรู้ด้านทันตสุขภาพ	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	81
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	81
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
การเก็บรวบรวมข้อมูล	84
การวิเคราะห์ข้อมูล	85

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	86
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียน มารดา คู่สมรส และคุณลักษณะของครอบครัว	87
ตอนที่ 2 การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา และพฤติกรรมการดูแล ทัศนสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา	112
ตอนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของ เด็กก่อนวัยเรียนและพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน	127
ตอนที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน	133
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ตัวทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากของ เด็กก่อนวัยเรียน	134
ตอนที่ 6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน	142
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	143
สรุปการวิจัย	143
อภิปรายผล	146
ข้อเสนอแนะ	148
บรรณานุกรม	152
ภาคผนวก	158
ก. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)	159
ข. แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	160
ค. แบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน	161
ง. แบบสอบถามมารดา	164
จ. ลักษณะการกระจายของปัจจัยที่ศึกษา	183
ฉ. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยที่ศึกษา	184
ช. ตัวแปรที่ศึกษา	185
ประวัติผู้วิจัย	187

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ผลการสำรวจปัญหาโรคฟันผุจำแนกตามกลุ่มอายุและปีที่สำรวจ.....	2
ตารางที่ 1.2 สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมรายจังหวัดในภาคกลางจำแนกตาม กลุ่มอายุ พ.ศ. 2543 – 2544	3
ตารางที่ 2.1 ลักษณะของครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ	23
ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างแนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมกับ แนวคิดความขัดแย้ง	29
ตารางที่ 2.3 การเปรียบเทียบการจัดวงจรชีวิตครอบครัวแบบต่าง ๆ	32
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามอายุ	87
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามอายุ	88
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามระดับการศึกษา	89
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามอาชีพ	90
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามรายได้	91
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว... ..	91
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามโรคประจำตัว	92
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามโรคประจำตัว และประสบการณ์ทาง ทันตกรรมของมารดา	93
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของคู่สมรส จำแนกตามโรคประจำตัว	94
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามลักษณะของครอบครัว	95
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามสถานภาพสมรส	96
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามครั้งที่ของการสมรส	96
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามอายุของมารดาเมื่อสมรสกับสามีคน ปัจจุบัน.....	97
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามระยะเวลาการอยู่ร่วมกันกับสามีคน ปัจจุบัน.....	97
ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามการเป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามการอยู่ร่วมกับบิดาของบุตรคนที่ ศึกษานี้	98
ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามลำดับที่ของบุตร	99
ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนสมาชิกในแต่ละกลุ่มอายุ	100
ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามประเภทสมาชิกในครอบครัว	102
ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามจำนวนผู้ว่างงาน	103
ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามจำนวนผู้หารายได้เข้าครอบครัว..	103
ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามภาวะวิกฤติในครอบครัว ในรอบ 1 ปี	104
ตารางที่ 4.23 ภาพรวมสัมพันธภาพในครอบครัว.....	105
ตารางที่ 4.24 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส	106
ตารางที่ 4.25 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการให้ความรักต่อกัน	107
ตารางที่ 4.26 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน.....	108
ตารางที่ 4.27 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน	109
ตารางที่ 4.28 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน.....	110
ตารางที่ 4.29 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว ...	111
ตารางที่ 4.30 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา	112
ตารางที่ 4.31 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน.....	113
ตารางที่ 4.32 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน.....	114
ตารางที่ 4.33 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	116
ตารางที่ 4.34 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน โรคฟันผุใน เด็กก่อนวัยเรียน	117
ตารางที่ 4.35 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	119
ตารางที่ 4.36 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาโดยการแสดง จำนวนและร้อยละ.....	120

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.37 จำนวนและร้อยละของมารดาที่ปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	124
ตารางที่ 4.38 พฤติกรรมการตรวจฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนของมารดา โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ	125
ตารางที่ 4.39 พฤติกรรมการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ	126
ตารางที่ 4.40 การคั่งนมของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ	127
ตารางที่ 4.41 การดูคนมขวดของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ.....	128
ตารางที่ 4.42 การรับประทานขนม/อาหารว่าง และเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ.....	129
ตารางที่ 4.43 พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ...	131
ตารางที่ 4.44 จำนวนและร้อยละของเด็กที่ปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการแปรงฟัน.....	132
ตารางที่ 4.45 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นโรคฟันผุ และค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด จำแนกตามอายุ	133
ตารางที่ 4.46 ภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด...	133
ตารางที่ 4.47 การวิเคราะห์ตัวทำนายภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression)	134
ตารางที่ 4.48 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันผุโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression)	136
ตารางที่ 4.49 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันผุโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression)	139
ตารางที่ 4.50 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันผุโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression)	140

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 2.1 กระบวนการรับรู้ของกันยา สุวรรณแสง	35
ภาพที่ 2.2 กระบวนการรับรู้ของรังนี นพเกตุ	36
ภาพที่ 2.3 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	39
ภาพที่ 2.4 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคฟันผุ	57
ภาพที่ 2.5 ปัจจัยสำคัญและหลักการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ	59
ภาพที่ 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคน้ำตาลกับปริมาณฟันผุ	70

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญ ปัจจุบันพบว่ามียัตราฟันผุสูงมาก จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2543 – 2544 ซึ่งเป็น การประมวลข้อมูลการสำรวจระดับจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ภาพรวม โดยสำรวจทั้งหมด 48 จังหวัด แบ่งเป็นภาคกลาง 14 จังหวัด ภาคเหนือ 12 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11 จังหวัด ภาคใต้ 10 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในปาก มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 65.7 ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด 3.5 ซี่ต่อคน และเด็กมีฟันผุนต้องถอนเนื่องจาก ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้มีร้อยละ 12.2 การฟันผุในฟันน้ำนมยิ่งสูงมากในช่วงอายุ 5 – 6 ปี คือ ร้อยละ 87.4 ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด 6.0 ซี่ต่อคน และร้อยละ 38.6 มีความจำเป็นต้องได้รับการ ถอนฟันเนื่องจากผุมากจนไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (กองทันตสาธารณสุข 2545 : 30)

เมื่อนำผลการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 5 ไปเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมา 3 ครั้งจะเห็นแนวโน้มของปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมดังนี้ อัตราฟันผุในกลุ่มอายุ 3 ปี มีอัตรา ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 60 และกลุ่มอายุ 5 – 6 ปี ซึ่งเป็นอายุสุดท้ายของเด็กก่อนวัยเรียน พบอัตราฟันน้ำนมผุของเด็กกลุ่มนี้จะมีค่าสูงสุด อัตราฟันน้ำนมผุเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นโดยดูจากค่าเฉลี่ยผุถอนอุดเพิ่มจาก 5 ซี่ต่อคน ในปี พ.ศ. 2527 เป็น 6 ซี่ต่อคน ในปี พ.ศ. 2543-2544 ดัง ตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ผลการสำรวจปัญหาโรคฟันผุจำแนกตามกลุ่มอายุและปีที่สำรวจ

กลุ่มอายุ (ปี)	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย ประเทศไทย	ปีที่สำรวจ			
			2527	2532	2537	2544
3	ร้อยละผู้มีฟันน้ำนมผุ	-	-	66.5	61.7	65.7
	ค่าเฉลี่ยผุถอนอุดในฟันน้ำนม (dmft)		-	4	3.4	3.5
5-6	ร้อยละผู้มีฟันน้ำนมผุ	30	74.4	82.8	85.3	87.4
	ค่าเฉลี่ยผุถอนอุดในฟันน้ำนม (dmft)		4.9	5.6	5.7	6.0

ที่มา : “รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 5 กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย 2545 หน้า 29

หากดูสภาวะโรคฟันผุรายจังหวัดในภาคกลาง พบว่า จังหวัดนครนายกมีอัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 67.0 ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด 4.0 ซึ่งต่อคน และ ในเด็กอายุ 5-6 ปี ฟันน้ำนมผุร้อยละ 86.0 ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด 7.9 ซึ่งต่อคน ซึ่งค่าเฉลี่ยผุถอนอุด 7.9 ซึ่งต่อคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยผุถอนอุดของทั้งประเทศและเป็นค่าเฉลี่ยผุถอนอุดสูงสุดในภาคกลาง ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมรายจังหวัดในภาคกลางจำแนกตามกลุ่มอายุ

พ.ศ. 2543 – 2544

จังหวัด	เด็กอายุ 3 ปี		เด็กอายุ 5 – 6 ปี	
	อัตราชุก	ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด	อัตราชุก	ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด
จันทบุรี	79.8	4.9	87.3	5.9
ตราด	74.8	4.9	90.7	7.0
นครนายก	67.0	4.0	86.0	7.9
นครปฐม	51.0	2.0	81.5	4.0
เพชรบุรี	78.2	5.0	85.8	5.9
ระยอง	69.3	3.9	89.7	6.5
สระแก้ว	-	-	93.0	5.2
ฉะเชิงเทรา	-	-	93.0	7.5
กาญจนบุรี	-	-	85.6	5.6
สมุทรสาคร	-	-	82.9	5.7
ประจวบคีรีขันธ์	-	-	90.2	6.2
สมุทรปราการ	-	-	85.3	4.7
สระบุรี	-	-	92.3	6.1
พระนครศรีอยุธยา	-	-	90.7	6.3

ที่มา : “รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 5 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2545 หน้า 30

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดตลอดมา ถึงแม้ว่าจะมีโครงการส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนมานานกว่า 10 ปี ซึ่งการส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเริ่มเป็นครั้งแรกในแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535) จนถึงปัจจุบัน (2546) โดยโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใช้แนวคิดพัฒนาการเด็ก และกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization process) เป็นหลักการในการสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นหญิงมีครรภ์ มารดาหรือผู้ปกครอง มีกิจกรรมการให้

ทันตสุขศึกษาและตรวจสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์ ให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาที่พาเด็กมารับ
วัคซีนในคลินิกเด็กของรัฐ ให้แปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี)
และให้ยาคีน้ำ ฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง แต่ยังไม่พบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุใน
เด็กเล็กสูงเพิ่มขึ้นโดยตลอด แสดงให้เห็นว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าวยังไม่สามารถส่งผล
สัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กอายุประมาณขวบปีที่ 3 และสิ้นสุดลงเมื่ออายุราว 6 ขวบ
ปีที่ 4-5 เป็นช่วงเวลาที่เด็กกำลังเจริญเติบโต เริ่มเป็นอิสระ และพึ่งตนเองได้ทีละน้อย จากการ
ค้นคว้าของนักจิตวิทยาเด็ก พบว่าเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ขวบเป็นวัยที่เด็กมีการเรียนรู้มากที่สุด
และการเรียนรู้เหล่านี้มีอิทธิพลต่อชีวิตของเด็กเป็นอย่างยิ่งในอนาคต จึงเป็นช่วงวัยของการวาง
รากฐานชีวิตเพื่อเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป ความสำเร็จในชีวิตมนุษย์ตลอดจนความ
แตกต่างทางด้านบุคลิกลักษณะในวัยผู้ใหญ่ล้วนแต่มีรากฐานที่ได้รับมาจากในวัยเด็กทั้งสิ้น ดังนั้น
บิดามารดาที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กในทุก ๆ ระยะเวลาจะสามารถเลี้ยงดู
ของตนเองได้อย่างถูกต้อง

พัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนกล่าวโดยทั่ว ๆ ไป ได้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาการทาง
ด้านร่างกาย อัตราการเจริญเติบโตทางกายของเด็กก่อนวัยเรียนจะช้ากว่าเด็กวัยทารก ดังนั้นใน
ช่วงนี้น้ำหนักเด็กอาจเพิ่มขึ้นน้อย แต่ส่วนสูงอาจสูงขึ้นกว่าเดิมได้มาก ระบบกล้ามเนื้อจะทำงาน
ประสานงานได้ดีขึ้น เด็กจะทำงานที่ละเอียดโดยใช้มือได้คล่องแคล่วขึ้นและถนัดขึ้น 2) พัฒนาการ
ทางด้านอารมณ์ เด็กก่อนวัยเรียนจะรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ของเหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้
มากขึ้น แต่ยังไม่สามารถเข้าใจหรือให้เหตุผลของความรู้สึกได้ตามความเป็นจริง ตามข้อเท็จจริง
ได้ทุกประการ ส่วนหนึ่งจะใช้เหตุผลจากความนึกคิดและจินตนาการของตนเอง 3) พัฒนาการด้าน
สติปัญญา สมรรถนะและระบบประสาทกลางของเด็กวัยนี้เจริญและพัฒนามากขึ้น จึงทำให้เด็กเรียนรู้
สิ่งต่าง ๆ เร็วขึ้น อยากรู้ อยากเห็น ไม่อยากให้ความสงสัยค้างอยู่ เด็กวัยนี้มีพัฒนาการของภาษา
อย่างรวดเร็วแตกฉาน ประกอบกับความจำดีขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดทำงานได้ดี ดังนั้นเด็ก
จึงใช้คำต่าง ๆ ได้มากขึ้น ประกอบกับความอยากรู้อยากเห็นจึงทำให้ชอบซักถาม 4) พัฒนาการ
ทางบุคลิกภาพและสังคม เด็กก่อนวัยเรียนจะมีพฤติกรรมแสดงออกเป็นตัวเองมากขึ้น มี
พัฒนาการทางสังคมเพิ่มขึ้น รู้จักสังคมภายนอก รู้จักกฎเกณฑ์ของสังคม และรู้จักตัวเองมากขึ้น

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพของเด็ก
ได้แก่ 1) พันธุกรรม ซึ่งเด็กจะได้รับถ่ายทอดลักษณะทางด้านร่างกาย เซาว์ปัญญา ความบกพร่อง
ของร่างกาย หรือโรคบางชนิดจากบิดามารดาโดยส่งผ่านทางโครโมโซม เช่น รูปร่างหน้าตา ความ
สูง สีผิว โรคเบาหวาน เป็นต้น 2) การอบรมเลี้ยงดู ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบุคลิกภาพ

สังคม อารมณ์ และสติปัญญา โดยครอบครัวเป็นที่ให้การอบรมสั่งสอนโดยตรง โดยการแนะนำชี้แนวทางในการปฏิบัติ ให้โอกาสเด็กในการอ่าน ฟัง ดู และกระทำด้วยตนเองตามวุฒิภาวะ

3)อาหาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์และระบบประสาท มีผลต่อระดับสติปัญญา ถ้าเด็กได้รับอาหารน้อยจะเฉื่อยชา ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานจะมีพัฒนาการช้า และ 4) การเจ็บป่วยในวัยเด็ก โดยการเจ็บป่วยที่เล็กน้อยและระยะเวลาสั้นอาจไม่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก แต่การเจ็บป่วยที่รุนแรงและยาวนานอาจทำให้เกิดหยุดชะงักของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ มีพัฒนาการล่าช้า หรือมีพัฒนาการผิดปกติ เด็กที่เจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน อาจต้องพรางจากบิดามารดา ซึ่งขัดขวางต่อการสร้างสัมพันธภาพ ขาดการเรียนรู้จากการใช้ประสาทสัมผัส และการสำรวจสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตสมวัยปราศจากโรค และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น เด็กก่อนวัยเรียนจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ 2) ด้านสุขภาพจิต เด็กที่มีสุขภาพจิตดีเนื่องจากเด็กได้รับความรักความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจะมีจุดมุ่งหมายในการประพฤติ ปฏิบัติ รู้จักปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม 3) ด้านเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็กลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่าย และ 4) ด้านทันตสุขภาพ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยดี เพราะปากเปรียบเสมือนประตูแห่งสุขภาพ หากอวัยวะในช่องปากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของร่างกาย บุคลิกภาพและสภาวะจิตแล้ว ยังมีผลเสียทางด้านเศรษฐกิจด้วย

ฟันน้ำนมมีหน้าที่หลักที่สำคัญในการเจริญเติบโตของขากรรไกรซึ่งมีส่วนในการเจริญเติบโตของรูปหน้า ทำให้รูปหน้าสวยงาม รวมทั้งช่วยทำให้ฟันถาวรเจริญเติบโตได้ตามปกติ และขึ้นมาในตำแหน่งที่ถูกต้อง การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด จะก่อให้เกิดผลเสียต่อการขึ้นของฟันถาวร เนื่องจากปกติการบดเคี้ยวจากฟันน้ำนมจะกระตุ้นการสร้างกระดูกขากรรไกรให้มีขนาดใหญ่ขึ้นพอที่ฟันถาวรซึ่งมีซี่ใหญ่กว่าขึ้นมาได้ เมื่อถึงกำหนดขึ้นฟันถาวรจะมีแรงดันรากฟันน้ำนมให้ค่อย ๆ โยกหลุดไปเอง แล้วฟันถาวรจะงอกขึ้นมาแทนที่ตรงตำแหน่งนั้น ดังนั้นถ้าฟันน้ำนมถูกถอนก่อนกำหนด ทำให้กระดูกขากรรไกรมีแรงกระตุ้นน้อยกว่าปกติ และฟันถาวรไม่มีตัวควบคุมตำแหน่งการขึ้น จึงพบฟันถาวรขึ้นเกรวน ไม่เป็นระเบียบ จึงทำให้ฟันซ้อนเก การซ้อนเกของฟันจะทำให้เศษอาหารติดง่าย ทำความสะอาดลำบากจึงมีโอกาสเป็นโรคฟันผุหรือโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย และการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร หรือเคี้ยว

อาหารไม่ละเอียดพอซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เนื่องจากช่องปากเป็นด่านแรกของระบบทางเดินอาหาร มีหน้าที่บดเคี้ยวและย่อยอาหารบางชนิดก่อนจะถูกย่อยต่อในกระเพาะอาหารและถูกดูดซึมไปใช้ ถ้าหากอวัยวะในช่องปากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ก็จะมีผลกระทบไปถึงระบบการย่อยอาหาร ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นไม่เพียงพอ เกิดภาวะทุพโภชนาการ และส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเด็ก

เด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี ยังมีความจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดาหรือญาติผู้ใหญ่ นอกจากอยู่กับครอบครัวแล้วยังมีโอกาสได้อยู่ร่วมกับสังคมภายนอกครอบครัว เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล เป็นต้น แต่เด็กจะมีความใกล้ชิดกับผู้ปกครองมากกว่าเนื่องจากผู้ปกครองรับผิดชอบเด็กเพียง 1-2 คน ขณะที่ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือโรงเรียนอนุบาลต้องดูแลเด็กหลายคน ผู้ปกครองจึงมีเวลาดูแลเด็กมากกว่าศูนย์พัฒนาเด็ก จากการศึกษาของ จุฑามาศ เรียบร้อย (2538) เรื่องอิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย และพัฒนาการตำบลต่อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กก่อนวัยเรียน 329 คน ผู้ปกครอง 329 คน ผู้ดูแลเด็ก 30 คน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 19 คน และพัฒนาการตำบล 7 คน ใช้วิธีการศึกษา 3 วิธี ได้แก่ 1) สำรวจทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้ดัชนีอนามัยช่องปาก และดัชนีประสิทธิภาพฟันผุในฟันน้ำนม 2) ใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย และพัฒนาการตำบล 3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครอง 12 คน ผู้ดูแลเด็ก 4 คน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 2 คน และพัฒนาการตำบล 1 คน พบว่า กลุ่มผู้ปกครองมีอิทธิพลสูงต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก โดยอิทธิพลจากกลุ่มอื่น ๆ ยังไม่เด่นชัด

จากรายงานการวิจัยเชิงมนุษยวิทยาของสุมน อมรวิวัฒน์และคณะ (2534) เรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทยโดยศึกษาทั้ง 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคละ 1 หมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านเก็บข้อมูลอย่างน้อย 10 ครอบครัว โดยเลือกครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-6 ขวบ และเป็นครอบครัวที่เป็นกลุ่มคนไทย ไม่ใช่กลุ่มชนชาติอื่น เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลครอบครัว แบบสำรวจหมู่บ้าน แบบสำรวจชุมชน และแบบสังเกตโรงเรียนอนุบาลและศูนย์เด็กเล็ก พบว่า ถ้าเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กันพร้อมหน้าพ่อแม่ ลูก เด็กจะมีแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก สำหรับครอบครัวที่อยู่ในเมือง ชาลิมาศ น้อยสัมฤทธิ์ (2537) ทำการศึกษา เรื่อง ผู้ดูแลบุตรของสตรีในเขตเมืองของประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับบุตร พ.ศ. 2531 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากร ได้แก่ สตรีกำลังสมรสอายุ 15-49 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วราชอาณาจักร ไม่รวมครัวเรือนพิเศษ ครัวเรือนสถาบัน และครัวเรือนชาวต่างประเทศที่มีเอกสิทธิ์ทางการทูต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ

ศึกษา คือ สตรีกำลังสมรส อายุ 15 – 49 ปี และกำลังมีบุตรอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 1,641 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือหญิงที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง พบว่า สตรีในเมืองส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลบุตรด้วยตนเองมากกว่าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดูแลบุตรของตน

การศึกษาของ วรตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร ประชากร คือ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 – 6 ปี และบิดามารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 – 6 ปี และบิดามารดาในครอบครัวเดี่ยว จำนวน 390 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา และใช้แบบบันทึกภาวะสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า มารดาจะฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลมากกว่าบิดาในทุกด้าน การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของบิดาและมารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนได้ดีที่สุด ได้แก่ การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของบิดาและมารดา และการศึกษาของ วรณวิมล ลีมวงษ์ทอง (2535) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการ : ศึกษาเฉพาะครอบครัวเด็กก่อนวัยเรียนในลูกกรรมกรก่อสร้าง เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่ครอบครัวประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 100 คน จาก 19 บริษัท การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร และการวิจัยภาคสนามประกอบกัน โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เครื่องชั่งน้ำหนัก เกณฑ์มาตรฐาน น้ำหนักต่ออายุของเด็กไทย และการสังเกตเป็นเครื่องมือประกอบในการศึกษา พบว่า มารดาที่มีความรู้ด้านโภชนาการน้อยกว่าจะมีผลให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหารมากกว่ามารดาที่มีความรู้ด้านโภชนาการมากกว่า มารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องจะมีผลทำให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่ามารดาที่มีความเชื่อไม่ถูกต้อง มารดาที่มีบริโภคนิสัยที่ไม่ดี จะทำให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหารมากกว่ามารดาที่มีบริโภคนิสัยที่ดี และมารดาที่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้อง จะทำให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่ามารดาที่มีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

การศึกษาของ อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ (2540) เรื่อง การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในภาคกลางของประเทศไทย ประชากร คือเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่มีรายชื่อในโครงการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538 – 2539 ใน 8 จังหวัดภาคกลาง ไม่รวมกรุงเทพมหานคร และไม่รวมถึงเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก ค่ายทหาร เป็นต้น กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 576 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ

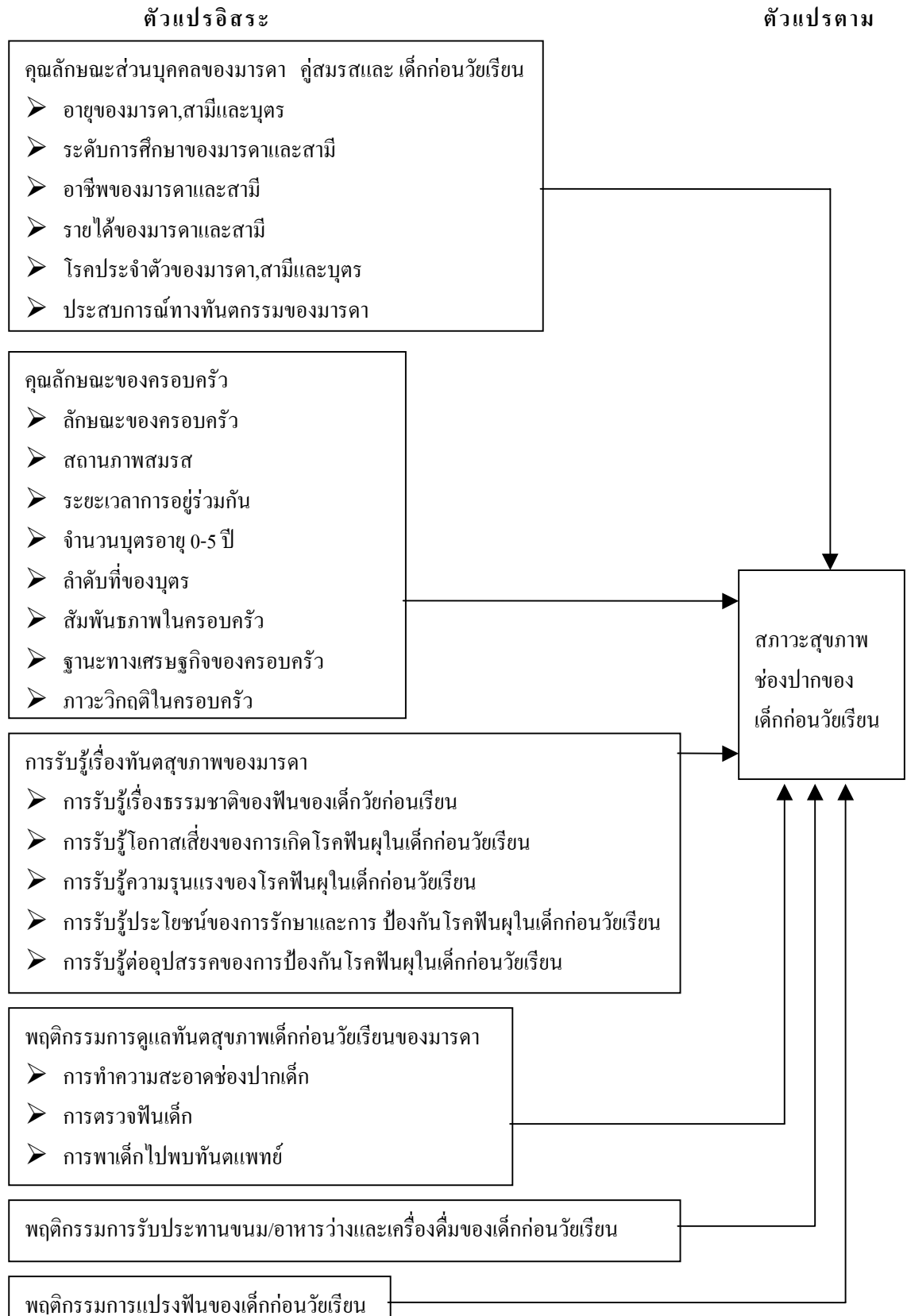
แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง เครื่องมือตรวจร่างกายเด็ก และเครื่องมือตรวจวัดพัฒนาการของเด็ก พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา และ รายได้ของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าเด็กมีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กจึงมีพฤติกรรมการเรียนรู้จากมารดา มากกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว การดูแลสุขภาพฟันของเด็กให้ถูกต้องเหมาะสมจึงควรเริ่มที่มารดา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน และการจัดสวัสดิการทางทันตสาธารณสุข ในเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรสและเด็กก่อนวัยเรียนมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4.2 คุณลักษณะของครอบครัวมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4.3 การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดามีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4.4 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดามีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียนมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4.6 พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียนมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 **ขอบเขตด้านประชากร** ประชากรในที่นี้ คือ เด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในโรงเรียน ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก และมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน

5.2 **ขอบเขตด้านเนื้อหา** จะศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับ คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และเด็กก่อนวัยเรียน คุณลักษณะของครอบครัว การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน และสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในโรงเรียน ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น

5.3 **ขอบเขตด้านเวลา** รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2546

5.4 **ขอบเขตด้านตัวแปร**

5.4.1 **ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และเด็กก่อนวัยเรียน คุณลักษณะของครอบครัว การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา พฤติกรรมการดูแล

ทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างและ เครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน และพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

5.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยทางครอบครัว หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และ เด็กก่อนวัยเรียน คุณลักษณะของครอบครัว การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

6.2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง อายุ ของมารดา สามีและเด็กก่อนวัยเรียน ระดับการศึกษาของมารดาและสามี อาชีพของมารดาและสามี รายได้ของมารดาและสามี โรคประจำตัวของมารดา สามีและเด็กก่อนวัยเรียน ประสบการณ์ ทางทันตกรรมของมารดา

6.3 คุณลักษณะของครอบครัว หมายถึง ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน จำนวนบุตรอายุ 0-5 ปี ลำดับที่ของบุตร สัมพันธภาพในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะวิกฤติในครอบครัว

6.4 ทันตสุขภาพ (Oral Health) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ ทันตสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ประสิทธิภาพที่ดีในการทำงานของฟัน อวัยวะรอบ ๆ ตัวฟัน และ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยว รวมถึงระบบของขากรรไกรและใบหน้า ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงเฉพาะในการทำงานของฟันในเด็กก่อนวัยเรียน คือ การที่เด็กก่อนวัยเรียนมีสุขภาพฟันดี ปราศจากโรคฟันผุ

6.5 เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 4 ปี จนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และ กำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ปีการศึกษา 2546

6.6 มารดา หมายถึง มารดาของเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 4 ปี จนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่ง กำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ปีการศึกษา 2546

6.7 อายุ หมายถึง อายุจริง คิดเป็นจำนวนเต็มปี

6.8 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุด คิดเป็นจำนวนปีตามหลักสูตรที่ ศึกษา รวมทั้งหมดตั้งแต่ต้นจนถึงระดับการศึกษาสูงสุดกำหนดจำนวนปีดังนี้

การศึกษาระดับประถมศึกษา	6	ปี
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	12	ปี
การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	14	ปี
การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	ปี
การศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า	18	ปี
การศึกษาระดับปริญญาเอกหรือเทียบเท่า	21	ปี

6.9 อาชีพ หมายถึง ลักษณะงานที่ทำอยู่เป็นประจำ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

แม่บ้าน หมายถึง ทำหน้าที่ดูแลบ้าน

รับจ้าง หมายถึง ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหรือร้านค้า มีรายได้เป็นวันหรือเดือน

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ หมายถึง ทำงานให้รัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ ได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือน

ค้าขาย/ทำธุรกิจ หมายถึง ทำงานเกี่ยวกับการซื้อขายสิ่งของต่าง ๆ หรือมีกิจการเป็นของตนเอง

เกษตรกร หมายถึง ทำงานในนา,สวน มีรายได้จากผลผลิต

6.10 รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้ที่เป็นตัวเงินที่ได้รับในแต่ละเดือนโดยเฉลี่ย ซึ่งยังไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

6.11 ประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา หมายถึง การที่มารดาได้รับบริการตรวจฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน อุดฟัน รักษาโรคฟัน หรือบริการรักษาอื่น ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน จำแนกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ เคย และไม่เคย

6.12 ลักษณะของครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิก ได้แก่ บิดา มารดาและบุตรเท่านั้น

ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกสมาชิกอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากบิดา มารดาและบุตร มาอยู่ด้วย เช่น ปู่ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ

6.13 ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน หมายถึง จำนวนปีที่สตรีและสามีใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และยังคงมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา ซึ่งอาจจะเป็นการอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่แต่ยังคงติดต่อไปมาหาสู่กันเป็นครั้งคราว

6.14 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ อยู่ด้วยกันกับสามี ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับสามี

6.15 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อ

สมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า พี่ น้อง ฯลฯ ถ้าความสัมพันธ์เป็นความรักใคร่ผูกพันกัน เชื้อใจกัน ไว้วางใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน มีเวลาให้แก่กัน ทำกิจกรรมร่วมกัน มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ฯลฯ นับว่าเป็นลักษณะของสัมพันธภาพที่ดี ในที่นี้สัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วย

การปรับตัวในชีวิตสมรส หมายถึง คู่สมรสมีการปรับตัวเข้าหากันสามารถเปิดเผยความรู้สึกต่อกันอย่างตรงไปตรงมา ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของครอบครัว รวมทั้งการปรับตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์

การให้ความรักต่อกัน หมายถึง การแสดงความรู้สึกรักใคร่ต่อกัน ไว้วางใจกัน ให้เกียรติกัน ดูแลเอาใจใส่กัน ให้กำลังใจกัน

ความมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน หมายถึง การให้และรับความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ กิจกรรมงานบ้าน หรือ ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ รวมทั้งคำแนะนำคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา

การมีกิจกรรมร่วมกัน หมายถึง การทำกิจกรรมในบ้านหรือกิจกรรมนอกบ้าน ร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน รวมทั้งการทำกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน

ความคิดเห็นสอดคล้องกัน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และหากมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันก็จะพูดคุยกันด้วยเหตุผล สมาชิกในครอบครัวจะใช้การร่วมกันถกเถียงด้วยการประนีประนอม เพื่อร่วมพิจารณาหาทางเลือกที่ทุกคนยอมรับร่วมกันได้ และมีความรู้สึกที่ดีต่อการแก้ปัญหาาร่วมกัน

การมีบรรทัดฐานในครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวมีระเบียบ กฎ กติกา มารยาทที่ทุกคนรับรู้และปฏิบัติตามจนเคยชิน รวมทั้งมีการแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองที่กำหนดขึ้นภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สัมพันธภาพในครอบครัววัดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 40 ข้อ วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย เกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนนตามลำดับ สำหรับการตอบมากที่สุดถึงไม่เลย คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 40 - 200 คะแนน

6.16 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ความแตกต่างของรายได้ซึ่งได้มาจากสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว กับผลรวมของค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยพิจารณาว่ารายได้ของครอบครัวพอเพียงกับรายจ่ายหรือไม่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

รายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีเหลือเก็บ

รายได้มากกว่ารายจ่าย มีเหลือเก็บ

รายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีหนี้สิน

6.17 ภาวะวิกฤติในครอบครัว หมายถึง ในรอบปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ที่ครอบครัว มิได้คาดหวังหรือปรารถนาให้เกิดขึ้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจของ สมาชิกในครอบครัว เช่น ความวิตกกังวลใจ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความอับอายขายหน้า ซึ่ง เหตุการณ์เหล่านั้นได้แก่ สมาชิกในครอบครัวต้องย้ายจากบ้านไปเพื่อหางานทำในท้องถิ่นอื่น สมาชิกในครอบครัวว่างงาน ตกงานหรือเปลี่ยนงานใหม่ สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต คู่สมรสนอกใจ สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยเรียนต้องออกจากโรงเรียนหรือหยุดเรียน กลางคัน ครอบครัวสูญเสียทรัพย์สิน เช่น ถูกขโมย ไฟไหม้ สมาชิกในครอบครัวได้รับอุบัติเหตุ รุนแรงจนกระทั่งบาดเจ็บหรือพิการ สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรง ครอบครัวต้องย้ายที่อยู่ ใหม่ สมาชิกในครอบครัวต้องคดี ได้รับโทษทัณฑ์หรือจำคุก สมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง กันรุนแรง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัวมีภาวะวิกฤติและครอบครัวที่ไม่มีภาวะวิกฤติ

6.18 การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความคิด ความ เข้าใจ และความเชื่อของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับธรรมชาติของฟันของเด็กก่อนวัยเรียน ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 10 ข้อ โดยวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย เกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ สำหรับการตอบมากที่สุดถึงไม่เลย แล้วนำมาหา ค่าเฉลี่ย

6.19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดฟันผุได้ ง่ายและอาจเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัย เรียน ประเมินได้จากแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ โดยวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ข้อความแสดงความรับรู้ทางบวก วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้ คะแนน 5-1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย

ข้อความแสดงความรับรู้ทางลบ วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้

คะแนน 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6.20 การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน ว่าความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 7 ข้อ โดยวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ข้อความแสดงความรับรู้ทางบวก วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 5 - 1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย

ข้อความแสดงความรับรู้ทางลบ วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6.21 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนว่าโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนสามารถช่วยป้องกันได้ หรือเมื่อเกิดโรคแล้วสามารถรักษาได้ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 8 ข้อ โดยวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคย เกณฑ์การให้คะแนน 5 - 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับการตอบมากที่สุดถึงไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ข้อความแสดงความรับรู้ทางบวก วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 5 - 1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย

ข้อความแสดงความรับรู้ทางลบ วัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6.22 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคหรือรบกวนความสามารถในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่เพียงพอของสถานบริการ ความไม่สะดวกในการรับบริการ ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความสิ้นเปลืองเวลา การขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย วัดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ และวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการตอบเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วย แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6.23 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา หมายถึง การกระทำของมารดาต่อเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้บุตรปราศจากโรคในช่องปาก ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากเด็ก การตรวจฟันเด็ก และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์

6.24 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก วัดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 13 ข้อ ถ้าปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6.25 พฤติกรรมการตรวจฟันเด็ก หมายถึง การตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันของเด็ก วัดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ข้อ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ไม่เคยตรวจฟันเด็ก ตรวจฟันเด็กเป็นบางครั้ง และตรวจฟันเด็กเป็นประจำ

6.26 พฤติกรรมการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ วัดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ข้อ ดังนี้ เคยหรือไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ สาเหตุที่พาเด็กไปพบทันตแพทย์ และสาเหตุที่ไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์

6.27 อาหารว่าง หมายถึง - ขนมไทย เช่น ตะโก้ เต้าส่วน วุ้น ขนมสอดไส้

- ขนมหรือผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ ที่บรรจุห่อสำเร็จรูป ที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น ฮานามิ โปเต้ ปาปริกา คอนเน่ คอนพัฟฟ์ โยโย ปิโป้ ลูกอม ช็อกโกแลต ไอศกรีม มาม่า มันฝรั่งอบกรอบ ขนมปัง ฯลฯ
- ผลิตภัณฑ์จากผลไม้ นำมาแปรรูป เช่น มะม่วงเค็ม บัวเค็ม

6.28 เครื่องดื่ม หมายถึง น้ำอัดลมบรรจุขวดหรือกระป๋อง นม น้ำหวานใส่สีมีกลิ่น หรือรสชาติต่าง ๆ

6.29 พฤติกรรมรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ชนิดของขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีอาหาร ช่วงเวลาและความถี่ที่รับประทาน และวัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 10 ข้อ

6.30 พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน ช่วงเวลาที่เด็กแปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน การใช้ยาสีฟันและการมีผู้ช่วยในการแปรงฟัน วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 6 ข้อ

6.31 สถานะสุขภาพช่องปาก พิจารณาจากสถานะโรคฟันผุซึ่งคัดแปลงมาจากเกณฑ์การประเมินโรคฟันผุขององค์การอนามัยโลก (Oral Health-Survey : Basic Methods 4th Edition 1997) โดย

ฟันผุ (d) หมายถึง ฟันที่ตรวจพบว่ามีรูผุ มีลักษณะนิ่ม ผุเข้าไปในตัวฟัน (enamel) ในกรณีที่มีรูผุที่ด้านข้างของตัวฟัน ที่เขี่ยหารูผุต้องเขี่ยเข้าไปในตัวฟันนั้นได้สะดวก นอกจากนี้ กรณีที่ฟันที่ได้รับการอุดถาวรและมีรูผุใหม่ก็ถือว่าเป็นฟันผุ

ฟันถอน (e) หมายถึง ฟันที่ถูกถอนหรือสูญเสียไปเนื่องจากฟันผุเท่านั้น รวมทั้งฟันน้ำนมที่มีรูผุจนไม่สามารถอุดได้ การรักษาฟันซี่นั้นคือการถอน

ฟันอุด (f) หมายถึง ฟันที่ได้รับการอุดถาวรโดยไม่มีรูผุซ้ำ (secondary caries) หรือ ผุใหม่ (primary decay) ส่วนฟันที่ได้รับการครอบเพราะการผุให้ถือเป็นกรณีนี้

ฟันดี (s) หมายถึง ฟันที่ไม่มีรูผุหรือรอยอุดบูรณะใด ๆ สถานะที่ฟันเริ่มผุ ซึ่งไม่นับเป็นการผุ ทั้งนี้เพราะการวินิจฉัยอาจผิดพลาดได้ง่าย ได้แก่

- จุดขาว หรือ จุดขาวขุ่น (white or chalky spots)
- มีการเปลี่ยนสี หรือจุดขรุขระ (rough spots)
- หลุม (pit) หรือ ร่องลึก (fissure) มีการเปลี่ยนสีและสามารถเขี่ยติดได้ด้วยที่หารูผุ (explorer) แต่ตรวจไม่พบผนังรูผุเข้าได้ชั้นเคลือบฟัน
- สีคล้ำที่เคลือบตัวฟัน (dark, shiny, hard pitted areas of enamel) ซึ่งเป็นลักษณะของฟันตกกระปานกลางหรือรุนแรง

วิธีตรวจ

ตรวจเรียงลำดับจากฟันบนขวาซี่ท้ายสุด วนตามเข็มนาฬิกาจนถึงฟันล่างขวาซี่ซ้ายสุด โดยแต่ละซี่ตรวจทุกด้านเรียงลำดับจากด้านบดเคี้ยว (occlusal) ด้านประชิดใกล้ (mesial) ด้านกระพุ้งแก้ม (buccal) ด้านประชิดไกล (distal) และด้านลิ้น (lingual) ซึ่งฟันกรามจะได้รับการตรวจ 5 ด้านในแต่ละซี่ ส่วนฟันเขี้ยวและฟันหน้าจะได้รับการตรวจ 4 ด้านในแต่ละซี่

บริเวณที่ตรวจ

ตรวจฟันทุกซี่ในปาก รวมทั้งฟันที่งอกขึ้นมาบางส่วนที่มองเห็นได้ หรือสามารถใช้ปลายเครื่องมือเขี่ยตรวจได้โดยไม่รบกวนเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) รอบตัวฟัน

สิ่งที่ตรวจ
ตรวจรูหู รอยอุคบุรณะ และช่องว่างที่ฟันถูกถอนไปเพราะการผุ เจงนับเป็น
จำนวนซี่ฟัน

การคำนวณ

$$\begin{aligned}
 1. \text{ def ของแต่ละคน} &= \text{จำนวน d} + \text{จำนวน e} + \text{จำนวน f} \\
 2. \text{ ค่าเฉลี่ย d ของกลุ่ม} &= \frac{\text{ผลรวมของ d}}{\text{จำนวนเด็กทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ}} \\
 3. \text{ ค่าเฉลี่ย e ของกลุ่ม} &= \frac{\text{ผลรวมของ e}}{\text{จำนวนเด็กทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ}} \\
 2. \text{ ค่าเฉลี่ย f ของกลุ่ม} &= \frac{\text{ผลรวมของ f}}{\text{จำนวนเด็กทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ}} \\
 2. \text{ ค่าเฉลี่ย def ของกลุ่ม} &= \frac{\text{ผลรวมของ def}}{\text{จำนวนเด็กทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ}}
 \end{aligned}$$

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำไปใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนและการจัดสวัสดิการทางทันตสาธารณสุขแก่เด็กก่อนวัยเรียน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4–5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก
7. ความรู้ด้านทันตสุขภาพ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

1.1 ความหมายของครอบครัว แม้ว่าครอบครัวจะเป็นสิ่งที่เป็นสากลก็ตามแต่ก็เป็นการยากที่จะให้คำนิยามคำว่า “ครอบครัว” ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้เพราะครอบครัวมีความหมายสำหรับแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป นอกจากนี้ความหมายยังเปลี่ยนไปตามกาลเวลา เป็นที่ได้แย้งกันมากในหมู่นักวิชาการและผู้วางนโยบายทางสังคมว่าครอบครัวคืออะไร มีองค์ประกอบอย่างไร ครอบครัวหมายถึง “พ่อ-แม่-ลูก” เท่านั้นหรือ การรวมกลุ่มแบบอื่น เช่น ชายหรือหญิงที่รักร่วมเพศมาอยู่ด้วยกันถือเป็นครอบครัวหรือไม่ และจะมีสิทธิเสรีภาพตามกฎหมาย ได้รับสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ เช่นเดียวกับครอบครัวทั่วไปหรือไม่ คำถามเหล่านี้ยังไม่มีผู้ใดให้คำตอบได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามที่จะให้นิยามคำว่า “ครอบครัว” ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์ และทำความเข้าใจครอบครัว รวมทั้งการกำหนดนโยบายในการพัฒนาครอบครัวให้ดำรงอยู่อย่างปกติสุข

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามว่าครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน

รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา” (ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, 2538 : 57)

รญา ฎุโพบูลย์ (2541 : 3) ได้ให้ความหมายของครอบครัวโดยสรุปว่า ครอบครัวเป็นที่รวมของคุณสมบัติต่อไปนี้

1. ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คน
2. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย
3. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น
4. สมาชิกมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมได้ให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน

สุพัตรา สุภาพ (2541 : 65) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด และยังไม่เคยปรากฏว่าสังคมมนุษย์ใดไม่มีสถาบันครอบครัวปรากฏอยู่ เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้ เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่เรารู้จักตั้งแต่แรกเกิด จนเติบโต โดยครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อ สกุล ซึ่งเป็นเครื่องบอกสถานภาพและบทบาทในสังคมที่เรามีส่วนร่วมด้วย ตลอดจนกำหนดสิทธิและหน้าที่ที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถาบันครอบครัวเป็นจุดที่ช่วยยึดโยงชีวิตคนให้มีเสถียรภาพ ให้มีคุณภาพมากที่สุด ภายใต้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจและความเอื้ออาทร

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ครอบครัวคือ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส ด้วยการผูกพันทางสายโลหิตหรือด้วยความผูกพันอื่น ๆ โดยอยู่ร่วมกันหรือแยกกันอยู่ก็ได้ และสมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในด้านความรัก ความเอาใจใส่ มีจิตผูกพันกัน ให้การอบรมดูแล และถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้

1.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี บทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ ของครอบครัวนั้นล้วนมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งสิ้น เนื่องจากการกระทำหน้าที่ของสถาบันสังคมแต่ละสถาบันย่อมจะส่งผลกระทบต่อถึงหน่วยต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบสังคมโดยรวม

จางง อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ (2545 : 79) ได้กล่าวว่า ครอบครัวมีหน้าที่ที่สำคัญดังนี้

1. สร้างสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเก่า ครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นหลักประกันว่าสังคมจะมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเก่าที่ตายไป ทำให้เผ่าพันธุ์ของมนุษย์ไม่สูญหายไป

2. เลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตเป็นสมาชิกที่สมบูรณ์และมีคุณภาพของสังคมด้วยการให้อาหารและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ จนเติบโตและแข็งแรงพอที่จะเผชิญกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการให้การศึกษาเพื่อให้มีสมรรถภาพในการทำงานอาชีพ สามารถเลี้ยงดูตัวเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. อบรมปลูกฝังระเบียบสังคมแก่สมาชิกใหม่ เป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวที่จะต้องอบรมปลูกฝังนิสัย และความรู้ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตให้แก่เด็ก ๆ ดังนั้นเด็กจะเป็นคนดีหรือคนเลวและมีบุคลิกภาพที่สังคมยอมรับได้หรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบจากครอบครัวเป็นพื้นฐาน อาจกล่าวได้ว่าสิ่งที่เด็กได้รับจากการอบรมจากครอบครัวยากที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ภายหลัง เช่น ลักษณะนิสัยการกินอยู่ เป็นต้น

4. ให้ความรักความอบอุ่น บุคคลจะได้รับความรักและความอบอุ่นจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ความใกล้ชิดและการดูแลเอาใจใส่ระหว่างสมาชิก ตลอดจนการให้กำลังใจต่อกันเป็นสิ่งที่เราไม่สามารถหาได้จากบุคคลอื่นนอกจากครอบครัวของเรา

5. ควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศ การอยู่กันเป็นครอบครัวก็เพื่อจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางเพศของสมาชิกให้ดำเนินไปอย่างมีระเบียบกฎเกณฑ์ ด้วยการกำหนดประเพณีหรือกฎหมายเกี่ยวกับการมีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชายหญิงให้เป็นไปในทิศทางที่ดี สังคมยอมรับ กล่าวคือ สังคมทั่วไปยอมรับการมีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างคู่สมรสเท่านั้น และถือว่าความสัมพันธ์ทางเพศนอกสมรสเป็นสิ่งที่ต้องห้ามและไม่เป็นที่ยอมรับ

6. ทำหน้าที่ทางเศรษฐกิจคือเป็นทั้งหน่วยผลิตและหน่วยบริโภคโดยเฉพาะในสังคมแบบสมัยก่อน แรงงานในทางการเกษตรมักได้จากคนภายในครอบครัวที่ร่วมกันผลิตในที่ดินของครอบครัว แต่ในสังคมสมัยใหม่ครอบครัวเป็นหน่วยบริโภคมากกว่าหน่วยผลิต

7. กำหนดสถานภาพของบุคคล ทำให้รู้ว่าสมาชิกที่เกิดใหม่เป็นเพศใด เกิดลำดับที่เท่าไรในครอบครัว แล้วยังทำให้เด็กได้รับสถานภาพทางสังคมตามสถานภาพของพ่อแม่ เช่น เป็นคนไทย คนจีน คนจน คนรวย คนเมืองหรือคนชนบท เป็นต้น

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2538 : 918) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในเชิงโครงสร้าง ดังนี้คือ

1. ครอบครัวต้องทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ให้ชุมชน โดยวิธีการจัดให้บุตรธิดามีการแต่งงานที่ถูกต้อง

2. ครอบครัวจะต้องทำหน้าที่อบรมให้ความรู้แก่บุตรธิดาตั้งแต่เกิดจนโต รวมทั้งการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเพื่อชุมชนจะได้มีสมาชิกที่มีคุณภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อชุมชนต่อไปได้

3. ครอบครัวจะต้องรักษาเสถียรภาพ และสามารถทำนุบำรุงความเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องสมบูรณ์ เพื่อให้สถาบันครอบครัวได้ทำหน้าที่อื่นๆ ที่ชุมชนต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนต่อไป การรักษาเสถียรภาพอย่างสมดุลทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวคือ การให้ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว และยอมส่งผลให้สมาชิกเหล่านั้นเห็นคุณค่าของการเป็นครอบครัว

ณัฐชัย ดันตีสุข (2533 : 16) ระบุว่าหน้าที่หลักของครอบครัวมี 4 ประการ คือ

1. หน้าที่ให้ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
2. หน้าที่ให้การหาเลี้ยงครอบครัว
3. หน้าที่ให้การสืบสกุล
4. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้รู้จักระเบียบสังคมไทย

จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อสังคมอย่างมากทั้งบทบาทหน้าที่ตามธรรมชาติ คือ การให้กำเนิดบุตร ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มสมาชิกให้กับสังคม และหน้าที่ตามธรรมเนียมประเพณีอันได้แก่ การคุ้มครองปกป้องสมาชิก เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิก และการอบรมสั่งสอนสมาชิกให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ ทั้งยังเป็นแหล่งที่จะให้ความรักความอบอุ่นความมั่นคงแก่สมาชิกในครอบครัวด้วย

1.3 รูปแบบโครงสร้างของครอบครัว องค์การสหประชาชาติ (1992) ได้จำแนกลักษณะรูปแบบโครงสร้างสากลของครอบครัวเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 ครอบครัวเชิงเดี่ยว (Nuclear family) มีรูปแบบที่สำคัญ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางชีวภาพและรูปแบบทางสังคม ครอบครัวเดี่ยวในทางชีวภาพนั้นจะหมายถึงการที่หญิงชายคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์ร่วมกันจนมีบุตร ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวทางสังคมเกิดจากการที่คนสองคนมีความสัมพันธ์ร่วมกันโดยการสมรสหรืออยู่กินร่วมกันเฉย ๆ ไม่ว่าจะมิบุตรหรือไม่ก็ตาม บางครั้งอาจเรียกว่า ครอบครัวคู่สมรส (Conjugal family) จากลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าครอบครัวตะวันตกสมัยใหม่ รวมทั้งครอบครัวไทยในสังคมแบบชุมชนเมืองมักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวทางชีวภาพที่มีคนสองรุ่น คือ พ่อ แม่และลูก อาศัยอยู่ด้วยกัน และถึงแม้ลูก ๆ จะย้ายไปสร้างครอบครัวเองภายหลังก็ยังถือว่าครอบครัวนี้เป็นครอบครัวเดี่ยวทางสังคม

การที่ครอบครัวส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มว่าจะมีครอบครัวแบบนี้เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ เพราะการมีครอบครัวใหญ่เป็นการสิ้นเปลือง โดยเฉพาะสภาพสังคมปัจจุบันที่ค่าครองชีพสูงขึ้น ลูกหลานที่แต่งงานแล้วจึงมักแยกออกไปตั้งครอบครัวใหม่ ครอบครัวแบบนี้มีความเป็นอิสระ แต่ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความหวาดและขาดความอบอุ่น

1.3.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) รูปแบบของครอบครัวขยายโดย

ปกติคือ ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่และลูก วัฒนธรรมที่ให้คุณค่าแก่การเคารพและการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งในสังคมที่ไม่นิยมการแบ่งแยกที่ดินและสมบัติ มีแนวโน้มที่จะใช้ชีวิตแบบครอบครัวขยายมากที่สุด ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกันจึงเป็นรูปแบบครอบครัวที่นิยมกันมากในสังคมชนบท ส่วนในสังคมเมืองนั้นเนื่องจากความขาดแคลนที่อยู่อาศัยและเหตุผลบางประการที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เหมาะสำหรับครอบครัวเดี่ยว

นอกจากนี้ครอบครัวที่มีญาติพี่น้องอื่น ๆ มาอาศัยอยู่ด้วย (Kinship families) ครอบครัวเผ่าชนแบบดั้งเดิม (Tribal families) หรือครอบครัวแบบมีภรรยาหรือสามีร่วมกันหลายคน (Polygamous families) ก็จัดอยู่ในลักษณะครอบครัวขยายด้วยเช่นกัน

1.3.3 ครอบครัวที่มีการจัดโครงสร้างใหม่ (Reorganized family) รูปแบบ

ครอบครัวในลักษณะนี้อาจมาจากการสมรสใหม่ หรือใช้ชีวิตร่วมกันหลังจากที่สามีภรรยาผู้นั้นเคยมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมาแล้ว ยิ่งถ้ามีการสมรสใหม่หลาย ๆ ครั้ง หรือถ้าการสมรสใหม่เกิดขึ้นในครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็ยิ่งทวีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น และในบางครั้งจะรวมถึงครอบครัวที่มีเพศเดียวกันอาศัยอยู่ร่วมกัน และ/หรือการอาศัยอยู่ร่วมกันในชุมชนเดียวกัน ในลักษณะของกลุ่มครอบครัวเดี่ยวหลาย ๆ ครอบครัว หรือกลุ่มคนโสดที่อาศัยอยู่ร่วมกันในลักษณะพึ่งพากันตามสภาวะการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยสามารถจำแนกลักษณะของครอบครัวต่างๆ ดังตารางที่ 2.1 แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะครอบครัวที่คนส่วนใหญ่เข้าใจตรงกันมักเป็นใน 2 ลักษณะแรก คือ ลักษณะของครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

ตารางที่ 2.1 ลักษณะของครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ

ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวขยาย	ครอบครัวแบบจัดโครงสร้างใหม่
เชิงสายเลือด	มีคน 3 รุ่น	สมรสใหม่ ^{3/}
เชิงสังคม	รวมญาติพี่น้องคนอื่น ๆ	อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน
มีพ่อหรือแม่คนเดียว	แบบชนเผ่า	เพศเดียวกันอยู่ร่วมกัน ^{2/}
รับเป็นบุตรบุญธรรม ^{1/}	มีภรรยาหลายคน ^{2/}	
เด็กหลุดแก้ว ^{2/}		

หมายเหตุ : ^{1/} ในประเทศที่ยอมรับบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย

^{2/} เป็นที่ยอมรับทางกฎหมายมากขึ้นในบางประเทศ

^{3/} การหย่าร้างเป็นที่ยอมรับในประเทศส่วนมาก

ที่มา : (United Nations, 1992 อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและการประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

1.4 องค์ประกอบของครอบครัว

สนธิ สัมครการ (2544 : 43) กล่าวว่า องค์ประกอบที่จำเป็นของครอบครัว คือ สารสำคัญขั้นพื้นฐานที่ครอบครัวทุกแบบต้องมี ถ้าขาดอย่างหนึ่งอย่างใดก็ถือว่าความ เป็นครอบครัวนั้นอยู่ในภาวะวิกฤติ และถ้าเป็นอยู่นานก็จะทำให้ครอบครัวสลายไปได้ แต่ถ้าขาด มากไปกว่าหนึ่งอย่าง ครอบครัวย่อมสลายทันที (คือ ไม่อาจทำหน้าที่ครอบครัวได้) องค์ประกอบ ที่จำเป็นของครอบครัว มีดังนี้

1.4.1 องค์ประกอบด้านชีวะ (biological factor) คือ ครอบครัวต้อง ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นมนุษย์ และอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีผู้ที่เป็นผู้ใหญ่หนึ่งคน ส่วนสมาชิก อื่น ๆ จะมีมากน้อยเพียงไรนั้นสุดแล้วแต่แบบของครอบครัว แต่จะไม่มีสมาชิกที่ไม่เป็นผู้ใหญ่เลย ย่อมไม่ได้ และโดยทั่วไปแล้ว ความสัมพันธ์ของสมาชิกต่างวัยจะต้องเป็นไปตามสายเลือด (อย่างน้อยก็บางส่วน) ส่วนความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสมาชิกผู้ใหญ่ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่ง นั้น แม้ว่าโดยทั่ว ๆ ไปจะมีปรากฏอยู่ในครอบครัว แต่ก็หาใช่ความจำเป็นไม่

1.4.2 องค์ประกอบด้านทรัพย์สิน (wealth factor) ครอบครัวทุกครอบครัวต้องมีทรัพย์สินของตนเอง จะไม่มีเลยย่อมไม่ได้ คำว่าทรัพย์สินในที่นี้หมายถึง สิ่งของเครื่องใช้และ สมบัติต่าง ๆ ที่สามารถใช้จ่ายทำนุบำรุงสุขภาพ พลาณามัย ความคงอยู่ ความเจริญเติบโตตลอดจน ความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยของชีวิตในครอบครัว ส่วนครอบครัวใดจะมีมากน้อยเพียง ใดก็สุดแล้วแต่ฐานะครอบครัว และต้องมีเป็นสัดส่วนของครอบครัวตนเอง คือ หัวหน้า ครอบครัวเป็นผู้มีอำนาจสั่งจ่ายได้ตามที่เห็นควร

1.4.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ (decision making factor) หมายความว่า ครอบครัวแต่ละครอบครัวย่อมทรงไว้ซึ่งอำนาจในการตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ของตนโดยสมบูรณ์ คือ ไม่ต้องอยู่ในอาณาเขตของครอบครัวอื่นเพราะถ้าเป็นเช่นนั้นครอบครัวนั้นก็ ขาดสภาพครอบครัวไป กลับกลายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวขยาย เป็นต้น โดยปกติแล้วอำนาจ การตัดสินใจของแต่ละครอบครัวย่อมจะตกอยู่กับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งอาจได้แก่ สามีหรือภรรยา หรือทั้งสามีและภรรยา หรือญาติผู้ใหญ่ที่เป็นชายหรือหญิงคนใดคนหนึ่ง ก็ได้ แล้วแต่วัฒนธรรมของแต่ละสังคม ด้วยเหตุนี้องค์ประกอบในการตัดสินใจจึงคลุมเอาความหมาย ที่ว่าครอบครัวจะต้องมีหัวหน้าเอาไว้ด้วยเสมอ ส่วนหัวหน้าจะเป็นใครนั้นเป็นอีกประเด็นหนึ่ง

2. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

2.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน มีการติดต่อกัน มีความผูกพัน มีความรู้จักสนิทสนม ใกล้ชิด มีการติดต่อสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างบุคคล สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมโดยรวม การพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวให้มีความมั่นคงจะเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาของบุคคลในครอบครัวได้ จึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

2.2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

สิริพรรณ มิ่งวานิช (2537) กล่าวว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวจะดีมากขึ้นเพียงใดนั้นควรคำนึงถึงบทบาท หน้าที่ และการปรับตัวเข้าหากันของสมาชิกในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญยิ่ง ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน
2. มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
3. มีการยอมรับซึ่งกันและกัน
4. ไม่มีความขัดแย้งบาดหมางกัน
5. มีการช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
6. มีความผูกพัน รักใคร่ทางความรู้สึก และอารมณ์ที่ดีต่อกัน

จ่านง อติวัฒน์สิทธิ์ (2542) ได้กล่าวไว้ว่าในครอบครัวจะต้องมีความรักและความอบอุ่นระหว่างกัน ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรักและความผูกพันกันในลักษณะต่อไปนี้

1. ความไว้วางใจกันในครอบครัว หมายถึง ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจจะช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายใจ ไร้ความกลัว เป็นที่พึ่งพิงซึ่งกันและกันได้ ครอบครัวใดที่ไม่ได้สร้างรากฐานที่ดีในเรื่องความไว้วางใจกัน อาจส่งผลให้บุคลิกภาพของผู้เยาว์ในครอบครัวมีลักษณะก้าวร้าว เก็บกดหรือมีปมด้อย
2. ความเอื้ออาทรกันในครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพของกันและกัน อาหารการกิน การเล่าเรียนของบุตร ความสะอาด การใช้จ่ายเงินทอง การเดินทางไปโรงเรียน หรือทำงาน ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย

3. ความเข้าใจกันในครอบครัว หมายถึง สมาชิกควรจะรู้จักและเข้าใจกันดี สำหรับบุตร บิดามารดาก็ต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับบุตร อุปนิสัยบุตร รู้ว่าบุตรชอบอะไรหรือไม่ชอบอะไร จุดเด่นจุดด้อยเป็นอย่างไร ทุกคนในครอบครัวจะต้องรู้จักปรับความเข้าใจซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกัน

4. การให้กำลังใจกันในครอบครัว หมายถึง การให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัว ให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูดหรือท่าทางที่ให้การสนับสนุน ชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง แนะนำแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหา ไม่ว่าจะ หรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด

3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว (concept and theory about the family)

3.1 ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม (structural – functional theory)

ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม (structural – functional theory) ถือว่าสังคมเป็นระบบหนึ่ง ๆ ที่มีอาณาเขตแน่นอน มีระเบียบ มีการควบคุมตนเอง ซึ่งมีความจำเป็นหรือความต้องการจำนวนหนึ่งซึ่งระบบจะต้องตอบสนองให้ได้เพื่อรักษาให้ระบบดำรงอยู่ได้ต่อไป และอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในทุกส่วน รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ให้ถูกกระทบกระเทือนไปด้วย สังคมจึงเป็นระบบที่ประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความจำเป็นหรือความต้องการ เป็นการรักษายุทธศาสตร์ของระบบให้เกิดภาวะสมดุล (equilibrium) ภาวะที่ครอบครัวคุ้นเคย (homeostasis) และการมีชีวิตอยู่รอด (survival) (Eshleman J. Ross, 1994 : 55)

แนวความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ที่สามารถที่จะอธิบายแยกจากกัน ถึงแม้ว่าทั้งสองคำนี้จะมีส่วนเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ โครงสร้างของสังคมเป็นหน่วยของสังคมที่ทำให้การทำหน้าที่พื้นฐานต่าง ๆ บรรลุผล ส่วนการทำหน้าที่นั้นจะเกิดขึ้นมาจากรูปแบบของโครงสร้างที่สังคมกำหนดขึ้น โดยพิจารณาจาก 2 ประเด็น คือ 1) การทำหน้าที่ของครอบครัว และ 2) ผลที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่นั้น เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ของครอบครัวจะพบว่า ครอบครัวมีหน้าที่หลายประการ ทั้งต่อบุคคลและสังคมส่วนรวม หน้าที่ของครอบครัวต่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว คือ การสร้างบุคลิกภาพพื้นฐาน การให้สถานภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และการอบรมเลี้ยงดูให้สมาชิกมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนหน้าที่ของครอบครัวต่อสังคมส่วนรวมคือ การทำหน้าที่ในการทดแทนสมาชิกที่ล้มหายตายจาก การขัดเกลาและหล่อหลอมค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมให้แก่สมาชิก รวมทั้งเป็นหน่วยควบคุมทางสังคม

การวิเคราะห์ถึงผลที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถพิจารณาได้ตามทัศนะแตกต่างกันไปที่เห็นได้ชัดคือ การที่ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของพฤติกรรมในหลายด้าน อาทิ การเปลี่ยนแปลงในด้านหนึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรขาดความอบอุ่น ชีวิตสมรสขาดความมั่นคง หรือในอีกทัศนะหนึ่งอาจมองว่าทำให้ครอบครัวมีมาตรฐานความเป็นอยู่ดีขึ้น มีความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรเพิ่มขึ้น และผู้หญิงมีอำนาจในการตัดสินใจมากขึ้น

แนวความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวในฐานะเป็นกลุ่มขนาดเล็กหรือระบบย่อยในสังคม สิ่งที่ทฤษฎีนี้มุ่งต้องการอธิบายคือ สัมพันธภาพระหว่างการทำงานของระบบย่อยๆ ภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกของครอบครัว รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับสังคมส่วนรวม

ตัวอย่างงานวิจัยที่วิเคราะห์ภายใต้การกำกับของทฤษฎีนี้ได้แก่ ผลงานวิจัยของ Deborah A. Dawson (1991) (อ้างถึงใน Eshleman J. Ross, 1994) ซึ่ง Dawson ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อครอบครัว โดยทำการศึกษาเรื่องโครงสร้างครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของเด็ก จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 17,000 คน ผลจากการศึกษาพบว่า เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีโครงสร้างต่างกันส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของเด็ก กล่าวคือ เด็กที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีแม่เพียงคนเดียว หรืออยู่กับบิดาและแม่เลี้ยง พบว่า เด็กส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางจิตใจ ต้องเรียนซ้ำชั้น และถูกไล่ออกจากโรงเรียน นอกจากนี้เด็กเหล่านี้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีอัตราการป่วยด้วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น

3.2 ทฤษฎีความขัดแย้ง (conflict theory)

ทฤษฎีความขัดแย้งมองว่าสังคมประกอบด้วยสมาชิกที่แบ่งแยกออกเป็นชนชั้นต่างๆ ชนชั้นเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเอารัดเอาเปรียบ หรือถูกเอารัดเอาเปรียบอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่กรอบแนวคิดโครงสร้าง-หน้าที่นิยมเน้นที่ระเบียบสังคม ความสมดุล และความสามรถในการดำรงรักษาคุณภาพของระบบ กรอบแนวคิดความขัดแย้งกลับเน้นที่การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ทัศนะของความขัดแย้งมองว่าความขัดแย้งไม่ใช่สิ่งที่ไม่ดีร้าย ทำลายระบบสังคมหรือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ สมมุติฐานของทฤษฎี คือ ความขัดแย้งเป็นธรรมชาติและไม่จำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยง และมีกลไกบางอย่างในสังคมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ (Eshleman J. Ross, 1994 ; สัจญา สัจญาวิวัฒน์, 2536)

1. การที่บุคคลมีอำนาจไม่เท่ากันทำให้คนที่มีอำนาจมากกว่าถือโอกาสเอารัดเอาเปรียบผู้มีอำนาจน้อยกว่า ทำให้เป็นแหล่งที่มาของความตึงเครียดและการขัดแย้งในสังคม

2. การที่สังคมมีทรัพยากรที่จำกัดทำให้เกิดการแข่งขัน เพื่อแย่งชิงทรัพยากรเหล่านั้น

3. ในสังคมมักมีกลุ่มต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายไม่เหมือนกัน กลุ่มเหล่านี้จึงต้องช่วงชิงกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเหล่านั้น จนเป็นเหตุให้มีการกระทบกระทั่งระหว่างกลุ่มได้

4. การเผชิญหน้ากันภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา

กรอบแนวคิดความขัดแย้งในระดับมหภาคจะมองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวหลายกรณี อาทิ ความขัดแย้งระหว่างระบบครอบครัวกับการทำงาน/การจ้างงานและระบบเศรษฐกิจ ความขัดแย้งระหว่างเพศชายและเพศหญิง ระหว่างชนชั้นทางสังคม หรือระหว่างกลุ่มอายุต่าง ๆ ในระดับจุลภาคนั้น ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ระหว่างสามีและภรรยา บิดามารดากับบุตร หรือพี่กับน้อง จากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่าสมมุติฐานเบื้องต้นของความขัดแย้งมองว่า ความขัดแย้งเป็นเรื่องธรรมชาติ ดังนั้น ประเด็นจึงไม่ได้อยู่ที่การหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง แต่เป็นการจัดการหรือการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่า ในทำนองเดียวกัน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นไม่ใช่สิ่งที่ทำลายหรือส่งผลทางด้านลบเท่านั้น เพราะความขัดแย้งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งและมีความหมายยิ่งขึ้นก็ได้

ทฤษฎีความขัดแย้งมีรากฐานแนวความคิดที่สำคัญมาจาก Karl Marx ที่เน้นความสำคัญของปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเชื่อว่า ความขัดแย้งขั้นพื้นฐาน การจำแนกแจกจ่ายอำนาจ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงในสังคมเป็นผลสืบเนื่องมาจากการจัดระเบียบในทางเศรษฐกิจ หรือโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การนำแนวคิดของ Marx มาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว อาทิ อำนาจภายในครอบครัวระหว่างสามีภรรยา และระหว่างบิดามารดากับบุตร เกิดขึ้นมาจากอิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพของสตรี จะเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางเศรษฐกิจของสตรี กรอบแนวคิดความขัดแย้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระบบครอบครัวนั้นรองรับและเอื้ออำนวยต่อระบบทุนนิยมที่แสวงหาประโยชน์จากผู้หญิง โดยไม่เพียงให้ค่าจ้างแรงงานที่ต่ำเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนให้ผู้หญิงทำงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่มีค่าจ้างในรูปแบบเงิน เพื่อที่จะให้ผู้ชายสามารถอุทิศเวลาอย่างเต็มที่ในการทำงานสนองความต้องการของนายทุน

เมื่อวิเคราะห์ระหว่างกรอบแนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมกับกรอบแนวคิดความขัดแย้งในการมองครอบครัวจะพบว่า มีทัศนะที่แตกต่างกันหลายประการ สรุปตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างแนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมกับแนวคิดความขัดแย้ง

โครงสร้างหน้าที่นิยม	ความขัดแย้ง
1. ครอบครัวเป็นตัวแทนในการขัดเกลาทางสังคมแก่เด็ก	1. ครอบครัวส่งเสริมความคิดที่ผิดโดยถ่ายทอดให้เด็กยอมรับ
2. ครอบครัวให้สถานะ เช่น คนรวย-คนจน ที่ติดตัวไปตลอดชีวิต โดยถ่ายโยงจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง	ความไม่เสมอภาคระหว่างเพศและความแตกต่างระหว่างชนชั้น
3. การแยกตัวเป็นครอบครัวเดี่ยวเพราะความจำเป็นในการเคลื่อนย้ายในระบบทุนนิยม	2. ครอบครัวส่งเสริมความคิดความไม่เสมอภาค โดยมองว่าเป็นสิ่งที่ได้รับมามากกว่าเป็นการแข่งขัน
4. ครอบครัวมีความอดทนและมีภาวะสมดุลสอดคล้องกัน	3. การเคลื่อนย้ายทางสังคมเป็นการทำลายและการทำให้จิตใจและอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวต้องแตกสลาย
ส่วนต่าง ๆ ของสังคม	4. ครอบครัวส่งเสริมระบบอันเต็มไปด้วยอันตรายจากอำนาจและความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

ที่มา : ดัดแปลงมาจาก Eshleman J. Ross (1994 : 56)

สรุปสาระสำคัญของแนวคิดความขัดแย้งก็คือ การที่ทุกหน่วยของสังคมอาจมีการเปลี่ยนแปลง และอาจเป็นบ่อเกิดของความขัดแย้ง ในฐานะครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของสังคมจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นบ่อเกิดของความขัดแย้ง ซึ่งมาจากปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีบทบาทต่อระบบครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตครอบครัว ดังนั้นทั้งสามีและภรรยาต่างจึงต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภรรยาซึ่งมีแนวโน้มจะทำงานนอกบ้านสูงขึ้น ซึ่งกระทบต่อแบบแผนพฤติกรรมครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ขนาดครอบครัวเล็กลง ภาวะการทำงานที่เร่งรีบทำให้ความใกล้ชิดผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง

3.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เป็นทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมโดยเน้นกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization) และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) โดยกล่าวว่าการดำเนินชีวิตของมนุษย์จะอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มสังคมเพื่อให้ตนสามารถดำรงชีวิตรอดภายใต้เงื่อนไขสภาวะต่าง ๆ มนุษย์จึงต้องใช้วิธีการหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นการกระทำต่อสภาวะการณ์แวดล้อมนั้นและที่เป็นการกระทำต่อตนเอง (การปรับตัว) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องการดำเนินชีวิตของมนุษย์จึงมีสภาพพื้นฐานเป็นการดำเนินชีวิตทางสังคม (social life) ในลักษณะการกระทำระหว่างกัน มนุษย์แต่ละคนจึงกระทำและรับการกระทำร่วมกับมนุษย์คนอื่น ๆ

โดยมีจุดมุ่งหมายและวิธีการที่แตกต่างกันซึ่งการกระทำร่วมกันทางสังคมนี้จำเป็นต้องอาศัย “ การสื่อสาร ” เป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจร่วมกันด้วยความเชื่อที่ว่า

1. มนุษย์กระทำการต่อสิ่งต่าง ๆ บนพื้นฐานของความหมาย
2. ความหมายของสิ่งต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นจากการกระทำร่วมกันในสังคมที่บุคคลหนึ่งกระทำต่อบุคคลอื่น
3. ความหมายเหล่านั้นถูกถ่ายทอดและปรุงแต่งในกระบวนการตีความหมายโดยบุคคลที่ได้รับการกระทำนั้น

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มุ่งความสนใจไปที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมองว่าครอบครัวเป็นแหล่งหล่อหลอมบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัวผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคิดและความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ความรู้สึกของบุคคลขึ้นอยู่กับความหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมมนุษย์ โดยทั่วไปจะแปลความหมายผ่านกระบวนการคิด ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น มนุษย์แต่ละคนจะพัฒนาการให้ความหมายของสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านการยืนยันความหมายจากการกระทำของผู้อื่น

การติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งการสื่อความหมายระหว่างบุคคลส่วนใหญ่เป็นผลของการใช้สัญลักษณ์ร่วมกันทั้งที่เป็นตัวอักษร (คำ) และที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร (การแสดงกิริยาท่าทางหรือความรู้สึก) การศึกษาแนวนี้เรียกว่า การปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ จุดเน้นของทฤษฎีนี้คือ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self perception) และการรับรู้เกี่ยวกับบทบาท (role perception) ในสถานการณ์ทางสังคมหนึ่ง ๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทในแง่ที่บุคคลยึดหลักหรือแบบอย่างของกลุ่มหรือบุคคลมาใช้เป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรม (reference group) นั้น มีอิทธิพลอย่างสูงต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และกล่าวว่าคุณภาพที่ประสานกันและมีการปรับตัวได้ของชีวิตการแต่งงานนั้นเป็นผลจากระดับความความหวังทางบทบาทร่วมกันระหว่างคู่สมรสเองและกับบุคคลที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อคู่สมรสนั้น ทั้งนี้ปัญหาความกดดันระหว่างบุคคลในชีวิตสมรสส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (self concepts) และมโนทัศน์เกี่ยวกับบทบาท (role concepts) ภายใต้อาณัติที่ที่เกิดขึ้นในชีวิตการแต่งงาน สำหรับระดับความคาดหวังของตนเองและของอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งคู่สมรสมีร่วมกันนั้น แต่ละฝ่ายสามารถที่จะตั้งต้นการปฏิบัติของตัวเองให้ประสานกับการปฏิบัติของอีกฝ่ายหนึ่ง สิ่งนี้เองเป็นการเสริมสร้างชีวิตการแต่งงานที่ประสานกันและมีการปรับตัวได้ดี ในกรณีที่สามีและภรรยาไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทและการคาดหวังทางบทบาทเบี่ยงเบนไปจากกันและกันมาก การแสดงบทบาทของทั้งสองฝ่ายก็จะ

ประสบความล้มเหลวในการที่จะประสานกัน ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อ “อัตตะทางสังคม” (social self) ของอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผลให้พฤติกรรมของสามีและภรรยาไม่มีความปรองดองกัน

ลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามระดับความสัมพันธ์ของสามีภรรยาในแต่ละครอบครัว โดยนักสังคมวิทยาได้แบ่งไว้เป็น 5 รูปแบบ คือ 1) การแข่งขัน (competition) 2) การร่วมมือ (cooperation) 3) การขัดแย้ง (conflict) 4) การสมานลักษณะ (accommodation) และ 5) การผสมผสาน (assimilation)

3.4 ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (developmental family theory)

ทฤษฎีนี้มีจุดเริ่มต้นราวทศวรรษที่ 1930 โดย Hill & Hanson กล่าวว่า แนวคิดนี้ไม่ใช่สิ่งที่ตายตัว มีขอบข่ายมุมมองที่กว้างขวาง รวมทั้งมีลักษณะที่เป็นพลวัต (dynamic) มากกว่าสถิต (static) โดยมองว่าในระบบครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กล่าวคือชีวิตครอบครัวมักเริ่มต้นที่การแต่งงานของหญิงชายและสิ้นสุดลงเมื่อคู่แต่งงานสิ้นชีวิต ในช่วงของการดำเนินชีวิตครอบครัว ลักษณะของสมาชิกครอบครัวจะกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะผ่านระยะต่าง ๆ และกิจกรรมหลักที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันถ้าลักษณะโครงสร้างของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ระยะต่าง ๆ ของครอบครัวตั้งแต่หญิงชายเริ่มแต่งงานกันจนกระทั่งคู่แต่งงานสิ้นชีวิตลงไปนี้ เรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (family life cycle) การจัดวงจรชีวิตครอบครัวจะมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการสมรสและสามารถทำได้หลายแบบ ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 การเปรียบเทียบการจัดวงจรชีวิตครอบครัวแบบต่าง ๆ

Carter & McGoldrick (1980)	Duvall & Miller (1985)	ประกายรัตน์ ภัทรธิดี (2544)
1. เป็นผู้ใหญ่มากแล้ว	1. สร้างครอบครัวใหม่	1. การเข้าสู่ชีวิตครอบครัว
2. แต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่	2. บุตรแรกเกิด (บุตรคนโตเกิดจนมีอายุ 36 เดือน	2. การก่อกำเนิดบุตรและการเลี้ยงดูบุตร
3. ครอบครัวมีลูกเล็ก	3. บุตรเข้าสู่ช่วงปฐมวัย (บุตรคนโตอายุ 3-6 ปี)	3. การแต่งงานของบุตร
4. ลูกโตเป็นวัยรุ่น	4. บุตรเข้าโรงเรียน (บุตรคนโตอายุ 6-13 ปี)	4. การสิ้นสุดของครอบครัว
5. ลูกแยกไปจากครอบครัว	5. บุตรเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น (บุตรคนโตอายุ 13-20 ปี)	
6. สูบั้นปลายชีวิต	6. บุตรเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (บุตรคนโตแยกตัวออกจากครอบครัวจนถึงบุตรคนสุดท้าย)	
	7. วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ระยะบ้านว่างถึงการเกษียณอายุของพ่อแม่)	
	8. วัยสูงอายุ (ระยะเกษียณอายุจนถึงกลุ่มสมรสเสียชีวิต)	

ที่มา : ประกายรัตน์ ภัทรธิดี และกมลลา แสงสีทอง, 2544 : 193

การศึกษาเรื่องครอบครัวนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตในลักษณะรูปตัวยู (u-shape) ตามวงจรชีวิตครอบครัว กล่าวคือ สามีภรรยาจะมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวมากที่สุดเมื่อเริ่มต้นชีวิตครอบครัว จากนั้นความพึงพอใจจะเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อมีบุตรคนแรก และลดลงเรื่อย ๆ จนถึงระยะบุตรอยู่ในวัยเรียน และลดต่ำที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น (David H. Olson 1983 : 236) หลังจากนั้นความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะเริ่มมากขึ้นจนถึงระยะที่บุตรเริ่มมีครอบครัวและออกจากบ้านไป (Eshleman J. Ross, 1994 : 380)

3.5 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory)

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่ามนุษย์พยายามที่จะสร้างทางเลือกที่ตนเองคาดว่าจะได้ผลตอบแทนกลับคืนมาสูงที่สุด และ/หรือเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ น้อยที่สุด ทฤษฎีนี้พยายามที่จะอธิบายว่าทำไมผลจากพฤติกรรมเหล่านั้นจึงเกิดขึ้น เช่น การแต่งงาน การมีงานทำ ภายใต้งैื่อนไขต่าง ๆ อาทิ เพศ เชื้อชาติ อายุ และชนชั้น โดยมีสมมุติฐานดังนี้

1. มีหลายรูปแบบที่เป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการแสดงสิ่งต่าง ๆ ของมนุษย์ (คู่สมรส เด็ก เพื่อนร่วมชั้นเรียน เพื่อนร่วมงาน)

2. ปฏิสัมพันธ์รูปแบบใหม่ ๆ จะเกิดขึ้น เนื่องจากความคาดหวังในสิ่งตอบแทน ในขณะที่ปฏิสัมพันธ์ที่ผ่านมาก็ยังดำรงไว้อย่างต่อเนื่องเพราะบุคคลต้องการสิ่งตอบแทน

3. ในขณะที่บุคคลได้รับสิ่งตอบแทนหรือสิ่งที่มีประโยชน์จากผู้อื่น บุคคลจะอยู่ภายใต้พันธะผูกพันในการมอบสิ่งเหล่านั้นกลับคืน

4. การให้เป็นสิ่งที่ดีกว่าการรับ

จากสมมุติฐานข้างต้นสามารถวิเคราะห์ได้ว่าบุคคลกระทำสิ่งใดก็ตามย่อมมุ่งหวังกำไรหรือหวังสิ่งตอบแทนจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น การแลกเปลี่ยนจึงเป็นกลไกที่ทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดำรงอยู่ได้ เมื่อบุคคลหนึ่งมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กับอีกบุคคลหนึ่งมากขึ้น เขาย่อมรู้จักผูกพันและต้องตอบแทนผลประโยชน์กลับคืนมากขึ้นด้วย ส่งผลให้มีสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น การแลกเปลี่ยนและการตอบแทนผลประโยชน์จึงเป็นการลงทุนทางสังคมอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ Peter M. Blau (1964) กล่าวว่าความสัมพันธ์เชิงการแลกเปลี่ยนจะนำมาสู่สายสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในกรณีที่ฝ่ายหนึ่งสามารถให้ประโยชน์ได้มากแต่อีกฝ่ายหนึ่งไม่มีสิ่งใดตอบแทนหรือตอบแทนน้อยกว่า ฝ่ายที่ตอบแทนน้อยกว่าจะใช้ “ การยอมอยู่ใต้อำนาจ ” เป็นการแลกเปลี่ยน นั่นหมายความว่าผู้ที่มีทรัพยากรน้อยกว่าจะยอมอยู่ใต้อำนาจผู้ที่มีทรัพยากรมากกว่า ระดับการยอมรับอำนาจจึงขึ้นอยู่กับทางเลือกที่ดีกว่าหรือไม่

ทักษะของการแลกเปลี่ยนที่นำมาใช้ในการศึกษาครอบครัวนั้นอาจชี้ให้เห็นได้จาก “ การเลือกคู่ครอง ” และ “ การแต่งงาน ” ซึ่ง Willard Waller (อ้างถึงใน Eshleman J. Ross, 1994 : 63) อธิบายการแลกเปลี่ยนว่าเป็นหลักของส่วนได้ส่วนเสียที่น้อยที่สุด หมายความว่า ส่วนได้ส่วนเสียเป็นการแลกเปลี่ยนเพื่อควบคุมสัมพันธภาพภายในบุคคล ผู้ที่น่าสนใจน้อยที่สุดจะเป็นผู้ที่ถูกตัดออกไปจากความสนใจ การตัดสินใจเลือกคู่ครองและการแต่งงานจึงเป็นการกระทำเพื่อการแลกเปลี่ยนและหวังสิ่งตอบแทนจากอีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความต้องการอะไรหลายอย่างในชีวิต แต่ตนเองไม่สามารถที่จะสนองความต้องการดังกล่าวได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องอาศัยผู้อื่นมาช่วยสนองความต้องการเหล่านั้น นอกจากนี้บุคคลยังต้องการผลประโยชน์มากที่สุดจากการที่นำสิ่งที่ตนมีไปแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น จึงสร้างกฎเกณฑ์หรือแบบแผนในการแลกเปลี่ยนที่ดีมีความยุติธรรมขึ้น ความต้องการกันและกันจึงทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกัน กฎระเบียบที่ร่วมกันสร้างขึ้นจะคอยควบคุมความประพฤติของกันและกัน กฎระเบียบที่เอื้ออำนวยสูงที่สุดจะช่วยรักษาสัมพันธภาพให้ยืนยาวที่สุด

สิ่งที่ใช้แลกเปลี่ยนนั้นประกอบด้วยนานัปการ อาทิ สิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง ความรักหรือความผูกพันทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มนุษย์ทุกคนต้องการสิ่งเหล่านี้ ดังนั้นจึงเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการที่บังคับให้บุคคลต้องมีการติดต่อสัมพันธ์และดำรงความสัมพันธ์ไว้ตราบเท่าที่ผลที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนนั้นยังมีสูงสุด (สัจญา สัจญาวิวัฒน์ , 2536 : 165-166)

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนจึงสามารถนำมาใช้มองความสัมพันธ์ภายในระบบครอบครัวได้ เนื่องจากการตัดสินใจเลือกคู่ครองเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเพื่อต้องการส่วนที่ขาดหายไป หรือต้องการเพิ่มเติมในส่วนที่ตนเองยังขาดอยู่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง ดังนั้นการพิจารณาเลือกคู่ครองจึงพิจารณาจากสิ่งที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนที่พึงพอใจ นั่นคือลักษณะต่าง ๆ ของคู่สมรส โดยมีกฎระเบียบที่สร้างขึ้นร่วมกัน เช่น การแต่งงาน ความต้องการ การแลกเปลี่ยนที่แตกต่างกันนี้เองที่นำไปสู่การดำรงสัมพันธ์ภาพอย่างมั่นคง หรือมลายความสัมพันธ์ไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

4.1 ความหมายของการรับรู้

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้หลายประการดังนี้

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่คนเรารับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยผ่านการสัมผัส มีการใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายของสิ่งนั้นออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ (เพจ 1977 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ 2539 : 131)

การรับรู้ คือ การสัมผัสที่มีความหมายแห่งการสัมผัสที่ได้รับให้เป็นที่เข้าใจทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม ร่วมกับความรู้อีกจากการรับสัมผัสจากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง (กัญญา สุวรรณแสง 2540)

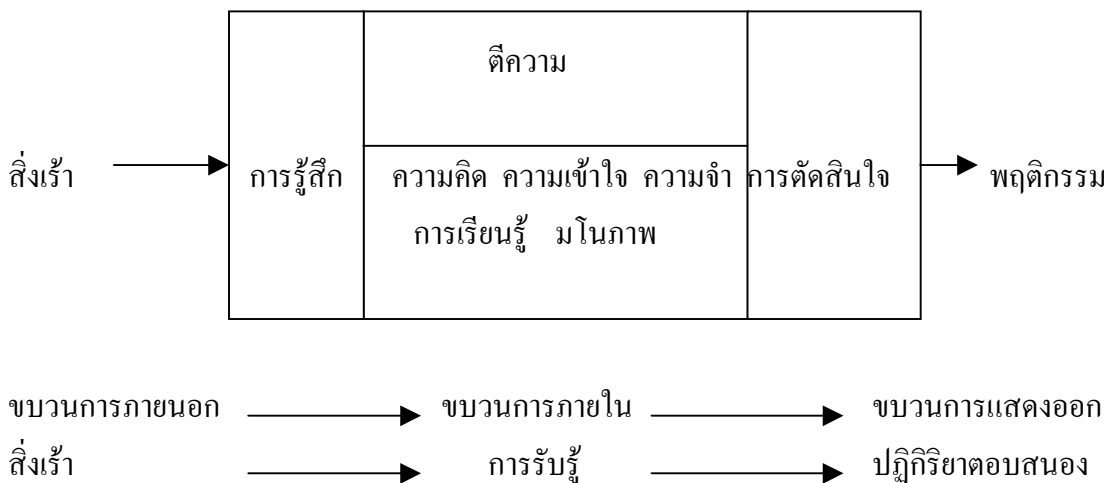
การรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง (บุญผา คำแปง 2540 : 19)

การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกจัดการ และให้ความหมายต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ขึ้นอยู่กับการเลือกรับของบุคคลว่าข่าวสารใดบุคคลจะยอมรับหรือไม่รับ บุคคลจะรับรู้เฉพาะข่าวสารที่ตรงกับความต้องการ ความสนใจ หรือความคาดหวังของเขา

จากความหมายการรับรู้ดังกล่าวมาสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเห็นซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความการสัมผัสระหว่างอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกับสิ่งเร้า โดยมีประสบการณ์เดิมช่วยในการให้ความหมายแห่งการสัมผัสนั้น ๆ และเมื่อการรับรู้ในตัวบุคคลแล้วถึงนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล

4.2 กระบวนการรับรู้

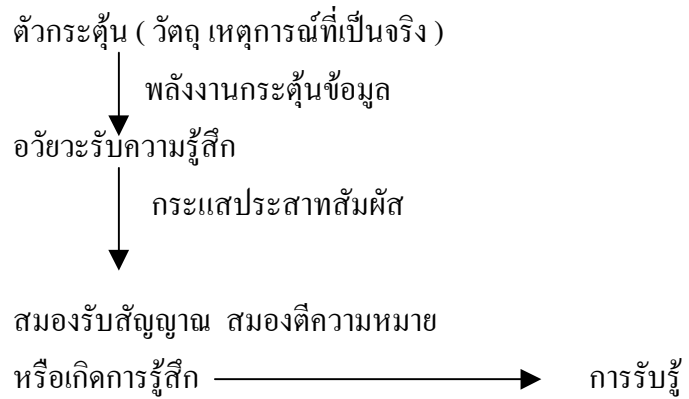
กันยา สุวรรณแสง (2536 : 128-129) ได้อธิบายถึงกระบวนการรับรู้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรม ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กระบวนการรับรู้ของกันยา สุวรรณแสง

กันยา สุวรรณแสง (2536) อธิบายว่ากระบวนการรับสัมผัส (sensation) เป็นบันไดแรกของการรับรู้ และหลังจากเราได้ข้อมูลมาจากอวัยวะรับสัมผัสแล้วเราก็นำมาตีความ (interpret) อันเป็นบันไดขั้นสองของการรับรู้ ถ้าสิ่งเร้าเบาบางเกินไป เช่น กลิ่นจาง เสียงเบาเกินไป ก็จะไม่เกิดการรับสัมผัส สิ่งแวดล้อมรอบตัวเรามีมากมาย เรารับรู้ได้บางอย่างเท่านั้น การที่เราจะรับอะไรได้นั้นมีตัวแปรหลายตัวเป็นตัวกำหนด ตัวแปรตัวหนึ่งคือ sensory threshold ถ้าเราเอาปลายคินสอจิ้มลงไปที่แขนของเพื่อนเพียงเบา ๆ เขาอาจยังไม่รู้สึก ค่อย ๆ กดลงไปอีกนิด เขาก็ยังไม่รู้สึก ค่อย ๆ กดลงไปทีละน้อย ๆ จนถึงจุดหนึ่งที่เพื่อนเริ่มรู้สึกว่ามีวัตถุปลายแหลมกดที่แขนเขา จุดนี้เรียกว่า threshold

รังณี นพเกตุ (2540 : 1) อธิบายถึงกระบวนการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการของการประมวลและตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเรา ที่ได้จากการเรียนรู้ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 กระบวนการของการรับรู้ของรังนี นพเกตุ

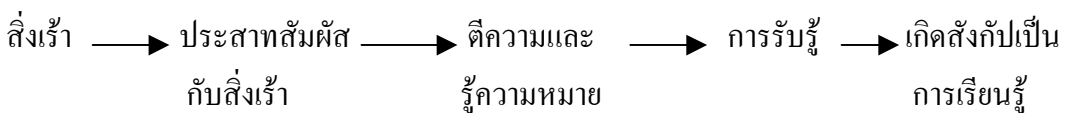
สรุปได้ว่ากระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการแห่งการรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคล ที่เกิดจากการได้รับตัวกระตุ้น สิ่งเร้า หรือข้อมูลต่าง ๆ จากนั้นผ่านกระบวนการเลือก จัดระบบและตีความโดยอาศัยความคิด ความจำ การเรียนรู้ และมโนภาพ นำไปสู่การตัดสินใจและแสดงออกมาเป็นปฏิกิริยาตอบสนองหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา

4.3 ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมประจำวันตลอดจนปฏิกิริยาทางสังคม และการรับรู้ไม่ใช่การคัดลอกลักษณะเชิงกายภาพเข้าสู่สมอง สิ่งที่ได้รับจึงไม่ถูกต้องเสมอไป (รังนี นพเกตุ 2540 : 4) การรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ที่ดี เพราะถ้าคนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้ที่ดีเสียก่อน (กัญญา สุวรรณแสง 2540 : 50)

กัญญา สุวรรณแสง (2540 : 150) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการดังนี้



ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เพราะความรู้ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539 : 139-140) ได้อธิบายถึงการรับรู้กับการเรียนรู้ไว้ว่า ทั้งการรับรู้และการเรียนรู้จะต้องเกี่ยวเนื่องควบคู่กันไป มีการรับรู้ก่อนแล้วจึงเกิดการเรียนรู้ หรือเพราะมีการเรียนรู้แล้วจึงทำให้การรับรู้ง่ายและเร็วขึ้น การรับรู้เป็นผลของการเรียนรู้บวกกับความรู้สึกจากการสัมผัส

2. การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อเกิดการรับรู้ขึ้นแล้วย่อมเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ ต่อมาพัฒนาเป็นเจตคติ และการเกิดพฤติกรรมก็ตามมา

4.4 ส่วนประกอบของการรับรู้

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2539 : 129-131) อธิบายว่าการรับรู้เกิดจากส่วนประกอบดังนี้

1. อาการสัมผัส หมายถึง สิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสเพื่อ使我们รับรู้ภาวะแวดล้อมรอบตัว ปกติคนเราเมื่อได้รับสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วมักจดจำแนวอาการสัมผัสนั้น ๆ ตามประสบการณ์ที่ตนมีอยู่เกือบทุกครั้ง การแปลความหมายจากการสัมผัสนั้นต้องอาศัย

1.1 เซนชันปัญญา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นสิ่งเกื้อหนุนการรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ของบุคคลได้เป็นอย่างดี เพราะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เขาสัมผัสหรือพบเห็นได้รวดเร็ว ผู้มีเซนชันปัญญาสูงย่อมได้เปรียบในการรับรู้ได้เร็ว และดีกว่าผู้มีเซนชันปัญญาต่ำ

1.2 การสังเกตพิจารณา จะช่วยให้คนเรารับรู้ได้แม่นยำขึ้น บางครั้งอาจต้องอาศัยเวลา แต่บางครั้งก็อาศัยความชำนาญ

1.3 ความสนใจและความตั้งใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการแปลความหมายของอาการสัมผัส ทำให้ละเอียดถี่ถ้วน แปลความหมายได้ถูกต้อง

1.4 คุณภาพของจิตใจขณะนั้น เมื่อเหนื่อยจะไม่สดใส ทำให้เกิดความเฉื่อยชา หากเมื่อจิตใจแจ่มใส การแปลอาการสัมผัสจะดีขึ้น

2. การแปลความหมายจากอาการสัมผัส ขึ้นอยู่กับความชัดเจน

3. ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม ได้แก่ ความคิด ความรู้และการกระทำที่เคยทำในอดีต มีความสำคัญมากสำหรับการตีความหมายหรือแปลความหมายของอาการสัมผัสได้แจ่มชัด ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมที่ได้สะสมไว้ที่จะช่วยในการแปลความหมายได้ดีต้องมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 เป็นความรู้ที่แน่นอน ถูกต้องและชัดเจน

3.2 มีปริมาณมาก รู้หลายอย่าง จึงจะช่วยแปลความหมายต่าง ๆ ได้สะดวกและถูกต้อง

จะเห็นได้ว่าการที่จะมีการรับรู้ขึ้นมาได้นั้น ต้องเกิดจากการที่ร่างกายได้สัมผัสหรือกระทบกับสิ่งเร้า ซึ่งร่างกายสามารถจัดประเภทและแปลความหมายของการสัมผัสได้ตาม

ประสบการณ์เดิมโดยอาศัยเชาณปัญหา การสังเกตพิจารณา ความสนใจและตั้งใจในการให้ความหมายที่ถูกต้อง นอกจากนี้คุณภาพของจิตใจขณะนั้นก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้การแปลอาการสัมผัสได้ดีหรือไม่ดี

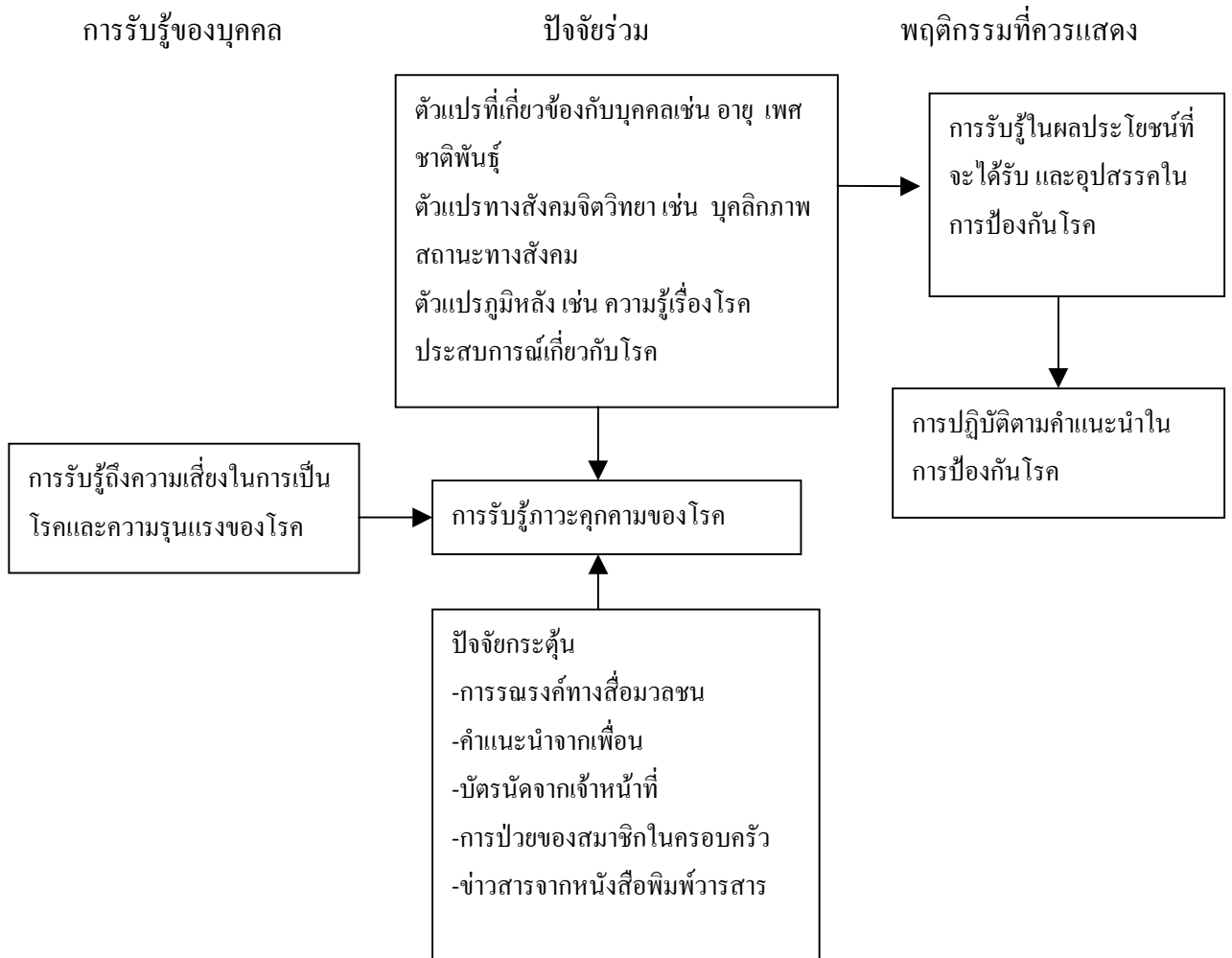
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค (สุทธินันท์ น้าเพชร 2543 : 4) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยา สังคม ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยครั้งแรกเริ่มจากการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค (prevention behavior) ต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมผู้ป่วย (sick role behavior)

กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนามาจากทฤษฎีสนามพลังของ Kurt Lewin ซึ่ง Hockbaum เป็นผู้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 1950 ต่อมา Rosenstock นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเผยแพร่ และได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างนั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยและเชื่อว่าการรักษาจะเป็นวิธีที่ควบคุมโรคได้ ตลอดจนเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อมาเบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1975 : 12-20) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (modifying factors) และสิ่งชักจูงนำไปสู่การปฏิบัติ (cues to action) นอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เพื่อประกอบการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker, M.H. et al. “A new approach to explaining sick – role behavior in low income populations.” *American Journal of Public Health* 64 (1974): 204-216.

โดยภาพรวมแล้ว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตนเองของบุคคล และมีแนวคิดหลักว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม และบุคคลจะกระทำและเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจถ้าคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดีแก่ตน สมมุติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่สอดคล้องกัน 3 ปัจจัย คือ

1. บุคคลจะต้องมีสภาวะการจิตใจที่เพียงพอ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

2. มีความเชื่อว่าตนเอง หรือครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหารุนแรงด้านสุขภาพ

3. มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องสุขภาพจะเกิดประโยชน์ที่จะช่วยลดปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย ในรูปของเวลา เงินทอง แรงงาน และจะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยอมรับได้

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อนี้ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทาง คือ ความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker, et al., 1974 : 204-216) และในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่จะทำให้คนเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น เบคเกอร์จึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Becker, et al., 1977 : 354-355) ส่วนผู้ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาให้เปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูงด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1966 : 284) ได้เสนอกลวิธีพัฒนาการรับรู้ โดยวิธีการสอน (Teaching Technique) และวิธีปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Technique) วิธีการสอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยอาจใช้กลวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้โสตทัศนอุปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group Influence) นอกจากนี้โรเซนสต็อกยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยการตัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (perceived seriousness or severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ที่จะทำให้หาย หรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจในคำแนะนำรวมทั้งความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันโรค

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ตัวอย่างของปัจจัยร่วม ได้แก่ ลักษณะทางประชากร โครงสร้างทางสังคม ทัศนคติ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

6. แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก

6.1 ความหมายของพัฒนาการ

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้าง และแบบแผนอินทรีย์ทุกส่วน การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ เป็นขั้น ๆ จากระยะหนึ่งไปอีกระยะหนึ่ง ทำให้เด็กมีลักษณะและความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม (สุชา จันท์ธอม 2536)

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น การใช้ภาษา การอ่าน การเดิน เป็นต้น (พัชรวิสวนแก้ว 2536)

6.2 ลักษณะของพัฒนาการ

6.2.1 พัฒนาการเป็นไปตามแบบฉบับของมันเอง โดยไม่ว่าจะจะเป็นมนุษย์หรือสัตว์ มักจะมีการพัฒนาที่เป็นของตัวเอง โดยจะเหมือนกันในพวกเดียวกัน และมีแบบแผนของการพัฒนาที่คล้ายกัน เช่น เด็กทุกคนสามารถคว้าได้ก่อนคลาน และสามารถยืนได้ก่อนเดิน

6.2.2 พัฒนาการไม่ว่าด้านใดก็ตามจะเริ่มจากส่วนใหญ่ได้ก่อนส่วนย่อย จากส่วนบนสู่ส่วนล่าง (cephalocaudal) และจากส่วนกลางไปสู่ส่วนข้างที่ไกลตัวออกไป (proximodistal) เช่น ศีรษะของเด็กจะเจริญเติบโตเร็วกว่าส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เด็กสามารถขยับแขนขาได้ก่อนนิ้ว เป็นต้น

6.2.3 พัฒนาการทั้งหลายเป็นสิ่งที่ต่อเนื่องกันไปโดยพัฒนาการทุกขั้นดำเนินมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่อดีตและดำเนินการเรื่อย ๆ ต่อไปอีก เช่น ฟันของเด็กที่งอกเมื่ออายุ 6 เดือนนั้นความจริงมิได้เกิดขึ้นมาทันทีทันใด แต่มีพัฒนาการเรื่อยมาตั้งแต่เด็กยังอยู่ในครรภ์มารดาแล้ว

6.2.4 อัตราพัฒนาการของเด็กแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปได้ เนื่องจากธรรมชาติได้สร้างเด็กแต่ละคนมีลักษณะต่าง ๆ กัน เด็กบางคนเจริญเติบโตช้า เด็กบางคนมีการเจริญเติบโตเร็วมาตั้งแต่เล็ก ๆ จะยังคงเจริญเติบโตเร็วอยู่ตลอดไปในทุก ๆ ด้าน

6.2.5 อัตราพัฒนาการส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกัน โดยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมิได้เจริญด้วยอัตราเร็วเท่ากันหมด บางส่วนอาจเจริญเร็วกว่าบางส่วน เช่น ขนาดสมองจะเจริญเร็วอย่างถึงที่สุดเมื่อเด็กอายุประมาณ 6-8 ปี

6.2.6 พัฒนาการของคุณสมบัติต่าง ๆ มักจะสัมพันธ์กัน เช่น เด็กเฉลียวฉลาด ร่างกายสมบูรณ์ มักเรียนหนังสือได้ดี สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ง่าย ส่วนเด็กสติปัญญาต่ำ หรือเด็กที่มีร่างกายไม่สมบูรณ์ มักเรียนหนังสือไม่เก่ง

6.2.7 พัฒนาการของเด็กอาจทำนายได้ เนื่องจากอัตราการพัฒนาของเด็กที่ปกติ ส่วนใหญ่มักจะคงที่ จึงพอจะทำนายได้ว่า จะมีพฤติกรรมใดเกิดขึ้นในเวลาใด เช่น เด็กเริ่มเดินได้เมื่ออายุ 14 เดือนและมักพูดได้เมื่ออายุ 16 เดือน

6.2.8 พฤติกรรมบางชนิดซึ่งผู้ใหญ่อาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แต่แท้จริงแล้วเป็นพฤติกรรมที่ปกติของเด็ก ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของพัฒนาการนั่นเอง เช่น เมื่อเด็กอายุราว 3 ปี จะมีพฤติกรรมที่ไม่สมดุลงัน เช่น กลัวตกจากที่สูง ชอบกัดเล็บ เป็นต้น

6.3 ประเภทของพัฒนาการ พัฒนาการแบ่งออกได้เป็น

1. พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (motor development) แบ่งเป็น

1.1 การเคลื่อนไหวด้วยกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการทรงตัว (gross motor) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนอิริยาบถ การทรงตัว และการเคลื่อนตัวจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง

1.2 การเคลื่อนไหวด้วยกล้ามเนื้อมัดเล็ก (fine motor) หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างละเอียดและเฉพาะเจาะจงของตา มือ และการประสานงานของตา มือ เช่น การหยิบจับสิ่งของ การเขียน เป็นต้น

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความสามารถด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว และความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับปรากฏการณ์และสิ่งต่าง ๆ ซึ่งทำให้นุคคลสามารถปรับตัว สร้างทักษะใหม่ ร่วมกับความเข้าใจ และทักษะเดิมในการแก้ปัญหาได้ ขั้นตอนการพัฒนาด้านปัญญานี้ ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของสมอง และโอกาสที่จะเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม การประเมินพัฒนาการด้านปัญญานี้ใช้วิธีการสังเกตจากพฤติกรรมการแก้ปัญหา และการปรับตัว

3. พัฒนาการด้านภาษา (language development) หมายถึง ความสามารถในการสื่อ หรือการใช้เครื่องมือติดต่อระหว่างบุคคล เพื่อเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ในระยะแรกทารกแสดงความต้องการด้วยการแสดงท่าทาง การร้องไห้ ต่อมาจึงเปล่งเสียงเป็นคำพูด การเปล่งเสียงของทารกขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวุฒิภาวะและการฝึกฝน

4. พัฒนาการด้านสังคม (social development) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวและการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น

5. พัฒนาการด้านอารมณ์ (emotional development) การแสดงอารมณ์เป็นการโต้ตอบกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับพื้นฐานทางอารมณ์

6.4 ขั้นตอนพัฒนาการปกติของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. วัยทารกแรกเกิด (infancy) หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 สัปดาห์
2. วัยทารก (babyhood) หมายถึง เด็กตั้งแต่อายุ 2 สัปดาห์ ถึง 2 ปี
3. วัยเตาะแตะ (toddlehood) หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปี ถึง 3 ปี
4. ก่อนวัยเรียน (preschool child) หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปี ถึง 6 ปี

วัยทารกแรกเกิดและวัยทารก

1. พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวจะเป็นไปอย่างรวดเร็วมากใน 18 เดือนแรกของชีวิต แบบแผนของพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวนี้ คล้ายคลึงกันในทารกแต่ละคน ทารกแรกเกิดจะเคลื่อนไหวอย่างไร้จุดหมาย ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาสะท้อน และเปลี่ยนแปลงเป็นการเคลื่อนไหวที่สามารถควบคุมได้ การเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ มีลักษณะที่สำคัญ คือ

1.1 มีการพัฒนาจากส่วนบนสู่ส่วนล่าง โดยเริ่มจากการที่ทารกควบคุมศีรษะได้ก่อน ทารกจะสามารถหันศีรษะไปมา และยกศีรษะขึ้นได้เมื่ออายุ 3 เดือน พลิกคว่ำ หงายได้เมื่ออายุ 5 เดือน นั่ง คืบ คลาน ยืน และเดินได้เมื่ออายุ 1 ปี หลังจากนั้นจะพัฒนาทักษะในการจับบันได วิ่ง ขี่จักรยาน กระโดด

1.2 มีการพัฒนาจากส่วนกลางไปสู่ส่วนที่ไกลตัวออกไป การใช้มือในการเคลื่อนไหวนั้นครั้งแรก ทารกใช้มือกำสิ่งของ เนื่องจากปฏิกิริยาสะท้อน ต่อมาเป็นการเอื้อมมือไปสัมผัส และพัฒนาเป็นการหยิบโดยใช้นิ้วมือ จนสามารถหยิบของด้วยนิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือ หลังจากนั้นเด็กจะพัฒนาทักษะต่าง ๆ ขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถใช้มือและนิ้วจับช้อน ใส่เสื้อผ้า ถอดกระดุม เขียนรูปตามลำดับ

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา พัฒนาการด้านสติปัญญาขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของเด็ก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสังคมและประสบการณ์ของเด็ก พัฒนาการด้านสติปัญญานั้นประกอบด้วย กระบวนการปรับเข้า (assimilation) สมองรับรู้และแปลความสิ่งที่รับรู้เข้ากับความรู้เดิมและปรับขยาย (accommodation) สมองจะรับรู้สิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากความรู้เดิม หรือสิ่งที่รับรู้ทำให้เกิดการจัดระบบของพฤติกรรมใหม่ ระยะนี้แบ่งเป็น 6 ขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นปฏิกิริยาสะท้อน (reflex activity) พฤติกรรมต่าง ๆ ของทารกแรกเกิดถึง 1 เดือนส่วนใหญ่แล้วเป็นปฏิกิริยาสะท้อน เช่น การกำมือ การดูด เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนาการเคลื่อนไหวด้วยประสบการณ์เบื้องต้น (primary circular reaction) เป็นพฤติกรรมของทารกอายุระหว่าง 1-4 เดือน เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีจุดหมายและเกิดความพึงพอใจโดยบังเอิญ เป็นเหตุให้ทารกค้นหาและพยายามทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ เช่น การดูดนิ้ว เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นพัฒนาการเคลื่อนไหวโดยมีจุดมุ่งหมาย (secondary circular reaction) ทารกอายุ 4 - 10 เดือน เริ่มสนใจสิ่งแวดล้อม และจะทำสิ่งๆ ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจซ้ำซากเพื่อดูผลที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 ขั้นพัฒนาการประสานอวัยวะ (coordination secondary scheme) ทารกอายุ 10-12 เดือน เริ่มนำเอาแบบแผนพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้จากขั้นแรกมาผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสิ่งที่ต้องการ ทารกมีจุดมุ่งหมายของการแสดงพฤติกรรม

ขั้นที่ 5 ขั้นพัฒนาความคิดริเริ่มแบบลองผิดลองถูก (tertiary reaction) เด็กอายุ 12-18 เดือน เริ่มเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภายนอกมากขึ้น และเริ่มเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของการกระทำของตนเอง

ขั้นที่ 6 ขั้นพัฒนาโครงสร้างสติปัญญาเบื้องต้น (invention of new means through mental combination) เด็กวัย 18-24 เดือน เริ่มแก้ปัญหาโดยการคิดก่อนทำ ในขั้นนี้เด็กจะสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นแล้วจำไว้ และสามารถแสดงพฤติกรรมอย่างเดียวกันได้ในเวลาต่อมา ถึงแม้ว่าไม่มีตัวอย่างแสดงให้ดูในขณะนั้น

3. พัฒนาการด้านภาษา ซึ่งเป็นสื่อหรือเครื่องมือที่ใช้สำหรับการติดต่อระหว่างบุคคลเพื่อความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ในระยะแรกทารกแสดงความต้องการด้วยการแสดงท่าทางการร้องไห้ ต่อมาจึงเปล่งเสียงออกเป็นคำพูด การเปล่งเสียงของทารกขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางวุฒิภาวะและการฝึกฝน ซึ่งพัฒนาการด้านภาษา แบ่งออกเป็น 5 ขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเปล่งเสียงออกจากคอ (cooing) ทารกแรกเกิดถึง 4 เดือน เปล่งเสียงโดยการไต่กลไกการเคลื่อนไหวของสายเสียงซึ่งเกิดขึ้นโดยบังเอิญ เป็นการออกเสียงที่ปราศจากความหมาย

ขั้นที่ 2 ระยะออกเสียงอ้อแอ้ (babbling) ทารกวัย 4 - 5 เดือน สามารถบังคับการออกเสียงได้ แต่ยังปราศจากความหมายที่แท้จริง

ขั้นที่ 3 ระยะเริ่มเลียนเสียง (lalling) ทารกอายุ 5 - 7 เดือน ชอบออก

เสียงซ้ำ ๆ และพอใจที่จะออกเสียงมากกว่าฟังเสียง เริ่มใช้เสียงในการติดต่อกับผู้อื่น เพื่อเรียกร้องความสนใจและแสดงความต้องการ

ขั้นที่ 4 ระยะเลียนเสียง (echolalia) ทารก 7 - 11 เดือน เลียนเสียงได้ ถูกต้องและชัดเจนขึ้น แต่ในบางคำผู้ใกล้ชิดเท่านั้นจึงเข้าใจความหมาย

ขั้นที่ 5 ระยะพูดได้รู้เรื่อง (true speech) เด็กอายุ 12 - 22 เดือน พูดและเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดกับความหมายของคำพูด เด็กอายุประมาณ 18 เดือน เริ่มพูดได้ ประมาณ 10 คำ และเมื่ออายุประมาณ 2 ปี พูดได้ประมาณ 30 คำ

4. พัฒนาการด้านสังคม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัว และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น วัยทารกและวัยแรกเกิดเป็นระยะวางรากฐานของลักษณะพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลแต่ละคนว่า ในภายภาคหน้าจะมีลักษณะแบบของการเข้าสังคม สร้างสัมพันธภาพ มีชีวิตกลุ่มในลักษณะใด บุคคลแต่ละคนมีพฤติกรรมสังคมในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับอิทธิพลต่าง ๆ หลายประการที่เรียนรู้ และได้รับในระยะตั้งวัยทารกแรกเกิดและวัยทารก เช่น

4.1 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเด็กได้รับอาหาร มีผลมากกว่าการสนองความต้องการทางด้านร่างกาย การได้รับอาหารเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับระยะวัยทารก พรอยด์เชื่อว่าความสุขของคนในระยะนี้อยู่ที่การได้รับประทานอาหาร ดังนั้นถ้าเด็กไม่มีความสุขอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จะพลอยกระทบกระเทือนไปถึงพัฒนาการด้านสังคม

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ภายในบ้านเป็นไปในลักษณะใด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบ้านเหล่านี้ ทั้งในแง่ดีและไม่ดี จะเป็นแบบประทับรอยไว้ในจิตใจโดยที่เด็กไม่รู้ตัว ไม่สามารถใช้สติปัญญาเลือกเฟ้น เด็กจะเลียนแบบความสัมพันธ์ในลักษณะซึมซับไปปฏิบัติในชีวิตอนาคตทั้งในแง่บวกและลบ

4.3 พฤติกรรมสังคมที่จำเป็นในการอยู่รวมกันเป็นหมู่คณะอีกอย่างหนึ่ง คือ ความรู้สึกเคารพกฎระเบียบต่าง ๆ การฝึกเด็กให้รู้จักเคารพกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ตั้งแต่วัยทารกจะเป็นรากฐานมั่นคงในภายภาคหน้า บิดามารดาผู้อบรมและบุคคลในบ้านต้องเป็นแบบอย่างให้แก่เด็ก และต้องมีความสม่ำเสมอด้วย

4.4 ความสัมพันธ์กับมารดาและหรือผู้เลี้ยงดู (mother-child relationship) ถือเป็นรากฐานที่สำคัญของแบบแผนทางสังคมของเด็กในภายภาคหน้า

5. พัฒนาการด้านอารมณ์ การแสดงอารมณ์เป็นการแสดงการโต้ตอบกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับพื้นฐานอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นอารมณ์ที่พบได้จนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและการแก้ปัญหาต่าง ๆ

อารมณ์ของทารกแรกเกิดที่แสดงออก และสังเกตได้มี 2 ประเภท คือ อารมณ์สงบและอารมณ์ ตื่นเต้น ต่อมาจึงมีอารมณ์ตามอิทธิพลของสิ่งเร้า อารมณ์ที่พัฒนาขึ้นมาในระยะนี้ มีดังนี้คือ

5.1 อารมณ์โกรธ พบเมื่อทารกถูกขัดขวางไม่ให้ทำในสิ่งที่ต้องการ แสดงออกโดยการร้องไห้ ทบตี ขว้างปา

5.2 อารมณ์กลัว เกิดจากความไม่เข้าใจในสิ่งแวดล้อม การหลอกหรือ การขู่ของผู้ใหญ่ การกลัวคนแปลกหน้า แสดงออกโดยการร้องไห้ หนี

5.3 อารมณ์อยากรู้อยากเห็น เกิดจากทารกมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น พร้อมกับมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวดีขึ้น

5.4 อารมณ์ดีใจ มักเกิดกับทารกที่มีสุขภาพดี แสดงออกโดยการยิ้มหรือ หัวเราะ

5.5 อารมณ์รัก ทารกแสดงความรักออกมาโดยการกอดรัด ซึ่งทารกจะเริ่ม รักตัวเองก่อนจึงเริ่มรักผู้อื่น

เด็กวัยเตาะแตะ (toddlehood) วัยนี้เด็กจะสามารถเดินได้ แต่การเคลื่อนไหวในการเปลี่ยนแปลงทิศทางยังไม่คล่องนัก เป็นวัยที่ฝึกการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถถือของด้วยมือทั้ง 2 ข้างและฝึกหัดกระโดด 2 ขา ไปจนถึงกระโดด ขาเดียว บุคลิกภาพที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยนี้ คือ การที่เด็กเริ่มรู้ว่า ตนเป็นบุคคลหนึ่งที่แยกจาก สภาพแวดล้อม ทำให้เด็กต้องการเป็นตัวของตัวเองด้วยการที่เด็กจะพยายามทำทุกอย่างด้วยตัวเอง จึงมีพฤติกรรมต่อต้านและมีการแสดงพฤติกรรมเอาใจตนเองเป็นใหญ่มากกว่าวัยทารก และ ปฏิเสธคำสั่งของผู้ใหญ่ ถ้าบิดามารดาเข้าใจเด็ก ปล่อยให้เด็กวัยนี้เป็นตัวของตัวเองบ้างและใช้วิธี ชักชวนโดยทำเป็นตัวอย่าง พัฒนาการจะไม่มีปัญหา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบิดามารดาไม่เข้าใจ เด็ก ขู่ ดุด่า ทำโทษ เด็กจะเกิดความรู้สึกอายและสงสัยอยู่ในใจและติดเป็นบุคลิกเมื่อเติบโตขึ้น ความรู้สึกอับอายและสงสัยในการกระทำของตนเองอาจทำให้เด็กต่อต้านมากยิ่งขึ้น และมักจะ ลองดีบ่อยขึ้น แทนที่จะค่อย ๆ ลดลงตามขั้นตอนปกติเมื่อเด็กเริ่มรู้ภาษาและมีเหตุผลมากขึ้น เป็น เหตุให้เกิดพฤติกรรมในวัยต่อมาได้ ซึ่งความขัดแย้งนี้มักพบได้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การ รับประทานอาหาร การนอน เป็นต้น เด็กวัยเตาะแตะเป็นวัยที่สำคัญที่เด็กจะพัฒนาความเป็นตัว ของตัวเอง และรู้ว่าตนเป็นบุคคลหนึ่งที่ต่างกับบุคคลอื่นในสภาพแวดล้อมทั่วไป อันจะนำไปสู่ ความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้จักควบคุมตนเองต่อไป

เด็กก่อนวัยเรียน (preschool child)

1. พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เป็นวัยที่มีความก้าวหน้าทางพัฒนาการค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย การรับรู้ การเรียนรู้ การใช้เหตุผล ความจำ ภาษา และพัฒนาการทางสังคม พัฒนาการทางร่างกายของเด็กวัยนี้จะได้ชัดจากความก้าวหน้าทางด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การเคลื่อนไหว การปีนป่าย การวิ่ง ตลอดจนความสามารถในการบังคับกล้ามเนื้อนิ้วเพื่อใช้ในการเขียน การระบายสีสิ่งต่าง ๆ เด็กจะสามารถยืนขาเดียว และกอดอกได้เมื่ออายุประมาณ 5 ปี เด็กวัย 3-4 ปี จะสามารถบังคับกล้ามเนื้อในการวาดรูปทรงเรขาคณิตได้ เช่น บ้าน ต้นไม้ ดังนั้นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยนี้กิจกรรมหนึ่งก็คือ การจัดให้เด็กมีโอกาสฝึกใช้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การวิ่งกลางแจ้ง การปีนป่าย เครื่องเล่นสนาม หรือกิจกรรมที่ฝึกกล้ามเนื้อมือให้แข็งแรง เช่น การเล่นดินน้ำมัน การฝึกระบายสี การร้อยลูกปัด เป็นต้น

2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา จะเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านการรับรู้ การเรียนรู้ และการแก้ปัญหา และเป็นลักษณะเฉพาะตัว เป็นระยะแก้ปัญหาด้วยการรับรู้ และยังไม่รู้จักการใช้เหตุผลที่สมบูรณ์ เด็กจะตัดสินใจอย่างขึ้นกับการรับรู้ทางสายตาและประสาทสัมผัส เพราะฉะนั้นการตัดสินใจต่าง ๆ อาจคลาดเคลื่อนได้ แต่ต่อมาเด็กจะมีความคิด ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น ความคิดรวบยอดต่างๆ จะพัฒนามากขึ้น ความมีเหตุผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เด็กจะสามารถแยกแยะความแตกต่างของสิ่งของได้ สามารถจัดกลุ่มของสัตว์ ตลอดจนมีความคิดรวบยอดพื้นฐานเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข มีความคิดฝัน และมีความจำที่แม่นยำ อย่างไรก็ตามลักษณะความคิดความจำของเด็กวัยนี้ยังอยู่ในขอบเขตจำกัด และเป็นลักษณะเฉพาะตัว เช่น เชื่อว่าของทุกอย่างมีชีวิต

3. พัฒนาการด้านภาษา เป็นวัยที่จะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ทั้งจากการเห็น แยกแยะเป็นส่วนย่อยมากกว่าจะเห็นเป็นภาพรวม การฟังเรื่องราวและเพลง เด็กจะเข้าใจขั้นตอนก่อนหลังง่าย ๆ ได้บ้าง เมื่อเด็กอายุ 3 ปี เด็กจะพูดได้เป็นวลี หรือประโยคสั้น ๆ แต่ยังคงจะติดขัด คิดคำไม่ทัน หรืออาจจะพูดไม่ชัดโดยเฉพาะเสียงพยัญชนะที่ค่อนข้างยาก เช่น “ พ, ข ” ซึ่งมักจะพูดได้เมื่ออายุ 4-5 ปี ส่วน “ ส ” และ “ ร ” อาจจะพูดชัดเมื่ออายุ 7-8 ปี ก็ยังถือว่าปกติ เมื่ออายุ 5 - 6 ปี เด็กจะพูดชัดถ้อยชัดคำ มีน้ำเสียงดี ไม่แปร่ง พูดมีจังหวะปกติ และใช้คำพูดถูกต้องรัดกุมขึ้น ซึ่งความสามารถนี้จะพัฒนาต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

4. พัฒนาการด้านสังคม เด็กวัยนี้ต้องปรับตัวเพื่อที่จะอยู่กับผู้อื่นได้อย่างไม่มีปัญหา ต้องเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตัวเพื่อให้สังคมยอมรับ ทำตัวให้เข้ากับกลุ่มที่ตนอยู่ รู้จักการให้และการรับ รู้จักผ่อนปรน รู้จักแบ่งปัน นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้เจตคติ ค่านิยมของสังคม

ตลอดจนการเรียนรู้บทบาทของเพศอีกด้วย การเล่นของเด็กจะเป็นไปในลักษณะของการเล่นที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเด็กจะเข้าเล่นร่วมกับมีการแข่งขัน การเล่นจะมีทั้งเด็กหญิงและเด็กชายอยู่รวมกันในกลุ่ม แต่การเล่นจะแตกกลุ่มกันง่าย และไม่มีกฎเกณฑ์มากนัก และยังมีการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เป็นวัยของการทดสอบ และการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดสังคมยอมรับ พฤติกรรมใดสังคมไม่ยอมรับ ลักษณะของพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กวัยนี้ คือ พฤติกรรมการทำตามกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยนี้ยังแสดงบุคลิกภาพของตนอย่างเห็นได้ชัด เช่น ลักษณะการเป็นผู้นำ หรือลักษณะการเป็นผู้ตาม

5. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เด็กในวัยนี้จะมีลักษณะของอารมณ์ที่สลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีความอิจฉาริษยา มีการตั้งความหวัง ผิดหวัง อาย เป็นต้น อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงง่าย ง่ายอะไรก็ตาม พัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม หรือการวางเงื่อนไขในอดีต

6.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

พัฒนาการของเด็กไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาหาร หรือสาเหตุอย่างหนึ่งอย่างใดเพียงอย่างเดียว แต่มีสาเหตุหลายอย่างด้วยกัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก มีดังนี้

1. สติปัญญา มีอิทธิพลอย่างสูงต่อพัฒนาการของเด็ก เพราะเด็กที่มีสติปัญญาดีย่อมมีอัตราการพัฒนาดีกว่าเด็กที่มีสติปัญญาต่ำ โดยพบว่าเด็กฉลาดจะสามารถเดินและพูดได้ก่อนเด็กโง่
2. เพศ เด็กชายและเด็กหญิงย่อมมีอัตราการพัฒนาต่างกัน โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านร่างกาย ในเด็กแรกเกิด เด็กชายจะโตกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย แต่ระยะต่อมาเด็กหญิงจะเจริญเติบโตรวดเร็วกว่าเด็กชาย โดยทั่วไปเด็กหญิงจะถึงวุฒิภาวะทางเพศก่อนเด็กชายราว 1-2 ปี และอัตราการพัฒนาด้านสมอง เด็กหญิงจะฉลาดเร็วกว่าเด็กชายเล็กน้อย
3. ต่อมต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ต่อมไร้ท่อบางชนิดที่ควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย ถ้าต่อมเหล่านี้ทำงานผิดปกติ โดยยับยั้งฮอร์โมนมากหรือน้อยไป อาจทำให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตผิดปกติ หรืออาจทำให้เตี้ยแคระได้
4. อาหาร ตามปกติเด็กที่ได้รับอาหารที่มีประโยชน์และได้รับวิตามินต่าง ๆ ครบถ้วน จะมีอัตราการพัฒนาที่รวดเร็วกว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ หรือได้รับอาหารที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย
5. อากาศบริสุทธิ์และแสงแดด ในระยะแรกถ้าเด็กได้รับแสงแดดและอากาศบริสุทธิ์ จะทำให้พัฒนาการในด้านต่าง ๆ เป็นไปอย่างปกติด้วยอัตราที่สม่ำเสมอ และยังทำให้เด็กมีสุขภาพที่ดีอีกด้วย

6. การบาดเจ็บหรือการมีโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีผลทำให้การพัฒนาเป็นไปอย่างผิดปกติ และทำให้พัฒนาการของเด็กที่เป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บนี้เป็นไปอย่างล่าช้าอีกด้วย

7. เชื้อชาติ ซึ่งมีผลต่ออัตราการพัฒนามากเช่นกัน เช่น เด็กในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียนมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเร็วกว่าเด็กที่อยู่ในประเทศทางเหนือของทวีปยุโรป นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กนิโกรหรือเด็กอินเดียแดงจะมีพัฒนาทางด้านร่างกายช้ากว่าเด็กผิวขาวและผิวเหลืองอีกด้วย

8. วัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้พัฒนาการของเด็กแตกต่างกันไปได้ เช่น เด็กไทยเป็นเด็กสงบเสถียร ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เพราะถูกอบรมให้เชื่อฟังผู้ใหญ่ ตรงกันข้ามกับเด็กอเมริกันซึ่งถูกปล่อยให้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ทำให้เด็กกล้าแสดงออก และยังปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีกว่าอีกด้วย

9. ตำแหน่งในครอบครัว ตามปกติลูกคนรองมักมีพัฒนาการเร็วกว่าลูกคนหัวปี เพราะสามารถทำตามแบบอย่างของพี่ได้ ส่วนลูกคนสุดท้ายมักได้รับการช่วยเหลืออยู่เสมอโดยไม่ต้องทำอะไรเอง จึงอาจทำให้พัฒนาการเป็นไปอย่างล่าช้าได้

10. การอบรมเลี้ยงดู ถ้าผู้ใหญ่ปล่อยให้เด็กรู้จักพึ่งตนเอง เด็กจะพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้เร็วกว่าเด็กที่ผู้ใหญ่คอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

7. ความรู้ด้านทันตสุขภาพ

7.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน

มนุษย์มีฟันธรรมชาติ 2 ชุด ชุดแรก เรียกว่า ฟันน้ำนม (primary teeth หรือ deciduous teeth หรือ milk teeth หรือ baby teeth) ฟันชุดที่สองเรียกว่า ฟันแท้หรือฟันถาวร (secondary teeth หรือ permanent teeth)

ฟันน้ำนมเริ่มมีการสร้างตัวตั้งแต่ยังเป็นทารกอยู่ในครรภ์มารดาขณะที่ยังอยู่ในครรภ์ ประมาณ 5-6 สัปดาห์ โดยสร้างตัวด้วยเซลล์พิเศษในกระดูกขากรรไกร ทารกแรกเกิดมีการสร้างส่วนตัวฟันน้ำนมครบทั้งหมด 20 ซี่ แต่เวลาที่ฟันจะโผล่ขึ้นจะได้รับการควบคุมโดยยีน โดยที่อาหารหรือพฤติกรรมจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อระยะเวลาที่ฟันจะงอก แต่อาหารจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อความแข็งแรงและสุขภาพของฟัน ดังนั้น มารดาควรรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุแคลเซียมสูงตั้งแต่ตั้งครรภ์ และในช่วงให้นมลูก

ทารกน้อยคนนักที่จะมีฟันปรากฏอยู่ตั้งแต่แรกเกิดและในทางกลับกัน บางรายก็ ต้องใช้เวลาเป็นปีกว่าที่จะมีฟันซี่แรกโผล่ขึ้น โดยเฉลี่ยทารกส่วนใหญ่จะมีฟันซี่แรกปรากฏเมื่อเข้าสู่วัยประมาณ 5-7 เดือน โดยอาจสังเกตเห็นก่อนบาง ๆ ที่บริเวณเหงือกหรือแถมสีแดงที่เหงือก และแก้มของลูกแล้ว 2-3 วันต่อมา ฟันก็จะโผล่ขึ้น เด็กบางคนจะรู้สึกหงุดหงิดมากกับฟันที่จะงอกมา และอาจรู้สึกกระคายเคืองปนรำคาญ ตื่นนอนกลางดึก น้ำลายยืดมากกว่าปกติ และร้องไห้ระหว่างดื่มนมหรือหากซอเข้าไปกระทบโดนจุดที่กำลังปวดบนเหงือก เมื่อเด็กรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากฟันเริ่มขึ้น การให้เด็กกัดสิ่งของบางอย่างจะเป็นการช่วยลดอาการเหล่านี้ โดยให้เด็กกัดห่วงยาง ขนมนึ่งกรอบ หรือของเล่นเด็ก แต่ต้องคำนึงถึงความสะอาดความปลอดภัยด้วย คือของเล่นเด็กนั้นต้องมีขนาดใหญ่พอที่จะไม่หลุดลงคอ ไม่คม หรือแตกหักง่าย และนุ่มพอที่จะไม่เป็นอันตรายกับเหงือกของเด็ก

7.1.1 ลำดับการขึ้นของฟัน เด็กส่วนใหญ่จะมีลำดับที่ฟันงอกขึ้นในรูปแบบเดียวกันทั้งหมด แม้ว่าช่วงเวลาฟันขึ้นจะแตกต่างกันก็ตาม ฟันซี่แรกที่จะโผล่ขึ้นมาคือ ฟันคู่ซี่หน้าของขากรรไกรล่าง ซึ่งโดยเฉลี่ยฟันจะโผล่ขึ้นเมื่อเด็กอายุ 5-7 เดือน จากนั้นจะตามด้วยฟันคู่ซี่หน้าของขากรรไกรบน แล้วจึงเป็นฟันซี่ทั้งสองข้างของกลุ่มบน และตามด้วยฟันซี่ทั้งสองข้างของกลุ่มล่าง ดังนั้นเมื่อครบขวบปีแรก เด็กส่วนใหญ่จะมีฟันหน้าสำหรับกัดครบสี่ซี่ทั้งบนและล่าง จากนั้นจะมีช่องว่างระหว่างฟันเกิดขึ้นเพราะฟันกรามซี่ที่ 1 ในขากรรไกรบนและล่าง ซึ่งเป็นฟันที่ใช้บดเคี้ยว ซึ่งอยู่ด้านในของปากจะโผล่ขึ้นมาเมื่อเด็กเข้าสู่วัย 12 ถึง 14 เดือน ช่องว่างนี้จะค่อยๆ เต็มเพราะฟันเขี้ยวที่ปรากฏขึ้นเมื่ออายุได้ประมาณ 18 เดือน ฟันชุดแรกจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อฟันกรามซี่ที่สองปรากฏขึ้นที่ด้านในสุดของปากเมื่อลูกอายุประมาณ 28 เดือน

ฟันน้ำนมในขากรรไกรบนขึ้น เมื่อเด็กมีอายุต่าง ๆ ดังนี้

- ฟันคู่หน้า 6-8 เดือน
- ฟันข้างฟันคู่หน้า 8-10 เดือน
- ฟันเขี้ยว 18 เดือน
- ฟันกรามซี่ที่ 1 12-14 เดือน
- ฟันกรามซี่ที่ 2 28 เดือน

ฟันน้ำนมในขากรรไกรล่างขึ้น เมื่อเด็กมีอายุต่าง ๆ ดังนี้

- ฟันคู่หน้า 5-6 เดือน
- ฟันข้างฟันคู่หน้า 10-12 เดือน
- ฟันเขี้ยว 18 เดือน
- ฟันกรามซี่ที่ 1 12-14 เดือน

- ฟันกรามซี่ที่ 2 20 เดือน

ฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มปรากฏในช่องปากเมื่อเด็กอายุประมาณ 6 เดือน และขึ้นครบทุกซี่เมื่อเด็กอายุประมาณ 28 เดือน หรืออายุประมาณ 2 ขวบครึ่ง ฟันน้ำนมเริ่มหลุดเมื่อเด็กอายุได้ 6 ขวบ และหลุดหมดทุกซี่เมื่อเด็กอายุประมาณ 12 ขวบ ดังนั้น ช่วงอายุ 2 ถึง 6 ขวบ เด็กจึงใช้ฟันน้ำนมในการบดเคี้ยวอาหาร

ฟันแท้หรือ ฟันถาวร (secondary teeth หรือ permanent teeth) มีจำนวนทั้งหมด 32 ซี่ ประกอบด้วยฟันแท้ที่ขึ้นมาแทนฟันน้ำนม 20 ซี่ เรียก ฟันแท้กลุ่มนี้ว่า ฟันสวมรอย (succedaneous teeth) ส่วนอีก 12 ซี่ ขึ้นถัดจากฟันน้ำนมไปทางด้านไกลกลาง (distal) ฟันแท้ซี่แรกเริ่มสร้างตัวเมื่อทารกแรกเกิด และเริ่มปรากฏในช่องปากเมื่อเด็กอายุ 6 ขวบ การเริ่มสร้างตัวและการขึ้นของฟันแท้แต่ละซี่จะเกิดขึ้นในระดับอายุต่าง ๆ กัน และขึ้นครบทุกซี่เมื่ออายุประมาณ 18 ปี หรือมากกว่านั้น ในธรรมชาติฟันแท้จะอยู่ในช่องปากได้ตลอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ

7.1.2 การจำแนกกลุ่มฟันตามลักษณะประเภทฟัน (class traits)

- 1) ฟันตัด (incisors) มีจำนวน 8 ซี่ อยู่ในขากรรไกรล่าง 4 ซี่ และขากรรไกรบน 4 ซี่ โดยอยู่กึ่งกลางของขากรรไกร มีรูปร่างเหมือนจอบหรือสิ่ว ใช้ในการตัดและฉีกอาหาร
- 2) ฟันเขี้ยว (canines) มีจำนวน 4 ซี่ อยู่ในขากรรไกรล่าง 2 ซี่ และขากรรไกรบน 2 ซี่ อยู่ถัดจากฟันตัดไปด้านซ้าย 1 ซี่ และด้านขวา 1 ซี่ มีลักษณะปลายแหลมและยาวกว่าฟันตัด ใช้ร่วมกับฟันตัดในการยึดฉีกอาหาร
- 3) ฟันกรามน้อย (premolars) มีเฉพาะในฟันแท้ โดยมีจำนวน 8 ซี่ อยู่ถัดจากฟันเขี้ยว โดยอยู่ในขากรรไกรล่าง 4 ซี่ และขากรรไกรบน 4 ซี่ ใช้ในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด
- 4) ฟันกราม (molars) มีจำนวน 12 ซี่ในฟันแท้ และ 8 ซี่ในฟันน้ำนม ฟันชนิดนี้มีตัวฟันกว้างและมีหลุมเล็ก ๆ ที่ส่วนเคลือบฟันจำนวนหลายหลุมเพื่อช่วยในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด

7.1.3 การจำแนกฟันน้ำนมและฟันแท้

ลักษณะของตัวฟันน้ำนมที่แตกต่างจากฟันแท้อย่างชัดเจนมีดังนี้

- 1) ฟันน้ำนมมีขนาดเล็กกว่าฟันแท้มาก
- 2) ตัวฟันของฟันน้ำนมมีขนาดสั้นกว่าฟันแท้
- 3) ฟันน้ำนมด้านแก้มและด้านหลังมีสันคอฟัน โป่งนูนชัดเจนกว่า

4) ฟันกรามน้ำนมมีด้านแก้มและด้านลิ้นสอเบียงเข้าหาด้านบดเคี้ยวมากกว่าในฟันแท้ ทำให้ด้านบดเคี้ยวแคบกว่าฟันแท้

5) สีของฟันน้ำนมขาวกว่าในฟันแท้ ส่วนฟันแท้สีค่อนข้างเหลือง เทา หรือน้ำตาล

7.1.4 หน้าที่ของฟันน้ำนม

1) ใช้ในการบดเคี้ยวอาหาร ฟันน้ำนมใช้บดเคี้ยวอาหาร ซึ่งช่วยให้การย่อยอาหารมีประสิทธิภาพดีขึ้น ถ้าเด็กไม่สามารถใช้ฟันน้ำนมในการบดเคี้ยวอาหาร จะทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานหนักกว่าปกติ

2) ช่วยให้การเจริญเติบโตของขากรรไกรเป็นไปอย่างปกติ พบว่าเด็กที่สูญเสียฟันน้ำนมไปเร็ว การเจริญเติบโตของขากรรไกรจะไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ไม่มีที่เพียงพอให้ฟันถาวรขึ้น ก่อให้เกิดฟันซ้อนเกได้

3) ช่วยให้การออกเสียงชัดเจน ฟันน้ำนมโดยเฉพาะฟันหน้าช่วยในการออกเสียง ส ฟ ฉ ได้ชัดเจน เด็กที่มีฟันหน้าผุ หรือฟันหน้าหายไปก่อนเวลาอันควร จะออกเสียงไม่ชัดเจน จนอาจถูกเพื่อนล้อเลียน เป็นปมด้อยของเด็กต่อไปได้

4) ช่วยให้ความสวยงามแก่ใบหน้า ฟันน้ำนมที่ขาวสะอาดเรียงเป็นระเบียบ จะช่วยให้เด็กมีใบหน้าที่สวยงาม มีความมั่นใจเมื่อพูดหรือยิ้ม เด็กที่มีฟันน้ำนมโดยเฉพาะฟันหน้าหายไป หรือ ผุค้ำ เด็กจะไม่กล้าพูด ไม่กล้ายิ้ม ขาดความมั่นใจในตนเอง

5) ช่วยกันที่ไว้ให้ฟันแท้ ฟันน้ำนมนอกจากจะช่วยทำให้ขากรรไกรเจริญเติบโตเป็นปกติแล้ว ยังช่วยเก็บที่ไว้ให้ฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องอีกด้วย ฟันน้ำนมที่ถูกถอนไปก่อนเวลา จะทำให้ฟันที่อยู่เหลือในช่องปากรวนเก โดยฟันแท้ที่อยู่ติดกับฟันซี่ที่ถูกถอนจะล้มเอียงเข้าหากัน ทำให้ฟันแท้ในตำแหน่งนั้นไม่สามารถขึ้นมาได้อย่างปกติ นอกจากนี้ ฟันที่เป็นคู่สบในขากรรไกรตรงกันข้ามจะยื่นยาวเข้ามาในช่องว่าง เกิดการสบฟันผิดปกติ ทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด นอกจากนี้ การมีฟันซ้อนเกยังทำให้อาหารติดฟันง่าย แปรงฟันให้สะอาดได้ยาก เกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย

7.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างฟันน้ำนมและฟันแท้

จากหน้าที่ของฟันน้ำนมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าฟันน้ำนมมีความสำคัญ ถ้าเกิดปัญหาขึ้นกับฟันน้ำนม จะทำให้ฟันแท้ได้รับผลกระทบไปด้วย ดังนี้

1) การที่ฟันน้ำนมผุกลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน เกิดเป็นหนองที่ปลายรากฟัน หรือฟันน้ำนมถูกกระแทกจากการเกิดอุบัติเหตุ จะมีผลกระทบถึงหน่อฟันแท้ที่กำลังสร้างอยู่

ทำให้ผิวเคลือบฟันแท้ไม่สมบูรณ์ มีจุดด่างขาวหรือมีสีเหลือง หรือเคลือบฟันหายไปและเป็นแอ่ง ซึ่งจะเป็นกับฟันแท้เฉพาะซี่ที่ฟันน้ำนมเกิดปัญหา

2) ฟันน้ำนมที่ขึ้นเรียงตัวผิดปกติหรือผิดตำแหน่ง จะทำให้การสบของ ขากรรไกรผิดปกติ เวลากัดหรือเคี้ยวอาหารจะทำให้การสร้างกระดูกข้อต่อขากรรไกรบนและล่างผิดปกติได้ และส่งผลถึงฟันแท้ที่จะเกิดตามมาด้วย

3) ฟันน้ำนมบนยื่น เกิดจากเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกวิธี เช่น มารดาให้ เด็กดูดนมหรือห้วนนมปลอมเป็นเวลานาน ทำให้ขากรรไกรบนบริเวณฟันหน้าเจริญในแนวโค้งไม่ เต็มที่ เกิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนและฟันหน้าล่าง ซึ่งเด็กมักใช้ลิ้นดันช่องว่างนี้เวลากินจน เป็นนิสัย ทำให้ขัดขวางการสร้างขากรรไกรในบริเวณฟันหน้าในช่วงที่ฟันแท้ขึ้น ส่งผลให้ ขากรรไกรบนยื่น และฟันหน้าบนจะไม่สบกับฟันหน้าล่าง

4) ฟันน้ำนมที่ผุหรือหลุดก่อนกำหนด จะมีผลทำให้ระบบการขึ้นของ ฟันแท้ไม่เป็นระเบียบ ส่งผลให้เกิดการบิดเก หรือฟันแท้เบียดหรือห่างมากเกินไป เป็นเหตุให้ เศษอาหารติดตามซอกฟัน ทำความสะอาดยากและเกิดฟันแท้ผุในเวลาต่อมา

จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาฟันน้ำนมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพราะปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดกับฟันน้ำนมจะทำให้การสร้างฟันแท้ข้างใต้ผิดปกติไปด้วย

7.2 โครงสร้างของฟัน แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

7.2.1 เคลือบฟัน (enamel) เป็นโครงสร้างที่แข็งที่สุดของร่างกายมนุษย์ มี สารอนินทรีย์เป็นส่วนประกอบอยู่ประมาณ 96 % เป็นผลึกของสารประกอบจำพวกแคลเซียม ส่วนประกอบที่เหลืออยู่ 4 % เป็นน้ำและสารอินทรีย์ มีลักษณะเป็นเส้นใยอยู่ในโครงสร้างของ เคลือบฟัน เคลือบฟันมีสีขาวแต่ที่ปรากฏให้เห็นส่วนใหญ่จะเป็นสีเหลือง เนื่องจากสีของเนื้อฟัน ที่อยู่ถัดไปสะท้อนออกมา เคลือบฟันจะคลุมตัวฟันทั้งหมด หนาและบางแตกต่างกันแล้วแต่ ตำแหน่ง โดยเฉพาะบริเวณที่ปุ่มและขอบปลายฟัน เคลือบฟันจะหนามากที่สุด เคลือบฟันทำ หน้าที่ป้องกันเนื้อฟันและโพรงฟันจากอันตรายภายนอก

7.2.2 เนื้อฟัน (dentine) เป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่ของฟัน อยู่ถัดเคลือบฟัน และเคลือบรากฟันเข้าไป มีส่วนประกอบคล้ายกระดูกแต่แข็งกว่ากระดูก และอ่อนกว่าเคลือบฟัน มีสารอนินทรีย์เป็นส่วนประกอบอยู่ประมาณ 70 % เป็นผลึกของสารประกอบจำพวกแคลเซียม เช่นเดียวกับเคลือบฟัน ที่เหลืออีกประมาณ 30 % ประกอบด้วยสารอินทรีย์ ซึ่งมีคอลลาเจนและ มิวโคโพลิแซคคาไรด์และน้ำที่มีปริมาณพอ ๆ กัน

7.2.3 เคลือบรากฟัน (cementum) มีสีเหลืองอ่อน เป็นเนื้อเยื่อแข็งมีลักษณะ คล้ายกระดูก มีความมันวาวเหมือนกับเคลือบฟัน มีลักษณะทึบแสงใกล้เคียงกับเนื้อฟัน

เคลือบรากฟันหุ้มส่วนรากฟันและติดแน่นกับเนื้อฟัน ในเคลือบรากฟันไม่มีเส้นประสาท หลอดเลือด หลอดน้ำเหลืองแต่ประกอบด้วยสารอนินทรีย์ 45 - 50 % เป็นผลึกของสารประกอบ จำพวกแคลเซียม เคลือบรากฟันมีหน้าที่ดังนี้

- เป็นที่ยึดเกาะของเส้นใยของเอ็นปริทันต์ที่มายึดกับรากฟัน ทำหน้าที่ยึดฟันให้อยู่ในกระดูกเบ้าฟัน
- ช่วยในการควบคุมและรักษาระยะความกว้างของเนื้อที่ ที่เป็นอยู่ของอวัยวะปริทันต์ให้คงที่
- ป้องกันและซ่อมแซมรากฟันเมื่อได้รับอันตราย

เคลือบรากฟันจะมีการเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาหลังจากฟันขึ้น ทั้งนี้เพราะฟันจะสึกและมีการงอกเพิ่มขึ้นของฟันเพื่อให้สับกับฟันตรงข้าม การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของเคลือบรากฟันนี้พบมากที่บริเวณปลายรากและรอกแยกของตัวรากฟัน และในขณะเดียวกันจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกเบ้าฟันรอบรากฟันร่วมด้วย และจากการที่เคลือบรากฟันที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ ทำให้เส้นใยของเอ็นปริทันต์มีการเรียงตัวใหม่ จึงทำให้เส้นใยของเอ็นปริทันต์ยังคงสามารถยึดฟันอยู่ได้ในขณะที่ฟันมีการเคลื่อนที่ และเป็นการรักษาความกว้างของเอ็นปริทันต์พร้อมกับมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกรอบรากฟันร่วมด้วย การซ่อมแซมและการสร้างของเคลือบรากฟันค่อนข้างจำกัดมากกว่ากระดูก

7.2.4 เนื้อเยื่อในฟัน (dental pulp) เป็นเนื้อเยื่ออ่อนประกอบด้วยหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และเส้นประสาท ทำหน้าที่นำอาหารมาสู่ฟันและส่งทอดความรู้สึกจากฟัน

7.3 โครงสร้างของอวัยวะปริทันต์

อวัยวะปริทันต์ (periodontal tissue) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 4 ชนิด คือ

7.3.1 เหงือก (gingiva) เป็นเนื้อเยื่อช่องปากที่ปกคลุมจากคอฟันสู่ร่องลึกข้างแก้ม แบ่งได้ 3 ชนิด ตามตำแหน่งของเหงือก

- เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental gingiva or papilla)
- เหงือกอิสระ (maginal gingiva) คือ ขอบเหงือกที่อยู่แนบชิดกับคอฟัน แต่ไม่ยึดติดแน่นกับผิวฟัน เป็นร่องโดยรอบ ลึกประมาณ 1-2 มม.
- เหงือกยึด (attached gingiva) เป็นส่วนที่อยู่ต่ำจากคอฟันลงไป มีเนื้อเยื่อเกี่ยวยึดให้ติดกับกระดูกขากรรไกร มีหน้าที่ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะภายในที่ประกอบขึ้นเป็นฟัน

เหงือกปกติมีลักษณะเป็นสีชมพูอ่อน หรือสีคล้ำถ้าสีผิวดำ มีลักษณะเนื้อแน่นปกคลุมถึงคอฟัน ขอบเหงือกบางแนบคอฟัน โดยมีร่องลึกลงไปประมาณ 1 - 2 มม. พื้นผิว

ของเหงือกมีลักษณะจุดนูนเล็ก ๆ ประปรายทั่วไป ลักษณะคล้ายผิวส้ม เหงือกสามเหลี่ยมระหว่าง ฟันบรรจุอยู่เต็ม

7.3.2 เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) เป็นเนื้อเยื่อรอบรากฟันที่มีความยืดหยุ่นในตัวเองได้เล็กน้อย ทำหน้าที่ยึดรากฟันให้ติดแน่นกับกระดูกเบ้าฟัน กระจายแรงบดเคี้ยว จากฟันไปยังกระดูกเบ้าฟัน และนำอาหารและความรู้สึกไปยังอวัยวะปริทันต์

7.3.3 เคลือบรากฟัน (cementum) เป็นทั้งโครงสร้างของฟันและอวัยวะปริทันต์ เป็นเนื้อเยื่อยึดต่อชนิดแข็งที่หุ้มรากฟันเริ่มจากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ถึงบริเวณปลาย รากฟัน

7.3.4 กระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone หรือ alveolus) เป็นกระดูกที่รากฟันฝังตัว อยู่ โดยกระดูกเว้าไปตามรูปร่างของฟันซี่ต่าง ๆ

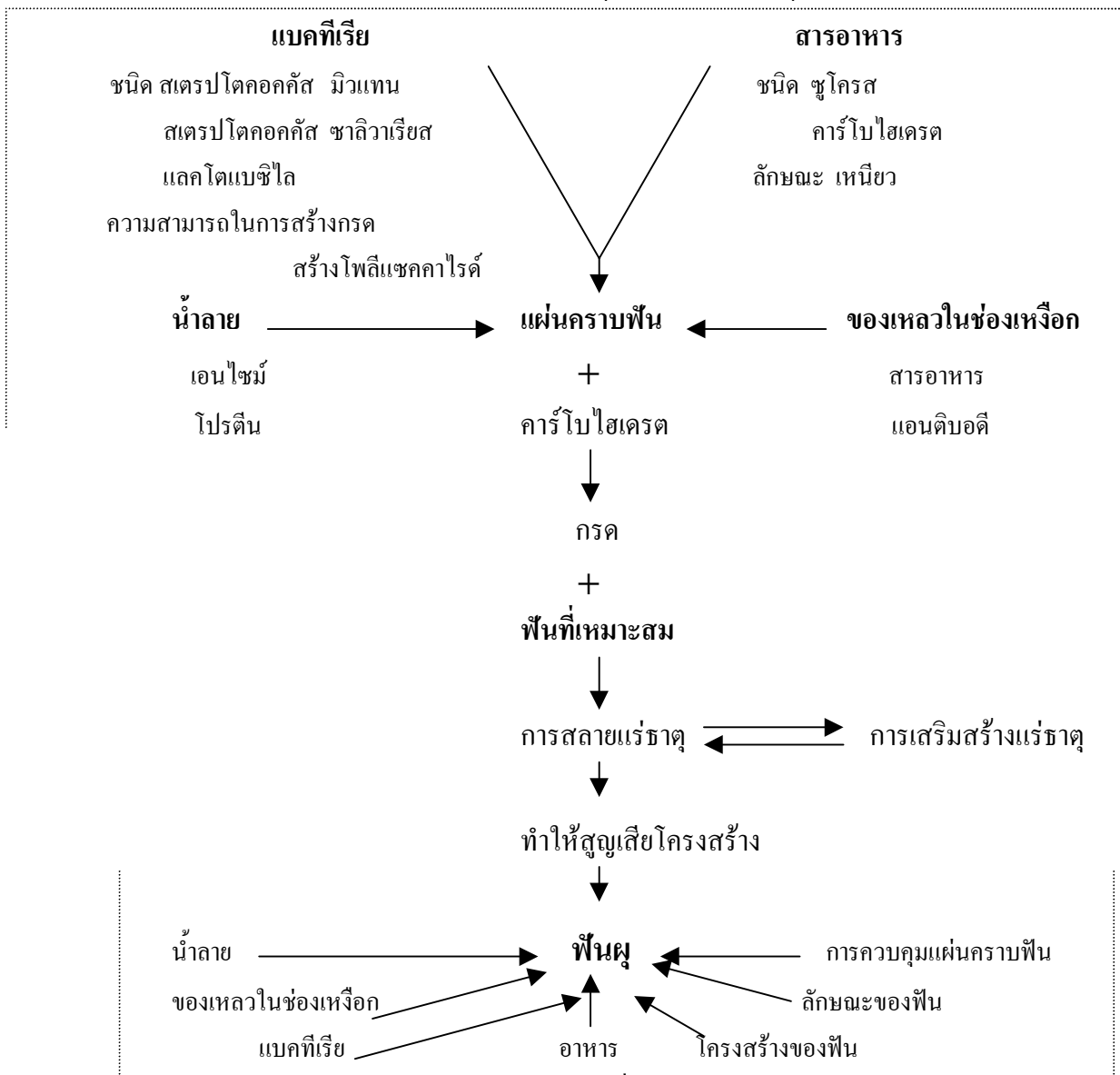
7.4 โรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโรคติดเชื้อทั่วไป คือ การมีปฏิกิริยาทางเคมีเกิดขึ้นบนตัวฟัน จากการศึกษาแบคทีเรียในช่องปากที่เกาะรวมตัวกันบนผิวฟัน โดยอาศัยสารประกอบในน้ำลายเป็นตัวยึดเกาะ หลังจากนั้นจะย่อยสลายสารอาหารที่ตกค้างบนผิวฟัน สร้างสารโพลีแซคคาไรด์ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกาวทำให้เกิดการยึดเกาะตัวของแบคทีเรียมากขึ้นเป็นชั้น ๆ แผ่นคราบฟันที่มีสารคล้ายกาวนี้ทำให้แผ่นคราบฟันยึดติดกับฟันได้ แม้จะทำการบ้วนปากก็ไม่สามารถขจัดแผ่นคราบฟันได้ ในแผ่นคราบฟันที่มีแบคทีเรียเกาะหนาแน่นมากขึ้น แบคทีเรียจะย่อยสลายแป้งหรือน้ำตาลที่ตกค้างอยู่บนตัวฟัน เกิดผลเป็นกรดออกมา โดยกรดส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น คือ กรดแลคติก (lactic) กรดโพรปิโอนิก (propionic) กรดไพรูวิก (pyruvic) และกรดฟูมาริก (fumaric) กรดที่เกิดขึ้นจะทำลายเคลือบฟัน โดยเฉพาะบริเวณที่มีแผ่นคราบฟันสะสมอยู่ จากนั้นก็ละลายส่วนของเนื้อฟันลึกเข้าไปตามผลึกของเนื้อฟัน จนถึงโพรงประสาทฟัน เกิดการอักเสบของโพรงประสาทฟัน หากไม่มีการรักษาที่ถูกต้อง การอักเสบจะลุกลามตามคลองรากฟัน เกิดฝีปลายรากฟัน และสุดท้ายฟันจะโยกและถูกถอนไป

7.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคฟันผุ

ปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุมี 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเฉพาะ และปัจจัยทั่วไป ปัจจัยเฉพาะ ได้แก่ ฟัน แบคทีเรีย เวลา และสารอาหาร ถ้าขาดตัวใดตัวหนึ่งก็จะไม่เกิดฟันผุ ส่วนปัจจัยทั่วไป เช่น สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ อายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ดังภาพที่

องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ



ปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ



ปัจจัยทั่วไปที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

ภาพที่ 2.4 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคฟันผุ

7.4.2 การดำเนินของโรคฟันผุและอาการแสดงของโรค

ระยะที่ 1 เริ่มจากเกิดการละลายของแร่ธาตุในชั้นเคลือบฟันโดยกรด ทำให้บริเวณที่ถูกทำลายมีลักษณะอ่อนนุ่มและมีสีขาวขุ่น มีความแตกต่างชัดเจนกับผิวฟันปกติ ระยะนี้จะไม่รู้สึกเจ็บหรือเสียวแต่อย่างใด

ระยะที่ 2 ถ้าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุยังคงอยู่ การดำเนินของโรคมียังต่อไปโดยสีขาวขุ่นของเคลือบฟันจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล และการผุจะขยายลุกลามไปยังเนื้อฟัน ระยะนี้ยังไม่เห็นรูผุชัดเจนนัก แต่ถ้าใช้เครื่องมือปลายแหลมเล็กๆ เขี่ยดูจะสะดุด ระยะนี้จะรู้สึกเสียวฟันเป็นบางครั้ง

ระยะที่ 3 ถ้าสาเหตุที่ทำให้ฟันผุยังคงอยู่หรือยังไม่ได้รับการซ่อมแซม รูผุจะขยายขอบเขตกว้างขวางและลึกขึ้นจนเห็นเป็นโพรงชัดเจน ถ้าปล่อยทิ้งไว้ การผุจะลึกลงเข้าไปใกล้โพรงฟัน ระยะนี้รู้สึกเจ็บปวดเล็กน้อย หรือเสียวฟันเมื่อรับประทานอาหารรสหวานจัด หรือเปรี้ยวจัด หรือเมื่อมีเศษอาหารตกค้างอยู่ในโพรงนั้น

ระยะที่ 4 ถ้าฟันผุนั้นไม่ได้รับการหยุดยั้งโดยบูรณะซ่อมแซม การผุจะลุกลามมากยิ่งขึ้นเข้าไปในโพรงฟัน ทำลายเนื้อเยื่อในโพรงฟัน ระยะนี้จะเกิดอาการปวดอย่างเฉียบพลัน ถ้าทิ้งไว้ไม่รักษา จะมีการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์และเกิดฝีหนองที่ปลายรากฟัน อาจมีอาการบวมของใบหน้า

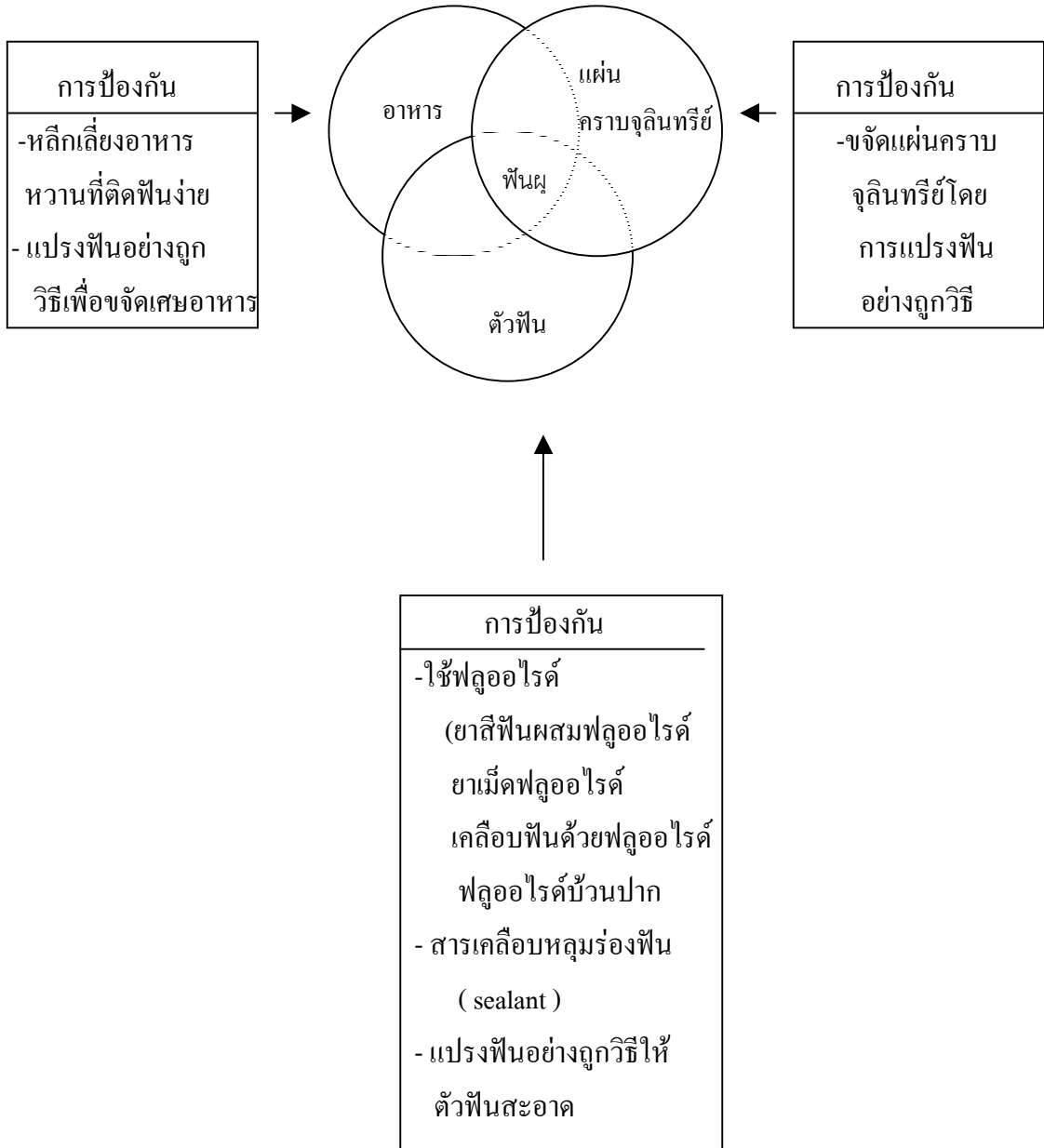
7.4.3 หลักในการป้องกันโรคฟันผุ

เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเนื้อฟันอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายให้กลับเป็นปกติได้ การรักษาเป็นเพียงการยับยั้งและบูรณะไม่ให้ลุกลามมากขึ้นเท่านั้น การป้องกันมิให้เกิดโรคตั้งแต่เริ่มต้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด การป้องกันโรคฟันผุนั้นมีหลักการดังนี้ (ภาพที่ 2.5)

1) เพิ่มความต้านทานต่อตัวฟันต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่าง ๆ ถ้าตัวฟันมีหลุมร่องลึก ก็ใช้สารเคลือบฟันเพื่อป้องกันการผุบริเวณนั้น ที่สำคัญคือ การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี

2) ควบคุมการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ได้แก่ อาหารประเภทน้ำตาลและคาร์โบไฮเดรต และต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติทางกายภาพของอาหาร ได้แก่ ลักษณะความเหนียวของอาหาร ลักษณะการติดฟัน ความถี่ของการบริโภค และลำดับของการบริโภค

3) ควบคุมการเกิดแผ่นคราบฟัน การขจัดแผ่นคราบฟันออกได้เร็วที่สุดนั้นทำได้โดยการแปรงฟัน และการใช้เส้นใยทำความสะอาดฟัน (dental floss)



ภาพที่ 2.5 ปัจจัยสำคัญและหลักการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

7.4.4 ผลกระทบของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

1) ผลต่อสุขภาพร่างกาย

เนื่องจากช่องปากเป็นด่านแรกของระบบทางเดินอาหาร มีหน้าที่บดเคี้ยวและย่อยอาหารบางชนิดก่อนจะถูกย่อยต่อในกระเพาะอาหารและถูกดูดซึมไปใช้ ถ้าหากอวัยวะในช่องปากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติก็จะมีผลกระทบไปถึงระบบการย่อยอาหาร เช่น ทำให้เป็นโรคกระเพาะอาหาร และจะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นไม่เพียงพอ อันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะของระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากอาจผ่านไปตามกระแสเลือดหรือท่อน้ำเหลืองไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายซึ่งบางโรคมีหลักฐานยืนยันได้ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับแหล่งติดเชื้อในช่องปาก โรคต่าง ๆ ได้แก่

- โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะตรวจพบว่ามีแอนติบอดีต่อเชื้อฮีโมฟิลัสดีฟิซิเตอร์ โทคอกคัส กรู๊ปเอ ซึ่งเป็นเชื้อที่พบในฟันที่มีการติดเชื้อในคลองรากฟันและรอบ ๆ ปลายรากฟัน
- โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอกคัสสวิตเซอร์แลนด์ ไปเกาะและเจริญบนลิ้นหัวใจ โดยจะพบเชื้อมีในฟันที่มีการติดเชื้อในคลองรากฟันและรอบ ๆ ปลายรากฟัน
- โรคตา มีหลักฐานยืนยันได้ว่าการอักเสบของตาจะหายไปเมื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อในช่องปาก
- โรคไต โรคไตบางชนิดเกิดจากการติดเชื้อในช่องปาก แต่เนื่องจากมีเพียงบางครั้งเท่านั้นที่ตรวจพบว่าเชื้อที่ไตเป็นเชื้อชนิดเดียวกับเชื้อที่พบเสมอในแหล่งติดเชื้อในช่องปาก จึงยังเป็นปัญหาทางวิชาการ
- โรคโพรงอากาศอักเสบ จะพบมากบริเวณโพรงอากาศที่โหนกแก้ม เพราะอยู่ใกล้ชิดกัน ทำให้เชื้อในช่องปากสามารถกระจายไปได้ ทำให้เกิดการอักเสบ

2) ผลต่อบุคลิกภาพและสภาวะจิตใจ

การมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจะมีผลต่อบุคลิกภาพและจิตใจ เช่น ทำให้มีกลิ่นปาก มีผลต่อการออกเสียงพูด และความสวยงามของใบหน้า ถ้าสูญเสียฟันไปอาจทำให้ใบหน้ามีลักษณะแถมคอบ ริมฝีปากย่น ออกเสียงไม่ชัดเจน บั่นทอนความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่น และยังเกิดความเจ็บปวดทรมาน รบกวนจิตใจ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย รับประทานอาหารไม่ได้

3) ผลต่อเศรษฐกิจ

การแก้ไขรักษาโรคฟันผุทำให้เสียเงินและเสียเวลา ทั้งเวลาเรียนของบุตร และเวลาในการประกอบอาชีพการงานของมารดา รวมทั้งส่งผลเสียถึงเศรษฐกิจของประเทศด้วย

4) ผลต่อการพัฒนาประเทศ

การแก้ไขรักษาโรคฟันผุต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ และยาที่ส่วนใหญ่ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ ทำให้ต้องเสียตราต่างประเทศเป็นจำนวนมาก จึงมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศด้วย

7.5 อาหารกับโรคฟันผุในเด็กเล็ก

7.5.1 ผลของอาหารต่อฟัน

อาหารมีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุมากที่สุดในบรรดาสาเหตุทั้งหลาย เพราะอาหารเป็นสิ่งจำเป็นในการเจริญเติบโตทั้งของคนและของเชื้อในช่องปาก จึงเป็นวัตถุดิบสำหรับเชื้อในการเจริญเติบโตและมีของเสียเป็นกรดออกมา ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ ซึ่งถ้าเสียสมดุลของเกลือแร่ในเคลือบฟันก็ทำให้เกิดรูผุในที่สุด การกินอาหารหวานทำให้สูญเสียเกลือแร่ทุกครั้ง แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องเกิดฟันผุเสมอไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น คือ วิธีกิน ความถี่บ่อย ช่วงเวลาที่กิน ดังนั้นการกินอาหารหวานที่เหมาะสมก็ปลอดภัยจากโรคฟันผุได้ อาหารมีผลต่อโรคฟันผุใน 3 ด้าน คือ

1) ผลต่อการสร้างฟันและน้ำลาย

(1) การสร้างฟันให้แข็งแรง สำหรับโรคฟันผุในเด็กเล็ก จึงหมายถึงฟันน้ำนมโดยเฉพาะส่วนเคลือบฟันและเนื้อฟัน ถ้าถูกสร้างขึ้นอย่างแข็งแรงสมบูรณ์จะทนต่อการละลายของกรด การสูญเสียเกลือแร่เกิดได้ยาก ทำให้ฟันไม่เสียสมดุลของเกลือแร่ ฟันจึงผุยากขึ้น แต่ถึงแม้ฟันจะถูกสร้างขึ้นมาอย่างดีเพียงใด ก็พบว่านิสัยการกินและวิธีกินมีผลทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าสภาวะโภชนาการที่ไม่ดี จากการศึกษาพบว่า ในระยะที่กำลังสร้างฟันน้ำนมคือในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ถ้ามีสภาวะทุพโภชนาการของแม่หรือของเด็กทารกจะทำให้โครงสร้างของฟันไม่แข็งแรง รูปร่างของฟันไม่สมบูรณ์ ซึ่งเกิดในลักษณะที่เอื้อต่อการเกิดโรคฟันผุ คือ เนื้อเคลือบฟันหายไปบางส่วน (enamel hypoplasia) ซึ่งเป็นสภาวะที่เนื้อของเคลือบฟันหายไปบางส่วน ทำให้ผิวฟันขรุขระเป็นหลุมเป็นแอ่ง หรือเคลือบฟันเป็นจุดเล็ก ๆ (enamel pit) หรือเกิดมีสภาวะมีเกลือแร่ในเคลือบฟันและเนื้อฟันน้อย (hypocalcification) เหล่านี้ทำให้ฟันเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและเกิดสูญเสียเกลือแร่ได้ง่าย นำไปสู่การสูญเสียสมดุลและเกิดเป็นรูผุในที่สุด แต่จากการศึกษาพบว่าแม้ฟันจะสร้างตัวไม่สมบูรณ์จากสภาวะทุพโภชนาการ แต่ถ้ามีนิสัยและวิธี

การกินที่ถูกต้อง ก็ไม่ทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้น หรือมีฟันผุเล็กน้อยเท่านั้น แต่ตรงกันข้ามกับฟันที่สร้างตัวมาอย่างดี แต่ถ้ามีนิสัยและวิธีการที่ไม่ดี กลับทำให้ฟันผุอย่างมากมายได้

สรุป สภาวะโภชนาการในระหว่างการสร้างฟันทำให้โครงสร้างของฟันอ่อนแอเกิดฟันผุได้ง่าย แต่นิสัยการกินที่ไม่ดีคือการกินน้ำตาลและแป้งสูงมาก ทำให้เกิดโรคฟันผุที่รุนแรงได้

ผลของอาหารต่อโครงสร้างของฟันจะมีอยู่เฉพาะช่วงที่ฟันกำลังสร้างตัวอยู่เท่านั้น หลังจากระยะนี้แล้วอาหารจะไม่มีผลต่อโครงสร้างของฟันอีกต่อไป ผลของอาหารต่อโครงสร้างของฟัน มีอยู่ 2 ระยะ คือ

ก. *ระยะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด* ฟันน้ำนมส่วนหนึ่งจะสร้างตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา ดังนั้นสตรีมีครรภ์ควรได้รับสารอาหารครบทุกหมู่ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารกและฟัน โดยเน้นกลุ่มอาหารโปรตีน วิตามิน เหลือแร่ ที่จำเป็นในการสร้างกระดูกและฟัน อาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเป็นอาหารชุดเดียวกับการพัฒนาการของฟัน

ข. *ระยะหลังคลอด ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 ปีครึ่ง* ซึ่งทารกและเด็กในวัยนี้ควรได้รับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโต และการสร้างฟันที่ครบถ้วนเช่นกัน เพื่อโครงสร้างของฟันจะได้สมบูรณ์ แข็งแรง ด้านทานการสูญเสียเกลือแร่ได้มากที่สุด

(2) *การผลิตน้ำลายในด้านปริมาณและคุณภาพ* สารอาหารที่ครบถ้วนและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ จะทำให้ต่อมน้ำลายมีการผลิตน้ำลายที่เพียงพอต่อการบดเคี้ยว การย่อยในปากและการกลืนเพื่อการกำจัดอาหารให้ลงสู่กระเพาะอาหาร ถ้าน้ำลายน้อยจะมีเศษอาหารตกค้างบนฟันมาก เศษอาหารที่เป็นน้ำตาล แป้ง จะเป็นอาหารของเชื้อโรคในการสร้างกรดต่อไป นอกจากปริมาณน้ำลายที่เพียงพอแล้ว คุณภาพของน้ำลายคือ ปริมาณเกลือแร่ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต ฯลฯ สารปกป้อง เช่น ไบคาร์บอเนต แอมโมเนียม โปรตีนในน้ำลาย ไซอลิน ฯลฯ ต้องมีสารเหล่านี้เพียงพอที่จะช่วยลดกรดที่เกิดขึ้นในคราบจุลินทรีย์ และช่วยในการสร้างเกลือแร่กลับคืนให้กับฟันด้วย น้ำลายที่เพียงพอและมีคุณภาพจะช่วยลดการสูญเสียเกลือแร่และสร้างเกลือแร่ให้กับฟันได้อย่างเต็มที่ด้วย อาหารที่ช่วยในการผลิตน้ำลายคือ การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่นเดียวกับอาหารที่บำรุงสุขภาพทั่วไป หากสังเกตจะพบว่าเมื่อใดที่ดื่มน้ำน้อย ปากจะแห้ง น้ำลายเหนียว กลืนลำบาก ฝืดคอ ช่วงนั้นถ้ามีน้ำตาลในปากจะมีกรดเกิดขึ้นมากและมีการสูญเสียเกลือแร่ในฟันสูง

2) ผลต่อการสูญเสียเกลือแร่ในฟัน

(1) ทำให้เกิดคราบจุลินทรีย์บนผิวเรียบ คราบจุลินทรีย์จำเป็นสำหรับกระบวนการเกิดฟันผุ โดยเฉพาะการเกิดและการสูญเสียเกลือแร่ของฟันต้องเกิดภายใต้คราบจุลินทรีย์เสมอ หากการเกิดกรดและการละลายเกลือแร่ออกจากฟันเกิดบนผิวที่สะอาด ไม่มีคราบจุลินทรีย์จะไม่เกิดฟันผุ แต่จะเกิดสภาวะที่เรียกว่า ฟันกร่อน (dental erosion) การเกิดคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันนั้นต้องมีเชื้อที่สามารถสร้างสารยึดเกาะตัวเชื่อมกับผิวฟันที่เรียบได้ ซึ่งเชื้อที่มีคุณสมบัติดังกล่าว คือ มิวแทนส์สเตรปโตคอคไค โดยในสภาวะที่มีน้ำตาลทราย เชื้อจะใช้น้ำตาลสร้างสารมิวโคโพลีแซกคาไรด์ที่เรียกว่า กลูแคน (glucans) หรือ เดกซ์แทรน (dextrans) ที่มีลักษณะเหนียวคล้ายกาวช่วยยึดเกาะเซลล์ของเชื้อเข้ากับผิวฟันที่เรียบได้ และสารนี้ยังเป็นส่วนประกอบหลักของคราบจุลินทรีย์ ที่ช่วยยึดเซลล์ของเชื้อให้รวมกลุ่มกันติดแน่นบนตัวฟันเกิดเป็นคราบจุลินทรีย์ที่สมบูรณ์บนตัวฟัน น้ำไม่สามารถชะล้างออกได้ ต้องใช้แรงในการขูดออกเท่านั้น คราบจุลินทรีย์ชนิดที่มีเชื้อมิวแทนส์สเตรปโตคอคไคอยู่เป็นหลักนี้ เชื้อจะใช้น้ำตาลเป็นพลังงานในการเจริญเติบโตและเกิดกรดเป็นผลพลอยได้ กรดจะซึมอยู่ในคราบจุลินทรีย์และแตกตัวให้ไฮโดรเจนไอออน (H^+) ซึ่งเป็นธาตุที่มีขนาดเล็กที่สุด จึงแทรกซึมเข้าไประหว่างผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ในเคลือบฟันได้ ทำให้ผลึกแตกตัวเป็นแคลเซียมไอออนและฟอสเฟตไอออนละลายออกจากชั้นเคลือบฟันเข้าสู่คราบจุลินทรีย์ และออกมาในน้ำลายที่อยู่รอบ ๆ ฟัน เกิดการสูญเสียเกลือแร่ขึ้น ถ้าเสียสมดุลของเกลือแร่ก็จะเกิดฟันผุขึ้น

เด็กเล็กแทบทุกคนมีโอกาสรับเชื้อมิวแทนส์สเตรปโตคอคไคจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง สังคมไทยแม่มักจะป้อนอาหารให้ลูกโดยการเลียหัวให้ละเอียดก่อนแล้วนำไปป้อนให้ลูกหรือใช้ช้อนร่วมกัน หรือชิมก่อนแล้วจึงนำไปป้อนให้ลูก แต่เชื้อจะอาศัยอยู่ในช่องปากได้ต้องหลังจากที่ฟันน้ำนมขึ้นในช่องปากแล้ว เพราะต้องอาศัยการเกาะอยู่บนผิวฟัน ยิ่งกว่านั้นต้องมีปริมาณน้ำตาลบ่อย ๆ และสม่ำเสมอที่เชื้อซึ่งใช้น้ำตาลสร้างคราบจุลินทรีย์สามารถอาศัยบนผิวฟันได้ ดังนั้นเด็กที่รับเชื้อทุกคน ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อ คือ มีเชื้อชนิดนี้อาศัยอยู่ในช่องปากเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าเด็กคนนั้นไม่ได้อาหารที่มีน้ำตาลบ่อยและสม่ำเสมอ หรือรวมทั้งมีการทำความสะอาดผิวฟันของเด็กอย่างสม่ำเสมอและสะอาดพอ ก็จะทำให้เด็กไม่ติดเชื้อได้แม้จะได้รับเชื้อก็ตาม

สรุป อาหารจำพวกน้ำตาลเป็นอาหารที่ดีของเชื้อที่ทำให้เกิดการก่อตัวของคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ทำให้เกิดการติดเชื้อมิวแทนส์สเตรปโตคอคไคในช่องปากของเด็ก ดังนั้นถ้าควบคุมปริมาณน้ำตาลในเด็กเล็กได้ การติดเชื้อจะลดลงเช่นกัน

(2) ทำให้เกิดกรดในคราวจูลินทรีย์ เป็นที่ยืนยันชัดเจนว่า เชื้อในคราวจูลินทรีย์หลายชนิดสามารถย่อยสลายน้ำตาล เพื่อนำไปเป็นพลังงานแล้วเกิดกรดเป็นผลพลอยได้ขึ้น กรดที่เกิดขึ้นจะกระจายอยู่ในคราวจูลินทรีย์และแตกตัวให้ไฮโดรเจนไอออน ซึ่งซึมเข้าไปในผลึกของเคลือบฟัน ทำให้ผลึกแตกตัว สารแคลเซียมและฟอสเฟตในฟันจึงละลายออกจากฟันมาสู่น้ำลายในช่องปากได้ ทุกครั้งที่กินน้ำตาล เชื้อจะย่อยน้ำตาล และเกิดกรดปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แล้วทำให้ค่าพีเอชในคราวจูลินทรีย์ลดต่ำลงเรื่อย ๆ จากค่าเป็นกลาง 7 จนถึง 5.5 - 4.5 ที่มีความเป็นกรดมากพอที่จะทำให้ผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์แตกตัว ละลายออกมาจากเคลือบฟัน ช่วงเวลาที่เกิดการละลายเกลือแร่ออกจากตัวฟันหรือการสูญเสียเกลือแร่ จะเกิดนาน 20 นาทีต่อการกินน้ำตาล 1 ครั้ง

เกณฑ์ที่จะใช้ตัดสินว่าอาหารชนิดใดปลอดภัย ไม่ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ คือ หลังกินอาหารนั้นภายใน 30 วินาที ไม่ทำให้ค่าพีเอชลดต่ำกว่า 5.7 ถือว่าอาหารชนิดนั้นปลอดภัยต่อฟัน

การที่จะเกิดกรดมาละลายเกลือแร่ในฟันมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าเชื้อมีน้ำตาลไว้ใช้เป็นวัตถุดิบในการสร้างพลังงานได้ยาวนานเพียงใด ถ้ามีน้ำตาลตกค้างในช่องปากบ่อย หรือมีตลอดเวลา ก็จะเกิดกรดตามนั้นไปด้วย ดังนั้นอาหารที่มีน้ำตาลและตกค้างบนตัวฟันมาก หรือไม่ตกค้างมากแต่กินน้ำตาลบ่อย หรืออมน้ำตาล เช่น ลูกอม ก็จะเท่ากับมีน้ำตาลอยู่ในช่องปากยาวนาน หรือเกือบตลอดเวลา ฟันจึงสูญเสียเกลือแร่เป็นจำนวนมาก เมื่อสร้างกลับคืนไม่ทันจึงเสียหายไป ฟันจึงผุมากในคนที่กินน้ำตาลบ่อย และวิธีกินดังกล่าว

3) ผลต่อการสร้างเสริมเกลือแร่คืนให้ฟัน

(1) กระตุ้นให้เกิดการไหลของน้ำลาย อาหารที่มีเส้นใยซึ่งเป็นอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่มีเส้นใย เป็นสารเซลลูโลสที่มาจากพืช คนเราจะย่อยอาหารพวกนี้ไม่ได้ แต่สัตว์บางชนิด เช่น วัว สามารถย่อยได้ อาหารที่มีเส้นใยจะกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายให้ไหลออกมามากขึ้น รวมถึงการเคี้ยวหมากฝรั่งด้วย อาหารในกลุ่มนี้ได้แก่ ผัก เช่น แดงกวา ผักกาดขาว ผลไม้บางชนิด เช่น ฝรั่ง มันแกว มะขามเทศ มะม่วงมันดิบ น้ำลายจำนวนมากนี้จะช่วยลดกรดที่เกิดขึ้นจากแบคทีเรียในคราวจูลินทรีย์ โดยปฏิกิริยาของสารปกป้องในน้ำลาย เช่น ไบคาร์บอเนต ยูเรีย แอมโมเนีย ซอลิน โปรตีนในน้ำลาย ฯลฯ และน้ำลายจำนวนมากนี้จะช่วยชะล้างปริมาณน้ำตาลและแป้งที่ตกค้างในช่องปากที่แบคทีเรียจะย่อยเป็นน้ำตาลให้น้อยลงได้ เช่น การกินผลไม้หลังกินขนมหวาน ผลคือจะทำให้ปริมาณกรดที่เกิดขึ้นในคราวจูลินทรีย์น้อยลงหรือหมดไปโดยเร็ว น้ำลายจำนวนมากนี้ยังช่วยเจือจางกรดที่เกิดขึ้นและกำจัดกรดให้หมดไปจากช่องปากได้เร็วขึ้นด้วย ยิ่งกว่านั้นเกลือแร่ต่าง ๆ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต ในน้ำลายจะเป็นตัวป้องกันไม่ให้เกลือแร่ใน

เคลือบฟันละลายออกมาจากตัวฟัน หรือช่วยสร้างเกลือแร่กลับคืนให้กับฟันในกรณีที่ละลายออกมาแล้ว

นอกจากนี้แล้ว อาหารโดยเฉพาะผลไม้ที่ฉ่ำน้ำ เวลากินน้ำในผลไม้ก็จะช่วยชะล้างเศษแป้งและน้ำตาลออกจากตัวฟันได้อีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้นผลของอาหารในข้อนี้จึงร่วมกันทำงานเพื่อที่จะป้องกันการสูญเสียเกลือแร่และเสริมสร้างเกลือแร่กลับคืนให้กับฟันพร้อม ๆ กันนั่นเอง

(2) *ลดการสร้างกรดของเชื้อในคราบจุลินทรีย์* อาหารกลุ่มโปรตีน ไขมัน ในอาหารบางชนิด เช่น ถั่วลิสงต้ม ช็อกโกแลตใส่ถั่วลิสง เนยแข็ง ฯลฯ จะไปขัดขวางการนำน้ำตาลเข้าเซลล์ของเชื้อได้ ทำให้เชื้อไม่สามารถใช้น้ำตาลเป็นพลังงานได้ จึงไม่เกิดกรดหรือเกิดกรดน้อยลง

(3) *ลดการละลายของเกลือแร่ออกจากฟัน* อาหารที่มีแคลเซียมฟอสเฟตสูง เช่น นมจืด เนยแข็ง ฯลฯ เกลือแร่ในอาหารจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เกลือแร่ที่แตกตัวละลายออกมาจากฟัน เพราะน้ำลายที่อยู่รอบ ๆ ตัวฟันในขณะนั้นมีสารละลายอิมตัวของเกลือแร่แคลเซียมฟอสเฟตอยู่ จึงเป็นตัวป้องกันไม่ให้เกลือแร่ในฟันละลายออกมาได้ หรือถ้ามีการละลายออกมาได้ เกลือแร่ในน้ำลายก็จะกลับคืนเข้าไปตกผลึกในเคลือบฟันทดแทนได้โดยไม่นานนัก โดยเฉพาะถ้ามีสารฟลูออไรด์ในน้ำลาย สารฟลูออไรด์นี้จะเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาการกลับคืนเข้าไปตกผลึกในเคลือบฟันได้เร็วกว่ากระบวนการตามธรรมชาติ ผลก็คือฟันจะไม่สูญเสียเกลือแร่มากเกินไปเท่าที่ควรจะเป็น และยังมีโอกาสสร้างเกลือแร่กลับคืนได้ทันอีกด้วยถ้าไม่สูญเสียเกลือแร่บ่อยจนเกินไป

สรุป จะเห็นว่าอาหารช่วยป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้หลายวิธี เริ่มตั้งแต่ช่วยลดปริมาณน้ำตาลในช่องปากที่เชื้อจะนำไปสร้างกรด ช่วยลด ขัดขวางการนำน้ำตาลไปสร้างกรด ถ้ากรดเกิดขึ้นก็จะช่วยเจือจางปริมาณกรดให้น้อยลง ช่วยสะเทินฤทธิ์กรดให้หมดไป ถ้ามีการแตกตัวของผลึกในเคลือบฟันก็ช่วยป้องกันไม่ให้เกลือแร่ละลายออกมานอกฟัน ถ้ามีการสูญเสียเกลือแร่แล้วก็ช่วยในการสร้างเกลือแร่กลับคืนให้กับฟันอีกด้วย โดยเฉพาะถ้ามีฟลูออไรด์จะได้ผลึกที่ทนต่อการละลายของกรดครั้งต่อไปได้ดีกว่าด้วย ดังนั้นอาหารจึงมีผลอย่างมากต่อโรคฟันผุ

7.5.2 องค์ประกอบของอาหารที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดฟันผุ

1) คุณสมบัติทางเคมีของอาหาร

(1) *ชนิดของคาร์โบไฮเดรต* อาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นอาหารชนิดเดียวที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ โดยมีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์มากมาย แต่คาร์โบไฮเดรตบางชนิด

เท่านั้นที่ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่จนเกิดโรคฟันผุได้ ชนิดนั้นก็คือน้ำตาลและแป้งที่สุกแล้วซึ่งเชื่อสามารถนำมาสร้างเป็นคราบจุลินทรีย์ได้ เมื่อมีคราบจุลินทรีย์แล้วสามารถใช้เป็นพลังงานและเกิดขึ้นในคราบจุลินทรีย์ ถ้าเขื่อนำคาร์โบไฮเดรตเครตมาใช้งานได้ดีและรวดเร็วก็จะทำให้สูญเสียเกลือแร่ได้มาก อาหารกลุ่มนี้เรียกว่า คาร์โบไฮเดรตที่หมักได้ (fermentation carbohydrate) มักเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ผ่านกระบวนการทางอุตสาหกรรมและการผลิตอาหาร มีการบดให้เป็นผงละเอียด ย่อยสลายโมเลกุลให้เล็กลง จนเชื่อสามารถย่อยและนำไปใช้งานได้ง่าย เรียกว่า คาร์โบไฮเดรตแปรรูป (refined carbohydrate) ได้แก่ น้ำตาลชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำตาลทราย น้ำตาลกลูโคส แป้งทำอาหารและขนม เช่น แป้งข้าวเจ้า แป้งสาลี แป้งข้าวเหนียว แป้งมันสำปะหลัง ที่ทำให้สุก

(2) สารปกป้องในอาหาร นอกจากนี้แล้วยังมีสารอื่นในอาหารที่ทำหน้าที่ช่วยป้องกันฟันผุ คือ 1) ป้องกันการเกิดกรด เช่น ไขมัน โปรตีน 2) ป้องกันการสูญเสียเกลือแร่ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต 3) ช่วยเร่งกระบวนการสร้างเกลือแร่กลับคืน เช่น ฟลูออไรด์ 4) ความบริสุทธิ์ของอาหารก็เป็นปัจจัยเสริมให้เชื่อใช้น้ำตาลในการทำให้เกิดกรด และทำให้สูญเสียแร่ธาตุง่ายขึ้น ได้แก่ ในสภาพที่มีน้ำตาลล้วน ไม่มีสารอาหารอื่นเจือปน เช่น น้ำหวาน น้ำเชื่อม เชื่อจะย่อยสลายน้ำตาลได้ดี แต่ถ้ามีสารที่เป็นตัวขัดขวางจำพวก ไขมัน โปรตีน เช่น ถั่วลิสงต้ม หรือทอดก็จะสร้างกรดได้น้อยลง ถ้ามีเกลือแร่จำพวกแคลเซียมฟอสเฟต เช่น นมจืด เนยแข็ง ก็จะไปขัดขวางการสูญเสียเกลือแร่ออกจากฟัน และยังช่วยสร้างเกลือแร่ให้กับฟันอีกด้วย ถ้ามีสารฟลูออไรด์ในอาหาร ก็จะเร่งปฏิกิริยาการสร้างเกลือแร่กลับคืนได้รวดเร็วขึ้น และได้ผลึกชนิดใหม่ที่แข็งแรง สลายตัวยากกว่าเดิมด้วย

สรุป อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่หมักได้ ถูกแปรรูปมาก มีความบริสุทธิ์มาก มีน้ำตาลทรายเป็นส่วนประกอบมาก เชื่อจะย่อยสลายได้เร็วมาก เกิดคราบจุลินทรีย์มาก ถ้าไม่มีสารช่วยปกป้อง จะเกิดกรดมาก เกิดการละลายผลึกในเคลือบฟันมาก ฟันจะสูญเสียเกลือแร่ได้มาก เกิดการเสียดูด ฟันจะผุมาก

2) คุณสมบัติทางกายภาพของอาหาร

(1) การตกค้างบนฟันหรือติดฟัน อาหารที่จะทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ได้นอกจากจะต้องมีน้ำตาลและแป้งที่เชื่อย่อยสลายได้แล้ว การมีลักษณะทางกายภาพที่ตกค้างบนตัวฟันหรือติดฟันได้นั้น ทำให้เป็นแหล่งวัตถุดิบสำหรับเชื่อให้ย่อยเป็นกรดได้ยาวนานขึ้น ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ได้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิมอีก ลักษณะดังกล่าว คือ 1) อาหารที่มีความเหนียวติดฟัน เช่น ตังเม ทอฟฟี่ ผลไม้กวน คำว่า “ติดฟัน” ในภาษาไทยมีความเข้าใจแตกต่างกัน คืออาหารที่ติดฟันนั้นมีได้หลายชนิด เช่น อาหารโปรตีน เช่น เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อวัว เวลาเคี้ยว

อาจถูกแรงบดเคี้ยวอัดลงไปติดอยู่ระหว่างซี่ฟันได้ จำพวกผัก ผลไม้ที่มีเส้นใยก็เช่นกัน แต่อาหารเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับกาการสูญเสียเกลือแร่ ความเหนียวติดฟันเกิดจากคุณสมบัติโดยธรรมชาติของน้ำตาลและแป้งที่ทำให้สุกหรือเคี้ยวด้วยความร้อนก็จะขึ้นและเหนียวติดสิ่งต่าง ๆ ได้ เมื่อเคี้ยวก็จะติดและตกค้างบนตัวฟัน 2) อาหารที่มีลักษณะเป็นเจล เช่น มะขามหวาน เนื้อมะขามจะนิ่มและ เวลาเคี้ยวก็จะติดและตกค้างบนตัวฟัน 3) อาหารที่กรอบร่วน เช่น ขนมโก๋ อาหารเบเกอรี่ที่ทำจากแป้งสาลี เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปังกรอบ ขนมพาย จะมีลักษณะกรอบร่วน เมื่อถูกกับน้ำลายจะรวมตัวเป็นก้อนและ ๆ ติดและตกค้างบนตัวฟันได้มาก กลืนลงคอได้ยากเพราะฝืดคอ เนื่องจากน้ำลายไปรวมกับแป้งในขนมหมด

สรุป คุณสมบัติในด้านนี้ของอาหาร ทำให้เชื้อโรคมิวต์ดิวบิในการทำให้เกิดกรดได้ต่อเนื่องยาวนานขึ้น แทนที่อาหารจะถูกกลืนและกำจัดออกจากช่องปากโดยเร็ว ทำให้ฟันมีการสูญเสียเกลือแร่ที่ยาวนานขึ้น ทำให้เสียสมดุลของเกลือแร่มาก ฟันจึงผุได้มากตามไปด้วย

(2) การกระตุ้นการไหลของน้ำลาย คุณสมบัติในข้อนี้จะตรงกันข้ามกับข้อที่กล่าวมาคือ อาหารที่มีน้ำเป็นองค์ประกอบมาก เช่น ผักสด เช่น แดงกวา ผลไม้สด เช่น มันแกว ฝรั่ง ชมพู เวลาเคี้ยวจะมีน้ำออกมามาก ทำให้ช่วยชะล้างเศษอาหาร และกลืนลงกระเพาะอาหารได้หมด และยังมีเส้นใยเซลลูโลสของผักสด ผลไม้สด ที่ต้องเคี้ยว จะกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายให้มากขึ้น ซึ่งน้ำลายที่ออกมาจะช่วยป้องกันการสูญเสียเกลือแร่และอื่น ๆ ดังกล่าวมาแล้ว และเส้นใยเหล่านี้จะช่วยชะล้างและขจัดเศษอาหาร โดยเฉพาะน้ำตาลและแป้งที่ตกค้างอยู่ให้กลืนลงได้หมด ผลก็คือ จะไม่มีน้ำตาลและแป้งตกค้างเป็นวัตถุดิบสำหรับเชื้ออีก โดยเฉพาะการรับประทานผักสด ผลไม้สด หรืออาหารที่มีสารปกป้องหลังกินอาหาร ก็หวังผลการป้องกันการเกิดกรดและการป้องกันการสูญเสียเกลือแร่จากคุณสมบัติในข้อนี้ของอาหารนั่นเอง

3) วิธีกินอาหาร

(1) ความถี่บ่อย วงรอบในการเสียสมดุลของเกลือแร่ในฟัน ทุกครั้งที่กินน้ำตาล เชื้อจะทำให้เกิดกรดและเกิดการสูญเสียเกลือแร่ จากการทดลองพบว่าการกินน้ำตาล 1 ครั้ง เชื้อในคราบจุลินทรีย์จะย่อยน้ำตาลให้เกิดกรด กรดจะทำให้ค่าพีเอชในคราบจุลินทรีย์จากค่าเป็นกลาง 7.0 ลดลงเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่เคลือบฟันละลายตัวออกมาได้คือ ช่วงพีเอช 5.5 - 5.2 ซึ่งระยะเวลาที่คราบจุลินทรีย์มีความเป็นกรดมากพอที่จะละลายเคลือบฟันได้ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที จะเห็นว่าปริมาณการสูญเสียเกลือแร่ของเคลือบฟันขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่กินน้ำตาล ถ้ากินน้ำตาลบ่อยครั้งเท่าไร ฟันก็จะสูญเสียเกลือแร่มากตามไปด้วย โดยปริมาณการสูญเสียเกลือแร่

วัดจากระยะเวลาเป็นนาทีที่ฟันถูกกรดละลายเนื่องจากการกินน้ำตาล 1 ครั้ง 20 นาที คูณด้วยจำนวนครั้งที่กินน้ำตาล

$$\text{ปริมาณการสูญเสียเกลือแร่ (นาที)} = 20 \text{ นาที} \times \text{จำนวนครั้งที่กินน้ำตาล}$$

โดยปกติฟันจะสูญเสียเกลือแร่ในแต่ละวันประมาณ 3 ครั้ง หรือประมาณ 1 ชั่วโมง ระบบนิเวศในช่องปากสามารถสร้างเกลือแร่กลับคืนได้ทัน เกลือแร่ในฟันจึงสมดุล ไม่เกิดฟันผุ ถ้ากินน้ำตาลมากกว่านี้ การสูญเสียเกลือแร่จะมากขึ้นตามไปด้วย ถ้าฟันสร้างเกลือแร่กลับคืนไม่ทัน การสูญเสียเกลือแร่ยิ่งมากกว่าการสร้างกลับคืน ผลต่างนี้จะยังคงมีต่อไปเรื่อย ๆ โครงสร้างฟันจะอ่อนแอเพิ่มขึ้น จนถึงจุดวิกฤติจะทำให้ฟันเกิดรูผุขึ้น แต่ถ้ามีช่วงพักที่นานพอ การสร้างเกลือแร่กลับคืนได้จนสมบูรณ์ดังเดิม ไม่มีความแตกต่างเหลืออีกต่อไป เกิดภาวะสมดุลอีกครั้ง จะเท่ากับเป็นการเริ่มต้นใหม่ ฟันจะไม่ผุ ในการจะเกิดฟันผุใหม่ต้องขึ้นงรอบใหม่อีกครั้ง ๆ เป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ ไป ในกรณีที่การสร้างกลับคืนไม่ได้เท่าเดิมยังมีบริเวณที่เกลือแร่น้อยกว่าปกติอยู่ ก็ยังจะอยู่ในวงรอบของการเกิดฟันผุเดิมอีกต่อไป

จากการศึกษาที่วีปปีโฮม (Vipeholm) โดย Gustafsen (1954) พบว่าในการกินน้ำตาลปริมาณสูง (300 กรัมต่อวัน) ถ้าแบ่งกินในมื้ออาหาร 3-4 มื้อ ไม่ทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้น แต่ถ้าแบ่งกินทั้งในมื้อและระหว่างมื้ออาหาร 8 - 24 ครั้ง จะทำให้เกิดฟันผุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในคนปกติฟันจะเผชิญกับการสูญเสียเกลือแร่วันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที คิดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง แต่ถ้ากินน้ำตาล 24 ครั้ง ฟันจะสูญเสียเกลือแร่ถึง 8 ชั่วโมง ทำให้โอกาสฟันผุเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า

(2) *ช่วงเวลาที่ยาก* จากการศึกษานี้ที่วีปปีโฮมดังกล่าวข้างต้น การกินน้ำตาลในมื้ออาหารจะไม่ทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้น แต่ถ้ากินในระหว่างมื้ออาหาร กินเป็นอาหารว่างหรือกินก่อนนอน จะทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ที่เป็นเช่นนี้เพราะจะมีน้ำตาลตกค้างบนตัวฟันมาก และน้ำลายหลังออกมาน้อย ระบบการป้องกันตนเองในช่องปากจะทำงานน้อยลง ทำให้มีการสูญเสียเกลือแร่มากกว่าการกินในมื้ออาหารที่ปัจจัยปกป้องในน้ำลายทำงานได้เต็มที่

(3) *วิธีกิน คิม เคียว อม* ดูดจากหลอด ดูดจากขวด ดูดหลอดคาชวคนม จะเห็นได้ว่าเชื้อจะสร้างกรดได้ต้องมีน้ำตาลเป็นวัตถุดิบ ถ้ามีน้ำตาลตกค้างอยู่ในช่องปาก และยาวนานเพียงใด เชื้อก็จะนำไปสร้างกรดได้มากเท่านั้น ดังนั้นนอกจากลักษณะทางกายภาพของอาหารที่ทำให้อาหารตกค้างบนตัวฟันได้มากน้อยต่างกัน แล้ว วิธีกินก็ทำให้มีอาหารตกค้างบนตัวฟันได้เช่นกัน ได้แก่ การอมอาหารในเด็ก การอมลูกอม การดูดนมนอนหลับคาชวคนม ซึ่งทำให้อาหารจากมีคุณสมบัติในการทำให้สูญเสียเกลือแร่น้อยกลายเป็นทำให้สูญเสียเกลือแร่มาก เช่น

นม และในทางกลับกัน การดูดจากหลอดทำให้น้ำตาลผ่านลงคอไป ไม่สัมผัสกับฟัน ก็ไม่ทำให้สูญเสียเกลือแร่ ดังนั้นอาหารที่มีน้ำตาลมาก ถ้าวิธีกินทำให้ตกค้างบนตัวฟันน้อย ก็ทำให้สูญเสียเกลือแร่น้อย ส่วนอาหารที่มีน้ำตาลน้อย ถ้าวิธีกินทำให้ตกค้างบนตัวฟันมาก จะทำให้สูญเสียเกลือแร่ได้มาก นอกจากนี้การกินน้ำตาลโดยแบ่งกินทีละเล็กละน้อย กินจุบกินจิบ ก็มีผลให้อาหารตกค้างอยู่ในช่องปากเป็นเวลานานได้เช่นกัน

(4) *กินร่วมกับอาหารที่ต้านฤทธิ์กัน* จากที่ทราบมา เชื่อใช้น้ำตาลทำให้เกิดกรด และเกิดการสูญเสียแร่ธาตุตามมา เมื่อกินน้ำตาลแล้วจะไม่ทำให้เกิดกรดหรือเกิดน้อยลง ก็ควรกินน้ำตาลร่วมกับอาหารที่มีคุณสมบัติปกป้อง เช่น ป้องกันการเกิดกรด โดยอาหารโปรตีนไขมัน และเคสซีน (casein) ป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุโดยอาหารที่มีแคลเซียมฟอสเฟต เช่น ถั่วลิสงคั่ว เนยแข็ง นมจืด หรือลดปริมาณที่ตกค้างบนฟันโดยกินผลไม้ที่มีเส้นใย เช่น ฝรั่ง มันแกว มะขามเทศ ที่ช่วยชะล้างน้ำตาลให้หมดไปจากช่องปากได้เร็วขึ้น อาหารที่กระตุ้นการหลั่งของน้ำลายที่ออกมาสะเทินฤทธิ์กรด และป้องกันการสูญเสียเกลือแร่ รวมทั้งการสร้างเกลือแร่กลับคืนด้วย

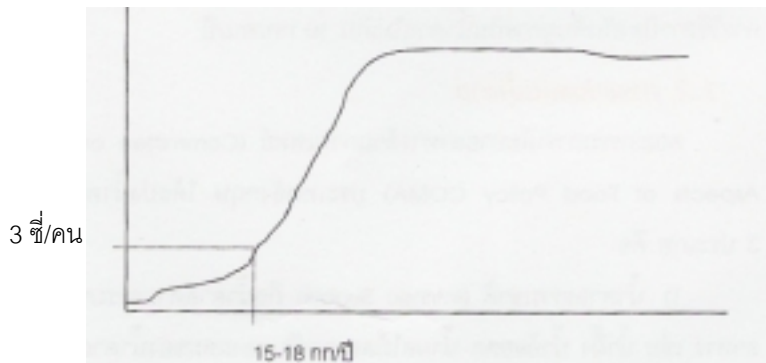
สรุป จะเห็นว่าอาหารมีทั้งที่ทำให้เกิดการสูญเสียเกลือแร่ และสร้างเกลือแร่กลับคืนให้ฟัน และมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้อาหารชนิดเดียวกันก่อให้เกิดทั้งการสูญเสียเกลือแร่ได้มากและน้อยขึ้นกับวิธีการกินเป็นสำคัญ

7.5.3 ชนิดของอาหารที่สำคัญต่อโรคฟันผุ

1) น้ำตาลกับโรคฟันผุ

(1) *ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับโรคฟันผุ* น้ำตาลมีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุอยู่ 2 ด้าน คือ 1) เชื่อใช้ในการสร้างคราบจุลินทรีย์เพื่อยึดเกาะติดกับผิวฟัน 2) สร้างกรดในคราบจุลินทรีย์ทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ น้ำตาลมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียเกลือแร่ชัดเจน คือ ถ้ากินน้ำตาลบ่อยครั้งมากจะมีการสูญเสียเกลือแร่ออกจากฟันมากด้วย และต้องมีสิ่งที่ทำให้เสียสมดุลจึงจะทำให้ฟันผุ ความสัมพันธ์กับโรคฟันผุนั้นพบทั้งที่มีความสัมพันธ์กันและไม่สัมพันธ์กัน ทั้งนี้ขึ้นกับว่าชุมชนนั้นมีฟันผุในระดับสูงหรือต่ำ ถ้าฟันผุในระดับสูง จะมีความสัมพันธ์กันมาก เพราะในคนที่ฟันผุนั้นด้านเรียบของฟันจะผุมากขึ้นต้องมีเชื้อชนิดที่ต้องการน้ำตาลมากและยังขึ้นกับการใช้สารป้องกันฟันผุและการทำความสะอาดฟันว่ามีมากน้อยเพียงใด ถ้ามีการดูแลรักษาความสะอาดดี มีการใช้สารป้องกันฟันผุ เช่น การเคลือบหลุมรอยแยกฟัน การใช้ฟลูออไรด์อย่างทั่วถึง จะไม่มีความสัมพันธ์กัน คือ แม้ว่าจะกินน้ำตาลมากเพียงใด ฟันก็จะไม่ผุเพิ่มขึ้น ในคนที่ฟันผุต่ำ ฟันมักจะผุที่หลุมรอยแยกฟันซึ่งเกิดจากเชื้อที่สร้างกรดได้ ไม่ต้องการเชื้อที่สร้างคราบจุลินทรีย์ และโดยธรรมชาติเป็นหลืบเป็นซอกที่หลบซ่อนอยู่แล้วจึงผุได้ง่าย คน

ที่ฟันผุปานกลางจะมีฟันผุที่ด้านประชิดของฟันเพิ่มขึ้น และในคนที่ฟันผุสูงมักมีการผุที่ผิวเรียบ ด้านแก้มด้านลิ้นเพิ่มขึ้นอีกซึ่งต้องการเชื้อที่สร้างคราบจุลินทรีย์ได้ดี จึงผุได้ยากกว่า ลักษณะการผุ มากน้อยจึงมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการกินน้ำตาลกับปริมาณการเกิดฟันผุ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการกินน้ำตาลกับโรคฟันผุ จึงเป็นกราฟรูปตัวเอสดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคน้ำตาลกับปริมาณฟันผุ

เมื่อกินน้ำตาลปริมาณน้อย ไม่เกิน 15-18 กก./คน/ปี จะไม่ทำให้เกิดฟันผุ มาก เมื่อกินน้ำตาลมากขึ้นเรื่อย ๆ ฟันผุมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่ง ไม่ว่าจะกินน้ำตาลมากกว่านี้ก็จะไม่ เพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะฟันผุหมดทุกซี่แล้ว หรือเหลือแต่ซี่ที่ผุยาก ๆ จากการศึกษาของ Screebny พบความสัมพันธ์ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างโรคฟันผุในฟันน้ำนม (5-6 ปี 23 ประเทศ) กับ ปริมาณการบริโภคน้ำตาล เท่ากับ 0.31 และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างโรคฟันผุในฟันแท้ (12 ปี 47 ประเทศ) กับปริมาณการบริโภคน้ำตาล เท่ากับ 0.72 ในฟันแท้มีปริมาณความสัมพันธ์มากกว่า ฟันน้ำนม นั่นคือในฟันแท้ยิ่งกินน้ำตาลมากเท่าใด ฟันแท้ก็จะผุมากเท่านั้น แต่ในฟันน้ำนมการ กินน้ำตาลมากไม่ทำให้ฟันผุมากตามไปด้วย ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีการใช้สารป้องกันฟันผุและการดูแลสุขภาพความสะอาดสูงพบว่า การบริโภคน้ำตาลกับโรคฟันผุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน คือ ไม่ว่าจะกินน้ำตาลมากหรือน้อย โรคฟันผุก็ไม่ได้เพิ่มหรือลดตามไป ด้วย ส่วนการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งไม่มีการใช้สารป้องกันฟันผุและการดูแลสุขภาพ ความสะอาดไม่แพร่หลาย พบว่า การบริโภคน้ำตาลกับโรคฟันผุมีความสัมพันธ์กัน และ Shelham ให้ข้อเสนอแนะในการบริโภคน้ำตาลว่า ถ้ามีการใช้สารป้องกันฟันผุอย่างเต็มรูปแบบ ควรกินน้ำตาลไม่เกิน 15 กก./คน/ปี แต่ถ้าไม่มีการใช้สารป้องกันฟันผุ ควรกินน้ำตาลไม่เกิน 10 กก./คน/ปี

(2) การแบ่งชนิดน้ำตาล คณะกรรมการนโยบายอาหารด้านการแพทย์ (Committee on Medical Aspects of Food Policy COMA) ประเทศอังกฤษ ได้แบ่งน้ำตาลออกเป็น 3 ประเภท คือ

ก. น้ำตาลธรรมชาติ (*intrinsic sugars*) คือ น้ำตาลธรรมชาติที่พบในอาหาร เช่น น้ำผึ้ง น้ำอ้อยสด น้ำผลไม้สด จะเป็นของผสมของน้ำตาลชนิดต่าง ๆ กับวิตามินเกลือแร่ และสารอื่น ๆ ในอาหารนั้น

ข. น้ำตาลนม (*milk sugars*) เป็นน้ำตาลธรรมชาติประเภทหนึ่ง ที่พบในน้ำนม เช่น น้ำตาลแลคโตส น้ำตาลกาแลคโตส

ค. น้ำตาลปรุงแต่ง (*non milk extrinsic sugars NME*) เป็นน้ำตาลที่ได้จากการสกัดหรือสังเคราะห์ทางอุตสาหกรรม แล้วนำไปเติมลงในอาหารชนิดต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหวาน นมช็อกโกแลต น้ำเชื่อม น้ำผลไม้ผสม ขนมหอมต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังมีน้ำตาลชนิดอื่น ๆ ที่ใช้ในอุตสาหกรรมทำอาหาร เช่น น้ำตาลโอลิโกแซคคาไรด์ เป็นน้ำตาลที่มีหน่วยย่อย ๆ ของน้ำตาลหลายโมเลกุลต่อกัน มีทั้งที่ทำให้เกิดฟันผุและไม่เกิดฟันผุ พวกที่ไม่ทำให้เกิดฟันผุบริษัทยังมักจะแจ้งไว้เพราะเป็นจุดขาย ต้องอ่านฉลากแนะนำ น้ำเชื่อมจากการย่อยแป้ง เช่น น้ำเชื่อมกลูโคส น้ำเชื่อมข้าวโพด พวกนี้ทำให้เกิดฟันผุได้ และสุดท้ายคือ น้ำตาลแอลกอฮอล์พวกนี้ไม่ทำให้เกิดฟันผุ

ในบรรดาน้ำตาลด้วยกัน น้ำตาลทรายทำให้เกิดฟันผุสูงสุด ส่วนน้ำตาลกลูโคส น้ำตาลมอลโตส น้ำตาลฟรุกโตสเกิดรองลงมา และน้ำตาลแลคโตสทำให้เกิดฟันผุน้อยที่สุด น้ำตาลแลคโตสมีในนมแม่ น้ำตาลฟรุกโตสมีในผลไม้สด และการเติมน้ำตาม NME ลงในอาหารจะทำให้เกิดฟันผุมากขึ้น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการกินน้ำตาล การรักษาความสะอาด และการใช้สารป้องกันฟันผุ คือ

- 1) เด็กที่กินน้ำตาลพอ ๆ กัน เด็กที่รักษาความสะอาดมาก ใช้สารป้องกันฟันผุมาก จะฟันผุน้อย
- 2) เด็กที่กินน้ำตาลมาก ถ้ารักษาความสะอาดมาก ใช้สารป้องกันฟันผุมาก จะมีฟันผุน้อยกว่า
- 3) เด็กที่ดูแลรักษาความสะอาดและใช้สารป้องกันฟันผุน้อย ถ้ากินน้ำตาลมาก จะมีฟันผุมากที่สุด

การให้เด็กเล็กรับรู้ความหวานเร็วเกินไป เด็กจะติดน้ำตาลได้ง่าย เพราะยังไม่มีพัฒนาการทางการรู้คิด จะติดอกติดใจและเรียกร้องกินอย่างเดียว ทำให้ต้องกินอยู่ตลอดเวลา

เวลา ฉะนั้น พ่อแม่ ผู้ปกครอง คนเลี้ยงเด็ก และผู้ใกล้ชิดต้องไม่ให้รางวัลเด็กด้วยของหวาน ไม่ทำให้เด็กเจ็บหรือตำหนิด้วยขนมหวาน จะทำให้เด็กติดและต้องการมากขึ้น ควรแก้ปัญหาการที่เด็กไม่กินนมหรืออาหารโดยการทำให้เด็กหิวด้วยการให้เด็กเล่น ออกกำลัง จนเหนื่อย เด็กจะหิวและอยากกินเอง และต้องควบคุมไม่ให้เด็กไปได้ขนมจากที่อื่นในขณะหิวด้วย มิฉะนั้นเด็กก็จะไม่กินอาหารที่ต้องการอีก ไม่ควรใช้น้ำตาล ความหอมหวานเป็นเครื่องล่อให้เด็กกินนมหรืออาหารที่ต้องการ จะเป็นผลเสียต่อฟันของเด็ก ซึ่งการรักษาจะยุ่งยากและราคาแพงมาก

2) **แป้งกับโรคฟันผุ** แป้งเป็นโพลีแซกคาไรด์ที่มีหน่วยเล็ก ๆ ของน้ำตาลรวมตัวกันเป็นโมเลกุลที่ใหญ่ และซับซ้อน โดยธรรมชาติจะมีเปลือกหรือเยื่อหุ้มอยู่ ดังนั้น แป้งดิบในธรรมชาติ เชื่อไม่สามารถย่อยได้ จึงไม่ทำให้ฟันผุ ต่อเมื่อมีการแปรรูปบดย่อยให้ขนาดเล็กลงเป็นผงแป้งที่ละเอียด และทำให้สูกจะทำให้เยื่อหุ้มแตกออก โมเลกุลเล็กลง เป็นแป้งที่มีขนาดเล็ก เชื่อจึงย่อยได้บ้าง การกินอาหารแป้งในรูปธรรมชาติ เช่น ข้าวสวย ข้าวเหนียวนึ่ง ข้าวซ้อมมือ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังจืด จึงทำให้เกิดฟันผุน้อย แต่ถ้ามีการเติมน้ำตาลเข้าไป เช่น ขนมปังหวาน ขนมปังทานเนยโรยน้ำตาล ขนมนางเล็ด ขนมหวานไทยทุกชนิด จึงทำให้เกิดฟันผุได้ แป้งที่สูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าพีเอชได้ถ้าตกค้างอยู่บนฟันนาน ๆ เช่น เด็กที่ชอบอมข้าว ในบรรดาแป้งด้วยกัน แป้งที่ทำให้เกิดฟันผุได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับน้ำตาลทรายเรียงตามลำดับคือ น้ำตาลทรายทำให้เกิดฟันผุมากที่สุด ขนมปังปอนด์ แป้งข้าวโพด ขนมปังโฮลวีต และมันฝรั่งทอดกรอบ ขนมปังธัญพืชโรยน้ำตาล ทาแยมหรือสอดไส้ หรือผลไม้กวน จะทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้น ขนมปังกรอบรสจืด เช่น แครกเกอร์ ทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่าชนิดที่โรยน้ำตาล จึงพอจะแนะนำให้เด็กเล็กกักในระยะฟันขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีการทดลองว่า ส้ม แอปเปิล กล้วยหอม คอนเฟลค แบรินเฟลค วิตามินซี อัลเฟน ขนมปังปอนด์ ขนมปังโฮลวีต ข้าวสวย สပါเกตตี ทำให้ฟันผุน้อยกว่าน้ำตาลทราย แต่ทำให้เกิดฟันผุมากกว่าซอร์บิทอลที่เป็นน้ำตาลแอลกอฮอล์

สรุป คาร์โบไฮเดรตที่แปรรูปมาก มีความบริสุทธิ์มาก เชื่อจะย่อยได้มาก และเร็ว เกิดกรดมาก ละลายเคลือบฟันได้มาก ยิ่งถ้าไม่มีสารอื่นเป็นตัวขัดขวางหรือต้านทานการสูญเสียเกลือแร่ ก็จะทำให้ฟันผุได้มาก

3) **ผลไม้และผลิตภัณฑ์** ผลไม้มีทั้งดิบและสุก สดและแห้ง มีหลายรสชาติ เช่น จืด มันเปรี้ยว หวาน ขม และฝาด ผลไม้มีทั้งที่ทำให้เกิดฟันผุได้ และไม่ทำให้เกิดฟันผุหรือป้องกันฟันผุได้ ผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลมากและมีน้ำตาลชนิดซูโครสมาก ตกค้างบนตัวฟันมาก ก็จะทำให้เกิดฟันผุได้มาก เช่น กล้วยสุก กล้วยหอม กล้วยน้ำว้า Imfeld พบว่า กล้วยหอมทำให้พีเอชต่ำกว่า 4.0 นานกว่า 90 นาที แอปเปิลทำให้พีเอชต่ำกว่า 5.0 ส้มทำ

ให้พีเอชต่ำกว่า 6.0 ลูกอินทผลัมและลูกเกดทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่มาก ทำให้ฟันผุสูง แต่แอปปริคอตและแอปเปิ้ลแห้งไม่ทำให้พีเอชลด

จากการศึกษาอาหารหลายชนิดพบว่า อาหารที่มีค่าการละลายเคลือบฟัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ลูกมะเดื่อแห้ง (665) ลูกอินทผลัม (505) น้ำตาลทราย (231) กล้วยหอม (168) ลูกพลัมแห้ง (167) องุ่นสด (145) ลูกแพร (130) พีช (48) กะหล่ำปลี (43) สับปะรด (22) ผักกาดหอม (16) แดงกวา (14) แอปเปิ้ลและแครอต (4) พบว่ากล้วยหอมทำให้ฟันละลายได้พอ ๆ กับไอศกรีม และคอร์นเฟลค และมากกว่าคุกกี้ ช็อกโกแลต

Pollard และคณะจัดลำดับการเปลี่ยนแปลงค่าพีเอชของอาหารต่าง ๆ จากน้อยไปหามากดังนี้ ไคเอตโคลา นม กล้วยหอม มันฝรั่งทอด ขนมปังกรอบหวาน โคลาปกติ ขนมปังปอนด์ ช็อกโกแลตนม และน้ำเชื่อมเข้มข้นร้อยละ 10

สรุป ผลไม้ที่มีเส้นใย รสจืด มัน หรือฝาด กรอบชุ่มน้ำ ไม่ตกค้าง บนตัวฟันมาก จะไม่ทำให้เกิดการสูญเสียเกลือแร่ และยังช่วยลดกรดในช่องปาก สร้างเกลือแร่ กลับคืนให้กับฟันได้จากการกระตุ้นการไหลของน้ำลาย ส่วนผลไม้ที่มีรสหวาน ถ้ามีน้ำตาลชนิด ซูโครส ตกค้างบนตัวฟันมาก จะทำให้สูญเสียเกลือแร่มาก ผลไม้ที่มีรสหวาน แต่ไม่ตกค้างบนตัวฟันและกระตุ้นการไหลของน้ำลาย จะทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่า เช่น อ้อยควั่น ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว แม้ไม่ทำให้เกิดฟันผุ แต่ทำให้เกิดฟันกร่อนได้

4) **นมและผลิตภัณฑ์** น้ำตาลแลคโตสในนมแม่ทำให้ฟันผุน้อย แต่ถ้าให้นมไม่ถูกต้อง เช่น ให้เด็กกินตลอดเวลา ก็จะทำให้เกิดฟันผุได้เช่นกัน การทำให้เด็กงีบโดยให้ดูดนมตลอดเวลา ทำให้มีนมตกค้างบนฟันนาน จึงทำให้เกิดฟันผุได้มาก นมโดยทั่วไปจะไม่ทำให้เกิดฟันผุ และป้องกันฟันผุได้เพราะมีโปรตีน ไขมัน เคสซีน และแคลเซียม ช่วยลดการเกาะติดของเชื้อบนฟัน ลดการละลายของเคลือบฟัน แต่นมทำให้เกิดฟันผุได้เพราะวิธีให้เด็กกิน ทำให้มีนมตกค้างบนฟันเป็นเวลานาน เช่น ดูนมหลับคาขวด หรือ เติมน้ำตาลในนม

เนยแข็งไม่ทำให้พีเอชลดหลังจากกินน้ำตาลเพราะกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย เพิ่มปริมาณแคลเซียมในช่องปาก ป้องกันการสูญเสียเกลือแร่ออกจากตัวฟันและมีสภาพเป็นด่าง จึงลดการเกิดกรด และมีโปรตีนช่วยเคลือบผิวฟันและลดการละลายของกรด

สรุป โดยทั่วไปนมจืดจะป้องกันฟันผุได้ แต่ที่ทำให้เกิดฟันผุนี้อาจจากการตกค้างบนตัวฟันเป็นเวลานาน การให้นมไม่ถูกวิธี ให้กินตลอดเวลา หรือหลับคาขวดนม และมีการเติมน้ำตาล

7.5.4 สรุปหลักวิธีกินอย่างไรไม่ให้ฟันผุ

- 1) ไม่ทำให้เกิดกรด โดยลดการบริโภคน้ำตาล เลือกกินอาหารทดแทนที่ไม่มีน้ำตาล
- 2) กินอาหารหวานแต่ลดการเกิดกรดโดยเลือกกินร่วมกับอาหารที่ขัดขวางการใช้น้ำตาลของเชื้อ เช่น ไขมัน เลือกกินอาหารที่ชะล้างคราบน้ำตาลออกจากช่องปากโดยเร็ว เช่น อาหารที่ชุ่มน้ำ มีเส้นใย
- 3) กินอาหารหวาน เกิดกรด แต่ลดการละลายโดยเลือกอาหารที่ทำให้น้ำลายมีแคลเซียมอิ่มตัว เช่น เนยแข็ง หรืออาหารที่กระตุ้นให้น้ำลายออกมาก
- 4) เกิดการละลายเคลือบฟัน แต่มีช่วงพักในการกินน้ำตาลเพื่อให้ระบบนิเวศช่องปากสร้างเกลือแร่กลับคืนให้ทัน โดยการไม่กินบ่อย ใช้ฟลูออไรด์เพื่อเร่งการสร้างเกลือแร่ให้เร็วขึ้นและได้ผลึกใหม่ที่แข็งแรงกว่าเดิม

7.6 การใช้ฟลูออไรด์ การใช้ฟลูออไรด์ได้รับความสนใจโดยนักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของฟลูออไรด์กับสุขภาพฟันเมื่อประมาณ พ.ศ. 2459 โดยทันตแพทย์ให้ข้อสังเกตว่าเด็กที่อยู่ในท้องถิ่นที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสูงจะมีฟันผุน้อยกว่าในท้องถิ่นที่ขาดฟลูออไรด์ จากการศึกษาวิจัยต่อมายืนยันได้ว่าฟลูออไรด์เป็นสารที่ช่วยป้องกันฟันผุ โดยฟลูออไรด์ทำให้ผิวเคลือบฟันแข็งแรง ทนทานต่อการละลายของกรดได้ดีขึ้น และยังทำให้เชื้อจุลินทรีย์ที่แผ่นคราบฟันสร้างกรดซึ่งทำลายฟันยากขึ้น ที่เป็นประโยชน์มากเป็นพิเศษคือ รอยผุระยะเริ่มแรกซึ่งมีลักษณะเป็นฝ้าขาว ชุ่มแต่ยังเป็นผิวเรียบ ไม่มีรูผุจากผิวฟันลงไป ฟลูออไรด์สามารถซ่อมรอยผุระยะเริ่มแรกนี้ให้แข็งแรง และที่แปลกเป็นพิเศษ คือ จะแข็งแรงกว่าผิวฟันเดิมที่ยังไม่ผุเสียอีก ที่เป็นดังนี้เพราะฟลูออไรด์ช่วยสร้างเสริมแร่ธาตุ (remineralization) ให้กับเคลือบฟันที่มีการเสื่อมสลาย (demineralization) ช่วยให้เคลือบฟันมีความสมบูรณ์ ทนต่อการทำลายของกรด

การนำฟลูออไรด์มาใช้ประโยชน์ในทางทันตสาธารณสุข ทำได้ 2 ทาง คือ การได้รับประทาน การได้รับฟลูออไรด์โดยการรับประทานในขณะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต มีการเสริมสร้างแร่ธาตุให้ฟันอยู่ ฟลูออไรด์จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และไปช่วยเสริมสร้างให้ฟันมีความแข็งแรงและทนทานมากขึ้น ส่วนการใช้ฟลูออไรด์ชนิดเฉพาะที่จะให้ผลดีในระยะที่ฟันเริ่มขึ้นและยังได้รับแร่ธาตุต่าง ๆ ไม่ครบ เนื้อฟันยังไม่แข็งแรงเต็มที่ ฟลูออไรด์ชนิดเฉพาะที่จะอยู่ในน้ำลายและถูกดูดซึมเข้าไปในฟัน ทำให้เนื้อฟันแข็งแรงและยับยั้งการเกิดฟันผุ ชนิดของฟลูออไรด์ มีดังนี้

1. ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน
 - 1) ฟลูออไรด์ในน้ำประปา

- 2) ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มในโรงเรียน
 - 3) ฟลูออไรด์ชนิดเม็ดและชนิดน้ำ
2. ฟลูออไรด์ชนิดเฉพาะที่
 - 1) น้ำยาฟลูออไรด์บ้วนปาก
 - 2) ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
 - 3) ฟลูออไรด์ชนิดเคลือบ

การใช้ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน โดยการใช้ฟลูออไรด์ในน้ำประปาและในน้ำดื่ม ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ การใช้ฟลูออไรด์ที่นิยมในปัจจุบัน คือ ฟลูออไรด์ชนิดเม็ด ยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์ และฟลูออไรด์ชนิดเคลือบโดยทันตบุคลากร แต่ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงเฉพาะ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เพราะยาสีฟันเป็นสิ่งจำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวัน มารดาต้องมีความรู้ในการเลือกซื้อยาสีฟันไปให้บุตรใช้ได้เหมาะสม

ปัจจุบันยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มีจำหน่ายแพร่หลายในประเทศไทย ความเข้มข้นอยู่ประมาณ 0.1 % การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอสามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุลงได้ประมาณ 20 % ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สามารถใช้ร่วมกับการใช้ผสมฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอื่น ๆ และสามารถให้ประโยชน์มากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับน้ำยาฟลูออไรด์ชนิดบ้วนหรือเคลือบ แต่ข้อควรระวังในการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์กับเด็กเล็กต้องใช้ปริมาณที่น้อยมาก เพราะเด็กยังควบคุมการกลืนไม่ได้ โดยใช้ขนแปรงสีฟันแตะติดที่หลอดยาสีฟันเท่านั้น ไม่ต้องบีบหลอดยาสีฟัน

7.7 การทำความสะอาดช่องปากและการแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียน

Degano and Robert (1993) แนะนำให้ผู้ปกครองทำความสะอาดฟันของเด็ก ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้นในช่องปาก โดยใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดฟัน และเมื่อเด็กอายุประมาณ 12 เดือน ควรสอนให้เด็กแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

ผู้ปกครองควรเริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น โดยใช้สำลี ผ้าก๊อซ หรือผ้าสะอาดชุบน้ำพอหมาด ๆ กวาดลิ้น กระทบแก้ม เหงือก เพดานปาก หลังการให้นมหรืออาหารทุกครั้ง และให้เด็กดื่มน้ำตามหลังดื่มนมทุกครั้ง เมื่อเด็กอายุ 6-7 เดือนจะเริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นในช่องปากให้ใช้สำลี ผ้าก๊อซ หรือผ้าสะอาดชุบน้ำพอหมาด ๆ พันรอบนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ ใช้นิ้วทั้งคู่ประกบซี่ฟัน ออกแรงเบา ๆ ขยับถูไปตามซี่ฟันแนวทิศทางเดียวกับการแปรงฟัน และเริ่มใช้แปรงสีฟันเมื่อจำนวนฟันเพิ่มมากขึ้น อาจเริ่มใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดเล็ก และขนอ่อน ระเบียบนี้ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟัน เนื่องจากรสชาติของยาสีฟันอาจทำให้เด็กไม่ยอมแปรงฟัน การแปรงหรือเช็ดฟันนั้นให้ทำอย่างน้อยวันละครั้งหลังการดื่มนม เมื่อเด็กอายุ

ประมาณ 1 ขวบ ควรหัดให้เด็กแปรงฟันร่วมกับผู้ปกครอง ในระหว่างนั้นผู้ปกครองจะช่วยแปรงฟันให้เด็กด้วยจนกว่าเด็กจะแปรงฟันได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จากการศึกษาพบว่าเด็กอายุ 7 ปีขึ้นไป จึงจะมีความสามารถในการใช้สายตาและมือประสานกันอย่างดีในการแปรงฟัน ดังนั้นมารดาจึงควรช่วยแปรงฟันให้เด็ก ไม่ควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง นอกจากการแปรงฟันแล้วผู้ปกครองอาจใช้ไหมขัดฟัน (dental floss) ช่วยทำความสะอาดบริเวณซอกฟันให้เด็กกรณีที่เด็กมีด้านประชิดฟันที่ติดกัน (proximal contact) โดยทั่วไปแนะนำให้ทำความสะอาดฟันด้วยการแปรงฟันหลังอาหารเข้าเย็น และใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดฟันก่อนนอน

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์พันธ์ (2536 : 10) ได้กล่าวว่าวิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมที่สุดในเด็กก่อนวัยเรียน คือ การแปรงฟันโดยการวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันและขยับขนแปรงไปตามแนวราบ เรียกว่า วิธีแปรงฟันแบบสครับ (scrub technique) แต่ในความเป็นจริงแล้วเด็กวัยนี้จะแปรงฟันตนเองไม่สะอาด เด็กมักใช้เวลาร้อยละ 75 ของการแปรงฟัน แปรงเฉพาะบริเวณด้านติดริมฝีปากของฟันหน้า ฟันบนด้านบดเคี้ยวและฟันกรามล่าง และเด็กวัยนี้จะแปรงฟันเองโดยใช้เวลาไม่ถึง 60 วินาที ดังนั้นมารดาควรแปรงฟันให้เด็กหรือถ้าเด็กอยากแปรงเองก็ควรให้เด็กแปรงได้ แต่มารดาควรแปรงซ้ำอีกครั้งหลังจากเด็กแปรงเสร็จ

อุปกรณ์ในการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียน

1. แปรงสีฟันสำหรับเด็ก มี 3 ชนิด ได้แก่

1.1 แปรงสีฟันหัวแปรงยางไม่มีขน สามารถใช้ได้กับเด็กอายุประมาณ 5 - 6 เดือน เนื่องจากเด็กวัยนี้ฟันกำลังจะขึ้น หัวแปรงลักษณะนี้จึงเหมาะกับอาการคันเหงือกของเด็ก และเพื่อให้เด็กได้จับและคุ้นเคยกับรูปลักษณะของแปรงสีฟันมากกว่าเพื่อความสะอาด

1.2 แปรงสีฟันขนแปรงยาง แปรงสีฟันลักษณะนี้ออกแบบมาสำหรับเด็กเล็กวัย 6 เดือนขึ้นไปที่ฟันกำลังขึ้น เพราะฟันของเด็กจะเริ่มขึ้นที่ซี่หน้ายังไม่ฟันกราม ฟันที่ขึ้นใหม่แต่ละซี่จึงมีลักษณะเรียบ ละก็ขึ้นห่างกันมาก ขนแปรงจึงไม่จำเป็นต้องมีเส้นเล็กละเอียดเหมือนขนแปรงผู้ใหญ่ ประสิทธิภาพของแปรงลักษณะนี้จะให้ผลเหมือนกับแปรงผู้ใหญ่ทั่วไปคือแปรงฟันได้สะอาดเหมือนกัน

1.3 แปรงสีฟันหัวแปรงเหมือนของผู้ใหญ่ ปัจจุบันมีขนแปรงหลายรูปแบบ แต่ควรเลือกแปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่มซึ่งทดสอบได้โดยลองเอาขนแปรงมาแตะหรือกดกับหลังมือขนาดของแปรงเหมาะสมกับอายุของเด็ก เพราะหัวแปรงของผู้ใหญ่ หน้าตัดของหัวแปรงจะใหญ่ ทำให้แปรงไม่สามารถเข้าไปถึงซี่ในสุดได้ แปรงสีฟันควรมีหน้าตัดเรียบ และความยาวของแปรงสีฟันควรคลุมตัวฟันประมาณ 3 ซี่ แปรงสีฟันต้องเข้าไปทำความสะอาดฟันได้ทุกซี่ สามารถกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ทุกตำแหน่ง และไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก

2. **ยาสีฟัน** เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ยังไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ จึงมักกลืนยาสีฟันเข้าไป แม้ในยาสีฟันจะผสมฟลูออไรด์เพื่อช่วยต่อต้านฟันผุก็จริง แต่ต้องมีการควบคุมการให้ฟลูออไรด์เพราะถ้ากลืนหรือกินฟลูออไรด์เข้าไปมาก เมื่อฟันแท้ขึ้นก็จะทำให้เกิดฟันตกกระไม่สวยงาม ดังนั้นไม่แนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี การเลือกใช้ยาสีฟันให้เด็กต้องใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กโดยเฉพาะ เพราะไม่มีสารระคายเคืองต่อปากของเด็ก และยังมีปริมาณฟลูออไรด์ที่พอเหมาะกับเด็ก คือ มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 850 – 1,000 ppm ควรใช้ยาสีฟันให้น้อยที่สุด โดยใช้นิ้วประสีฟันและติดที่หลอดยาสีฟันเท่านั้น โดยไม่ต้องบีบ ในระหว่างแปรงถ้าเกิดฟองก็ให้ใช้ผ้าเช็ดออก เพราะเด็กวัยนี้ยังบ้วนปากได้ไม่ดึ๊ง ส่วนยาสีฟันสำหรับผู้ใหญ่ชนิดที่มีฟลูออไรด์จะมีความเข้มข้นของ ฟลูออไรด์ 1,000 – 1,056 ppm สามารถนำมาใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป เนื่องจากเด็กสามารถควบคุมการกลืนได้ดีขึ้น

3. **แก้วนํ้าสำหรับบ้วนปาก**

วิธีการแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียน

การแปรงฟันในเด็กวัยนี้ไม่จำเป็นต้องแปรงในช่องนํ้า อาจใช้วิธีให้มารดายืนอยู่ด้านหลังของเด็ก หรือให้เด็กนอนกับพื้น ศีรษะหนุนคอกมารดา วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมในเด็กวัยนี้ คือ วางขนแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันและขยับขนแปรงไปตามแนวราบ ประมาณ 5 - 10 ครั้งต่อฟันทุกทุก 3 ซี่ (scrub technique) และแปรงลิ้น ใช้เวลาในการแปรงฟันทั้งหมดอย่างน้อย 2 นาที การแปรงควรทำอย่างมีระบบดังนี้

1. **แปรงด้านติดแก้ม** โดยให้เด็กกัดฟันไว้ มือด้านซ้ายของมารดาดันแก้มเด็กออกไปให้ฟันจากทิศทางที่แปรงจะกระแทกถูก แล้วเริ่มแปรงจากฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรบนด้านซ้าย เลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้าเรื่อยไปจนถึงฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรบนด้านขวา จากนั้นเลื่อนลงมาแปรงด้านติดแก้มของขากรรไกรล่างที่อยู่ด้านซ้าย เลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้าเรื่อยไปจนถึงฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรล่างด้านขวา

2. **แปรงด้านติดลิ้น** ให้เด็กอ้าปากให้กว้าง มารดาเริ่มแปรงจากฟันบนซี่ในสุดด้านติดลิ้นด้านซ้ายเลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้า บริเวณนี้หากขยับขนแปรงไม่สะดวกให้วางขนแปรงในแนวตั้งฉาก แล้วบิดขนแปรงออกในทิศทางจากคอฟันไปยังปลายฟัน แปรงต่อไปยังฟันบนด้านติดลิ้นด้านขวา จากนั้นเลื่อนลงมาแปรงด้านติดลิ้นของฟันล่างด้านซ้ายจนมาถึงฟันหน้าล่างก็ใช้วิธีเดียวกับฟันบน โดยบิดขนแปรงออกจากปาก ถูจากคอฟันไปยังปลายฟัน แล้วเลื่อนตำแหน่งแปรงไปแปรงบริเวณฟันล่างด้านติดลิ้นด้านขวา

3. **แปรงด้านบดเคี้ยว** ให้เด็กอ้าปาก มารดาเริ่มแปรงจากด้านบดเคี้ยวของ

ฟันบนซี่ในสุดด้านซ้าย และด้านบดเคี้ยวด้านขวา โดยขยับขนแปรงในแนวนอนระยะสั้น ๆ และปฏิบัติเช่นเดียวกันในด้านบดเคี้ยวของฟันล่าง ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา

4. แปรงลิ้น มารดಾವางขนแปรงให้ตั้งฉากกับลิ้นและปัดขนแปรงออกนอกปากเบา ๆ 2-3 ครั้ง

7.8 การพาเด็กไปพบทันตแพทย์ แต่ก่อนมักจะแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปพบทันตแพทย์ครั้งแรกเมื่อเด็กอายุได้ 2 ปีครึ่ง ถึง 3 ปีครึ่ง เพราะวัยนี้สามารถให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา แต่มาระยะหลังมีความเห็นที่แตกต่างไป เนื่องจากเมื่อเด็กอายุ 3 ปีไปแล้วนั้นจะทำให้มีช่วงเวลาที่เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ (Croll, 1988 : 719) ประกอบกับการให้ทันตกรรมป้องกันจะประสบผลสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อกระทำตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค ดังนั้นปัจจุบันจึงแนะนำว่าการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ครั้งแรกควรจะเป็นเมื่อเด็กอายุ 6 เดือน หรือไม่เกิน 1 ปี หรือเร็วที่สุดหลังจากฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นแล้ว Wyne และคณะ (1995) แนะนำให้มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์เมื่อเด็กอายุ 12 เดือน เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปาก รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องของเด็กก่อนวัยเรียน

จากรายงานการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้พาเด็กไปพบทันตแพทย์ มารดาที่ไปตรวจฟันครั้งล่าสุดเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา ลูกจะได้รับการตรวจทันตสุขภาพด้วย (Kiniron & Mc.Cabe, 1995 : 226) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงจะพาลูกไปพบทันตแพทย์ก่อนลูกอายุ 3 ปี ขณะที่มารดาที่มีศึกษาน้อยยังไม่พาลูกไปพบทันตแพทย์ทั้งที่เด็กอายุ 5 ปีแล้ว

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรทิพย์ ภูพัฒน์กุลและคณะ (2536) ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครสวรรค์ ประชากร คือ เด็กก่อนวัยเรียน ชั้นอนุบาล 1 และ 2 ที่เรียนอยู่ในโรงเรียนอนุบาล ในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 383 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็ก และแบบบันทึกสภาวะทันตสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก รองลงมาคือ พฤติกรรมการอมลูกอมเป็นประจำ การเคยได้พบทันตแพทย์ของเด็ก ระดับการศึกษาของมารดา การพบทันตแพทย์ของมารดา อายุของเด็กและพฤติกรรมของมารดาในการตรวจฟันให้ลูก

เพ็ญทิพย์ จิตต์จ้านงค์ และคณะ (2538) วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมือที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคร : ศึกษาเฉพาะในภาคกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลของภาครัฐและเอกชนในภาคกลาง จำนวน 726 คน เก็บข้อมูลจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็ก การบริโภคนม รวมทั้งการดูแลทันตสุขภาพเด็กโดยผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว ลำดับที่บุตร และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ส่วนพฤติกรรมกรบริโภคนม และพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ

วุฒิชัย ชุมพลกุล (2538) วิจัยเรื่องความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนและมารดา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ ประชากร คือ เด็กก่อนวัยเรียนในชั้นอนุบาลและชั้นเด็กเล็กในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ รวม 4 แห่ง จำนวน 524 คน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 130 คน ผลการวิจัย พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องและทัศนคติที่ดีในการดูแลฟันเด็ก ส่วนการปฏิบัติพบว่ายังให้ลูกอายุ 2 ปี ดูนมขวด และเมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับโรคฟันผุ พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา รายได้ของมารดา จำนวนบุตรและลำดับที่ของบุตร ไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ

จุฑามาศ เรียบร้อย (2538) ศึกษาอิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและพัฒนารดาบลดต่อปัญหาสถานะทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามในเด็กก่อนวัยเรียน และผู้ปกครอง 329 คู่ ผู้ดูแลเด็ก 30 คน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 19 คน และพัฒนารดาบลด 7 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนมากเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากน้อย เด็กที่ผู้ปกครองให้กินขนมมาก หรือใช้ขนมเป็นรางวัลจะมีประสบการณ์ฟันผุสูง (5-6 ซี่ต่อคน) ขณะที่เด็กที่ผู้ปกครองจัดระเบียบให้กินขนมเฉพาะช่วงหลังรับประทานอาหารรวมทั้งจำกัดปริมาณนมและเข้มนวดเรื่องแปรงฟันจะมีประสบการณ์ฟันผุน้อย (1-2 ซี่ต่อคน) และกลุ่มผู้ปกครองมีอิทธิพลสูงต่อสถานะทันตสุขภาพของเด็ก โดยอิทธิพลจากกลุ่มอื่น ๆ ยังไม่เด่นชัด

วสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ประชากร คือ เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนและมารดา จำนวน 423 คู่ และผู้ดูแลเด็กในศูนย์ดูแลเด็กเล็กจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 264 คน ผู้ปกครองของเด็กที่มีฟันผุจำนวน 113 คน และผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 20 คน และสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงผู้ปกครองของเด็กที่มีประสบการณ์ฟันผุสูงและต่ำ จำนวน 16 คน และผู้ดูแลเด็กเล็ก จำนวน 7 คน เพื่อสัมภาษณ์

เจาะลึก เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสำรวจโรคฟันผุสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก พบว่า รายได้ของผู้ปกครอง และความถี่ในการให้เด็กบริโภคของหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดประสบการณ์ฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ทัศนีย์ มหาวัน (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็ก อายุ 2 - 3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 282 คน และมีการสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกตสภาพการดำรงชีวิต และพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอยู่ในระดับไม่ดี โดยเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดเหงือกและฟันให้เด็ก พฤติกรรมการตรวจฟันเด็กอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมการให้นม อาหาร ขนม แก่เด็ก และพฤติกรรมการพาเด็กไปพบทันตแพทย์อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็ก และการได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กมีผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็ก รองลงมา คือ การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ตามลำดับ

Petersen (1992) ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กเคนเนมาร์ค อายุ 6 ปี พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็ก ขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัวและระดับการศึกษาของพ่อแม่

Schom and Uitenbrok (1995) ศึกษาข้อบ่งชี้ทางสังคมและพฤติกรรมต่อประสบการณ์ฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี พบว่าสถานะทันตสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาชีพของพ่อแม่ ความถี่ในการแปรงฟัน และการบริโภคของหวาน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของพ่อแม่กับสถานะทันตสุขภาพของเด็กมากเป็น 2 เท่าของความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการแปรงฟันกับสถานะทันตสุขภาพของเด็ก และเป็น 4 เท่าของความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารหวานกับสถานะทันตสุขภาพของเด็ก

Wendt et al (1995) ศึกษา การเกิดโรคฟันผุในเด็กทารกและเด็กเล็ก พบว่า ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และการเกิดเหตุวิกฤติในครอบครัว ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กทารกและเด็กเล็ก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4 – 5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ” เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยมีบุตรก่อนวัยเรียน อายุ 4 - 5 ปี และมารดาเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (unit of analysis) และมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก และมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 1882 คู่ การสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกโรงเรียนที่มีเด็กก่อนวัยเรียนจากแต่ละอำเภอ ซึ่งทั้งจังหวัดมี 4 อำเภอ เลือกอำเภอละ 1 โรงเรียน และการคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

$$\begin{aligned} \text{การหาขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร} \quad \text{Sample Size} &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ n &= \frac{1882}{1 + (1882)(0.05)^2} \\ n &= 330 \quad \text{คน} \end{aligned}$$

n = ขนาดของตัวอย่างที่ศึกษา

N = ขนาดของประชากรที่ศึกษา

e = ความคลาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง

การหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียน 4 แห่ง ดังนี้

อำเภอ	โรงเรียน	จำนวนเด็ก(คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมือง	เทศบาล 1 วัดศรีเมือง	250	130
บ้านนา	วัดช้าง (บ้านนาสามัคคี)	191	98
องครักษ์	บ้านองครักษ์ (ผดุงองครักษ์ประชา)	128	67
ปากพลี	ชุมชนบ้านเกาะหวาย	68	35
รวม		637	330

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือตรวจฟัน ประกอบด้วย ที่เขี่ยหารูผุ , กระจกส่องปาก , ที่คีบสำลี , สำลี , กลูตาราลดีไฮด์ และ ชามรูปไต

2.2 แบบตรวจช่องปาก ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก (Oral Health Survey Form , Basic Methods 4th Edition 1997)

2.3 แบบสอบถามมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียน มารดา และ คู่สมรส ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์ทางทันตกรรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน จำนวนบุตรอายุ 0 - 5 ปี ลำดับที่ของบุตร ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะวิกฤติในครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่

การปรับตัวในชีวิตสมรส	จำนวน	4	ข้อ
การให้ความรักต่อกัน	จำนวน	10	ข้อ
ความมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน	จำนวน	6	ข้อ

การมีกิจกรรมร่วมกัน	จำนวน	8	ข้อ
ความคิดเห็นสอดคล้องกัน	จำนวน	8	ข้อ
การมีบรรทัดฐานในครอบครัว	จำนวน	4	ข้อ
	รวม	40	ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา ได้แก่

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน จำนวน 10 ข้อ

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ จำนวน 10 ข้อ

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุ จำนวน 7 ข้อ

4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุ

จำนวน 8 ข้อ

4.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา จำนวน 13 ข้อ การตรวจฟันเด็ก จำนวน 1 ข้อ และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ จำนวน 3 ข้อ

2.4 แบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 6 ข้อ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี แนวคิด จาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

2. สร้างแบบสอบถามสำหรับมารดา และแบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พิจารณาปรับแก้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนวัดทองย้อย ต.บ้านนา อ.บ้านนา จ. นครนายก จำนวน 35 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

5. นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาหาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยใช้สูตรของ Cronbach (Marasculio, 1977) คือ

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \sum S_i^2 \right)$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ของความเที่ยง
 K = จำนวนข้อคำถาม
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

6. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองครั้งที่ 2 กับมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนวัดพิบูลแก้ว ต.พิบูลออก อ.บ้านนา จ.นครนายก จำนวน 35 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.8992

7. หลังจากทดลองใช้แล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

8. หาค่าความเชื่อถือของการตรวจสอบสุขภาพช่องปากโดยผู้ตรวจคนเดียว จากการตรวจเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนวัดทองย้อย อ.บ้านนา จ.นครนายก จำนวน 35 คน ทำซ้ำ 2 ครั้ง แล้วนำผลตรวจมาเปรียบเทียบกัน ผลการตรวจซ้ำต้องตรงกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มิฉะนั้นผู้ตรวจต้องศึกษาหลักเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่และทำซ้ำจนกว่าผลการตรวจตรงกันไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้วิจัยตรวจเองคนเดียว ทำซ้ำ 2 ครั้ง ผลตรวจตรงกันร้อยละ 90

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยแจ้งเรื่องการวิจัยต่อโรงเรียนและดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 2 คน ร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือมารดาในการตอบแบบสอบถามและขออนุญาตมารดาในการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งการสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน

3.3 แจกแบบสอบถามแก่มารดา และเก็บแบบสอบถามในวันรุ่งขึ้น

3.4 ผู้วิจัยตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข สัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างและพฤติกรรมการเล่น

3.5 นำแบบสอบถามมารดา แบบสัมภาษณ์และแบบตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ เพื่อเตรียมพร้อมในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวและสภาวะสุขภาพช่องปากวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

4.2 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และเด็กก่อนวัยเรียน คุณลักษณะของครอบครัว การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างของเด็กก่อนวัยเรียน และพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน วิเคราะห์โดยใช้ Stepwise multiple regression analysis

บทที่ 4

ผลวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4-5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามแก่มารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียน อายุ 4-5 ปี จำนวน 460 คน สัมภาษณ์และตรวจสอบสุขภาพช่องปากบุตรก่อนวัยเรียนจำนวน 460 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 360 ชุด คิดเป็นร้อยละ 78.3 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของมารดา การสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียนและผลการตรวจสภาวะช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นมารดาและบุตรคู่เดียวกัน มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ ได้ทั้งสิ้น 330 ชุด นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนมารดา คู่สมรส และคุณลักษณะของครอบครัว

ตอนที่ 2 การรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียนและพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

ตอนที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ตัวทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ตอนที่ 6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียน มารดา คู่สมรส
และคุณลักษณะของครอบครัว

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

1.1 อายุของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามอายุ

อายุของบุตร (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
4	161	48.8
5	169	51.2
รวม	330	100.0
อายุเฉลี่ย	4.5	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.5	

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 330 คน เด็กมีอายุระหว่าง 4 - 5 ปี เป็นเด็กอายุ 5 ปี และเด็กอายุ 4 ปี ร้อยละ 51.2 และ 48.8 ตามลำดับ เด็กมีอายุเฉลี่ย 4.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5

1.2 อายุของมารดาและคู่สมรส

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	มารดา	คู่สมรส
20 - 29 ปี	115 (34.8)	56 (17.0)
30 - 39 ปี	184 (55.8)	192 (58.2)
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	31 (9.4)	82 (24.8)
รวม	330 (100.0)	330 (100.0)
อายุเฉลี่ย	32.1	35.4
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.5	6.6
อายุต่ำสุด	20	46
อายุสูงสุด	46	56

จากตารางที่ 4.2 พบว่า มารดามีอายุระหว่าง 20-46 ปี ส่วนใหญ่มารดามีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 55.8) รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 34.8) อายุเฉลี่ย 32.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.5 คู่สมรสมีอายุระหว่าง 20-56 ปี คู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 58.2) รองลงมาคืออายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.8) อายุเฉลี่ย 35.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.6

1.3 ระดับการศึกษาของมารดาและคู่สมรส

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	มารดา	คู่สมรส
ไม่ได้เรียน	4 (1.2)	3 (0.9)
ประถมศึกษา	93 (28.2)	78 (23.6)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	134 (40.6)	131 (39.7)
ปวช., ปวส., อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	61 (18.5)	78 (23.6)
ปริญญาตรี	37 (11.2)	37 (11.2)
ปริญญาโท	1 (0.3)	3 (0.9)
รวม	330 (100.0)	330 (100.0)
จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย	11.0	11.4
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.7	3.6
จำนวนปีที่ศึกษาน้อยที่สุด	0	0
จำนวนปีที่ศึกษาสูงสุด	18	18

จากตารางที่ 4.3 พบว่ามารดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือประถมศึกษา (ร้อยละ 28.2) คู่สมรสมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคือประถมศึกษาและอนุปริญญา (ร้อยละ 23.6) มารดาและคู่สมรสที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 1.2 และ 0.9 ตามลำดับ มารดาและคู่สมรสมีจำนวนปีที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 0 - 18 ปี มารดามีจำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 11.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.7 คู่สมรสมีจำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 11.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.6

1.4 อาชีพของมารดาและคู่สมรส

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรส จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	มารดา	คู่สมรส
รับจ้าง	148 (44.9)	182 (55.2)
แม่บ้าน	75 (22.7)	0 (0.0)
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	53 (16.1)	51 (15.5)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44 (13.3)	79 (23.9)
เกษตรกร	10 (3.0)	18 (5.4)
รวม	330 (100.0)	330 (100.0)

จากตารางที่ 4.4 มารดาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือ แม่บ้าน และค้าขาย/ทำธุรกิจ (ร้อยละ 22.7 และ 16.1 ตามลำดับ) คู่สมรสส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55.2) รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย/ทำธุรกิจ (ร้อยละ 23.9 และ 15.5 ตามลำดับ)

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจของครอบครัว

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของมารดาและคู่สมรสจำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท/เดือน)	มารดา	คู่สมรส
น้อยกว่า 1,000 บาท	69 (21.8)	2 (0.6)
1,000 - 5,000 บาท	143 (45.1)	107 (35.2)
5,001 – 10,000 บาท	69 (21.7)	133 (43.8)
มากกว่า 10,000 บาท	36 (11.3)	62 (20.4)
รวม	317 (100.0)	304 (100.0)
รายได้เฉลี่ย	5179.68	8343.32
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5113.91	6457.57
รายได้ต่ำสุด	0	0
รายได้สูงสุด	45,000.00	50,000.00
หมายเหตุ	ไม่มีข้อมูล 13 คน	ไม่มีข้อมูล 26 คน

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน	147	44.5
รายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีหนี้สิน	94	28.4
รายได้มากกว่ารายจ่าย มีเหลือเก็บ	89	27.1
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.5 และ 4.6 พบว่ารายได้ต่อเดือนของคู่สมรสโดยเฉลี่ยสูงกว่ากว่ามารดา คือ 8343.32 บาท และ 5179.68 บาท ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6457.57 และ 5113.91 ตามลำดับ มารดามีรายได้ระหว่าง 0 – 45000 บาทต่อเดือน และมีรายได้ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.1) คู่สมรสมีรายได้ระหว่าง 0 – 50000 บาทต่อเดือน และมีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.8) ครอบครัวมีรายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 44.5) รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่ารายจ่ายมีหนี้สิน (ร้อยละ 28.4)

1.6 โรคประจำตัวของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัวของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	291	88.2
มีโรคประจำตัว	39	11.8
- ภูมิแพ้	22	6.7
- หอบหืด	11	3.3
- ไทรอยด์	1	0.3
- ตับอักเสบ	1	0.3
- หัวใจ	1	0.3
- ลิ้นหัวใจรั่ว	1	0.3
- ไต	1	0.3
- G6PD	1	0.3
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.7 พบว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.2) เด็กมีโรคประจำตัว ร้อยละ 11.8 อันดับหนึ่งคือ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 6.7) รองลงมาคือ โรคหอบหืด (ร้อยละ 3.3)

1.7 โรคประจำตัวของมารดา และประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามโรคประจำตัว และประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของมารดา		
ไม่มีโรคประจำตัว	298	90.3
มีโรคประจำตัว	32	9.7
- ภูมิแพ้	11	3.33
- ความดันโลหิตสูง	7	2.1
- ไทรอยด์	3	0.9
- ตับอักเสบ	2	0.6
- หอบหืด	2	0.6
- โลหิตจาง	2	0.6
- หัวใจ	2	0.6
- ไต	2	0.6
- เบาหวาน	1	0.3
- ไมเกรน	1	0.3
- ธาลัสซีเมีย	1	0.3
- มะเร็งเต้านม	1	0.3
- SLE	1	0.3
รวม	330	100.0
ประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา		
เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม	282	85.5
ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม	48	14.5
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.8 มารดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.3) มารดามีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.7 อันดับหนึ่งคือโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 3.33) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 2.1) มารดาส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม (ร้อยละ 85.5)

1.8 โรคประจำตัวของคู่สมรส

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของคู่สมรส จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัวของคู่สมรส	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	304	92.1
มีโรคประจำตัว	26	7.9
- ภูมิแพ้	15	4.5
- ไมเกรน	4	1.2
- หอบหืด	4	1.2
- เบาหวาน	3	0.9
- ไต	1	0.3
- เก๊าท์	1	0.3
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.9 พบว่า คู่สมรสส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.1) คู่สมรสมีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.9 อันดับหนึ่งคือ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 4.5) รองลงมาคือ ไมเกรนและหอบหืด (ร้อยละ 1.2)

2. ข้อมูลคุณลักษณะของครอบครัว

2.1 ลักษณะของครอบครัว

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามลักษณะของครอบครัว

คุณลักษณะของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	155	47.0
มารดา และบุตร	1	0.3
มารดา คู่สมรสและบุตร	154	46.7
ครอบครัวขยาย	175	53.0
มารดา บุตรและญาติพี่น้องฝ่ายมารดา	4	1.2
มารดา คู่สมรส บุตรและญาติพี่น้องฝ่ายมารดา	102	30.9
มารดา คู่สมรส บุตรและญาติพี่น้องฝ่ายคู่สมรส	61	18.5
มารดา คู่สมรส บุตรและญาติพี่น้องทั้งสองฝ่าย	8	2.4
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.10 พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 53.0) ครอบครัวที่ประกอบด้วยมารดา คู่สมรสและบุตร มีมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือครอบครัวที่ประกอบด้วยมารดา คู่สมรส บุตรและญาติพี่น้องฝ่ายมารดา (ร้อยละ 30.9) ครอบครัวที่ประกอบด้วยมารดาและบุตรพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.3)

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสมรสของมารดา

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ด้วยกัน	325	98.5
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	5	1.5
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามครั้งที่ของการสมรส

ครั้งที่ของการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	303	91.8
ครั้งที่ 2	27	8.2
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.11 และ 4.12 พบว่ามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 98.5) และมารดาส่วนใหญ่สมรสเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 91.8)

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกปัจจุบัน

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามอายุของมารดาเมื่อสมรสกับสามีคนปัจจุบัน

อายุของมารดาเมื่อสมรสกับสามีคนปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	72	21.8
20 – 29 ปี	224	67.9
30 ปีขึ้นไป	34	10.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามระยะเวลาการอยู่ร่วมกันกับสามีคนปัจจุบัน

ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10 ปี	204	61.8
10 - 19 ปี	119	36.1
20 ปีขึ้นไป	7	2.1
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.13 และ 4.14 พบว่า อายุของมารดาเมื่อสมรสกับสามีคนปัจจุบันอยู่ระหว่าง 14 – 38 ปี มารดาส่วนใหญ่สมรสเมื่ออายุระหว่าง 20 – 29 ปี (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคืออายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 21.8) อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสกับสามีคนปัจจุบัน 23.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6 มารดาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับสามีเป็นเวลาน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือ 10 – 19 ปี (ร้อยละ 36.1) ระยะเวลาการอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 9.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.0

2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับบิดาของเด็กที่ศึกษา

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มสมรส จำแนกตามการเป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้

กลุ่มสมรสเป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	319	96.7
ไม่ใช่	11	3.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามการอยู่ร่วมกับบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้

การอยู่ร่วมกัน	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	319	96.7
ไม่ใช่	11	3.3
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรยังอยู่ในครรภ์	1	0.3
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรอายุ 6 เดือน	1	0.3
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรอายุ 1 ปี	2	0.6
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรอายุ 2 ปี	1	0.3
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรอายุ 3 ปี	4	1.2
ไม่ได้อยู่อาศัยกันตั้งแต่บุตรอายุ 4 ปี	2	0.6
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.15 และ 4.16 กลุ่มสมรสเป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้ ร้อยละ 96.7 มารดาอยู่กับบิดาของบุตรที่ศึกษานี้ ร้อยละ 96.7

2.5 ลำดับที่ของบุตร

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามลำดับที่ของบุตร

ลำดับที่ของบุตรคนที่ศึกษานี้	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับที่ 1	155	47.0
ลำดับที่ 2	129	39.1
ลำดับที่ 3	37	11.2
ลำดับที่ 4	6	1.8
ลำดับที่ 5	3	0.9
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.17 บุตรคนที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว (47.0)
รองลงมาคือ เป็นบุตรคนที่สองของครอบครัว (ร้อยละ 39.1)

2.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิตและ จำนวนสมาชิกในแต่ละกลุ่มอายุ

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิตและ จำนวนสมาชิกในแต่ละกลุ่มอายุ

คุณลักษณะของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ($\bar{X} = 5.2 \pm 1.9$, MIN = 1 , MAX = 12)		
น้อยกว่า 5 คน	140	42.4
5 - 7 คน	156	47.3
มากกว่า 7 คน ขึ้นไป	34	10.3
รวม	330	100.0
บุตรที่มีชีวิตทั้งหมด ($\bar{X} = 2.0 \pm 0.8$, MIN = 1 , MAX = 5)		
1 คน	91	27.6
2 คน	169	51.2
3 คน	57	17.3
4 คน	9	2.7
5 คน	4	1.2
รวม	330	100.0
ครอบครัวมีเด็กอายุ 0-5 ปี ($\bar{X} = 1.3 \pm 0.6$, MIN = 1 , MAX = 5)		
1 คน	241	73.0
2 คน	77	23.3
3 คน	11	3.3
5 คน	1	0.3
รวม	330	100.0
ครอบครัวมีเด็กอายุ 6-14 ปี ($\bar{X} = 0.7 \pm 0.8$, MIN = 0 , MAX = 4)		
ไม่มี	160	48.5
1 คน	134	40.6
2 คน	30	9.1
3 คน	4	1.2
4 คน	2	0.6
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

คุณลักษณะของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวมีเยาวชนอายุ 15 – 20 ปี ($\bar{X} = 0.2 \pm 0.6$, MIN=0 , MAX = 4)		
ไม่มี	270	81.8
1 คน	43	13.0
2 คน	15	4.5
3 คน	1	0.3
4 คน	1	0.3
รวม	330	100.0
ครอบครัวมีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 0.5 \pm 0.7$, MIN=0 , MAX = 3)		
ไม่มี	225	68.2
1 คน	64	19.4
2 คน	40	12.1
3 คน	1	0.3
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.18 พบว่าครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัว 5 - 7 คน (ร้อยละ 47.3) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 คน (ร้อยละ 42.4) จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 5 คน ส่วนใหญ่ มีบุตรที่มีชีวิต 2 คน (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือ 1 คน (ร้อยละ 27.6) จำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 2 คน ครอบครัวส่วนใหญ่มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี 1 คน (ร้อยละ 73.0) รองลงมาคือ 2 คน (ร้อยละ 23.3) ครอบครัวไม่มีเด็กอายุ 6- 14 ปี เยาวชนอายุ 15-20 ปี และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 48.5 , 81.8 และ 68.2 ตามลำดับ)

2.6 ประเภทของสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามประเภทสมาชิกในครอบครัว

ประเภทของสมาชิกในครอบครัว	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้พิการ ($X = .02 \pm .14$, MIN=0, MAX=1)	322	97.6	8	2.4
ผู้ติดสุรา ($X = .03 \pm .16$, MIN=0, MAX=1)	321	97.3	9	2.7
ผู้เสพยาเสพติด ($X = .00 \pm .00$, MIN=0, MAX=0)	330	100.0	0	0.0
ผู้เล่นการพนันเป็นประจำ ($X = .01 \pm .10$, MIN=0, MAX=1)	327	99.1	3	0.9
ผู้ป่วยเรื้อรัง ($X = .11 \pm .34$, MIN=0, MAX=2)	298	90.3	32	9.7

จากตารางที่ 4.19 ผู้พิการ ผู้ติดสุรา ผู้เล่นการพนันเป็นประจำ และผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉลี่ยแล้ว ครอบครัวละไม่เกิน 1 คน ไม่มีครอบครัวใดมีผู้เสพยาเสพติด

2.7 จำนวนผู้ว่างงาน และจำนวนผู้หารายได้เข้าครอบครัว

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามจำนวนผู้ว่างงาน

จำนวนผู้ว่างงาน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีผู้ว่างงาน	298	90.3
1 คน	21	6.4
2 คน	9	2.7
3 คน	2	0.6
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามจำนวนผู้หารายได้เข้าครอบครัว

จำนวนผู้หารายได้เข้าครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
1-2 คน	283	85.8
3-4 คน	39	11.8
มากกว่า 4 คน	8	2.4
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.20 และ 4.21 พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีผู้ว่างงาน (ร้อยละ 90.3) รองลงมาคือมีผู้ว่างงาน 1 คน (ร้อยละ 6.4) ครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้หารายได้เข้าครอบครัว จำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 85.8) รองลงมาคือ 3-4 คน (ร้อยละ 11.8)

2.8 ภาวะวิกฤติในครอบครัวในรอบ 1 ปี

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของครอบครัว จำแนกตามภาวะวิกฤติในครอบครัวในรอบ 1 ปี

ภาวะวิกฤติในครอบครัว ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	186	56.4
มี	144	43.6
สมาชิกในครอบครัวว่างงาน ตกงานหรือเปลี่ยนงานใหม่	56	17.0
สมาชิกในครอบครัวต้องย้ายจากบ้านไปเพื่อ หางานทำในท้องถิ่นอื่น	45	13.6
สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต	27	8.2
ครอบครัวต้องย้ายที่อยู่ใหม่	23	7.0
สมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันรุนแรง	21	6.4
สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรง	11	3.3
สามีหรือภรรยาออกใจอีกฝ่ายหนึ่ง	9	2.7
สมาชิกในครอบครัวได้รับอุบัติเหตุรุนแรงจนกระทั่ง บาดเจ็บหรือพิการ	8	2.4
ครอบครัวสูญเสียทรัพย์สิน เช่น ถูกขโมย ไฟไหม้	6	1.8
สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยเรียนที่ต้องออกจากโรงเรียน หรือหยุดเรียนกลางคัน	5	1.5
สมาชิกในครอบครัวต้องคดี ได้รับโทษทัณฑ์ หรือจำคุก	1	0.3

จากตารางที่ 4.22 ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ประสบภาวะวิกฤติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 56.4) ครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤติส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวว่างงาน ตกงาน หรือเปลี่ยนงานใหม่ (ร้อยละ 17.0) รองลงมาคือ ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวต้องย้ายจากบ้านไปเพื่อหางานทำในท้องถิ่นอื่น (ร้อยละ 13.6)

2.9 สัมพันธภาพในครอบครัว

2.9.1 ภาพรวมสัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 4.23 ภาพรวมสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว	— X	S.D.
ด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส	3.7	0.8
ด้านการให้ความรักต่อกัน	3.6	0.7
ด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน	3.6	0.7
ด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน	3.6	0.7
ด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน	3.7	0.8
ด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว	3.7	0.7

จากตารางที่ 4.23 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวทุกด้านได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5 คะแนนขึ้นไป

2.9.2 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส

ตารางที่ 4.24 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. ท่านและสามีเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของกันและกัน	17.6	32.7	43.9	4.5	1.2	3.6	0.9	
2. ท่านและสามีสามารถเปิดเผยความรู้สึกต่อกันได้อย่างตรงไปตรงมา	23.0	36.1	32.7	7.0	1.2	3.7	0.9	
3. ท่านและสามีจะเปิดโอกาสให้กันและกัน ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว	27.6	37.3	28.5	5.8	0.9	3.9	0.9	
4. ปัจจุบันท่านและสามีมีความสุขและความพอใจในการมีเพศสัมพันธ์	16.1	26.4	48.5	5.8	3.6	3.5	1.0	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.7	0.8

จากตารางที่ 4.24 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส ทุกข้อซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวก มีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านและสามีจะเปิดโอกาสให้กันและกัน ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว ได้คะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.7 คะแนน

2.9.3 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการให้ความรักต่อกัน

ตารางที่ 4.25 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการให้ความรักต่อกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการให้ความรักต่อกัน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย			
1. มักจะแสดงความรักต่อกันด้วย การกอด หรือวิธีอื่น ๆ	14.5	17.0	45.8	14.8	7.9	3.2	1.1	
2. มีของขวัญ ของฝาก ให้แก่กันและกัน ในเทศกาลหรือโอกาสพิเศษ	6.7	11.5	32.4	26.1	23.2	2.5	1.2	
3. ชื่นชมกันและกันต่อหน้าบุคคลอื่น	5.2	15.2	46.7	19.7	13.3	2.8	1.0	
4. มักทำในสิ่งที่สมาชิกครอบครัวต้องการ ด้วยความเต็มใจ	23.9	34.5	35.2	5.5	0.9	3.8	0.9	
5. ดูแลเอาใจใส่กันยามเจ็บป่วย	41.5	33.0	20.0	4.5	0.9	4.1	0.9	
6. เข้าใจซึ่งกันและกัน	27.6	36.4	30.3	4.2	1.5	3.8	0.9	
7. ยกย่องให้เกียรติกัน	24.5	33.9	36.4	4.2	0.9	3.8	0.9	
8. เชื่อใจกัน ไว้วางใจกัน	29.4	33.6	28.5	7.0	1.5	3.8	1.0	
9. ให้กำลังใจกัน	33.3	30.6	30.3	4.5	1.2	3.9	1.0	
10. ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็น อันดับแรก	52.4	27.3	17.0	2.1	1.2	4.3	1.0	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.6	0.7

ตารางที่ 4.25 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการให้ความรักต่อกัน ทุกข้อซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวกมีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป ยกเว้นในประเด็นการให้ของขวัญของฝากแก่กันและกันในเทศกาลหรือโอกาสพิเศษ ได้คะแนนเฉลี่ย 2.5 คะแนน การชื่นชมกันและกันต่อหน้าบุคคลอื่น ได้คะแนนเฉลี่ย 2.8 คะแนน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นอันดับแรก ได้คะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนน รองลงมาคือ การดูแลเอาใจใส่กันยามเจ็บป่วย ได้คะแนนเฉลี่ย 4.1 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.6 คะแนน

2.9.4 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน

ตารางที่ 4.26 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองแก่กัน	39.7	33.6	21.8	2.7	2.1	4.1	1.0	
2. แบ่งปันสิ่งของ เครื่องใช้ให้กันและกัน	36.4	36.4	23.3	2.7	1.2	4.0	0.9	
3. เสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อครอบครัว	39.7	34.2	22.1	3.0	0.9	4.1	0.9	
4. แบ่งเบาหน้าที่งานบ้านกันทำ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า	28.2	26.1	30.3	10.0	5.5	3.6	1.2	
5. เต็มใจช่วยเหลือเมื่อได้รับการร้องขอ ในการทำในกรทำกิจธุระต่าง ๆ	23.3	37.6	33.0	4.2	1.8	3.8	0.9	
6. ช่วยกันเสนอแนะความคิดเห็น หรือให้ คำปรึกษา คำแนะนำ เมื่อครอบครัวมีปัญหา	33.6	34.5	23.6	6.1	2.1	3.9	1.0	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.6	0.7

จากตารางที่ 4.26 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน ทุกข้อ ซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวกมีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองแก่กันและกัน การเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อครอบครัว ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.1 คะแนน รองลงมาคือ การแบ่งปันสิ่งของเครื่องใช้ให้กันและกัน ได้คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.6 คะแนน

2.9.5 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน

ตารางที่ 4.27 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. พุดคุยกันถึงเรื่องราวที่พบเจอในชีวิต	24.8	29.1	37.6	6.4	2.1	3.7	1.0	
2. ท่านและสามีปรึกษาหารือร่วมกันเสมอ ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การศึกษาของบุตร หรือการอบรมเลี้ยงดูบุตร	42.7	36.7	17.0	1.5	2.1	4.2	0.9	
3. ทำกิจกรรมในบ้านร่วมกัน เช่น ดูแล ความสะอาดบ้าน, ทำอาหาร, รดน้ำต้นไม้	25.5	35.3	28.5	5.8	4.8	3.7	1.0	
4. รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน	45.2	21.8	22.4	8.2	2.4	4.0	1.1	
5. ใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจในบ้านร่วมกัน เช่น ดูโทรทัศน์, ดูวิดีโอ, ฟังวิทยุ, อ่านหนังสือ	40.9	27.6	25.8	4.8	0.9	4.0	1.0	
6. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน เช่น ทำบุญ, ใส่บาตร, ไหว้พระ, ถวายเทียน, ร่วมพิธีในโบสถ์	10.6	15.5	45.5	22.4	6.1	3.0	1.0	
7. ไปพักผ่อนนอกบ้านด้วยกัน เช่น เดินช้อปปิ้ง, รับประทานอาหารนอกบ้าน, ดูภาพยนตร์, ท่องเที่ยวต่างจังหวัด	13.0	14.2	39.7	26.4	6.7	3.0	1.1	
8. ร่วมกันทำกิจกรรมทางสังคมกับบุคคลอื่น เช่น ไปเยี่ยมเยียนหรือสังสรรค์กับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้าน	10.6	20.3	47.9	18.2	3.0	3.2	1.0	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.6	0.7

จากตารางที่ 4.27 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีกิจกรรมร่วมกัน ทุกข้อซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวกมีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การปรึกษาหารือร่วมกันเสมอในเรื่องต่าง ๆ เช่น การศึกษาของบุตรหรือการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้คะแนนเฉลี่ย 4.2 คะแนน รองลงมาคือ การรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน การใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจในบ้านร่วมกัน เช่น ดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.0 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.6 คะแนน

2.9.6 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน

ตารางที่ 4.28 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. มีความคิดเห็นสอดคล้องกันเรื่องการ ใช้จ่ายในครอบครัว	18.2	34.5	41.2	3.6	2.4	3.6	1.0	
2. มีความคิดเห็นสอดคล้องกันในเรื่อง การอบรมเลี้ยงดูบุตร	25.5	40.6	30.3	2.4	1.2	3.9	0.9	
3. มีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเรื่อง สำคัญของครอบครัว	30.9	41.8	22.1	3.3	1.8	4.0	1.0	
4. หากมีประเด็นความคิดเห็นไม่ สอดคล้องกันในเรื่องใด ๆ จะพูดคุย กันด้วยเหตุผล	17.9	40.0	32.7	7.9	1.5	3.7	0.9	
5. ร่วมกันพิจารณาหาทางเลือกที่ทุกคน ยอมรับ	15.5	37.3	38.8	5.8	2.7	3.6	0.9	
6. เผชิญปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้ดี	25.5	40.0	27.3	4.5	2.7	3.8	1.0	
7. มีความรู้สึกที่ดีต่อการแก้ปัญหา ร่วมกัน	25.5	38.8	28.2	5.2	2.4	3.8	1.0	
8. จะประนีประนอมกัน เมื่อเกิดความ ขัดแย้งในครอบครัว	23.6	35.5	32.1	5.8	3.0	3.7	1.0	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.7	0.8

จากตารางที่ 4.28 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกข้อ ซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวกมีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมกันตัดสินใจในเรื่องสำคัญของครอบครัวได้คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน รองลงมาคือ การมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูบุตร ได้คะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.7 คะแนน

2.9.7 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว

ตารางที่ 4.29 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย		
1. สมาชิกในครอบครัวรับรู้ระเบียบ กฎ กติกา มรรยาทของครอบครัว รู้ว่าสิ่งใดควรปฏิบัติ หรือไม่ควรปฏิบัติ	16.1	37.0	41.5	4.2	1.2	3.6	0.9
2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามระเบียบ กฎ กติกา มรรยาท ของครอบครัว	13.9	31.2	48.5	5.2	1.2	3.5	0.8
3. แต่ละคนรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนว่า ใครควรทำอะไร ให้ใคร มากน้อยเพียงใด	16.7	42.4	37.0	3.3	0.6	3.7	0.8
4. แสดงบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่าง เหมาะสม เช่น พ่อแม่มีหน้าที่อบรม เลี้ยงดูลูก, ลูกมีหน้าที่ต้องเรียนหนังสือ และสามีภรรยาต้องซื่อสัตย์ต่อกัน	35.5	41.8	19.7	2.4	0.6	4.1	0.8
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม					3.7	0.7

จากตารางที่ 4.29 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการมีบรรทัดฐานในครอบครัว ทุกข้อซึ่งเป็นคำถามในเชิงบวกมีคะแนนโดยเฉลี่ย 3 คะแนนขึ้นไป ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การแสดงบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น พ่อแม่มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดูลูก ลูกมีหน้าที่ต้องเรียนหนังสือ และสามีภรรยาต้องซื่อสัตย์ต่อกันได้คะแนนเฉลี่ย 4.1 คะแนน รองลงมาคือ การที่แต่ละคนรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนว่าใครควรทำอะไร ให้ใคร มากน้อยเพียงใด ได้คะแนนเฉลี่ย 3.7 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.7 คะแนน

ตอนที่ 2 การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา และพฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา

1. การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา

1.1 การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา

ตารางที่ 4.30 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา

การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา	\bar{X}	S.D.
การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน	3.4	0.6
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	3.1	0.5
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	3.4	0.7
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	3.7	0.5
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	2.3	0.7

จากตารางที่ 4.30 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนได้ค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.7) รองลงมาได้แก่ การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (3.4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (3.1) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.3)

1.2 การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟิน

ตารางที่ 4.31 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟิน

การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟิน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย		
1. เด็ก ๆ ทุกคนต้องเป็นโรคฟินศุ	15.2	23.9	24.5	10.0	26.4	3.1	1.4
2. เด็ก ๆ ไม่จำเป็นต้องดูแลฟินน้ำนม เพราะเมื่อฟินน้ำนมหลุดไปจะมี ฟินแท้ขึ้นแทนที่	3.3	5.2	13.3	17.0	61.2	4.3	1.1
3. ฟินน้ำนมมีประโยชน์ในการเคี้ยวอาหารเท่านั้น	8.5	17.3	27.9	20.6	25.8	3.4	1.3
4. ฟินแท้ซี่แรกที่ขึ้นเป็นฟินหน้า	37.0	29.1	19.1	5.8	9.1	2.2	1.3
5. เมื่อฟินน้ำนมหลุด ฟินบนต้องนำไป โยนทิ้งบนพื้นดิน ส่วนฟินล่างต้อง โยนขึ้นหลังคาเพื่อฟินแท้ที่ขึ้นมาจะ ได้สวยงาม	9.1	9.1	22.4	22.1	37.3	3.7	1.3
6. ฟินศุ 1 ซี่แล้วจะลามไปยังฟินซี่อื่น ที่อยู่ข้าง ๆ	29.7	27.3	21.2	12.1	9.7	2.5	1.3
7. ฟินน้ำนมจะเริ่มศุที่ฟินกรามก่อน	15.8	16.4	23.3	21.2	23.3	3.2	1.4
8. ฟินน้ำนมแข็งแรงกว่าฟินแท้	3.0	2.7	13.9	15.5	64.8	4.4	1.0
9. ฟินน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟินแท้	12.7	9.1	22.7	15.8	39.7	3.6	1.4
10. การเก็บฟินปุ๋ยตายไขไว้สามารถ ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุได้	4.2	4.8	23.3	17.9	49.7	4.0	1.1
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม					3.4	0.6

จากตารางที่ 4.31 ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ฟินน้ำนมแข็งแรงกว่าฟินแท้ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.4 คะแนน รองลงมาคือ เด็ก ๆ ไม่จำเป็นต้องดูแลฟินน้ำนม เพราะเมื่อฟินน้ำนมหลุดไปจะมีฟินแท้ขึ้นแทนที่ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฟินแท้ซี่แรกที่ขึ้นเป็นฟินหน้า ได้คะแนนเฉลี่ย 2.2 คะแนน รองลงมาคือ ฟินศุหนึ่งซี่แล้วจะลามไปยังฟินซี่อื่นที่อยู่ข้าง ๆ ได้คะแนนเฉลี่ย 2.5 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.4 คะแนน

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.32 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. การให้บุตรรับประทานอาหารบ่อยครั้งในแต่ละวัน ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคฟันผุได้	2.7	4.2	16.1	17.6	59.4	4.3	1.1	
2. การให้บุตรดื่มนมขวดมีโอกาสรุนแรงต่อโรคฟันผุมากกว่าการให้บุตรดื่มนมมารดา	25.8	25.8	23.9	11.5	13.0	3.4	1.3	
3. การให้บุตรละเว้นขนมหวานหรือขนมขบเคี้ยวที่ติดฟันง่าย เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ฟันไม่ผุ	52.4	27.3	11.2	3.6	5.5	4.2	1.1	
4. การให้บุตรรับประทานขนมหวานร่วมกับมื้ออาหารแต่ละมื้อและแปรงฟันทันทีหลังรับประทานจะช่วยทำให้ฟันไม่ผุ	54.8	27.9	12.1	3.3	1.8	4.3	0.9	
5. การให้บุตรวัยนี้แปรงฟันเอง โดยมารดาไม่ได้แปรงซ้ำ ทำให้เกิดโรคฟันผุได้	25.5	28.8	30.9	8.5	6.4	3.6	1.1	
6. การแปรงฟันเพียงอย่างเดียวเพียงพอที่จะทำให้บุตรของท่านฟันไม่ผุ	3.6	16.7	33.9	21.2	24.5	3.5	1.1	
7. บุตรวัยนี้ควรหัดให้แปรงฟันเอง มารดาเพียงตรวจฟันให้หลังการแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก็จะทำให้บุตรมีฟันดี ไม่ผุ	24.2	30.9	26.1	8.5	10.3	2.5	1.2	
8. ถ้าฟันน้ำนมถูกถอนออกไปก่อนกำหนด จะทำให้ฟันแท้ที่ขึ้นใหม่มีโอกาสบิดเอียงหรือซ้อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในฟันแท้	15.2	21.5	34.8	14.2	14.2	3.1	1.2	
9. การที่บุตรชอบกัดเล็บทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย	3.0	8.5	28.2	24.5	35.8	3.8	1.1	
10. การที่มารดาตรวจฟันบุตรเพียงเดือนละ 1 ครั้ง จะช่วยให้บุตรมีฟันดี ไม่ผุ	15.2	19.4	21.2	19.1	25.2	3.2	1.4	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.1	0.5

จากตารางที่ 4.32 ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้บุตรรับประทานอาหารบ่อยครั้งในแต่ละวันช่วยลดโอกาสการเกิดโรคฟันผุได้ และการให้บุตรรับประทานขนมหวานร่วมกับมื้ออาหารในแต่ละมื้อและแปรงฟันทันทีหลังรับประทาน จะช่วยทำให้ฟันไม่ผุ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนน รองลงมาคือ การให้บุตรละเว้นขนมหวานหรือขนมขบเคี้ยวที่ติดฟันง่ายเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ฟันไม่ผุ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.2 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.1 คะแนน

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.33 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. โรคเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็กอาจมีสาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา	6.1	14.2	36.1	18.8	24.8	2.6	1.2	
2. อาการเริ่มแรกของฟันผุที่ปรากฏให้สังเกตเห็น คือ รู้สึกเสียวฟันเมื่อกินอาหารหวานจัด เบียร์วจัด หรือของเย็น	32.7	37.6	21.8	6.1	1.8	2.1	1.0	
3. โรคฟันผุในฟันน้ำนมอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคโพรงอากาศอักเสบในเด็ก	8.5	18.2	36.7	20.3	16.4	2.8	1.2	
4. การที่ฟันน้ำนมผุและหลุดก่อนกำหนด อาจส่งผลให้เด็กออกเสียงพยัญชนะบางตัวผิดเพี้ยนไป	22.1	28.5	27.0	13.9	8.5	3.4	1.2	
5. โรคฟันผุเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับบุตรของท่าน	53.6	30.9	10.9	3.0	1.5	4.3	1.0	
6. โรคฟันผุถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษานานเข้าจะเกิดเป็นฝีหนองที่ปลายรากฟันและทะลุออกมาบริเวณแก้มได้	29.4	24.8	23.0	11.2	11.5	3.5	1.3	
7. ผลเสียของโรคฟันผุที่ร้ายแรงที่สุดคือเชื้อโรคในช่องปากแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย	31.5	22.4	22.4	11.5	12.1	3.5	1.4	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.4	0.7

จากตารางที่ 4.33 ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ โรคฟันผุเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับบุตรของท่าน ได้คะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ อาการเริ่มแรกของฟันผุที่ปรากฏให้สังเกตเห็น คือ รู้สึกเสียวฟันเมื่อกินอาหารหวานจัด เบียร์วจัด หรือของเย็นจัด ได้คะแนนเฉลี่ย 2.1 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.4 คะแนน

1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.34 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและ การป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย		
1. การตรวจฟันให้บุตรวัยนี้เป็นสิ่งจำเป็น และควรเป็นหน้าที่ของ ทันตแพทย์	31.8	31.8	24.2	6.4	5.8	2.2	1.1
2. การพานบุตรไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่วัยนี้ เป็นสิ่งจำเป็นและควรกระทำอย่างยิ่ง	40.6	37.0	18.2	3.6	0.6	4.1	0.9
3. ถ้ามารดาเอาใจใส่ฟันบุตรตั้งแต่ฟันน้ำนม จะส่งผลให้บุตรมีพฤติกรรมดูแล สุขภาพช่องปากที่ดีเมื่อโตขึ้น	58.2	34.2	6.7	0.9	0.0	4.5	0.7
4. ถ้ามารดาดูแลให้บุตรวัยนี้แปรงฟันทุกวัน จะทำให้บุตรมีสุขภาพช่องปากที่ดี	65.2	29.4	5.2	0.3	0.0	4.6	0.6
5. การพานบุตรไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่วัยนี้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรกลัว ทันตแพทย์เมื่อบุตรโตขึ้น	6.1	7.3	18.2	17.3	51.2	4.0	1.2
6. ถ้ามารดาดูแลฟันน้ำนมไม่ให้ผุหรือ ถูกถอนก่อนกำหนดจะทำให้ฟันแท้ ขึ้นเป็นระเบียบสวยงาม	37.3	26.4	24.8	5.5	6.1	3.8	1.2
7. การที่มารดาแปรงฟันให้บุตรในวัยนี้ ทุกวัน นอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรค ฟันผุแล้ว ยังช่วยสร้างความรักความผูกพัน ระหว่างมารดาและบุตรได้อีกด้วย	50.0	31.5	15.5	2.1	0.9	4.3	0.9
8. ถ้าฟันน้ำนมผุ ไม่จำเป็นต้องรักษา เพราะฟันน้ำนมที่ผุจะหลุดไปเอง	2.7	10.0	24.8	19.7	42.7	2.1	1.1
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม					3.7	0.5

จากตารางที่ 4.34 ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ถ้ามารดาดูแลให้บุตรวัยนี้แปรงฟัน
ทุกวันจะทำให้บุตรมีสุขภาพช่องปากที่ดี ได้คะแนนเฉลี่ย 4.6 คะแนน รองลงมาคือ ถ้ามารดา
เอาใจใส่บุตรตั้งแต่ฟันน้ำนมจะส่งผลให้บุตรมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีเมื่อโตขึ้น ได้
คะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ถ้าฟันน้ำนมไม่จำเป็นต้องรักษา
เพราะฟันน้ำนมที่หลุดไปเอง ได้คะแนนเฉลี่ย 2.1 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.7
คะแนน

1.6 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.35 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย			
1. การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำให้ สิ้นเปลืองเงินทองมาก	1.8	4.5	16.4	24.2	53.0	1.8	1.0	
2. การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำให้ เสียเวลามาก	0.9	1.8	13.0	22.4	61.8	1.6	0.9	
3. เป็นเรื่องยุ่งยากในการทำความสะอาด ช่องปากบุตรวัยนี้	2.7	3.9	14.8	18.5	60.0	1.7	1.0	
4. การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำได้ยาก เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางพา บุตรไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข	3.9	6.4	20.6	23.9	45.2	2.0	1.1	
5. การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำได้ยาก เนื่องจากเด็กคูโหมยขาขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลม จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ซึ่งจูงใจให้เด็กซื้อมารับประทาน	23.6	25.8	30.0	11.2	9.4	3.4	1.2	
6. การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำได้ยาก เนื่องจากโรงเรียนขายขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลม แก่เด็กนักเรียน	22.7	21.5	33.0	11.5	11.2	3.3	1.3	
						ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.3	0.7

จากตารางที่ 4.35 ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยนี้ทำได้ยากเนื่องจากเด็กคูโหมยขาขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลม จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ซึ่งจูงใจให้เด็กซื้อมารับประทาน ได้คะแนนเฉลี่ย 3.4 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ทำให้เสียเวลามาก ได้คะแนนเฉลี่ย 1.6 คะแนน และได้ค่าเฉลี่ยโดยรวม 2.3 คะแนน

2. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา

2.1 การทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา

ตารางที่ 4.36 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาโดยการแสดงจำนวนและร้อยละ

การทำความสะอาดช่องปากเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
1. การเริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก		
- ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นในช่องปาก	157	47.6
- ตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้น	109	33.0
- เมื่อเด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบเต็มปาก	55	16.7
- ตั้งแต่ฟันแท้ซี่แรกขึ้นในช่องปาก	9	2.7
รวม	330	100.0
2. วิธีที่มารดาให้เด็กทำความสะอาดช่องปาก		
- ให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟัน	320	97.0
- ให้เด็กอมน้ำยาบ้วนปากเพื่อฆ่าเชื้อโรคในช่องปาก	8	2.4
- ให้เด็กเลี่ยงอาหารที่มีเส้นใย เช่น มันแกว	2	0.6
รวม	330	100.0
3. อายุของเด็กเมื่อมารดาแปรงฟันให้เป็นครั้งแรก		
- 1 ปี	125	37.9
- น้อยกว่า 1 ปี	112	33.9
- 2 ปี	71	21.5
- 3 ปี	21	6.4
- 4 ปี	1	0.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.36 (ต่อ)

การทำความสะอาดช่องปากเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
4. อายุของเด็กเมื่อมารดาเริ่มหัดให้เด็กแปรงฟันเองเป็นครั้งแรก		
- 2 ปี	129	39.1
- 3 ปี	89	27.0
- 1 ปี	82	24.8
- 4 ปี	28	8.5
- 5 ปี	2	0.6
รวม	330	100.0
5. การช่วยแปรงฟันให้เด็ก		
- มารดาช่วยแปรงฟันให้เด็ก วันละ 1 ครั้ง	144	43.7
- มารดาช่วยแปรงฟันให้เด็ก มากกว่าวันละ 1 ครั้ง	73	22.1
- มารดาไม่ได้ช่วยแปรงฟันให้เด็ก ให้เด็กแปรงฟันเอง	73	22.1
- มารดาช่วยแปรงฟันให้เด็ก น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	40	12.1
รวม	330	100.0
6. ช่วงเวลาที่แปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กแปรงฟันเอง		
- 2 ครั้งตอนเช้าและตอนเย็น	207	62.7
- 1 ครั้งตอนเช้า	88	26.7
- 3 ครั้งตอนเช้า ตอนกลางวันและตอนเย็น	19	5.8
- 1 ครั้งตอนเย็น	16	4.8
รวม	330	100.0
7. ระยะเวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้ง		
- 1 นาที	128	38.7
- 2 นาที	156	47.3
- 4 นาที	25	7.6
- 5 นาที	21	6.4
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.36 (ต่อ)

การทำความสะอาดช่องปากเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
8. วิธีแปรงฟันที่มารดาแปรงให้เด็กหรือให้เด็กแปรง		
- ถูไปมาตามขวางและปิดขึ้นลง	171	51.8
- ฟันบนปิดลงล่าง ฟันล่างปิดขึ้นบน	156	47.3
- ทั้งฟันบนและฟันล่างใช้แปรงถูแรง ๆ	3	0.9
รวม	330	100.0
9. ลักษณะของแปรงสีฟันที่มารดาให้เด็กใช้		
- ขนแปรงหน้าตัดเรียบ ไม่แข็ง และมีด้ามตรง	246	74.5
- ขนแปรงหน้าตัดโค้งตามแนวฟัน และมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ	51	15.5
- ขนแปรงหน้าตัดโค้งตามแนวฟัน และขนแปรงชัน	26	7.9
- ขนแปรงหน้าตัดเรียบ แข็งและมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ	7	2.1
รวม	330	100.0
10. การให้เด็กเก็บแปรงสีฟันหลังจากใช้แล้ว		
- วางหรือแขวนในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก	260	78.8
- เก็บไว้ในกล่องที่ใส่แปรงเช่นเดิม	60	18.2
- เก็บอย่างไรก็ได้	7	2.1
- ในตู้มิดชิด	3	0.9
รวม	330	100.0
11. การเปลี่ยนแปลงสีฟันอันใหม่ให้เด็ก		
- เมื่อขนแปรงเริ่มบานออก	174	52.7
- เมื่อใช้แปรงนาน 6 เดือน	93	28.2
- เมื่อขนแปรงอ่อนกว่าเดิมมาก	62	18.8
- เมื่อใช้แปรงนาน 1 ปี	1	0.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.36 (ต่อ)

การทำความสะอาดช่องปากเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
12. ลักษณะยาสีฟันที่มารดาให้เด็กใช้		
- ชนิดเป็นครีม เป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก	304	92.1
- ชนิดเป็นครีม เป็นยาสีฟันสำหรับผู้ใหญ่	20	6.1
- ชนิดเป็นครีมมีฟองมาก ๆ	5	1.5
- ชนิดเป็นผง เช่น วิเศษนิยม	1	0.3
รวม	330	100.0
13. วิธีใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กใช้ในการแปรงฟัน		
- ให้บีบยาสีฟันให้ทั่วขนแปรงสีฟัน	180	54.6
- ใช้ขนแปรงแตะที่ยาสีฟันเท่านั้น	106	32.1
- ใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าไรก็ได้	44	13.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.37 จำนวนและร้อยละของมารดาที่ปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

การทำความสะอาดช่องปากเด็ก	มารดาที่ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การเริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก	109	33.0
2. วิธีที่มารดาให้เด็กทำความสะอาดช่องปาก	320	97.0
3. อายุของเด็กเมื่อมารดาแปรงฟันให้เป็นครั้งแรก	112	33.9
4. อายุของเด็กเมื่อมารดาเริ่มหัดให้เด็กแปรงฟันเองเป็นครั้งแรก	82	24.8
5. การช่วยแปรงฟันให้เด็ก	73	22.1
6. ช่วงเวลาที่แปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กแปรงฟันเอง	226	68.5
7. ระยะเวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้ง	156	47.3
8. วิธีแปรงฟันที่มารดาแปรงให้เด็กหรือให้เด็กแปรง	171	51.8
9. ลักษณะของแปรงสีฟันที่มารดาให้เด็กใช้	246	74.5
10. การให้เด็กเก็บแปรงสีฟันหลังจากใช้แล้ว	260	78.8
11. การเปลี่ยนแปรงสีฟันอันใหม่ให้เด็ก	174	52.7
12. ลักษณะยาสีฟันที่ท่านให้เด็กใช้	304	92.1
13. วิธีใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กใช้ในการแปรงฟัน	106	32.1

จากตารางที่ 4.36 และ 4.37 เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาที่ถูกต้อง มารดาร้อยละ 33.0 เริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้น มารดาให้เด็กทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน ร้อยละ 97.0 มารดาแปรงฟันให้เด็กเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 33.9 มารดาหัดให้เด็กแปรงฟันเองเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 24.8 มารดาช่วยแปรงฟันให้เด็กมากกว่าวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 22.1 มารดาให้เด็กแปรงฟันเองอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.5 ใช้เวลาแปรงฟันครั้งละ 2 นาที ร้อยละ 47.3 แปรงฟันโดยวิธีถูไปมาตามขวางและปัดขึ้นลง ร้อยละ 51.8 แปรงสีฟันที่มารดาเด็กใช้มีขนแปรงหน้าตัดเรียบ ไม่แข็งและด้ามตรง ร้อยละ 74.5 หลังจากใช้แปรงแล้วมารดาให้เด็กวางหรือแขวนแปรงในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ร้อยละ 78.8 เมื่อขนแปรงเริ่มบานออก มารดาเปลี่ยนแปรงสีฟันอันใหม่ให้เด็ก ร้อยละ 52.7 ยาสีฟันที่มารดาให้เด็กใช้เป็นยาสีฟันสำหรับเด็กชนิดเป็นครีม ร้อยละ 92.1 วิธีใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กใช้ในการแปรงฟัน ใช้ขนแปรงแตะที่ยาสีฟันเท่านั้น ร้อยละ 32.1

2.2 การตรวจฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนของมารดา

ตารางที่ 4.38 พฤติกรรมการตรวจฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนของมารดาโดยการแสดงจำนวน และร้อยละ

การตรวจฟันให้เด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	4	1.2
บางครั้ง	175	53.0
ทำประจำ	151	45.8
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.38 มารดาส่วนใหญ่ตรวจดูฟันหรือดูความสะอาดฟันเด็กเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ ทำเป็นประจำ และไม่เคยมั้เลย (ร้อยละ 45.8 และ 1.2 ตามลำดับ)

2.3 การพาเด็กไปพบทันตแพทย์

ตารางที่ 4.39 พฤติกรรมการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ

การพาเด็กไปพบทันตแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การพาเด็กไปพบทันตแพทย์		
ไม่เคย	177	53.6
เคย	153	46.4
รวม	330	100.0
สาเหตุที่มารดาพาไปพบทันตแพทย์		
เพื่อตรวจฟัน	86	26.1
เด็กมีอาการเสียวฟันหรือปวดฟัน	48	14.5
เพื่อเคลือบฟลูออไรด์	42	12.7
เพื่อถอนฟัน	19	5.8
เพื่ออุดฟัน	6	1.8
สาเหตุที่มารดาไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์		
ฟันเด็กไม่มีปัญหาจึงไม่จำเป็นต้องพาไป	114	34.5
เด็กกลัวทันตแพทย์	41	12.4
ไม่มีเวลาพาเด็กไป	32	9.7
ฟันของเด็กเป็นฟันน้ำนมจึงไม่ต้องรักษา	26	7.9
ไม่มีเงิน	5	1.5

จากตารางที่ 4.39 มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ (ร้อยละ 53.6) สาเหตุที่มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ คือ เพื่อตรวจฟัน (ร้อยละ 26.1) รองลงมาคือ เมื่อเด็กมีอาการเสียวฟันหรือปวดฟัน (ร้อยละ 14.5) สาเหตุที่มารดาไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ คือ ฟันเด็กไม่มีปัญหา (ร้อยละ 34.5) รองลงมา คือ เด็กกลัวทันตแพทย์ (ร้อยละ 12.4)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานขนม/อาหารว่าง และเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียนและ
พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

3.1 การดื่มนมของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.40 การดื่มนมของเด็กก่อนวัยเรียน โดย การแสดงจำนวนและร้อยละ

การดื่มนม	จำนวน	ร้อยละ
1. การดื่มนม		
- ไม่ดื่มนม	0	0.0
- ดื่มนม	330	100.0
รวม	330	100.0
2. การดื่มนมแม่		
- ไม่ดื่มนมแม่	329	99.7
- ดื่มนมแม่	1	0.3
รวม	330	100.0
3. การดื่มนมขวด		
- ไม่ดื่มนมขวด	240	72.7
- ดื่มนมขวด	90	27.3
รวม	330	100.0

3.2 การดูคนมขวดของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.41 การดูคนมขวดของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ

การดูคนมขวด	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วงเวลาของการดูคนมขวด		
- ทุกคืนก่อนนอน	74	82.2
- ทุกวัน แต่ไม่เป็นเวลา หรือบางวัน	16	17.8
รวม	90	100.0
2. การดื่มน้ำหลังจากดูคนมขวด		
- ดื่มน้ำตามหลังจากดูคนมขวด	68	75.6
- ไม่ดื่มน้ำตามหลังจากดูคนมขวด	22	24.4
รวม	90	100.0

จากตารางที่ 4.40 และ 4.41 พบว่า เด็กทุกคนยังดื่มนม โดยมีเด็กเพียง 1 คนที่ยังดื่มนมแม่ เด็กที่ดูคนมขวดมีร้อยละ 27.3 ในกลุ่มเด็กที่ดูคนมขวดนี้ มีเด็กที่ดูคนมขวดทุกคืนก่อนนอน ร้อยละ 82.2 และเด็กที่ดูคนมขวดแล้วไม่ดื่มน้ำตามร้อยละ 24.4

3.3 การรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.42 การรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงจำนวนและร้อยละ

การรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
1. การกินขนมนอกมื้ออาหาร		
- ทุกวัน	225	68.2
- ไม่ทุกวัน	105	31.8
รวม	330	100.0
2. ช่วงเวลาที่กินขนมนอกมื้ออาหาร		
- กินเวลากลางคืน	153	46.4
- ไม่กินเวลากลางคืน	177	53.6
รวม	330	100.0
3. การกินขนมนอกมื้ออาหาร		
- 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน	220	66.6
- 3 – 4 ครั้งต่อวัน	96	29.1
- มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน	14	4.3
รวม	330	100.0
4. ขนมที่กินนอกมื้ออาหารบ่อยที่สุด		
- กินนอกมื้ออาหาร	319	96.7
- ขนมปังกรอบ ขนมบรรจุถุง	245	74.3
- เยลลี่ ไอศกรีม ขนมไทย	37	11.2
- ช็อกโกแลต เค้ก ลูกกี้	15	4.6
- ลูกอม ทอฟฟี่	12	3.6
- ลูกชิ้น ปลาหมึก	6	1.8
- ผลไม้	3	0.9
- ผลิตภัณฑ์จากผลไม้นำมาแปรรูป เช่น บัวแยม	1	0.3
- ไม่กินนอกมื้ออาหาร	11	3.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.42 (ต่อ)

การรับประทานขนม/อาหารว่างและเครื่องดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน นอกมื้ออาหาร		
- 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน	283	85.8
- 3 – 4 ครั้งต่อวัน	44	13.3
- มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน	3	0.9
รวม	330	100.0

จากตารางที่ 4.42 พบว่าเด็กส่วนใหญ่กินขนมนอกมื้ออาหารทุกวัน (ร้อยละ 68.2) เด็กกินขนมเวลากลางวัน พบถึงร้อยละ 46.4 เด็กส่วนใหญ่กินขนมนอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 66.6) ขนมที่เด็กกินนอกมื้ออาหารบ่อยที่สุด ได้แก่ขนมปังกรอบ ขนมบรรจุถุง (ร้อยละ 74.2) เด็กส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน นอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 85.8)

3.4 พฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.43 พฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียนโดยการแสดงจำนวน และร้อยละ

การแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสม่ำเสมอในการแปร่งฟัน		
- แปร่งทุกวัน	301	91.2
- แปร่งบางวัน	26	7.9
- ไม่ค่อยได้แปร่ง	3	0.9
รวม	330	100.0
2. ช่วงเวลาที่แปร่งฟัน		
- ตอนเช้า	321	97.3
- ก่อนนอน	275	83.3
- ตอนกลางวัน	187	56.7
- ตอนเย็น	97	29.4
3. ความถี่ในการแปร่งฟันต่อวัน		
- 3 ครั้งหรือมากกว่า	193	58.5
- 2 ครั้ง	114	34.5
- 1 ครั้ง	23	7.0
รวม	330	100.0
4. การใช้ยาสีฟัน		
- ใช้ยาสีฟัน	329	99.7
คอลเกต	137	41.5
ไม่รู้จักชื่อยาสีฟันที่ใช้	89	27.0
โคโคโม	86	26.1
ดาร์ลี่	11	3.3
ดอกบัวคู่	5	1.5
ซอลต์	1	0.3
- ไม่ใช้ยาสีฟัน	1	0.3
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.43 (ต่อ)

การแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียน	จำนวน	ร้อยละ
5. การช่วยแปร่งฟัน		
- เด็กแปร่งฟันด้วยตนเองคนเดียว ไม่มีผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) ช่วยแปร่งให้	287	87.0
- มีผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) ช่วยแปร่งซ้ำให้เด็ก	38	11.5
- ผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) แปร่งให้เด็ก เด็กยังไม่ได้แปร่งฟันเอง	5	1.5
รวม	330	100.0

ตารางที่ 4.44 จำนวนและร้อยละของเด็กที่ปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการแปร่งฟัน

การแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียน	เด็กที่ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสม่ำเสมอในการแปร่งฟัน	301	91.2
2. ความถี่ในการแปร่งฟันต่อวัน	307	93.0
3. การใช้ยาสีฟันในการแปร่งฟัน	329	99.7
4. การมีผู้ใหญ่ช่วยแปร่งฟัน	38	11.5

จากตารางที่ 4.43 และ 4.44 พบว่าเด็กส่วนใหญ่แปร่งฟันทุกวัน (ร้อยละ 91.2) และแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 93.0) มีเด็กไม่ใช้ยาสีฟันในการแปร่งฟัน 1 คน เด็กส่วนใหญ่แปร่งฟันด้วยตนเองคนเดียว ไม่มีผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) ช่วยแปร่งให้ (ร้อยละ 87.0)

ตอนที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.45 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นโรคฟันผุ และค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด
จำแนกตามอายุ

อายุของเด็ก (ปี)	จำนวน (คน)	ผู้เป็นโรคฟันผุ		ค่าเฉลี่ยผุถอนอุด (ซี่/คน)	S.D.
		จำนวน	ร้อยละ		
4	161	110	68.3	4.5	4.5
5	169	131	77.5	5.4	4.7
รวม	330	241	73.0	5.0	4.6

จากตารางที่ 4.45 เด็กอายุ 4 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 68.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5
ซี่/คน เด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 77.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.4 ซี่/คน และ เด็กอายุ 4-5
ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 73.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.0 ซี่/คน

ตารางที่ 4.46 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแสดงค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด

สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (ซี่)	\bar{X}	S.D.
ฟันผุ	2.6	2.7
ฟันถอน	2.2	3.4
ฟันอุด	0.2	0.7
ฟันผุ ถอน อุด	5.0	4.7

จากตารางที่ 4.46 เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.0 ซี่/คน โดยมีค่าเฉลี่ย
ฟันผุ 2.6 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันถอน 2.2 ซี่/คน และมีค่าเฉลี่ยฟันอุด 0.2 ซี่/คน

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 4.47 การวิเคราะห์ตัวทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	R ² (%)	R ² adjusted (%)	R ² change (%)	B	Beta (β)	SEB	t
1. มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์	6.4	5.8	6.4	2.751	.221	.928	2.964
2. การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน	12.0	10.8	5.6	-2.280	-.258	.658	-3.466
3. ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน	16.8	15.1	4.8	4.193	.185	1.725	2.431
4. มารดาตรวจฟันเด็ก	20.0	17.7	3.1	2.112	.171	.917	2.303
5. ความถี่ในการแปรงฟัน ค่าคงที่	22.7	20.0	2.7	3.984	.169	1.779	2.240
	-	-	-	9.848	-	2.403	4.098

R = 0.477 ; R² = 0.227 ; R²adj = 0.200 ; SEE = 5.5438 ; F_(5,142) = 8.348

จากตารางที่ 4.47 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ พบว่า จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 37 ตัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มี 5 ปัจจัย ได้แก่ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็ก และความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก โดยตัวแปรทั้ง 5 ปัจจัย สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กได้ร้อยละ 22.7 (R² 22.7) มีเพียงการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับสภาวะสุขภาพช่องปากที่เหลืออีก 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ปัจจัย สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ดังนี้

1. ตัวแปรมารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 6.4 (R^2 change 6.4) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุถอนออกไปจากค่าประมาณการในประชากร + 6.0 ซี่ ถึง -6.0 ซี่

2. ตัวแปรการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 5.6 (R^2 change 5.6) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุถอนออกไปจากค่าประมาณการในประชากร + 5.9 ซี่ ถึง -5.9 ซี่

3. ตัวแปรความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 4.8 (R^2 change 4.8) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุถอนออกไปจากค่าประมาณการในประชากร + 5.7 ซี่ ถึง -5.7 ซี่

4. ตัวแปรมารดาตรวจฟันเด็ก ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 3.1 (R^2 change 3.1) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุถอนออกไปจากค่าประมาณการในประชากร + 5.6 ซี่ ถึง -5.6 ซี่

5. ตัวแปรความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 2.7 (R^2 change 2.7) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุถอนออกไปจากค่าประมาณการในประชากร + 5.5 ซี่ ถึง -5.5 ซี่

และเมื่อเปรียบเทียบความสำคัญของตัวแปรอิสระจากค่า beta พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ($\beta = -.258$) รองลงมาคือ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ($\beta = .221$) ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก ($\beta = .185$) มารดาตรวจฟันเด็ก ($\beta = .171$) และความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก ($\beta = .169$) ตามลำดับ

นั่นคือ มารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก การที่มารดาตรวจฟันเด็กและความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก สามารถทำนายสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ร้อยละ 22.7 โดยจำนวนฟันผุถอนออกที่ทำนายได้จะคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง + 5.5 ถึง -5.5 ซี่ โดยมีสมการในการทำนายดังนี้

$$\hat{y} = 9.848 + 2.751 (\text{มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์}) - 2.280 (\text{การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน}) + 4.193 (\text{ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก}) + 2.112 (\text{มารดาตรวจฟันเด็ก}) + 3.984 (\text{ความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก})$$

\hat{y} คือ จำนวนฟันผุตอนอุดของเด็ก (ซี่)

จากสมการนี้อธิบายว่า

- เด็กที่มารดาเคยพาไปพบทันตแพทย์จะมีจำนวนฟันผุตอนอุดมากกว่าเด็กที่มารดาไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์ 2.8 เท่า
- เด็กที่มารดามีค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จำนวนฟันผุตอนอุดของเด็กกลุ่มนี้จะลดลง 2.3 เท่า
- เด็กที่แปรงฟันทุกวันจะมีจำนวนฟันผุตอนอุดน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้แปรงฟันทุกวัน 4.2 เท่า
- เด็กที่มารดาตรวจฟันให้เป็นประจำจะมีจำนวนฟันผุตอนอุดน้อยกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้ตรวจฟันให้เป็นประจำ 2.1 เท่า
- เด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าสองครั้งต่อวัน จะมีจำนวนฟันผุตอนอุดมากกว่าเด็กที่แปรงฟันเท่ากับหรือมากกว่าสองครั้งต่อวัน 4.0 เท่า

โดยสรุปแล้ว ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ปัจจัยนี้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุตอนอุดได้เพียงหนึ่งส่วนจากห้าส่วนเท่านั้น

ตารางที่ 4.48 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันผุโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	R ² (%)	R ² adjusted (%)	R ² change (%)	B	Beta (β)	SEB	t
1.ความถี่ในการแปรงฟัน	6.0	5.4	6.0	2.413	.202	.918	2.628
2.การศึกษาของมารดา	11.4	10.2	5.4	-.133	-.163	.065	-2.061
3. มารดาตรวจฟันเด็ก	14.5	12.7	3.0	1.131	.180	.475	2.380
4. ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน	17.1	14.8	2.6	2.146	.187	.888	2.418
5. การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน	20.1	17.3	3.0	-.819	-.182	.356	-2.304
ค่าคงที่	-	-	-	5.325	-	1.273	4.184

$$R = 0.448 ; R^2 = 0.201 ; R^2 \text{ adj} = 0.173 ; \text{SEE} = 2.8667 ; F_{(5,142)} = 7.129$$

จากตารางที่ 4.48 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ พบว่า จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 37 ตัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก การศึกษาของมารดา มารดาตรวจฟันเด็ก ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน โดยตัวแปรทั้ง 5 ปัจจัย สามารถอธิบายจำนวนฟันผุในเด็กได้ร้อยละ 20.1 (R^2 20.1) มีเพียงการศึกษาของมารดาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับจำนวนฟันผุ ที่เหลืออีก 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ปัจจัย สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ดังนี้

1. ตัวแปรความถี่ในการแปรงฟันของเด็กเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุมากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 6.0 (R^2 change 6.0) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุไปจากค่าประมาณการในประชากร + 3.1 ซึ่ง ถึง -3.1 ซึ่ง

2. ตัวแปรการศึกษาของมารดา ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 5.4 (R^2 change 5.4) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุไปจากค่าประมาณการในประชากร + 3.0 ซึ่ง ถึง - 3.0 ซึ่ง

3. ตัวแปรมารดาตรวจฟันเด็ก ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 3.0 (R^2 change 3.0) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุไปจากค่าประมาณการในประชากร + 2.9 ซึ่ง ถึง -2.9 ซึ่ง

4. ตัวแปรความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 2.6 (R^2 change 2.6) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุไปจากค่าประมาณการในประชากร + 2.9 ซึ่ง ถึง -2.9 ซึ่ง

5. ตัวแปรการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 3.0 (R^2 change 3.0) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันผุไปจากค่าประมาณการในประชากร + 2.9 ซึ่ง ถึง -2.9 ซึ่ง

และเมื่อเปรียบเทียบความสำคัญของตัวแปรอิสระจากค่า beta พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก ($\beta = .202$) รองลงมาคือ ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก ($\beta = .187$) การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ($\beta = .182$) มารดาตรวจฟันเด็ก ($\beta = .180$) และการศึกษาของมารดา ($\beta = -.163$) ตามลำดับ

นั่นคือ ความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก การศึกษาของมารดา มารดาตรวจฟันเด็ก ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน

สามารถทำนายจำนวนฟันผุได้ร้อยละ 20.1 โดยจำนวนฟันผุที่ทำนายได้จะคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง + 2.9 ถึง - 2.9 ซึ่ง โดยมีสมการในการทำนายดังนี้

$$\hat{y} = 5.325 + 2.413 (\text{ความถี่ในการแปรงฟัน}) - 0.133 (\text{การศึกษาของมารดา}) + 1.131 (\text{มารดาตรวจฟันเด็ก}) + 2.146 (\text{ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก}) - 0.819 (\text{การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน})$$

\hat{y} คือ จำนวนฟันผุในเด็ก (ซี่)

จากสมการนี้อธิบายว่า

- เด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าสองครั้งต่อวันจะมีจำนวนฟันผุมากกว่าเด็กที่แปรงฟันเท่ากับหรือมากกว่าสองครั้งต่อวัน 2.4 เท่า
- เด็กที่มารดามีการศึกษาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย จำนวนฟันผุของเด็กกลุ่มนี้จะลดลง 0.1 เท่า
- เด็กที่มารดาตรวจฟันให้เป็นประจำจะมีจำนวนฟันผุน้อยกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้ตรวจฟันให้เป็นประจำ 2.1 เท่า
- เด็กที่แปรงฟันทุกวันจะมีจำนวนฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้แปรงฟันทุกวัน 2.1 เท่า
- เด็กที่มารดามีค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จำนวนฟันผุของเด็กกลุ่มนี้จะลดลง 0.8 เท่า

โดยสรุปแล้ว ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ปัจจัยนี้ยังอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันผุได้เพียงหนึ่งส่วนจากห้าส่วนเท่านั้น

ตารางที่ 4.49 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันถอน โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับ
ความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression
Analysis)

ตัวแปร	R ² (%)	R ² adjusted (%)	R ² change (%)	B	Beta (β)	SEB	t
1.มารดาพาเด็กไปพบ ทันตแพทย์	6.0	5.3	6.0	2.076	.238	.690	3.010
2. การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับ ธรรมชาติของฟัน ค้ำงที่	9.6	8.3	3.6	-1.183	-.191	.490	-2.413
	-	-	-	5.994	-	1.770	3.386

R = 0.310 ; R² = 0.096 ; R²adj = 0.083 ; SEE = 4.1628 ; F_(5,142) = 7.695

จากตารางที่ 4.49 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ พบว่า จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 37 ตัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนฟันถอนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มี 2 ปัจจัย ได้แก่ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน โดยตัวแปรทั้ง 2 ปัจจัยสามารถอธิบายจำนวนฟันผุในเด็กได้ร้อยละ 9.6 (R² 9.6) โดยมารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจำนวนฟันถอน ขณะที่การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟันมีความสัมพันธ์ในทางลบ โดยตัวแปรอิสระ 2 ปัจจัย สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ดังนี้

1. ตัวแปรมารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันถอนมากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันถอนได้ร้อยละ 6.0 (R² change 6.0) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันถอนไปจากค่าประมาณการในประชากร + 4.2 ซี่ ถึง - 4.2 ซี่

2. ตัวแปรการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันถอนได้ร้อยละ 3.6 (R² change 3.6) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันถอนไปจากค่าประมาณการในประชากร + 4.2 ซี่ ถึง - 4.2 ซี่

และเมื่อเปรียบเทียบความสำคัญของตัวแปรอิสระจากค่า beta พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ (beta = .238) รองลงมาคือ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน (beta = -.191)

นั่นคือ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน สามารถทำนายจำนวนฟันถอนได้ร้อยละ 9.6 โดยจำนวนฟันถอนที่ทำนายได้จะคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง +4.2 ถึง -4.2 ซึ่ โดยมีสมการในการทำนายดังนี้

$$\hat{y} = 5.994 + 2.076 (\text{มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์}) - 1.183 (\text{การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน})$$

\hat{y} คือ จำนวนฟันถอนในเด็ก (ซี่)

จากสมการนี้อธิบายว่า

- เด็กที่มารดาเคยพาไปพบทันตแพทย์จะมีจำนวนฟันถอนมากกว่าเด็กที่มารดาไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์ 2.1 เท่า
- เด็กที่มารดามีค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จำนวนฟันถอนของเด็กกลุ่มนี้จะลดลง 1.2 เท่า

ตารางที่ 4.50 การวิเคราะห์ตัวทำนายจำนวนฟันอุดโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	R ² (%)	R ² adjusted (%)	R ² change (%)	B	Beta (β)	SEB	t
1.มารดาพาเด็กไปพบ ทันตแพทย์	3.4	2.7	3.4	.136	.197	..055	.197
2. อายุของมารดา ค่าคงที่	6.6	5.3	3.2	-1.100E-02	-.18	.005	-.180
	-	-	-	0.361	-	.160	2.247

R = 0.256 ; R² = 0.066 ; R² adj = 0.053 ; SEE = 0.3341 ; F_(5,142) = 5.099

จากตารางที่ 4.50 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ พบว่า จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 37 ตัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนฟันอุดอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มี 2 ปัจจัย ได้แก่ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์

และอายุของมารดา โดยตัวแปรทั้ง 2 ปัจจัย สามารถอธิบายจำนวนฟันอุดในเด็กได้ร้อยละ 6.6 (R^2 6.6) โดยมารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจำนวนฟันอุด ขณะที่อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ในทางลบ โดยตัวแปรอิสระ 2 ปัจจัย สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ดังนี้

1. ตัวแปรมารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันอุดมากที่สุด โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันอุดได้ร้อยละ 3.4 (R^2 change 3.4) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันอุดไปจากค่าประมาณการในประชากร + 0.3 ซี ถึง - 0.3 ซี

2. ตัวแปรอายุของมารดา ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของจำนวนฟันอุดได้ร้อยละ 3.2 (R^2 change 3.2) โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณจำนวนฟันอุดไปจากค่าประมาณการในประชากร + 0.3 ซี ถึง - 0.3 ซี

และเมื่อเปรียบเทียบความสำคัญของตัวแปรอิสระจากค่า beta พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ($\beta = .197$) รองลงมาคือ อายุของมารดา ($\beta = -.180$)

นั่นคือ มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ และอายุของมารดา สามารถทำนายจำนวนฟันอุดได้ร้อยละ 6.6 โดยจำนวนฟันอุดที่ทำนายได้จะคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง + 0.3 ถึง - 0.3 ซี โดยมีสมการในการทำนายดังนี้

$$\hat{y} = 0.361 + 0.136 (\text{มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์}) - (1.100E-02) (\text{อายุของมารดา})$$

\hat{y} คือ จำนวนฟันอุดในเด็ก (ซี)

จากสมการนี้อธิบายว่า

- เด็กที่มารดาเคยพาไปพบทันตแพทย์จะมีจำนวนฟันอุดมากกว่าเด็กที่มารดาไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์ 0.1 เท่า
- เด็กที่มารดามีอายุเพิ่มขึ้นหนึ่งปี จำนวนฟันอุดของเด็กกลุ่มนี้จะลดลง (1.100E-02) เท่า

ตอนที่ 6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน

จากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดสูง จำนวน 7 คน และมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดต่ำ จำนวน 9 คน พบว่า มารดาทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประถมศึกษา มีอาชีพแม่บ้านหรือรับจ้าง และมีรายได้น้อยกว่า 5,000.- บาทต่อเดือน พฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดต่ำแตกต่างจากมารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดสูงคือ มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดต่ำจะไม่ให้เด็กนอนหลับคาขวดนมและให้มีการดื่มน้ำตามหลังดื่มนมเสร็จ มารดาเลี้ยงเด็กด้วยนมรสจืด มารดาดูแลให้เด็กแปรงฟันตอนเช้าและตอนเย็นทุกวัน นอกจากนี้มารดายังตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ ขณะที่มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดสูงจะปล่อยให้เด็กดื่มนมจนหลับคาขวด เด็กบางคนปัจจุบันก็ยังดื่มนมขวด มารดาเลี้ยงเด็กด้วยนมรสหวาน มารดาไม่ได้เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ส่วนใหญ่ให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่ได้ช่วยดูแลขณะที่เด็กแปรงฟัน เด็กบางคนแปรงฟันเฉพาะตอนเช้าเท่านั้นและเด็กบางคนไม่ได้แปรงฟันทุกวัน นอกจากนี้มารดาไม่ได้ตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ มารดาบางคนไม่เคยตรวจฟันให้เด็กเลย ส่วนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เหมือนกันคือ มารดาทั้ง 2 กลุ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้น โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดเหงือกให้เด็ก มารดาไม่ให้เงินค่าขนมแก่เด็กเมื่อเด็กไปโรงเรียน แต่มารดาจะเป็นผู้เลือกซื้อขนมให้เด็กรับประทานเชื่อก่อนเข้าโรงเรียนหรือเวลาไปรับเด็กเมื่อเด็กเลิกเรียน มารดาไม่ให้เด็กซื้อขนมกินเอง แต่บางครั้งมารดาก็ซื้อขนมตามใจเด็กบ้าง และมารดาไม่เคยใช้ขนมหวานในการทำให้เด็กหยุดงอแงหรือหยุดร้องไห้ มารดาทั้ง 2 กลุ่มแสดงความคิดเห็นว่าร้านขายขนมหน้าโรงเรียนมีขนมที่ทำให้เด็กฟันผุอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดาและรายได้ของมารดาไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในเด็ก แต่ฟันผุเกิดจากการดื่มนมขวด การอมลูกอม และการไม่แปรงฟัน มารดาบางคนบอกว่าลูกฟันผุเพราะช่วงที่มารดาตั้งครรภ์ มารดากินอาหารที่ไม่มีประโยชน์คือชอบกินน้ำอัดลมตอนตั้งครรภ์ ลูกจึงฟันผุ มารดาส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากเจ้าหน้าที่ในสถานบริการของรัฐ เช่น โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยตั้งแต่ฝากครรภ์ และเคยได้รับความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพจากรายการทางโทรทัศน์

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางครอบครัวซึ่งได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรสและเด็กก่อนวัยเรียน คุณลักษณะของครอบครัว การรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา พฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พฤติกรรมการรับประทานนม/อาหารว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน ที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก และมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 330 คู่ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามมารดาแบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน และแบบตรวจช่องปาก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

1. สรุปการวิจัย

1.1 การศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรสและเด็กก่อนวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งมารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 55.8 และ 58.2 ตามลำดับ) เด็กมีอายุ 5 ปี และ 4 ปี ร้อยละ 51.2 และ 48.8 ตามลำดับ ทั้งมารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.6 และ 39.7 ตามลำดับ) ทั้งมารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.8 และ 55.2 ตามลำดับ) มารดาส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท คู่สมรสส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 45.1 และ 43.8 ตามลำดับ) รายได้ต่อเดือนของคู่สมรสโดยเฉลี่ยสูงกว่ามารดา คือ 8,343.32 และ 5,179.68 บาทตามลำดับ เด็ก มารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.2 , 90.3 และ 92.1 ตามลำดับ) โดยโรคประจำตัวอันดับหนึ่งของเด็ก มารดาและคู่สมรสคือ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 6.7 , 3.3 และ 4.5 ตามลำดับ)

1.2 การศึกษาคูณลักษณะของครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 53.0) มารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 98.5) และส่วนใหญ่เป็นการสมรสครั้งแรก (ร้อยละ 91.8) มารดาส่วนใหญ่สมรสกับคู่สมรสคนปัจจุบันเมื่อมารดามีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี (ร้อยละ 67.9) และส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสคนปัจจุบันน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 61.8)

คู่สมรสส่วนใหญ่เป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้ (ร้อยละ 96.7) บุตรคนที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 ของครอบครัว (ร้อยละ 47.0) ครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 5 – 7 คน (ร้อยละ 47.3) จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 5 คน จำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 2 คน และครอบครัวส่วนใหญ่มีเด็กอายุ 0-5 ปี 1 คน (ร้อยละ 73.0) ไม่มีครอบครัวใดมีผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีผู้พิการ ผู้ติดสุรา ผู้เล่นการพนันเป็นประจำ และผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉลี่ย ครอบครัวละไม่เกิน 1 คน ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีผู้ว่างงาน (ร้อยละ 90.3) และส่วนใหญ่มีผู้หารายได้เข้าครอบครัว จำนวน 1 – 2 คน (ร้อยละ 85.8) ครอบครัวมีรายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 44.5) ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ประสบภาวะวิกฤติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 56.4) ครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤติส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวว่างงาน ตกงาน หรือเปลี่ยนงานใหม่ (ร้อยละ 17.0) สัมพันธภาพในครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับตัวในชีวิตสมรส การให้ความรักต่อกัน การมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน การมีกิจกรรมร่วมกัน ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และการมีบรรทัดฐานในครอบครัวได้ค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.5 ขึ้นไป

1.3 การศึกษาเรื่องการรับรู้เรื่องทันตสุขภาพของมารดา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนได้ค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.7) รองลงมาได้แก่ การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (3.4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (3.1) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.3)

1.4 การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา พบว่า เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาที่ถูกต้อง มารดา ร้อยละ 33.0 เริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้น มารดาให้เด็กทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน ร้อยละ 97.0 มารดาแปรงฟันให้เด็กเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 33.9 มารดาหัดให้เด็กแปรงฟันเองเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 24.8 มารดาช่วยแปรงฟันให้เด็กมากกว่าวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 22.1 มารดาให้เด็กแปรงฟันเองอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 68.5 ใช้เวลาแปรงฟันครั้งละ 2 นาที ร้อยละ 47.3 แปรงฟันโดยวิธีถูไปมาตามขวางและปัดขึ้นลง ร้อยละ 51.8 แปรงสีฟันที่มารดาเด็กใช้มีขนแปรงหน้าตัดเรียบ ไม่แข็งและด้ามตรง ร้อยละ 74.5 หลังจากใช้แปรงแล้วมารดาให้เด็กวางหรือแขวนแปรงในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ร้อยละ 78.8 เมื่อขนแปรงเริ่มบานออก มารดาเปลี่ยนแปรงสีฟันอันใหม่ให้เด็ก ร้อยละ 52.7 ยาสีฟันที่มารดาให้เด็กใช้เป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก ชนิดเป็นครีม ร้อยละ 92.1 วิธีใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กใช้ในการแปรงฟัน ใช้ขนแปรงแตะที่ยาสีฟันเท่านั้น ร้อยละ 32.1

เกี่ยวกับการตรวจฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนของมารดา มารดาส่วนใหญ่ตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็กเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ ทำเป็นประจำ และไม่เคยทำเลย (ร้อยละ 45.8 และ 1.2 ตามลำดับ)

เกี่ยวกับการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ (ร้อยละ 53.6) สาเหตุที่มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ คือ เพื่อตรวจฟัน (ร้อยละ 26.1) รองลงมาคือ เมื่อเด็กมีอาการเสียวฟันหรือปวดฟัน (ร้อยละ 14.5) สาเหตุที่มารดาไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ คือ ฟันเด็กไม่มีปัญหา (ร้อยละ 34.5) รองลงมาคือ เด็กกลัวทันตแพทย์ (ร้อยละ 12.4)

1.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารนม/ว่างและเครื่องดื่มของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กทุกคนยังดื่มนม โดยมีเด็กเพียง 1 คนที่ยังดื่มนมแม่ เด็กที่ดื่มนมขวดมีร้อยละ 27.3 ในกลุ่มเด็กที่ดื่มนมขวดนี้ มีเด็กที่ดื่มนมขวดทุกคืนก่อนนอน ร้อยละ 22.4 และเด็กที่ดื่มนมขวดแล้วไม่ดื่มน้ำตามร้อยละ 6.7 เด็กส่วนใหญ่กินขนมนอกมื้ออาหารทุกวัน (ร้อยละ 68.2) เด็กกินขนมเวลากลางคืน พบถึงร้อยละ 46.4 เด็กส่วนใหญ่กินขนมนอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 66.6) ขนมที่เด็กกินนอกมื้ออาหารบ่อยที่สุด ได้แก่ขนมปังกรอบ ขนมบรจจุจ (ร้อยละ 74.2) เด็กส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน นอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 85.8)

1.6 พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันทุกวัน (ร้อยละ 91.2) เด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 93.0) มีเด็กไม่ใช้ยาสีฟันในการแปรงฟัน 1 คน เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันด้วยตนเองคนเดียว ไม่มีผู้ใหญ่ (เช่น พ่อ แม่ อื่น ๆ) ช่วยแปรงให้ (ร้อยละ 87.0)

1.7 จากการตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 330 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.0 ซี่/คน โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 2.6 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันถอน 2.2 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันอุด 0.2 ซี่/คน และเด็กมีฟันน้ำนม ร้อยละ 73.0

1.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยแบ่งเด็กเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีฟันผุสูง คือ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากกว่า หรือเท่ากับ 10 ซี่ จำนวน 56 คน และกลุ่มที่มีฟันผุต่ำ คือ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ซี่ จำนวน 92 คน รวมทั้งสิ้น 148 คน พบว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 37 ตัวแปร มี 5 ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรอิสระดังกล่าวทั้งหมดมีผลเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพ

ช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ยกเว้น ตัวแปรการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน มีผลเชิงลบต่อสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงที่สุด คือ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน (0.258) รองลงมา คือ มารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็กและความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก (0.221, 0.185, 0.171 และ 0.169 ตามลำดับ) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ได้เพียงร้อยละ 22.7

1.9 จากการสัมภาษณ์มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุถอนอุดสูง จำนวน 7 คน และมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุถอนอุดต่ำ จำนวน 9 คน พบว่า มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุถอนอุดต่ำจะไม่ให้ลูกนอนหลับคาขวดนมและให้มีการดื่มน้ำตามหลังดื่มนมเสร็จ นมที่มารดาใช้เลี้ยงเด็กเป็นนมรสจืด มารดาดูแลให้เด็กแปรงฟันตอนเช้าและตอนเย็นทุกวัน และมารดาตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ ขณะที่มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุถอนอุดสูงจะปล่อยให้ลูกดื่มนมจนหลับคาขวดนม เด็กบางคนปัจจุบันก็ยังดื่มนมขวด นมที่มารดาใช้เลี้ยงเด็กเป็นนมรสหวาน มารดาไม่ได้เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ส่วนใหญ่ให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่ได้ช่วยดูแลขณะที่เด็กแปรงฟัน เด็กบางคนแปรงฟันเฉพาะตอนเช้าเท่านั้นและเด็กบางคนไม่ได้แปรงฟันทุกวัน มารดาบางคนไม่เคยตรวจฟันให้ลูกเลย

2. อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทางครอบครัวที่สามารถทำนายสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ มารดาเคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็กและความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กได้เพียงร้อยละ 22.7 ซึ่งเป็นอำนาจการทำนายที่ค่อนข้างต่ำ แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลในการทำนายสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน แต่มีได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์อภิปรายได้ดังนี้

2.1 เด็กที่มารดาไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์มีสถานะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่มารดาเคยพาไปพบทันตแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญทิพย์ จิตต์จันทน์ และคณะ (2538) ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมือที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภค ที่พบว่าเด็กที่บิดามารดาไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่ มีฟันผุ ถอน อุด น้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองเคย

พาไปพบทันตแพทย์ อาจเนื่องจากการคาดเดาเข้าใจว่าถ้าฟันเด็กไม่มีปัญหาก็ไม่จำเป็นต้องพาไปพบทันตแพทย์ ดังนั้นเด็กที่มารดาพาไปพบทันตแพทย์จึงเป็นเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากแล้ว ทั้งที่มารดาควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์เป็นครั้งคราว ถึงแม้ว่าเด็กจะไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเลยก็ตาม เพราะนอกจากเด็กจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากแล้ว มารดาจะยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กอย่างถูกต้องจากทันตแพทย์อีกด้วย

2.2 เด็กที่มารดามีการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันมากกว่าจะมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่มารดามีการรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันน้อยกว่า เนื่องจากการรับรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

2.3 เด็กที่แปรงฟันทุกวันมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่ไม่ได้แปรงฟันทุกวัน เด็กที่แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของจุฑามาศ เรียบร้อย (2538) ศึกษาอิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และพัฒนาการด้าบ ต่อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก พบว่าเด็กที่ผู้ปกครองเข้มงวดเรื่องการแปรงฟัน จะมีประสบการณ์ฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่เข้มงวดเรื่องการแปรงฟัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schom และ Uitenbrok (1995) ที่พบว่าสภาวะทันตสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการแปรงฟัน

จากการสัมภาษณ์มารดา พบว่า มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุนอดุดต่ำจะดูแลให้เด็กแปรงฟันตอนเช้าและตอนเย็นทุกวัน ขณะที่มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุนอดุดสูงส่วนใหญ่ให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่ได้ช่วยดูแลขณะเด็กแปรงฟัน เด็กบางคนแปรงฟันเฉพาะตอนเช้าเท่านั้นและเด็กบางคนไม่ได้แปรงฟันทุกวัน

2.4 เด็กที่มารดาตรวจฟันให้เป็นประจำมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีกว่าเด็กที่มารดาตรวจฟันให้เป็นบางครั้งหรือไม่เคยตรวจฟันให้เด็กเลย สอดคล้องกับผลการวิจัยของพรทิพย์ ภูพัฒนกุลและคณะ (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า การที่มารดาตรวจฟันให้บุตรเป็นประจำเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มารดาส่วนใหญ่เคยตรวจฟันให้เด็กเป็นบางครั้ง และมารดาส่วนหนึ่งไม่เคยตรวจฟันให้เด็กเลย อาจเนื่องจากการคาดเดาเข้าใจว่าการตรวจฟันให้เด็กเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ จึงทำให้มารดาละเลยที่จะปฏิบัติในเรื่องนี้ การตรวจฟันให้บุตรจะทำให้มารดาได้ทราบว่ามีบุตรของตนมีอนามัยในช่องปากเป็นอย่างไร ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อพิจารณาในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับบุตรของตนได้ดียิ่งขึ้น และจากการสัมภาษณ์มารดา พบว่า มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุนอดุดต่ำตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ ขณะที่มารดาของเด็กที่มีจำนวนฟันผุนอดุดสูงไม่ได้ตรวจฟันให้เด็กเป็นประจำ และบางคนไม่เคยตรวจฟันให้เด็กเลย

2.5 ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ อายุของมารดา บิดาและบุตร ระดับการศึกษาของมารดาบิดา อาชีพของมารดาบิดา รายได้ของมารดา บิดา โรคประจำตัวของมารดา บิดาและบุตร ประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน จำนวนบุตรอายุ 0-5 ปี ลำดับที่ของบุตรฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิชัย ชุมพลกุล (2538) ที่ศึกษาเรื่องความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนและมารดา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่าระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา รายได้ของมารดา จำนวนบุตรและลำดับที่ของบุตรไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ

แตกต่างจากการศึกษาของเพ็ญทิพย์ จิตต์จ้านงค์ และคณะ(2538) ศึกษาความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างเมื่อที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคนิสัย ศึกษาเฉพาะในภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 คืออาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของบุตร

แตกต่างจากการศึกษาของวสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคฟันผุ ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง

อาจเนื่องจากครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีคุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรสและเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งคุณลักษณะของครอบครัวคล้ายคลึงกัน ได้แก่ มารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มารดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา บิดาก็เช่นเดียวกัน ทั้งมารดาและบิดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ของมารดาอยู่ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท และรายได้ของบิดาอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ครอบครัวมีรายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน เด็ก มารดาและคู่สมรสส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มารดาส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส และมารดาอยู่รวมกันกับคู่สมรสคนปัจจุบันน้อยกว่า 10 ปี ครอบครัวส่วนใหญ่มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 1 คน บุตรคนที่ศึกษานี้เป็นบุตรลำดับที่ 1 ของครอบครัว

จากการสัมภาษณ์มารดา มารดาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดาและรายได้ของมารดาไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในเด็ก แต่ฟันผุเกิดจากการดูแลไม่ทั่ว การอมลูกอม การกินขนมหวานและการไม่แปรงฟัน มารดาบางคนบอกว่าลูกฟันผุเพราะช่วงที่มารดาตั้งครรภ์ มารดา กินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ คือชอบกินน้ำอัดลมตอนตั้งครรภ์

ลูกจึงฟันผุ มารดาบางคนให้ความเห็นว่า รายได้ไม่มีผลต่อฟันของบุตร แต่ขึ้นอยู่กับกรปลูกฝังนิสัยการกิน การแปรงฟัน ส่วนการศึกษาที่มีส่วนต่อฟันบุตรเพราะทำให้มีมารดาที่มีความรู้มากขึ้น การสัมภาษณ์ครั้งนี้มีมารดา 1 คน ที่ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลชุมชน โดยทำงานในฝ่ายทันตสาธารณสุข ซึ่งบอกว่าการทำงานนี้ทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตร มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ 7 วัน แต่บุตรดื่มนมแม่แล้วท้องเสีย แพทย์บอกว่าแม่มีไขมันมาก แนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมถั่วเหลือง รสไม่หวาน เด็กจึงดื่มนมถั่วเหลืองตั้งแต่อายุ 7 วัน ถึงอายุหนึ่งขวบครึ่ง จึงเปลี่ยนมาเป็นนมสโนว์สูตรไม่หวาน เด็กจึงไม่ดื่มนมหวาน มารดาได้พาบุตรไปตรวจฟันครั้งแรกเมื่อเด็กอายุประมาณ 2 ขวบเพื่อให้คุ้นเคยกับทันตแพทย์ และเด็กได้รับบริการขัดฟัน นอกจากนี้มารดาอ่านนิทานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กฟังก่อนนอน

2.6 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กของมารดา ความถี่ในการกินขนมนอกมื้ออาหารของเด็กและความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานนอกมื้ออาหารของเด็กไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมือที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคนอกมื้ออาหารเฉพาะในภาคกลาง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคขนม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของวสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคฟันผุ ได้แก่ ความถี่ในการให้เด็กบริโภคขนมหวาน และการศึกษาของ Schom and Uitenbrok (1995) ที่พบว่าความถี่ในการรับประทานอาหารหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ

จากการสัมภาษณ์มารดา พบว่า ทั้งมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดสูงและมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนฟันผุตอนอุดต่ำ ทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้นโดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดเหงือกให้เด็ก และมารดาไม่ให้เงินค่าขนมแก่เด็กเมื่อเด็กไปโรงเรียน แต่จะเป็นผู้เลือกซื้อขนมให้เด็กรับประทานเช้าก่อนเข้าโรงเรียนหรือเวลาไปรับเด็กเมื่อเด็กเลิกเรียน มารดาไม่ให้เด็กซื้อขนมกินเอง แต่บางครั้งมารดาก็ซื้อขนมตามใจเด็กบ้าง และมารดาไม่เคยใช้ขนมหวานในการทำให้เด็กหยุดงอแงหรือหยุดร้องไห้ และจากการสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กส่วนใหญ่กินขนมนอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวัน หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน และดื่มเครื่องดื่มรสหวานนอกมื้ออาหาร 2 ครั้งต่อวัน หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน

2.7 สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะวิกฤติในครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wendt และคณะ (1995) ที่ศึกษาการเกิดโรคฟันผุในเด็กทารกและเด็กเล็กที่พบว่า ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและภาวะวิกฤติในครอบครัวไม่

เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กทารกและเด็กเล็ก ทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัวที่ศึกษามีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ประสบภาวะวิกฤติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดาพาเด็กไปพบทันตแพทย์ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับธรรมชาติของฟัน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของเด็ก มารดาตรวจฟันเด็ก และความถี่ในการแปรงฟันของเด็ก มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน ดังต่อไปนี้

3.1.1 ควรมีการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กตั้งแต่ยังไม่มียุติฟันในช่องปาก หรือยังไม่พบฟันผุในช่องปาก จึงควรเน้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับธรรมชาติของฟันน้ำนม พัฒนาการของฟันน้ำนม ส่วนมารดาเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 0-5 ปี ควรมุ่งเน้นให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ได้แก่ การไม่ให้เด็กนอนหลับคาขวดนม การให้เด็กดื่มน้ำตามหลังดื่มนมขวด การให้เด็กดื่มน้ำตามหลังรับประทานอาหาร การเลือกนมที่ไม่ผสมน้ำตาลหรือนมจืดให้เด็กเนื่องจากเด็กที่ได้รับประทานอาหารหวานในตอนที่เป็นทารก เมื่อโตขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะชอบรับประทานอาหารหวานมากกว่าเด็กที่ไม่เคยได้รับประทานอาหารหวาน ถ้ายังรับประทานอาหารหวานมาก จะมีความทนต่อรสหวานได้สูงขึ้นและจะต้องการรับประทานอาหารหวานมากขึ้น ดังนั้นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุเพิ่มขึ้น การทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น การเลือกซื้อยาสีฟันและแปรงสีฟันสำหรับเด็ก การแปรงฟันให้เด็กเมื่อฟันขึ้น การเริ่มฝึกให้เด็กแปรงฟันเมื่อเด็กมีอายุประมาณ 1 ปี การแปรงฟันซ้ำให้เด็กจนกว่าเด็กอายุ 7 ปีขึ้นไป การตรวจฟันให้เด็กทุกวัน การควบคุมการกินขนมหวาน ขนมกรุบกรอบของเด็ก และการฝึกหัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้าต่อสุขภาพช่องปาก เช่น ผักสด

3.1.2 ควรมีการฝึกอบรมครูและผู้ดูแลเด็กให้สามารถแนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรได้ เช่น การทำความสะอาดช่องปากบุตร รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น มีอุปกรณ์ในการแปรงฟัน มีสถานที่สำหรับแปรงฟัน และควบคุมดูแลเด็กให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีการสอนและฝึกหัดให้เด็กแปรงฟันอย่างถูกวิธี หากเด็กคนใดทำไม่ได้ ครูต้องเป็นผู้ทำความสะอาดให้ พร้อมทั้งตรวจดูความสะอาดปากและฟันเด็กหลังเด็กแปรงฟันทุกครั้ง

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเขตเทศบาลด้วย เพื่อความแตกต่างและหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้กว้างขวางขึ้น

3.2.2 จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่นำมาศึกษามีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก อันได้แก่ ส่วนประกอบของน้ำลาย โครงสร้างและลักษณะรูปร่างของฟัน สภาวะโภชนาการของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่บ้านของมารดา พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ศูนย์เด็กเล็กของผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการรับประทานอาหารของครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพของบิดามารดา การได้รับฟลูออไรด์ การได้รับการสนับสนุนและบริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น สื่อ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2.3 ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพเด็ก เช่น โรคภูมิแพ้ในเด็ก กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก

3.2.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดาที่ทำให้เด็กมีสภาวะสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

3.2.5 ควรมีการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจถึงสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชนที่กำหนดวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของครอบครัว อันเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1. ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 2. ทพญ.เมธินี คุปพิทยานันท์ | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 3. ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 4. ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 5. น.ส. สุวิภา อนันต์ชนสวัสดิ์ | กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |

แบบตรวจที่.....

ชื่อ (คช./คณ.) ชื่อโรงเรียน

แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

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

d หมายถึง ฟันที่ตรวจพบว่ามีรูผุ มีลักษณะนิ่ม ผุเข้าไปใต้ตัวฟัน (enamel) กรณีที่ฟันได้รับการอุดถาวรและมีรูผุใหม่ก็ถือว่าเป็นฟันผุ

e หมายถึง ฟันที่ถูกถอน หรือสูญเสียไปเนื่องจากฟันผุเท่านั้น รวมทั้งฟันน้ำนมที่มีรูผุจะไม่สามารถอุดได้ และการรักษาฟันซี่นั้นคือการถอน

f หมายถึง ฟันที่ได้รับการอุดถาวรโดยไม่มีรูผุซ้ำ (secondary caries) หรือผุใหม่ (primary caries) รวมทั้งฟันน้ำนมที่ได้รับการครอบเพราะการผุก็ถือเป็นกรณีนี้

s หมายถึง ฟันที่ไม่มีรูผุหรือรอยอุดบูรณะใด ๆ สภาวะที่ไม่นับเป็นการผุ ได้แก่

- ฟันมีจุดขาว หรือ จุดขาวขุ่น (white or chalky spots)
- ฟันมีการเปลี่ยนสี หรือ มีจุดขรุขระ (rough spots)
- ฟันมีหลุม (pit) หรือ ร่องลึก (fissure) มีการเปลี่ยนสีและสามารถขีดขีดได้ด้วย

ที่หารูผุ (explorer) แต่ไม่พบผนังรูผุเข้าไปชั้นเคลือบฟัน (enamel)

- ฟันมีสีคล้ำที่เคลือบตัวฟัน (dark, shiny, hard pitted areas of enamel) ซึ่งเป็นลักษณะของฟันตกกระปานกลางหรือรุนแรง

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์เด็กก่อนวัยเรียน

ชื่อ ด.ช./ด.ญ. นามสกุล.....

ชื่อมารดา..... นามสกุล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรับประทานขนม/อาหารว่าง และเครื่องดื่มนของ

เด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับเจ้าหน้าที่

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. หนูยังดื่มนมหรือไม่ | |
| () 1. ไม่ดื่ม (เข้าไปถามข้อ 6) | <input type="checkbox"/> |
| () 2. ดื่ม | <input type="checkbox"/> |
| 2. หนูดื่มนมประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | |
| () 1. ดื่มนมแม่ (เข้าไปถามข้อ 5) | <input type="checkbox"/> |
| () 2. คุณนมขวด (ถามข้อ 3 และ ข้อ 4) | <input type="checkbox"/> |
| () 3. ดื่มนมกล่อง นมถุง หรือนมจากแก้ว (เข้าไปถามข้อ 5) | <input type="checkbox"/> |
| 3. หนูคุณนมขวดบ่อยไหม | <input type="checkbox"/> |
| () 1. บางวัน | |
| () 2. ทุกวัน แต่ไม่เป็นเวลา | |
| () 3. ทุกคืนก่อนนอน | |
| 4. หลังจากคุณนมขวดแล้วหนูดื่มน้ำตามหรือไม่ | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ไม่ดื่ม | |
| () 2. ดื่ม | |
| 5. หนูกินขนมนอกมื้ออาหารไหม | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ไม่กิน (จบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1) | |
| () 2. กิน | |
| 6. หนูกินขนมนอกมื้ออาหารทุกวันไหม | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ทุกวัน | |
| () 2. ไม่ทุกวัน | |

7. หนูกินขนมนอกมืออาหารเวลาใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. กลางคืน
 () 2. สาย
 () 3. บ่าย
 () 4. เย็น

สำหรับเจ้าหน้าที่

8. หนูกินขนมนอกมืออาหาร บ่อยไหม

- () 1. 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน
 () 3. 3-4 ครั้งต่อวัน
 () 4. มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน

9. ขนม (- ขนมไทย เช่น ตะโก้ เต้าส่วน วุ้น ขนมสอดไส้

- ผลิตภัณฑ์จากผลไม้ นำมาแปรรูป เช่น มะม่วงเค็ม บัวเค็ม

- ขนมถุง เช่น ฮานามิ โปเต้ ปาปริกา คอนเน่ มันฝรั่งอบกรอบ
 คอนพัฟฟ์

- โยโย่ ป๊อปปี้ ลูกอม ช็อกโกแลต ไอศกรีม มาม่า ขนมปัง ฯลฯ)

ที่หนูกินนอกมืออาหารบ่อยที่สุด (ตอบเพียง 1 ชนิด)

- () 1. ลูกอม ทอฟฟี่
 () 2. ขนมปังกรอบ ขนมบรรจุถุง
 () 3. ขนมหวานไทย
 () 4. อื่น ๆ ระบุ

10. หนูกินเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน บ่อยไหม

- () 1. 2 ครั้งต่อวันหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน
 () 2. 3-4 ครั้งต่อวัน
 () 3. มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับเจ้าหน้าที่

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. หนูใช้แปรงสีฟันหรือยัง | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ยัง (จบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2) | |
| () 2. ใช่ | |
| 2. หนูแปรงฟันทุกวันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ไม่ค่อยได้แปรง | |
| () 2. แปรงเกือบทุกวัน | |
| () 3. แปรงทุกวัน | |
| 3. หนูแปรงฟันตอนไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | |
| () 1. ตอนเช้า | <input type="checkbox"/> |
| () 2. ตอนกลางวัน | <input type="checkbox"/> |
| () 3. ตอนเย็น | <input type="checkbox"/> |
| () 4. ก่อนนอน | <input type="checkbox"/> |
| 4. หนูแปรงฟันวันละกี่ครั้ง | <input type="checkbox"/> |
| () 1. 1 ครั้งต่อวัน | |
| () 2. 2 ครั้งต่อวัน | |
| () 3. 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า | |
| 5. หนูใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ใช้ยาสีฟัน ระบุชนิด (โคโคโม คอลเกต หรืออื่น ๆ)..... | |
| () 2. ไม่ใช้ยาสีฟัน | |
| () 3. ไม่รู้ชื่อยาสีฟันที่ใช้ | |
| 6. ใครช่วยหนูแปรงฟัน | <input type="checkbox"/> |
| () 1. ผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) แปรงให้หนู หนูยังไม่เคยแปรงเอง | |
| () 2. หนูแปรงฟันด้วยตนเองคนเดียว ไม่มีผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) ช่วยแปรงให้ | |
| () 3. มีผู้ใหญ่ (เช่น แม่ พ่อ อื่น ๆ) แปรงซ้ำให้เมื่อหนูแปรงเสร็จ | |

จบแบบสัมภาษณ์

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามมารดา

ชื่อมารดา..... นามสกุล.....

ชื่อบุตร (ค.ช. /ค.ญ.)..... นามสกุล.....

บุตรเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บุตรเรียนที่โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัดนครนายก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา คู่สมรส และเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย (/) ที่ตรงกับความจริงของท่าน

1. อายุ

1. ตัวท่าน.....ปี (ปีเต็ม)

2.สามี.....ปี (ปีเต็ม)

2. วุฒิการศึกษาสูงสุด

1. ตัวท่าน

() 1. ไม่ได้เรียน

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

() 4. ปวช., ปวส., อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() 5.ปริญญาตรี

() 6.ปริญญาโท

() 7.ปริญญาเอก

2. สามี

() 1. ไม่ได้เรียน

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

() 4. ปวช., ปวส., อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() 5.ปริญญาตรี

() 6.ปริญญาโท

() 7.ปริญญาเอก

สำหรับเจ้าหน้าที่

3. อาชีพหลักในปัจจุบันนี้

1. ตัวท่าน

- () 1. แม่บ้าน
 () 2. รับจ้าง
 () 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 () 4. ค้าขาย, ทำธุรกิจ
 () 5. เกษตรกร
 () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

2. สามี

- () 1. รับจ้าง
 () 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 () 3. ค้าขาย, ทำธุรกิจ
 () 4. เกษตรกร
 () 5. อื่น ๆ ระบุ.....

4. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน

1. ตัวท่านบาท/เดือน
 2. สามีบาท/เดือน

5. โรคประจำตัว (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ หรือ โรคอื่น ๆ ถ้ามีโปรดระบุชื่อโรค)

1. ตัวท่าน

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี ระบุชื่อโรค.....

2. สามี

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี ระบุชื่อโรค.....

3. บุตรคนที่ศึกษานี้

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี ระบุชื่อโรค.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

สำหรับเจ้าหน้าที่

6. ท่านเคยได้รับการตรวจฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน อุดฟัน รักษาโรคฟัน
หรือบริการรักษาอื่น ๆ จากหมอฟันหรือไม่
- () 1. เคย
- () 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย (/) ที่ตรงกับความจริงของท่าน

7. ครอบครัวของท่านมีสมาชิก ประกอบด้วย

- () 1. ตัวท่านและบุตร
- () 2. ตัวท่าน สามีและบุตร
- () 3. ตัวท่าน สามี บุตร และญาติพี่น้องฝ่ายท่าน
- () 4. ตัวท่าน สามี บุตร และญาติพี่น้องฝ่ายสามี
- () 5. ตัวท่าน สามี บุตร และญาติพี่น้องทั้งสองฝ่าย

สำหรับเจ้าหน้าที่

8. ครอบครัวของท่านมีสมาชิกรวมทั้งหมด.....คน (รวมตัวท่านด้วย) โดยมี
-
- (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โปรดตอบตามความเป็นจริง)

- () 1. เด็กอายุ 0 -5 ปีคน
- () 2. เด็กอายุ 6 -14 ปีคน
- () 3. เยาวชน อายุ 15 -20 ปีคน
- () 4. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปคน
- () 5. คนพิการคน
- () 6. คนติดสุราคน
- () 7. คนเสพยาเสพติดคน
- () 8. คนเล่นการพนันเป็นประจำคน
- () 9. คนป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง,ไตวาย,
โรคหัวใจ, อื่น ๆ ระบุชื่อโรคคน
- () 10. คนว่างงาน หรือไม่มีงานทำคน
- () 11. คนที่หารายได้เข้าครอบครัวคน

9. ท่านสมรสกับสามีคนปัจจุบัน เมื่อท่านอายุ.....ปี
-
- การสมรสครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

- | | สำหรับเจ้าหน้าที่ |
|--|--------------------------|
| 10. สถานภาพสมรสปัจจุบัน | |
| 1. จดทะเบียน และทำนกับสามีอยู่ด้วยกัน มานาน.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| 2. จดทะเบียน และแยกกันอยู่ เพราะ.....มานาน.....ปี | |
| 3. ไม่จดทะเบียน และทำนกับสามีอยู่ด้วยกัน มานาน.....ปี | |
| 4. ไม่จดทะเบียน และแยกกันอยู่ เพราะ..... ..มานาน.....ปี | |
| 5. ม่าย (สามีถึงแก่กรรม) | |
| 6. อื่น ๆ ระบุ..... | |
| 11. สามีเป็นบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้ใช่หรือไม่ | |
| () 1. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| () 2. ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 13.) | |
| 12. ท่านไม่ได้อยู่กับบิดาของบุตรคนที่ศึกษานี้ เมื่อบุตรอายุ.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| 13. ปัจจุบันท่านมีบุตรที่มีชีวิตทั้งหมด จำนวน | <input type="checkbox"/> |
| บุตรคนแรก อายุ.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| บุตรคนที่สอง อายุ.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| บุตรคนที่สาม อายุ.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| บุตรคนที่สี่ อายุ.....ปี | <input type="checkbox"/> |
| 14. บุตรคนที่ศึกษานี้เป็นบุตรลำดับที่..... ของครอบครัว | <input type="checkbox"/> |
| 15. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของท่าน | <input type="checkbox"/> |
| (ตอบเพียงข้อเดียว) | |
| () 1. รายได้เท่ากับรายจ่าย ไม่มีเหลือเก็บ | |
| () 2. รายได้มากกว่ารายจ่าย มีเหลือเก็บ | |
| () 3. รายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีหนี้สิน | |

16. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับครอบครัวของท่านหรือไม่ สำหรับเจ้าหน้าที่
- (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โปรดตอบตามความเป็นจริง)
- | | |
|--|--------------------------|
| () 1. สมาชิกในครอบครัวต้องย้ายจากบ้านไปเพื่อหางานทำในท้องถิ่นอื่น | <input type="checkbox"/> |
| () 2. สมาชิกในครอบครัวว่างงาน ตกงาน หรือเปลี่ยนงานใหม่ | <input type="checkbox"/> |
| () 3. สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต | <input type="checkbox"/> |
| () 4. สามีหรือภรรยาอกใจอีกฝ่ายหนึ่ง | <input type="checkbox"/> |
| () 5. สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยเรียนที่ต้องออกจากโรงเรียน หรือหยุดเรียนกลางคัน | <input type="checkbox"/> |
| () 6. ครอบครัวสูญเสียทรัพย์สิน เช่น ถูกขโมย ไฟไหม้ | <input type="checkbox"/> |
| () 7. สมาชิกในครอบครัวได้รับอุบัติเหตุรุนแรงจนกระทั่งบาดเจ็บ หรือพิการ | <input type="checkbox"/> |
| () 8. สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรง | <input type="checkbox"/> |
| () 9. ครอบครัวต้องย้ายที่อยู่ใหม่ | <input type="checkbox"/> |
| () 10. สมาชิกในครอบครัวต้องคดี ได้รับโทษทัณฑ์ หรือจำคุก | <input type="checkbox"/> |
| () 11. สมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันรุนแรง | <input type="checkbox"/> |
| () 12. ไม่มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับครอบครัวของท่าน | <input type="checkbox"/> |

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง 1. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ข้อความต่อไปนี้ตรงกับครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด
ขอให้ตอบอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องคิดนาน โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่าน
ข้อความจบ

2. กรุณาทำเครื่องหมายถูก (/) ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การปรับตัวในชีวิตสมรส	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. ท่านและสามีเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกความต้องการของกันและกัน					
2. ท่านและสามีสามารถเปิดเผยความรู้สึกต่อกันได้อย่างตรงไปตรงมา					
3. ท่านและสามีจะเปิดโอกาสให้กันและกันได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว					
4. ปัจจุบันท่านและสามีมีความสุขและความพอใจในการมีเพศสัมพันธ์					

การให้ความรักต่อกัน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. มักจะแสดงความรักต่อกันด้วยการกอด หรือวิธีอื่น ๆ					
2. มีของขวัญ ของฝาก ให้แก่กันและกันในเทศกาลหรือโอกาสพิเศษ					
3. ชื่นชมกันและกันต่อหน้าบุคคลอื่น					
4. มักทำในสิ่งที่เหมาะสมกับครอบครัวต้องการด้วยความเต็มใจ					
5. ดูแลเอาใจใส่กันยามเจ็บป่วย					
6. เข้าใจซึ่งกันและกัน					
7. ยกย่องให้เกียรติกัน					
8. เชื่อใจกัน ไว้วางใจกัน					
9. ให้กำลังใจกัน					
10. ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นอันดับแรก					

ความมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทองแก่กัน					
2. แบ่งปันสิ่งของ เครื่องใช้ให้กันและกัน					
3. เสียสละความสุขส่วนตนเพื่อครอบครัว					
4. แบ่งเบาหน้าที่งานบ้านกันทำ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า					
5. เต็มใจช่วยเหลือเมื่อได้รับการร้องขอในการทำ ในการทำกิจธุระต่าง ๆ					
6. ช่วยกันเสนอแนะความคิดเห็น หรือให้คำ ปรึกษา คำแนะนำ เมื่อครอบครัวมีปัญหา					
การมีกิจกรรมร่วมกัน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. พูดคุยกันถึงเรื่องราวที่พบเจอในชีวิตประจำวัน					
2. ท่านและสามีปรึกษากันหรือร่วมกันเสมอในเรื่อง ต่าง ๆ เช่น การศึกษาของบุตร หรือการอบรม เลี้ยงดูบุตร					
3. ทำกิจกรรมในบ้านร่วมกัน เช่น ดูแลความ สะอาดบ้าน, ทำอาหาร, รดน้ำต้นไม้					
4. รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน					
5. ใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจในบ้านร่วมกัน เช่น ดูโทรทัศน์, คุยดีโอ, ฟังวิทยุ, อ่านหนังสือ					
6. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน เช่น ทำบุญ, ใส่บาตร, ไหว้พระ, ถวายเทียน, ร่วมพิธีในโบสถ์					
7. ไปพักผ่อนนอกบ้านด้วยกัน เช่น เดินซื้อของ, รับประทานอาหารนอกบ้าน, ดูภาพยนตร์, ท่องเที่ยวต่างจังหวัด					
8. ร่วมกันทำกิจกรรมทางสังคมกับบุคคลอื่น เช่น ไปเยี่ยมเยียนหรือสังสรรค์กับญาติพี่น้อง, เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้าน					

ความคิดเห็นสอดคล้องกัน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. มีความคิดเห็นสอดคล้องกันเรื่องการใช้จ่ายในครอบครัว					
2. มีความคิดเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูบุตร					
3. มีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว					
4. หากมีประเด็นความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันในเรื่องใด ๆ จะพูดคุยกันด้วยเหตุผล					
5. ร่วมกันพิจารณาหาทางเลือกที่ทุกคนยอมรับ					
6. เผชิญปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้ดี					
7. มีความรู้สึกที่ดีต่อการแก้ปัญหาาร่วมกัน					
8. จะประนีประนอมกัน เมื่อเกิดความขัดแย้งในครอบครัว					

การมีบรรทัดฐานในครอบครัว	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. สมาชิกในครอบครัวรับรู้ระเบียบ กฎ กติกา มารยาทของครอบครัว รู้ว่าสิ่งใดควรปฏิบัติหรือไม่ควรปฏิบัติ					
2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามระเบียบ กฎ กติกา มารยาท ของครอบครัว					
3. แต่ละคนรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนว่าใครควรทำอะไร ให้ใคร มากน้อยเพียงใด					
4. แสดงบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น พ่อแม่มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดูลูก, ลูกมีหน้าที่ต้องเรียนหนังสือและสามัคคีกรรยา ต้องซื่อสัตย์ต่อกัน					

ส่วนที่ 4. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องทัศนสุขภาพของมารดา

คำชี้แจง ทุกคำถามที่ถามนี้หมายถึงกรณีในเด็กปกติทั่วไป ไม่ได้หมายถึงเฉพาะเจาะจงที่บุตรของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม

4.1 การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย
ถูก (/) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง
กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
1. เด็ก ๆ ทุกคนต้องเป็นโรคฟันผุ					
2. เด็ก ๆ ไม่จำเป็นต้องดูแลฟัน น้ำนม เพราะเมื่อฟันน้ำนม หลุดไปจะมีฟันแท้ขึ้นแทนที่					
3. ฟันน้ำนมมีประโยชน์ในการ เคี้ยวอาหารเท่านั้น					
4. ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นเป็นฟันหน้า					
5. เมื่อฟันน้ำนมหลุด ฟันบนต้อง นำไปโยนทิ้งบนพื้นดิน ส่วน ฟันล่างต้องโยนขึ้นหลังคาเพื่อ ฟันแท้ที่ขึ้นมาจะได้สวยงาม					
6. ฟันผุ 1 ซี่แล้วจะลามไปยังฟัน ซี่อื่นที่อยู่ข้าง ๆ					
7. ฟันน้ำนมจะเริ่มผุที่ฟันกราม ก่อน					
8. ฟันน้ำนมแข็งแรงกว่าฟันแท้					
9. ฟันน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟันแท้					
10. การเก็บฟันปู้ยาดายไว้ สามารถป้องกันอันตรายจาก อุบัติเหตุได้					

4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย
 ถูก (/) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง
 กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
11.การให้บุตรรับประทานอาหาร บ่อยครั้งในแต่ละวัน ช่วยลด โอกาสการเกิด โรคฟันผุได้					
12.การให้บุตรดื่มนมขวดมี โอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่า การให้บุตรดื่มนมมารดา					
13. การให้บุตรละเว้นขนมหวาน หรือขนมขบเคี้ยวที่ติดฟันง่าย เป็น วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ฟันไม่ผุ					
14.การให้บุตรรับประทานขนม หวานร่วมกับมื้ออาหารแต่ละมื้อ และแปรงฟันทันทีหลังรับ ประทานจะช่วยทำให้ฟันไม่ผุ					
15. การให้บุตรวัยนี้แปรงฟันเอง โดยมารดาไม่ได้แปรงซ้ำ ทำให้ เกิดโรคฟันผุได้					
16.การแปรงฟันเพียงอย่างเดียว เพียงพอที่จะทำให้บุตรของท่าน ฟันไม่ผุ					

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
17. บุตรวัยนี้ควรหัดให้แปรงฟัน เอง มารดาเพียงตรวจฟันให้หลัง การแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก็จะทำ ให้บุตรมีฟันดี ไม่ผุ					
18. ถ้าฟันน้ำนมหลุดก่อนออกไป ก่อนกำหนด จะทำให้ฟันแท้ที่ขึ้น ใหม่มีโอกาสบิดเกหรือซ้อน เป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ ในฟันแท้					
19. การที่บุตรชอบกัดเล็บทำให้ เกิดฟันผุได้ง่าย					
20. การที่มารดาตรวจฟันบุตร เพียงเดือนละ 1 ครั้ง จะช่วยให้ บุตรมีฟันดี ไม่ผุ					

4.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย
 ถูก (/) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง
 กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
21. โรคเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก อาจมีสาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันผุ ที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา					
22. อาการเริ่มแรกของฟันผุที่ ปรากฏให้สังเกตเห็น คือ รู้สึก เสียวฟันเมื่อกินอาหารหวานจัด เปรี้ยวจัด หรือของเย็น					
23. โรคฟันผุในฟันน้ำนมอาจ เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคโพรง อากาศอักเสบในเด็ก					
24. การที่ฟันน้ำนมผุและหลุดก่อน กำหนดอาจส่งผลให้เด็กออก เสียงพยัญชนะบางตัวผิด เพี้ยนไป					
25. โรคฟันผุเป็นโรคที่สร้างความ ทุกข์ทรมานให้กับบุตรของท่าน					
26. โรคฟันผุถ้าไม่ได้รับการ บำบัดรักษา นานเข้าจะเกิดเป็นฝี หนองที่ปลายรากฟันและทะลุ ออกมาบริเวณแก้มได้					
27. ผลเสียของโรคฟันผุที่ร้ายแรง ที่สุดคือ เชื้อโรคในช่องปาก แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย					

4.4 การรับรู้ประโยชน์ ของการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย
 ถูก (/) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง
 กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
28.การตรวจฟันให้บุตรวัยนี้เป็น สิ่งจำเป็นและควรเป็นหน้าที่ของ ทันตแพทย์					
29. การพาบุตรไปพบทันตแพทย์ ตั้งแต่วัยนี้เป็นสิ่งจำเป็นและควร กระทำอย่างยิ่ง					
30. ถ้ามารดาเอาใจใส่ฟันบุตรตั้ง แต่ฟันน้ำนม จะส่งผลให้บุตรมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง ปากที่ดีเมื่อโตขึ้น					
31. ถ้ามารดาดูแลให้บุตรวัยนี้ แปรงฟันทุกวัน จะทำให้บุตรมีสุข ภาพช่องปากที่ดี					
32. การพาบุตรไปพบทันตแพทย์ ตั้งแต่วัยนี้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำ ให้บุตรกลัวทันตแพทย์เมื่อบุตร โตขึ้น					
33.ถ้ามารดาดูแลฟันน้ำนมไม่ให้ผุ หรือถูกถอนก่อนกำหนด จะทำ ให้ฟันแท้ที่ขึ้นเป็นระเบียบสวย งาม					

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
34.การที่มารดาแปรงฟันให้บุตร ในวัยนี้ทุกวัน นอกจากจะช่วย ป้องกันการเกิดโรคฟันผุแล้ว ยัง ช่วยสร้างความรักความผูกพัน ระหว่างมารดาและบุตร ได้อีกด้วย					
35.ถ้าฟันน้ำนมผุ ไม่จำเป็นต้อง รักษา เพราะฟันน้ำนมที่ผุจะหลุด ไปเอง					

4.5 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย
 ถูก (/) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1
 ช่อง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย
36. การป้องกันโรคฟันผุในบุตร วัยนี้ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง มาก					
37. การป้องกันโรคฟันผุในบุตร วัยนี้ทำให้เสียเวลามาก					
38. เป็นเรื่องยุ่งยากในการทำความเข้าใจ สาเหตุช่องปากบุตรวัยนี้					
39. การป้องกันโรคฟันผุในบุตร วัยนี้ทำได้ยากเนื่องจากความ ไม่สะดวกในการเดินทางพา บุตรไปใช้บริการที่สถานบริการ สาธารณสุข					
40. การป้องกันโรคฟันผุในบุตร วัยนี้ทำได้ยากเนื่องจาก เด็กดูโฆษณาขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลม จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ซึ่งจูงใจให้เด็ก ซื้อมารับประทาน					
41. การป้องกันโรคฟันผุในบุตร วัยนี้ทำได้ยากเนื่องจาก โรงเรียนขายขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำอัดลม แก่เด็กนักเรียน					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก การตรวจฟันเด็ก และการพาเด็กไปพบ
ทันตแพทย์ของมารดา

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมายถูก (/) ลงหน้าคำตอบที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านต่อบุตรคนนี้ มาก
ที่สุด ตามความเป็นจริง เพียงคำตอบเดียว

- | | |
|---|--|
| <p>1. ท่านเริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่เมื่อไร</p> <p>() 1. ตั้งแต่ฟันเด็กยังไม่ขึ้น</p> <p>() 2. ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นในช่องปาก</p> <p>() 3. ตั้งแต่ฟันแท้ซี่แรกขึ้นในช่องปาก</p> <p>() 4. เมื่อเด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบเต็มปาก</p> | <p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. ท่านมีวิธีทำความสะอาดช่องปากของเด็กอย่างไร</p> <p>() 1. ให้เด็กเคี้ยวอาหารที่มีเส้นใย เช่น มันแกว</p> <p>() 2. ให้เด็กอมน้ำยาบ้วนปากเพื่อฆ่าเชื้อโรคในช่องปาก</p> <p>() 3. ให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟัน</p> <p>() 4. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. ท่านแปรงฟันให้เด็กเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุประมาณเท่าไร</p> <p>() 1. น้อยกว่า 1 ปี</p> <p>() 2. 1 ปี</p> <p>() 3. 2 ปี</p> <p>() 4. 3 ปี</p> <p>() 5. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. ท่านเริ่มหัดให้เด็กแปรงฟันเองเป็นครั้งแรกเมื่อเด็กอายุประมาณเท่าไร</p> <p>() 1. 1 ปี</p> <p>() 2. 2 ปี</p> <p>() 3. 3 ปี</p> <p>() 4. 4 ปี</p> <p>() 5. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |

- | | สำหรับเจ้าหน้าที่ |
|---|--------------------------|
| 5. ท่านช่วยแปรงฟันให้เด็กหรือไม่
() 1. ท่านไม่ได้ช่วยแปรงฟันให้เด็ก ท่านให้เด็กแปรงฟันเองคนเดียว
() 2. ท่านช่วยแปรงฟันให้เด็ก น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
() 3. ท่านช่วยแปรงฟันให้เด็ก วันละ 1 ครั้ง
() 4. ท่านช่วยแปรงฟันให้เด็ก มากกว่าวันละ 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านแปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กแปรงฟันเองในช่วงเวลาใดบ้าง
() 1. 1 ครั้ง ตอนเช้า
() 2. 1 ครั้ง ตอนเย็น
() 3. 2 ครั้ง ตอนเช้าและตอนเย็น
() 4. 3 ครั้ง ตอนเช้า ตอนกลางวัน และตอนเย็น | <input type="checkbox"/> |
| 7. ระยะเวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้ง
() 1. 1 นาที
() 2. 2 นาที
() 3. 4 นาที
() 4. 5 นาที | <input type="checkbox"/> |
| 8. วิธีแปรงฟันที่ท่านแปรงให้เด็ก ท่านทำอย่างไร
() 1. ฟันบนปิดลงล่าง ฟันล่างปิดขึ้นบน
() 2. ทั้งฟันบนและฟันล่างใช้แปรงถูแรง ๆ
() 3. ถูไปตามขวางและปิดขึ้นลง
() 4. อื่น ๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. แปรงสีฟันที่ท่านให้เด็กใช้มีลักษณะอย่างไร
() 1. ขนแปรงหน้าตัดโค้งตามแนวฟัน และขนแปรงชัน
() 2. ขนแปรงหน้าตัดเรียบ แข็ง และมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ
() 3. ขนแปรงหน้าตัดโค้งตามแนวฟัน และมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ
() 4. ขนแปรงหน้าตัดเรียบ ไม่แข็ง และมีด้ามตรง | <input type="checkbox"/> |

- | | สำหรับเจ้าหน้าที่ |
|---|--------------------------|
| <p>10. หลังจากแปรงฟันทุกครั้ง ท่านให้เด็กเก็บแปรงสีฟันไว้ที่ใด</p> <p>() 1. วาง หรือแขวนในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก</p> <p>() 2. เก็บไว้ในกล่องที่ใส่แปรงมาเช่นเดิม</p> <p>() 3. ในตู้ให้มิดชิด</p> <p>() 4. เก็บอย่างไรก็ได้</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>11. ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟันอันใหม่ให้เด็กเมื่อใด</p> <p>() 1. เมื่อขนแปรงเริ่มบานออก</p> <p>() 2. เมื่อขนแปรงอ่อนกว่าเดิมมาก</p> <p>() 3. เมื่อใช้ไปนาน 6 เดือน</p> <p>() 4. เมื่อใช้ไปนาน 1 ปี</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>12. ลักษณะยาสีฟันที่ท่านให้เด็กใช้เป็นอย่างไร</p> <p>() 1. ชนิดเป็นผง เช่น วิเศษนิยม</p> <p>() 2. ชนิดเป็นครีมมีฟองมาก ๆ</p> <p>() 3. ชนิดเป็นครีม เป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก</p> <p>() 4. ชนิดเป็นครีม เป็นยาสีฟันสำหรับผู้ใหญ่</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>13. ท่านมีวิธีการใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันให้เด็กอย่างไร</p> <p>() 1. ใช้ขนแปรงแตะที่หลอดยาสีฟันเท่านั้น</p> <p>() 2. บีบยาสีฟันให้ทั่วขนแปรงสีฟัน</p> <p>() 3. ใช้ยาสีฟันมาก ๆ</p> <p>() 4. ใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าไรก็ได้</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>14. ท่านเคยให้เด็กอ้าปากและตรวจดูฟันผุ หรือดูความสะอาดฟันเด็กหรือไม่</p> <p>() 1. ไม่เคย</p> <p>() 2. ทำบางครั้ง</p> <p>() 3. ทำเป็นประจำ</p> | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|---|
| <p>15. ท่าน<u>เคย</u>พาเด็กไปหาหมอฟันหรือไม่ (ตอบเพียงข้อเดียว)</p> <p>() 1. เคย (ตอบคำถามข้อ 16 แล้วจบแบบสอบถาม)</p> <p>() 2. ไม่เคย (<u>ข้ามไป</u>ตอบคำถามข้อ 17 แล้วจบแบบสอบถาม)</p> | <p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <input type="checkbox"/> |
| <p>16. หากท่าน<u>เคย</u>พาเด็กไปหาหมอฟัน ท่านพาเด็กไปหาหมอฟัน เพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>() 1. เพื่อตรวจฟัน</p> <p>() 2. เด็กมีอาการเสียวฟันหรือปวดฟัน</p> <p>() 3. พาไปเคลือบฟลูออไรด์</p> <p>() 4. พาไปเคลือบหลุมร่องฟัน</p> <p>() 5. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>17. สาเหตุที่ท่าน<u>ไม่</u>เคยพาเด็กไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>() 1. ฟันเด็กไม่มีปัญหาจึงไม่จำเป็นต้องพบหมอฟัน</p> <p>() 2. ไม่มีเงิน</p> <p>() 3. ไม่มีเวลาพาเด็กไป</p> <p>() 4. เด็กกลัวหมอฟัน</p> <p>() 5. ฟันของเด็กเป็นฟันน้ำนมจึงไม่ต้องรักษา</p> <p>() 6. อื่น ๆ ระบุ.....</p> | <input type="checkbox"/> |

จบแบบสอบถาม

ลักษณะการกระจายของปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปร	Mean	Median	Mode	S.D.	Variance	Kurtosis	Skewness
X1	32.06	32.00	35	5.61	31.43	-.80	.02
X2	35.64	35.00	36	6.39	40.79	.20	.38
X3	5547.42	4300.00	0	5873.04	34492539.71	13.25	2.64
X4	8771.69	7000.00	5000	7207.52	51948367.88	10.83	2.81
X5	9.07	8.00	7.00	4.37	19.11	1.63	1.17
X6	3.47	3.50	4.00	.70	.49	-.52	-.17
X7	3.11	3.10	3.00	.56	.32	.22	-.24
X8	3.44	3.43	3.14	.76	.57	-.49	-.24
X9	3.65	3.63	3.50	.49	.24	.67	-.37
X10	2.20	2.17	2.00	.71	.50	.44	.55
X11	6.45	6.00	6.00	1.62	2.62	.26	.05
X12	4.47	4.00	4.00	.50	.25	-2.02	.11
X13	3.79	3.81	3.00	.57	.33	-.71	-.04
X14	10.93	12.00	12.00	3.84	14.77	-.32	-.64
X15	11.31	12.00	12.00	3.69	13.64	-.22	-.77

ตัวแปร X3 (รายได้ต่อเดือนของมารดา) และ X4 (รายได้ต่อเดือนของคู่สมรส) มีความแปรปรวนสูงมาก และมีความโด่งเกิน +3 และเบ้ซ้าย ตัวแปร X5(ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน) เบ้ซ้าย โดยภาพรวมแล้วตัวแปร ส่วนใหญ่มีการกระจายใกล้เคียงกับโค้งปกติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	y
X1	1.000	.636	.153	.189	.622	.130	-.080	.093	-.171	-.110	.126	.022	-.083	-.079	.101	-.104
X2		1.000	-.041	.111	.498	.149	-.117	-.072	-.245	-.022	.063	-.028	.008	-.169	-.040	-.089
X3			1.000	.356	-.047	.290	-.091	.040	-.063	-.084	.244	-.017	.121	.507	.354	-.207
X4				1.000	.121	.146	-.197	.052	-.092	-.012	.038	-.090	.298	.268	.491	-.091
X5					1.000	.044	-.166	.016	-.113	-.061	-.032	.025	-.036	-.291	-.057	.066
X6						1.000	-.308	-.192	-.241	-.212	.163	-.155	.090	.293	.179	-.244
X7							1.000	.488	.455	.208	.040	.042	.029	-.142	-.030	.037
X8								1.000	.403	.155	.079	.049	.127	.000	.194	.026
X9									1.000	.107	-.118	.038	.047	-.094	-.020	.061
X10										1.000	-.070	.019	-.020	.004	-.082	.128
X11											1.000	-.116	.198	.194	.257	-.234
X12												1.000	-.085	-.136	-.254	.082
X13													1.000	.161	.200	-.019
X14														1.000	.479	-.085
X15															1.000	-.136
y																1.000

จากการพิจารณาความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันน้อย ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่าง X1 (อายุของมารดา) และ X2 (อายุของกลุ่มสมรส) $r = .636$ ความสัมพันธ์ระหว่าง X1 (อายุของมารดา) และ X5 (ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน) $r = .622$

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรตาม

y = ค่าผูกพันอุด (ซี)

ตัวแปรอิสระ

- X1 = อายุของมารดา (ปี)
- X2 = อายุของกลุ่มสมรส (ปี)
- X3 = รายได้ต่อเดือนของมารดา (บาท)
- X4 = รายได้ต่อเดือนของกลุ่มสมรส (บาท)
- X5 = ระยะเวลาการอยู่ร่วมกัน (ปี)
- X6 = การรับรู้เรื่องธรรมชาติของฟัน (คะแนน)
- X7 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (คะแนน)
- X8 = การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (คะแนน)
- X9 = การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (คะแนน)
- X10 = การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (คะแนน)
- X11 = พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของมารดา (คะแนน)
- X12 = อายุของบุตร (ปี)
- X13 = สัมพันธภาพในครอบครัว (คะแนน)
- X14 = จำนวนปีที่มารดาศึกษาสูงสุดตามหลักสูตร (ปี)
- X15 = จำนวนปีที่กลุ่มสมรสศึกษาสูงสุดตามหลักสูตร (ปี)
- X16 = อาชีพของมารดา ทำเป็น dummy variable โดยให้อาชีพรับราชการเป็นฐาน
- X17 = อาชีพของกลุ่มสมรส ทำเป็น dummy variable โดยให้อาชีพรับราชการเป็นฐาน
- X18 = โรคประจำตัวของมารดา ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่มีโรคประจำตัวเป็นฐาน
- X19 = โรคประจำตัวของกลุ่มสมรส ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่มีโรคประจำตัวเป็นฐาน
- X20 = โรคประจำตัวของบุตร ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่มีโรคประจำตัวเป็นฐาน

ตัวแปรที่ศึกษา (ต่อ)

- X21 = ประสบการณ์ทางทันตกรรมของมารดา ทำเป็น dummy variable โดยให้การมีประสบการณ์ทางทันตกรรมเป็นฐาน
- X22 = ลักษณะครอบครัว ทำเป็น dummy variable โดยให้ครอบครัวขยายเป็นฐาน
- X23 = สถานภาพสมรส ทำเป็น dummy variable โดยให้การอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสเป็นฐาน
- X24 = จำนวนบุตรอายุ 0-5 ปี ทำเป็น dummy variable โดยให้การมีจำนวนบุตร อายุ 0-5 ปี 1 คน เป็นฐาน
- X25 = ลำดับที่ของบุตร ทำเป็น dummy variable โดยให้บุตรลำดับที่ 1 เป็นฐาน
- X26 = ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำเป็น dummy variable โดยให้การมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย เป็นฐาน
- X27 = ภาวะวิกฤติในครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่มีภาวะวิกฤติในครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเป็นฐาน
- X28 = การตรวจฟันให้บุตร ทำเป็น dummy variable โดยให้การตรวจเป็นประจำเป็นฐาน
- X29 = การพาบุตรไปพบทันตแพทย์ ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่เคยพาบุตรไปพบทันตแพทย์เป็นฐาน
- X30 = การควบคุมขวด ทำเป็น dummy variable โดยให้การเลิกควบคุมขวดเป็นฐาน
- X31 = การกินขนมมอกมื่ออาหาร ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่กินขนมมอกมื่ออาหารทุกวันเป็นฐาน
- X32 = การกินขนมมอกมื่ออาหารเวลากลางคืน ทำเป็น dummy variable โดยให้การไม่กินขนมมอกมื่ออาหารเวลากลางคืนเป็นฐาน
- X33 = ความถี่ของการกินขนมมอกมื่ออาหาร ทำเป็น dummy variable โดยให้การกินขนมมอกมื่ออาหารน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน เป็นฐาน
- X34 = ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ทำเป็น dummy variable โดยให้การดื่มเครื่องดื่มรสหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน เป็นฐาน
- X35 = ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน ทำเป็น dummy variable โดยให้การแปรงฟันทุกวันเป็นฐาน
- X36 = ความถี่ในการแปรงฟัน ทำเป็น dummy variable โดยให้การแปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน เป็นฐาน
- X37 = การช่วยแปรงฟัน ทำเป็น dummy variable โดยให้การมีผู้ใหญ่ (เช่น พ่อ แม่ อื่น ๆ) ช่วยในการแปรงฟันเป็นฐาน

บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง *จิตวิทยาทั่วไป* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร อักษรพิทยา 2540
- คณิศร พากเพียร “ผลของอาหารต่อโรคฟันผุในเด็กเล็ก” ใน *สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย* หน้า 18-39 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2545
- จุฑามาศ เรียบร้อย “อิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และพัฒนากร ตำบลต่อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก ในศูนย์เด็กวัยก่อนเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง” การค้นคว้าแบบวิจัยอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2538
- จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ “ความสัมพันธ์ในครอบครัว” ใน เอกสารประกอบคำบรรยายรายวิชา จริยธรรมของผู้นำทางสังคม 2542
- จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ *สังคมวิทยา* พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2545
- ชาลีมาศ น้อยสัมฤทธิ์ “ผู้ดูแลบุตรของสตรีในเขตเมืองของประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2535
- ณัฐไชย ดันตีสุข “แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวไทย” ใน *แนวคิดและทิศทางของครอบครัวไทยและยุทธศาสตร์ในการสร้างความมั่นคงของครอบครัว* หน้า 16 กรุงเทพมหานคร (เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง แนวคิดและทิศทางของครอบครัวไทย ในโอกาสวันสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ตุลาคม 2533)
- ทิพวรรณ กลิ่นศรีสุข “การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน (0-5 ปี) ในหมู่บ้าน กรณีศึกษา ต.บ้านหมอ อ.บ้านหมอ จ.สระบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541
- ทันตสาธารณสุข, กอง กรมอนามัย *รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 – 2544* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์ 2545
- ทันตสาธารณสุข, กอง กรมอนามัย *รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2545

- ทัศนีย์ มหาวิน “ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็ก อายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ 2540
- บุปผา คำแปง “ การรับรู้ของผู้บริโภคเกี่ยวกับอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีในเขตอำเภอ เมืองเชียงใหม่ ” การศึกษาค้นคว้าอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ ส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2540
- ประกายรัตน์ ภัทรชิตี และ กมลลา แสงสีทอง “ หน่วยที่ 3 วงจรชีวิตและการสร้างครอบครัว ” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา** หน้า 193-197 นนทบุรี สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2545
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ **จิตวิทยาการศึกษา** กรุงเทพมหานคร ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ 2539
- พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล และคณะ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครสวรรค์ รายงานการวิจัย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 8 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2538
- พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ **ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยวัยต่าง ๆ** เชียงใหม่ โรงพิมพ์หน่วยบริการ งานวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2536
- พัชรี สวานแก้ว **จิตวิทยาพัฒนาการและการดูแลเด็กปฐมวัย** กรุงเทพมหานคร ดวงกมล 2536
- เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ “ ความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมือที่เด็กก่อนวัย เรียนบริโภค : ศึกษาเฉพาะภาคกลาง ” รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข 2538
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์ “ หน่วยที่ 15 ครอบครัวกับการพัฒนาชนบท ” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชา ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม** หน้า 918 นนทบุรี สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2538
- รุจา ภูโพนบูลย์ **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้** กรุงเทพมหานคร วิ.เจ. พรินต์ติ้ง 2541
- รังนี นพเกตุ **จิตวิทยาการรับรู้** กรุงเทพมหานคร ประกายพริก 2540
- วรรณวิมล ลิ้มวงษ์ทอง “ ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการ : ศึกษาเฉพาะ ครอบครัวเด็กก่อนวัยเรียนในลูกกรมกรก่อสร้าง เขตกรุงเทพมหานคร ” วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2535

- วรัตมา สุขวัฒนานันท์ “ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตรด้าน
สุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร ”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2540
- วสิน เทียนกิ่งแก้ว “ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก
อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ” วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539
- วุฒิชัย ชุมพลกุล “การศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนและมารดา และปัจจัยที่
อิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ” รายงานการวิจัย ม.ป.ท. 2538
- ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ “ครอบครัวไทยในปัจจุบันและความต้องการช่วยเหลือและการแทรกแซง”
ใน *สถาบันครอบครัว : มุมมองของนักสวัสดิการสังคม* หน้า 9-15 ศศิพัฒน์
ยอดเพชร บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร J. PRINT 2538
- _____. *แนวความคิด หลักการ วิธีการ งานพัฒนาและสวัสดิการสังคม* กรุงเทพมหานคร
สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ 2538
- สนิท สมัครการ *มีเงินก็นับว่าน้องมีทองก็นับว่าที่ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย* พิมพ์
ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : โครงการส่งเสริมเอกสารทางวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒน
บริหารศาสตร์ 2544
- สิริพรรณ มิ่งวานิช “ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวกับผู้ป่วยที่
ประสบอุบัติเหตุจราจรที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี” (อัครานา) 2537
- สุชา จันทร์เอม *จิตวิทยาทั่วไป* พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2536
- _____. *จิตวิทยาพัฒนาการ* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2536
- สุพัตรา สุภาพ *สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี* พิมพ์ครั้งที่ 8
กรุงเทพมหานคร บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด 2541
- สุทธินันท์ นำเพชร “พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา จังหวัด
เพชรบุรี” ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา พัฒนสังคม สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2543
- สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ *การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย* กรุงเทพมหานคร คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2534
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ *ทฤษฎีสังคมวิทยา : เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น* พิมพ์ครั้งที่
6 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2538

- _____. **ทฤษฎีสังคมวิทยา** ตำราในโครงการตำราพื้นฐานคณะรัฐศาสตร์ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ 2536
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี **นโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว** กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ 2537
- _____. **การพัฒนาครอบครัว** กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ 2536
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก **รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพประชาชน จังหวัดนครนายก ครั้งที่ 2** 2543
- อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ “การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในภาคกลางของประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2540
- Becker, M.H. et al. “Mother’s health beliefs and children’s clinic visits.” *Journal of Community Health* 3 (1997): 125-135.
- Becker, M.H. “The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experiment.” *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (1977): 348.
- Becker, M.H. “The Health Belief Model and Sick Role Behavior.” *Health Education* 2 (1974): 409-417.
- Becker, M.H. et al. “A new approach to explaining sick – role behavior in low income populations.” *American Journal of Public Health* 64 (1974): 204-216.
- Best, John W. *Research in Education*. New Jersey : Prentice-Hall, 1981.
- Croll, T.P. “The need for early infant and toddler dental care : A pictorial argument.” *Pediatr Dent* 19 (1988) : 719-730.
- Degano Maris P. and Degano Robert A. “Breastfeeding and Oral Health : A Primer for the Dental Practitioner.” *Journal of Oral Health*. (Nov. 1993): 71-73.
- Eshleman J. Ross. *The Family : An Introduction*. Boston: Allyn & Bacon, 1994

- Holm, A.K. et al. "A Comparative study of oral health as related to general health, food habits and socioeconomic conditions of 4 year old Swedish Children." *Community Dent Epidemiol*, 1975.
- Kinirons, M and McCabe, M "Familial and Maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children." *Community dental Health* 12 (1995): 226.
- Murray JJ. "Effecting of preventive agents for dental caries." *Caries Res* 27 (1993): 2-8.
- Petersen Paul Exik. "Oral Health Behavior of 6 year-old Danish Children." *ACTA Odontology Scandinavia* 50 (1992): 57-64.
- Richter, K. et al. *Child Care in Urban Thailand : Choice and Constraint in a Changing Society*. IPSR Publication No. 163. Bangkok : Institute for Population and Social Research, 1992.
- Rosenstock, I. M. "Historical origins of Health Belief Model." *Health Education* 2 (1974): 328-338.
- _____. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior." *Health Education* 4 (1974): 354-384.
- Schom, L. and Uitenbroek, D. "Social and Behavior Indication of Caries Experience in 5 year – old Children." *Community dentistry and Oral Epidemiology* 18 (1995): 12-16.
- Wendt Lill-Kari et al. "Mental health, family interaction and life events in infants and toddlers with caries." *Swedish Dental Journal* 19 (1995): 17-27.
- World Health Organization *Oral Health Surveys Basic Methods* Geneva : WHO, 1997.
- Wyne Amjad Hussain et al. "Feeding and Socioeconomic Characteristics of Nursing Caries Children in Saudi Arabia Population." *Pediatric Dentistry* 17 (1995): 451-454.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุนีย์ พลภาณุมาศ
วัน เดือน ปีเกิด	14 พฤษภาคม 2506
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
ประวัติการศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2531 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2535 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2537 เศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2538
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์