

โปรแกรมทันตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

โปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด



นางสาวลิจรรยา สมสวย

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



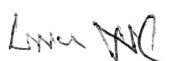
ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีนีร์ตัน ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ดุษย์ ยังน้อย ท.บ., ส.ม.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

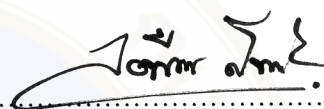
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

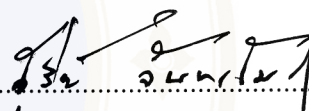
โปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2554



นางสาวลิอจรรยา สมสวย

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทร์โมลี, ศ.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



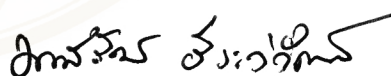
รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ดุษย์ ยังน้อย ท.บ., ส.ม.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายๆ ท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นิรัตน์ อิมามิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ชีระวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมรองศาสตราจารย์ ทนตแพทย์สุขุยังน้อย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และรองศาสตราจารย์ สุรีย์ จันทระโมลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ทั้งด้านวิชาการและได้ให้กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งความรู้ต่างๆ นี้สามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรีเทศบาลแวง พัฒนาการอำเภอโพธิ์ทอง กำนันตำบลแวง หัวหน้าครูผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสวรรค์ ครูผู้ดูแลเด็กบ้านโนนสวรรค์ ตลอดจนคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่ให้การสนับสนุนร่วมมือในการดำเนินการศึกษาวิจัย และอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งตลอดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ และ พี่ๆ น้องๆ ทันตบุคลากร ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลโพธิ์ทองทุกท่าน ที่กรุณาช่วยเหลือและให้การสนับสนุนทุกๆ ด้าน ในการดำเนินงานศึกษาวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาน้องสาว น้องชาย ญาติมิตร และคนจิตใจดี ที่สนับสนุน กำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ภาคปกติ รุ่นที่ 29 ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือ และสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณของบิดามารดา ตลอดจนผู้มีพระคุณและครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย

ลือจรรยา สมสวย

โปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR CAREKEEPERS OF PRESCHOOL CHILDREN,
PHONTHONG DISTRICT, ROI ET PROVINCE.

ลือจรรยา สมสวย 4837649 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D., มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., ตูย์ ชัยน้อย, ศ.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มเดียว ทำการวัดก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 40 คน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งของอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยตามโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในช่วงเวลา 12 สัปดาห์ ที่เน้นความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การเสริมสร้างทักษะการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในด้านการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก ทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง และแบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการดูแลทันตสุขภาพจากผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการวิจัยแสดงว่า โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้ความสามารถของตนเองและการสื่อสารสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก และลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง / การสื่อสารสุขภาพ / การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR CAREKEEPERS OF PRESCHOOL CHILDREN, PHONTHONG DISTRICT, ROI ET PROVINCE

LUECHANYA SOMSUAY 4837649 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NIRAT IMAMEE, Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., TUE YOUNGNOI, D.D.S, M.P.H.

ABSTRACT

This action research undertaken with guardians, with one single group both pretested and posttested, was aimed at studying the effects of a dental health education program for preschool children. The samples were of 40 guardians of preschool children at a Preschool Child Development Center in Phonthong District, Roiet Province. The sample group had participated in the activities of a dental health education program for 12 weeks. The dental health education program emphasized the knowledge of oral health care for preschool children, the development of a perceived self-efficacy in oral health care for preschool children, promotion of skills in oral health care for preschool children in regard to teeth-brushing, oral health check-ups, and oral health care behavior of preschool children in order to lower dental plaque in preschool children. The instruments used for data collection were an interview schedule for guardians, a teeth brushing skills for children guardians assessment form, a children's teeth brushing skills assesment, children's oral health check-up assessment, and dental plaque frequency assessment form. Data analysis was done by computing percentage, mean, standard deviation and Paired sample t-test.

The results of the research showed that after the experiment, a significant increase in knowledge about dental health, perceived self-efficacy for guardians of dental health care and dental health care behavior were found among the experimental group ($p < 0.001$). The preschool children had received dental care from their guardians, which was evident from the significant decrease in dental plaque frequency among the preschool children of the sampled guardians ($p < 0.001$). From the research results, it was shown that the dental health education program, applying the concepts of self-efficacy and health communication, was effective in changing the guardian's dental health care behaviors and lowering the frequency of dental plaque in preschool children.

KEY WORDS : DENTAL HEALTH / HEALTH COMMUNICATION / EDUCATION PROGRAM / DENTAL HEALTH CARE BEHAVIORS / PRESCHOOL CHILDREN

179 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	9
1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	9
1.2 โรคในช่องปาก	12
1.3 อาหารกับโรคฟันผุ	17
1.4 การกำจัดคราบจุลินทรีย์เป็นการป้องกันโรคในช่องปาก	21
ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้	29
2.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง	29
2.2 ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อสุขภาพ	33
3.3 การใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	
ส่วนที่ 3 การดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	54
ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน	58
4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ	63
กรอบแนวคิดในการวิจัย	72
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	73
1. รูปแบบการวิจัย	73
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	75
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	78
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	84
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 4 ผลการวิจัย	93
บทที่ 5 การอภิปรายผล	106
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	121
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	130
บรรณานุกรม	141
ภาคผนวก	149
ภาคผนวก ก ผลการทดลอง	150
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมิน	161
ภาคผนวก ค ภาพกิจกรรม	176
ประวัติผู้วิจัย	179

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	อาหารสำหรับเด็กที่มีผลต่อการผุของฟัน	17
2	ข้อแนะนำ /วิธีปฏิบัติในเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป	20
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปทางประชากร	95
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก	97
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง	99
6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลัง การทดลอง	99
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถใน การดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง	100
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	101
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี ก่อนและหลังการทดลอง	101
10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีภายในของตัวอย่าง ก่อน และหลังการ ทดลอง	102
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะการตรวจสุขภาพช่อง ปากก่อนและหลังการทดลอง	102
12	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง	103
13	จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	103
14	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง	104

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปริมาณการบาดเจ็บก่อนและหลังการทดลอง	104
16	การเปรียบเทียบปริมาณการบาดเจ็บของตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง	105
17	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	151
18	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน	152
19	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง	154
20	จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ปกครอง	157
21	จำนวนและร้อยละของความถี่ในการแปรงฟัน ระหว่างสัปดาห์ที่ 3-7 ในกลุ่มทดลอง	160
22	จำนวนและร้อยละของความถี่ของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพระหว่างสัปดาห์ที่ 3-7 ในกลุ่มทดลอง	160

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	การขึ้นของพินน้ำนม	10
2	ส่วนประกอบของพิน	11
3	องค์ประกอบของการเกิดโรคพินผุ	13
4	กระบวนการเกิดโรคพินผุ	14
5	ลักษณะเหงือกปกติ และเหงือกอักเสบ	16
6	ท่านอนในการแปรงฟันให้เด็ก	23
7	ท่ายืนในการแปรงฟันให้เด็ก	23
8	การแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียน	24
9	ส่วนของการตรวจทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี	25
10	ส่วนของการตรวจพินหน้าบนและล่าง	26
11	ส่วนของการตรวจพินกรามบนและล่างด้านติดแก้ม	27
12	ส่วนของการตรวจด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้นของพินกรามล่าง	27
13	ส่วนของการตรวจพินด้านบดเคี้ยว และด้านเพดานของพินกรามบน	27
14	ตำแหน่งในการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์	28
15	เกณฑ์การให้คะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์	29
16	Health Communication Model : HCM	41
17	แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	42
18	กรอบแนวคิดการวิจัย	72
19	การสุ่มตัวอย่าง	78

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	แสดงปัจจัยที่มีส่วนกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัย	30
2	แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	31
3	แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	32
4	ส่วนประกอบพื้นฐานของการสื่อสารสุขภาพ	39
5	รูปแบบการวิจัย	73
6	รูปแบบการทดลอง	74

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคในช่องปากโดยเฉพาะโรคฟันผุ เป็นปัญหาทางทันตสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุในทุกประเทศ ได้รับความสนใจจากวงการทันตสาธารณสุขทั่วโลกมากกว่า 40 ปี แม้ว่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กในประเทศอุตสาหกรรมลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (Schroder et al, 1994; Tinanffi, 1995; Gordon and Reddy, 1985) จากการสำรวจสถานะความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนขององค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบกับทุกภูมิภาค (Vesilinyov and Markovsk, 2005) โดยเฉพาะในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ที่มีฟันผุเพียงร้อยละ 40 และ 13 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmfs) ของประเทศอังกฤษเท่ากับ 1.52 ซึ่งต่อคน แล้วประเทศไทยยังพบโรคฟันผุในอัตราสูงกว่าในประเทศที่เจริญแล้วเป็นอย่างมากจากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอยู่ในระดับสูงมาก และเขตชนบทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2537) จากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2544 พบว่า เด็กไทยมีปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบค่อนข้างสูงโดยมีอัตราที่ทรงตัวและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นมาตลอด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมเพิ่มขึ้น การเกิดโรคในเขตเมืองมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่เขตชนบทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และฟันน้ำนมที่สุกเกือบทั้งหมดยังไม่ได้รับการรักษา มีการหลุดไปเรื่อยๆ จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนไทยในระดับประเทศครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2549-2550) พบว่าในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซึ่งในปากมีฟันผุร้อยละ 61.37 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.21 ซึ่งต่อคน ส่วนเด็กอายุ 5 ปี พบฟันน้ำนมผุร้อยละ 80.64 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.43 ซึ่งต่อคน เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 6 กับผลการสำรวจที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงอัตราการหลุดที่สูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว โรคฟันน้ำนมในเด็กเล็กก็นับเป็นปัญหาสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพอนามัย ส่งผลต่อทิวทัศน์การ (ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์, 2545) พร้อมกันนั้นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ (Adulyanon, et al., 1996: 385–389) แม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงหรือทำให้เกิดอันตราย

ถึงชีวิตแต่ก็เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบสะสมและเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก และการดำเนินโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Manji, et al., 1994: 324–328) ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวอาหาร (Leake, 1990: 262–267) หากสภาวะในช่องปากของเด็กไม่ดีจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ เช่น การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจสูงกว่าปกติ หรือหากปล่อยให้ฟันผุลุกลามจนทำให้เกิดการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด จะส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร และส่งผลกระทบต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ การเจ็บป่วย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายช้าลง (ไมลีย์ มณฑิราข, 2549) มีพัฒนาการการใช้กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัวล่าช้า ทำให้มีความเสี่ยงที่จะมีฟันสร้างไม่สมบูรณ์ เกิดฟันผุได้ง่าย (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2545) ถ้าปวดฟันกินข้าวไม่ได้ ก็จะกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายไม่ได้ ร่างกายก็จะได้รับสารอาหารน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนั้นการเจริญเติบโตของร่างกายต้องหยุดชะงัก ทำให้เด็กโตไม่เต็มที่ ร่างกายแคระแกร็นหรือผลกระทบในด้านพัฒนาการ จะลดน้อยลง ส่งผลต่อความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (IQ: Intelligence Quotient) ของเด็กๆ ยิ่งถ้าปวดฟันบ่อยๆ จะส่งผลเสียต่อความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.: Emotional Quotient) ไปด้วย นอกจากนั้นการบดเคี้ยวซึ่งเป็นการกระตุ้นขากรรไกรให้เจริญเติบโต ถ้าบดเคี้ยวไม่ดี ขากรรไกรก็จะเล็ก แนวโน้มที่ฟันกรามหลังๆ จะขึ้นมาแล้วกลายเป็นฟันคุดจะสูงขึ้นแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงหรือทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตแต่ก็เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบสะสมและเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก (สุธา เจียรณนิโชติชัย, 2545) และการดำเนินโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Manji, et al., 1994: 324–328) โรคและความผิดปกติในช่องปากของเด็กเล็กมีหลายประการ แต่ปัญหาที่ชัดเจนที่สุดคือโรคฟันผุ พบว่า โดยมากแล้วเด็กเป็นโรคฟันผุตั้งแต่อ่อนอายุ 1 ขวบ และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในช่วงเด็กอายุ 1-3 ขวบ และเด็กที่มีฟันผุผู้ใหญ่กลับคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่จริงแล้วฟันผุเป็นเรื่องอันตราย เพราะเด็กมีภูมิคุ้มกันน้อย แม้จะไม่อันตรายถึงแก่ชีวิตแต่ก็ทำให้เด็กเจ็บปวดทรมาน เสียสุขภาพ นอกจากนี้โรคฟันผุยังทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาดำเนินแล้ว ยังส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพ (Cushing et al., 1986: 3–17) และย่อมจะทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ต่อประเทศนั้นๆ ตามมา ยังมีผลต่อระบบเศรษฐกิจของชาติเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษามีมูลค่าสูง

โรคฟันผุเกิดขึ้นเนื่องจากเคลือบฟันและเนื้อฟันถูกทำลายโดยกรด จากปฏิกิริยาระหว่างเชื้อจุลินทรีย์ซึ่งมีอยู่ประจำในช่องปาก กับอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล (กิตติ สุพันธุ์วิช, 2522) การสะสมของเชื้อจุลินทรีย์บนตัวฟัน ชนิดของอาหาร ความถี่ในการบริโภค และฟันที่เสี่ยงต่อการผุ การเสี่ยงต่อโรคฟันผุจะสูงมากที่สุดหากมีการบริโภคน้ำตาลบ่อยครั้ง และเป็นน้ำตาลในรูปแบบที่ตกค้างในช่องปากเป็นเวลานาน น้ำตาลซูโครสเป็นน้ำตาลที่ก่อให้เกิดฟันผุ ได้มากที่สุด (จุฬาร ลัมอรุณทัย, 2548) ตำแหน่งของฟันน้ำนม ที่พบมากที่สุดที่ฟันหน้าบน รองลงมาได้แก่

ฟันกรามล่างและฟันกรามบน ลักษณะการเกิดฟันผุมากที่สุดที่ฟันหน้าบนซี่ถึง การดูแลนมขวดและนอนหลับคาขวดนม โดยเฉพาะนมชนิดหวานหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีน้ำตาลผสมอยู่ (กรมอนามัย, 2537) ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าฟันน้ำนมไม่ค่อยสำคัญ เพราะเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะมีฟันถาวรแทนที่ แต่บางครั้งคร่าวให้ความสำคัญกับฟันน้ำนมว่าฟันน้ำนมมีหน้าที่เคี้ยวอาหารในวัยเด็กถ้าเด็กฟันแข็งแรงจะสามารถเคี้ยวอาหารได้ และหากเด็กมีฟันน้ำนมขาวสะอาดจะเป็นเด็กน่ารัก ผู้ปกครองยังไม่ค่อยให้ความสำคัญเนื่องจากคิดว่าฟันเด็กเป็นเพียงฟันน้ำนมที่เห็นว่าอีกไม่นานก็จะหลุดไปเอง (สุนีย์ พลภานุมาศ, 2546) ผู้ปกครองเห็นว่าปัญหาฟันผุที่เกิดขึ้นในฟันน้ำนมเป็นเรื่องธรรมดา และคิดว่าฟันเด็กเป็นเพียง ฟันน้ำนมที่เห็นว่าอีกไม่นานก็จะหลุดไปเอง (สุมาลี ไชยแสนทา, 2546) นอกจากนั้นยังเห็นว่าเด็กยังเล็กอยู่กลัวว่าถ้าไปรักษาจะเกิดอันตราย โรคในช่องปากของเด็กที่ผู้ปกครองพบเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ร้อนในและฟันเป็นเมฆ การอธิบายลักษณะของโรคฟันผุในฟันน้ำนม ส่วนใหญ่จะใช้อาการ และความรุนแรงที่กำลังเผชิญ และลักษณะที่ปรากฏเด่นชัดมาอธิบาย โรคในช่องปาก เช่น อาการปวดที่ฟันตั้งแต่ปวดเล็กน้อยจนถึงปวดมาก การปวดเสียวปวดร้อนในช่องปาก การปวดฟันจนกินข้าวไม่ได้หรือนอนไม่หลับ การเห็นฟันผุเป็นรูหรือโพรงขนาดใหญ่ การมีฝ้าขาวผิดปกติที่ลิ้นหรือที่กระพุ้งแก้มของเด็ก (คณินันต์ ปีติบุญญพัฒน์, 2547)

การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพที่ผ่านมาของจังหวัดร้อยเอ็ด การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากร ที่ทำทรัพยากรในการดำเนินงานในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของโรคฟันผุในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 -2548 เป็นต้นมาพบว่า ลดน้อยลงร้อยละ 26.46, 25.4, 31.2 และ 37.94 ตามลำดับ แต่ยังน้อยกว่าเกณฑ์ของประเทศกำหนดให้ต้องปราศจากฟันผุร้อยละ 45 ขึ้นไป (กองทันตสาธารณสุข, 2548) และจากรายงานสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ ที่เริ่มมีฟันน้ำนมจนถึง 3 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.56 มีสุขภาพช่องปากที่ดี หลังจากนั้น เริ่มมีฟันน้ำนมที่มีแนวไหมสูงขึ้นตามอายุ อาจเป็นด้วยการถูกลามของโรคที่จะแสดงอาการชัดเจน ในเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ ปราศจากฟันผุ 45.56 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน (dmf) อุด 5.49 ซึ่งต่อคน เหงือกอักเสบร้อยละ 39.09 (โรงพยาบาลโพนทอง, 2550) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอำเภอโพนทองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กมีการสอนการแปรงฟันในเด็ก ภายในศูนย์เด็กเล็ก แต่เมื่อเด็กกลับบ้านไปไม่ได้นำพฤติกรรมเหล่านี้ไปใช้ที่บ้านด้วย เนื่องจากขาดการสื่อสารด้านสุขภาพที่ชัดเจนกับผู้ปกครอง จากการสังเกตการณ์พฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าเกือบร้อยละ 80 จะซื้อขนมของขบเคี้ยวขนมกรุบกรอบ และซื้อน้ำหวานให้เด็กถือมาขงศูนย์เด็กเล็กเกือบทุกวัน เมื่อซักถามผู้ปกครองบางคนพบว่า ต้องซื้อขนมให้มาโรงเรียนทุกวันหรือไม่ก็ให้เงินเด็กพกติดตัวมาโรงเรียนประมาณวันละ 15-20 บาท เพราะถ้าไม่ให้เด็กก็จะร้องแง ประกอบกับการ

โฆษณาสำหรับเด็กในสื่อต่างๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ ก็ยังทำให้การต่อต้าน
รณรงค์เรื่องฟันผุเป็นสิ่งที่เกินความคาดหมาย (ชมพูนุท นานา, 2548) ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปาก
และฟันจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการแปรงฟันหลังอาหาร แต่พบว่า มีส่วนน้อยที่แปรงฟันที่บ้าน
และเมื่อมีฟันผุ ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ให้การรักษาทันทีเพราะคิดว่าฟันนั้นมหลุดไปตามธรรมชาติ เด็กบางคน
จะมีน้ำหนักร่วงและเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ปกครองคิดว่าเป็นธรรมดาของเด็กเป็นช่วงวัย สำหรับ
ครูผู้ดูแลขาดทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพของเด็ก พบปัญหาว่าไม่รู้จะสื่อสารอย่างไร
กับผู้ปกครองให้ทราบถึงปัญหาได้อย่างไร วิธีไหน และไม่ต่อเนื่อง มารดาผู้ปกครองขาดการปลูกฝัง
เอาใจใส่ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่บุตร เน้นการให้เด็กได้เรียนหนังสือ ต้องมีการบ้านเพื่อที่จะได้
เป็นคนเก่ง การส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพมีน้อยกับคนที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กเอง การดำเนินงาน
ในกลุ่มผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนต้องใช้ กระบวนการและกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ปกครอง
สามารถนำไปใช้กับเด็กในปกครองได้

การสื่อสารเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ปกครอง ทั้งภาษา ท่าทาง คำพูดที่
จะสื่อให้เด็กเข้าใจและปฏิบัติได้ การให้ทันตสุขศึกษา เพื่อให้ได้ผลอย่างจริงจังในการปรับปรุงและ
ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรู้จักเลือกรับประทานอาหารในชุมชนได้
อย่างสอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม และวิถีชีวิตนั้น โดยผ่านสื่อประเภทต่างๆ ทุก
รูปแบบ ทั้งสื่อบุคคล สื่อวิทยุกระจายเสียง สื่อหอกระจายข่าว สื่อสิ่งพิมพ์ และอื่นๆ เพื่อให้ถึง
กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันกับยุคสมัย มีความถี่ในการสื่อสารมากพอเพื่อให้
ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสารกันอย่างทั่วถึงและเตือนความจำอยู่เสมอ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์
แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กหรือ
ผู้ปกครองการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม ลดปริมาณการบาดเจ็บที่ฟันได้ เพื่อป้องกัน
โรคฟันผุได้ ส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี เจริญเติบโตสมวัยต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

โปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองและการ
สื่อสารสุขภาพจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ
สุขภาพเด็ก และลดปริมาณการบาดเจ็บที่ฟันของเด็กก่อนวัยเรียน 3 – 5 ปี ได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพ ในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
2. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
4. ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนี้

- 1.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 1.2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2. ภายหลังการทดลอง เด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสื่อสารสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 2.2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2.3.1 การแปรงฟันที่ถูกต้อง

2.3.2 การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกต้อง

2.3.3 การปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ

2.4 ปริมาณการบาดเจ็บที่รุนแรงบนตัวฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสวรรค์ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมทันตสุขภาพ หมายถึง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยการประยุกต์แนวคิดการสื่อสารสุขภาพผสมผสานกลวิธีทางสุขศึกษาให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งระกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้จากสื่อบุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงองค์ประกอบของฟันความสำคัญของฟัน น้ำนม โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ทันตโภชนาการ สุขปฏิบัติเพื่อฟันดี ส่วนที่ 2 การส่งเสริมทักษะการแปรงฟัน การบ้วนปาก การตรวจสุขภาพช่องปากให้กับเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกต้อง ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ส่วนที่ 3 การสื่อสารเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านสื่อช่องทางต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน เสียงตามสาย ป้ายประกาศ จดหมายข่าว และโทรศัพท์พูดคุย

2. ความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปาก หมายถึง ความสามารถของผู้ปกครองในการจำและความเข้าใจในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ในเรื่อง องค์ประกอบของฟัน ความสำคัญของฟัน น้ำนม โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ทันตโภชนาการ สุขปฏิบัติเพื่อฟันดี การดูแลทันตสุขภาพ

เด็กก่อนวัยเรียนในเรื่อง การแปรงฟันที่ถูกต้อง การบ้วนปาก และการตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินจากแบบสอบถาม ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพในช่องปาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในเรื่อง องค์ประกอบของฟัน ความสำคัญของฟันน้ำนม โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ทันตโภชนาการ สุขปฏิบัติเพื่อฟันดี การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในเรื่อง การแปรงฟันที่ถูกต้อง การบ้วนปาก และการตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินจากแบบสอบถาม ผู้ปกครองในส่วนของ การรับรู้ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง การปฏิบัติในพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอหลังอาหารเช้า หลังอาหารกลางวัน และก่อนนอน การบ้วนปาก การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกต้อง การปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ด้านการบริโภคอาหาร การดื่มนม การรับประทานผลไม้สดฟัน บันทึกรการแปรงฟันโดยผู้ปกครอง และหลังรับประทานอาหารกลางวัน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากบันทึกของครู และการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกต้องตามวิธีการแปรง ตำแหน่งที่แปรง การบ้วนปากที่ถูกต้อง และการฝึกการตรวจฟันด้วยของเด็กตามวิธีการประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. การแปรงฟันที่ถูกต้อง หมายถึง การแปรงฟันที่ถูกต้อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการแปรงฟันแบบถูไปมา (Scrub Technique) โดยวางขนแปรงในแนวตั้งฉากกับตัวฟัน โดยหน้าตัด ขนแปรงอยู่บนตัวฟัน กดขนแปรงลงเล็กน้อย ถูไปมาในช่องปาก โดยให้ด้ามแปรงเคลื่อนที่น้อยที่สุด ขยับขนแปรงประมาณ 4-5 ครั้ง ย้ายตำแหน่งวางขนแปรงใหม่ ในลักษณะเดียวกันทั้งในฟันบนและฟันล่างด้านทางลิ้น ทางแก้ม ทางเพดานปาก ทางริมฝีปาก ส่วนด้านบดเคี้ยวให้วางขนแปรงบนหน้าตัดฟัน แล้วถูไปมาในแนวนอน พร้อมทั้งแปรงลิ้น โดยใช้แปรงสีฟันกวาดขนแปรงให้ทั่วถึง 4-5 ครั้ง ซึ่งสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบประเมินทักษะการแปรงฟันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6. การตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจช่องปากเพื่อตรวจดูความสะอาดและสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปาก โดยผู้ปกครองดูทุกครั้งหลังการแปรงฟันดังนี้คือ ฟันหน้าบนและล่างด้านทางริมฝีปากโดยการขมิบฟันพร้อมทั้งดึงริมฝีปากขึ้นและลง ฟันหลังบนและล่างขา ด้านทางแก้มโดยการเอียงหน้าไปทางขวามือพร้อมทั้งดึงกระพุ้งแก้ม ฟันหลังบนและล่างซ้ายด้านทางแก้มโดยการเอียงหน้าไปทางซ้ายมือพร้อมทั้งดึงกระพุ้งแก้ม ฟันล่างขวาด้านทางลิ้น (ตั้งแต่ซี่ 81-ซี่ 85) และฟันล่างขวาด้านบดเคี้ยวโดยการก้มหน้าอ้าปากเอียงหน้าไปทางขวา ฟันล่างซ้ายด้านทางลิ้น (ตั้งแต่ซี่ 71-ซี่ 75) และฟันล่างซ้ายด้านบดเคี้ยวโดยการก้มหน้าอ้าปากเอียงหน้าไปทางซ้าย ฟันบน

ขวาด้านทางเพดาน (ตั้งแต่ซี่ 51-ซี่ 55) และฟันบนขวาด้านบดเคี้ยวโดยการเงยหน้าอ้าปากเอียงหน้าไปทางขวา และฟันบนซ้ายด้านทางเพดาน (ตั้งแต่ซี่ 61- ซี่ 65) และฟันบนซ้ายด้านบดเคี้ยวโดยการเงยหน้าอ้าปากเอียงหน้าไปทางซ้าย ซึ่งสามารถเก็บรวบรวม ข้อมูลได้จากแบบประเมินทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. การวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ หมายถึง การวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน โดยการประยุกต์ใช้ Simplified Debris Index (DI-S) ของ Green, J.C. and Vermillion J.R. (1964: 7-13) โดยการวัดฟันจำนวน 6 ซี่ ได้แก่ฟันซี่ 55, 51, 65, 75, 71 และ 85 ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าบุคคลนั้นมีปริมาณคราบจุลินทรีย์มาก ซึ่งหมายความว่า บุคคลนั้นยังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพได้ไม่ดี ส่วนบุคคลที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าบุคคลนั้นมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อย ซึ่งหมายความว่า บุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพได้ดี

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียว ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยเป็นรูปแบบ บูรณาการสิ่งที่สนใจศึกษาทุกส่วนเข้าด้วยกัน มีแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

- 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพโรคในช่องปาก
- 1.2 อาหารกับโรคฟันผุ
- 1.3 การกำจัดคราบจุลินทรีย์เป็นการป้องกันโรคในช่องปาก

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้

- 2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง
- 2.2 ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- 2.3 การใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ (กรมอนามัย, 2549)

คนเราจะเริ่มมีการสร้างฟันตั้งแต่ทารกในครรภ์เมื่อคุณแม่ตั้งครรภ์ประมาณเดือนที่ 2 และเริ่มมีการสร้างแร่ธาตุในตัวฟันประมาณเดือนที่ 4 และเมื่อคลอดทารกออกมาประมาณ 6-7 เดือนก็ จะเริ่มมีฟันน้ำนมซี่แรกโผล่ขึ้นมาให้เห็นในขากรรไกรล่างของเด็ก และจะทยอยขึ้นจนครบ 20 ซี่

เมื่ออายุประมาณ 2-3 ขวบ ฟันเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายที่ใช้ในการบดเคี้ยวอาหารและเป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย ฟันโดยธรรมชาติมี 2 ชุด คือ

1. ฟันน้ำนม (Deciduous teeth) ทั้งหมดมี 20 ซี่ แบ่งเป็นฟันบน 10 ซี่ ฟันล่าง 10 ซี่ โดยอยู่บนขากรรไกรบนและล่างอย่างละ 10 ซี่ ฟันจะเริ่มสร้างตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดาและเริ่มขึ้นในช่องปากเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน และขึ้นครบเมื่ออายุประมาณ 2 ½ - 3 ปี

2. ฟันแท้ (Permanent teeth) มีทั้งหมด 32 ซี่ แบ่งเป็นฟันบน 16 ซี่ ฟันล่าง 16 ซี่ โดยอยู่บนขากรรไกรบนและล่างอย่างละ 16 ซี่ เริ่มขึ้นในช่องปากเมื่ออายุ 6 ปี ซึ่งจะเริ่มขึ้นถัดจากฟันกรามน้ำนมด้านในสุด ได้แก่ ฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (First molar) และจะทยอยขึ้นแทนที่ฟันน้ำนมจากฟันหน้าล่างกลางไปจนครบและมีฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่เมื่ออายุประมาณ 18-25 ปี

การขึ้นของฟันน้ำนม

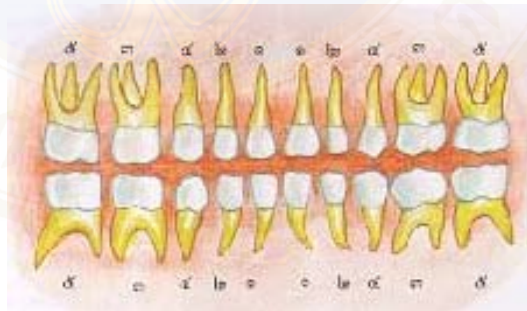
ฟันหน้ากลาง ปกติจะขึ้นระหว่างอายุ 6 – 9 เดือน หลุดเมื่อ 6-8 ปี

ฟันหน้าข้าง ปกติจะขึ้นระหว่างอายุ 8 – 9 เดือน หลุดเมื่อ 7-9 ปี

ฟันเขี้ยว ปกติจะขึ้นระหว่างอายุ 18 – 20 เดือน หลุดเมื่อ 10-12 ปี

ฟันกรามหน้า ปกติจะขึ้นระหว่างอายุ 12 – 14 เดือน หลุดเมื่อ 10-11 ปี

ฟันกรามหลัง ปกติจะขึ้นระหว่างอายุ 20 – 24 เดือน หลุดเมื่อ 10-12 ปี

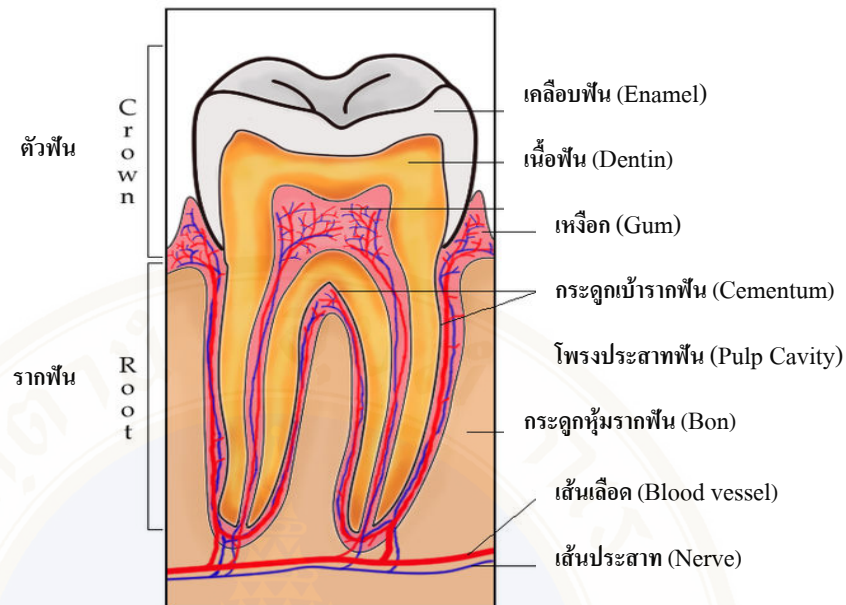


แผนภาพที่ 1 การขึ้นของฟันน้ำนม

ส่วนประกอบของฟัน

โครงสร้างภายนอก แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ตัวฟัน ได้แก่ ส่วนของฟันที่โผล่พ้นขากรรไกร
2. รากฟัน ส่วนของรากฟัน ที่ฝังตัวอยู่ในเหง้าฟันของกระดูกขากรรไกร



แผนภาพที่ 2 ส่วนประกอบของฟัน

โครงสร้างภายใน ถ้าผ่าฟันตามยาวจะพบชั้นต่างๆ ของฟันดังนี้

โครงสร้างภายในของฟัน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ชั้นเคลือบฟัน (Enamel) เป็นชั้นที่ไม่มีชีวิต คลุมอยู่ส่วนนอกของตัวฟัน มีลักษณะแข็งมีแร่ธาตุเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เช่น แคลเซียมและฟลูออไรด์ เป็นต้น เป็นส่วนที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย เป็นมันวาว เรียบ สีขาว
2. ชั้นเนื้อฟัน (Dentine) เป็นชั้นที่รับรู้ความรู้สึกได้ เป็นชั้นที่มีชีวิต มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาหล่อเลี้ยง เนื้อฟันจะมีสีเหลือง
3. ชั้นเนื้อเยื่อใน (Pulp) เป็นชั้นที่อยู่ของเส้นเลือดเส้นประสาทที่หล่อเลี้ยงให้ฟันแต่ละซี่มีชีวิต ชั้นนี้รับรู้ความรู้สึกได้ เช่น จะมีการเจ็บปวดเมื่อฟันผุถึงชั้นนี้

อวัยวะปริทันต์ เป็นเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ ฟัน ได้แก่

1. เหงือก เป็นเนื้อเยื่อปกคลุมกระดูกขากรรไกรที่ฟันฝังตัวอยู่ เหงือกปกติมีสีชมพูอ่อนหรือสีคล้ำถ้าสีมืดดำ เนื้อแน่น ขอบเหงือกบางแนบคอฟัน มีร่องลึกลงไปประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ผิวเหงือกมีจุดนูนเล็กๆ ประปรายคล้ายผิวส้ม
2. เนื้อเยื่อปริทันต์ เป็นเนื้อเยื่อรอบรากฟัน มีความยืดหยุ่นในตัวเองได้เล็กน้อย ทำหน้าที่ยึดรากฟันให้ติดกับกระดูกขากรรไกรที่ฟันนั้นฝังตัวอยู่ และกระจายแรงบดเคี้ยวจากฟันไปยังกระดูกขากรรไกรบางครั้งเรียกว่า เยื่อยึดรากฟัน

3. กระดูขากรรไกร เป็นกระดูกที่รากฝังตัวอยู่ โดยกระดูกเว้าไปตามรูปร่างของรากฟันซี่ต่างๆ กระดูขากรรไกรล่างแข็งแรงกว่ากระดูขากรรไกรบน

ความสำคัญของฟันน้ำนม

1. ใช้บดเคี้ยวอาหาร
2. ช่วยในการรักษารูปของใบหน้าให้ปกติ ทำให้แลดูสวยงาม
3. ช่วยในการออกเสียง
4. ช่วยให้ฟันถาวรขึ้นมาในตำแหน่งที่ถูกต้อง
5. ช่วยให้กระดูขากรรไกร ใบหน้า เจริญเติบโตได้ตามปกติ

1.2 โรคในช่องปาก

ในการศึกษารั้วนี้แบ่งเป็น 2 โรคคือ

1.2.1 โรคฟันผุ

โรคฟันผุ คือ กระบวนการทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับฟันที่ขึ้นแล้วในช่องปากที่มีการทำลายเนื้อเยื่อแข็งของฟัน เกิดเป็นโพรงหรือรูขึ้น รอยผุโดยทั่วไปจะมีสีน้ำตาลดำ การทำลายนี้เป็นการถาวรร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปให้เป็นปกติเหมือนเดิมได้ และถ้าไม่รักษาการผุจะลุกลามถึงชั้นเนื้อเยื่อใน จะมีอาการปวดฟันอาจบวมเป็นหนองและเชื้อโรคจะแพร่กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2536: 10–13)

โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโรคติดเชื้อทั่วไป คือมีปฏิกิริยาทางเคมีเกิดขึ้นบนตัวฟันอันจะส่งผลให้เกิดการทำลายของเคลือบฟัน และฟันทั้งซี่หากปล่อยไว้ขบวนการของโรคดำเนินไปจนถึงระยะสุดท้าย องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุมี 4 ประการ คือ จุลินทรีย์ (Microorganism) สารอาหาร (Substrate) ฟันที่เหมาะสม (Susceptible teeth) และระยะเวลาที่เหมาะสม (Time) การที่จะเกิดโรคฟันผุได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 4 ครบถ้วน หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งแล้วก็จะไม่เกิดฟันผุขึ้น (นิสา เจริญพงษ์, 2535: 7–13)

เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ คือ เชื้อจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ในคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเกาะติดอยู่บนผิวฟัน มีลักษณะเป็นคราบบางๆ สีเหนียว เกิดจากสารโปรตีนในน้ำลาย ที่ทำหน้าที่คล้ายกาว ยึดกลุ่มจุลินทรีย์ในติดบนผิวฟัน มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ต้องย้อมสีจึงจะเห็นได้ชัด คราบจุลินทรีย์จะติดแน่นบนผิวฟัน ไม่สามารถกำจัดออกได้ ด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ ต้องกำจัดโดยการแปรงฟัน

น้ำตาล ได้จากน้ำตาลที่ผสมอยู่ในอาหารที่รับประทานเข้าไป หรือจะเป็นน้ำตาลจากธรรมชาติ ที่ตกค้างในช่องปาก

กรด เชื้อจุลินทรีย์จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกรดได้ ในเวลาเพียงประมาณ 5 นาทีเท่านั้น ก็จะเกิดการเพิ่มกรดในช่องปาก ทำให้เกิดฟันผุได้



แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของการเกิดโรคฟันผุ

ปัจจัยสำคัญและกระบวนการเกิดโรคฟันผุ

การเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นลักษณะการผุที่เกิดบริเวณฟันหน้าบนและฟันกรามน้ำนม มีรูปแบบการผุที่แตกต่างกัน และจะมีชื่อเรียกต่างๆ กันไปตามลักษณะและตำแหน่งของฟันที่เกิดการ ฟันผุในเด็กเล็กนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ การผุในลักษณะนี้มีรูปแบบเฉพาะคือ การผุกรุนแรงในฟันหน้าบนบน การผุจะสัมพันธ์กับการขึ้นของฟัน และจะพบฟันผุใน ฟันน้ำนมล่างได้น้อย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุได้แก่

1. **ลักษณะตัวฟัน** ในฟันน้ำนมจะมีโครงสร้างชั้นเคลือบฟันบางกว่าและมีความสมบูรณ์ของการ สะสมแร่ธาตุน้อยกว่าฟันถาวร นอกจากนั้นยังอาจพบชั้นเคลือบฟันซึ่งมีลักษณะ การสะสมแร่ธาตุที่ไม่สมบูรณ์ในช่วงอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้ผิวเคลือบฟันไม่เรียบ (enamel hypoplasia) จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคฟันผุ (Milgrom et al., 1995) ในด้านรูปร่างของฟัน ฟันที่มีหลุมร่องลึก โดยเฉพาะฟันหลังจะง่ายต่อการกักเก็บเศษอาหาร เป็นตำแหน่งที่ทำความสะอาดได้ยาก ทำให้ด้านบดเคี้ยวของฟันกรามน้ำนมเป็นตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุมากกว่าฟันซี่อื่น ในด้านสิ่งแวดล้อมในปาก สิ่งที่มีบทบาทสำคัญคือ น้ำลาย จะทำหน้าที่ทั้งในด้านการรักษาสมดุล การชะล้างสิ่งตกค้างในปาก และการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งองค์ประกอบของน้ำลายที่

มีผลต่อการทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่ อัตราการไหล (flow rate) และความสามารถในการรักษาสมดุล (buffer capacity)

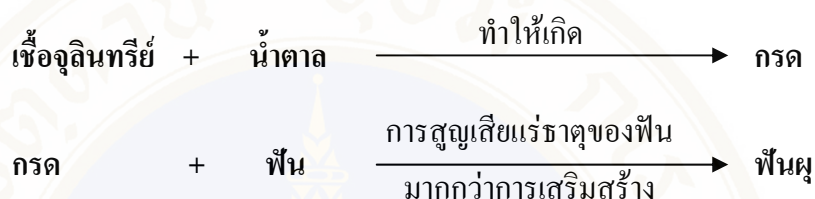
2. เชื้อแบคทีเรีย ที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเป็นชนิดเดียวกับเชื้อที่ก่อโรคฟันผุชนิดอื่นๆ คือ Mutans Streptococci (Seow, 1998) ซึ่งจะใช้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นวัตถุดิบในการผลิตกรดแลคติก ทำให้มีการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟัน สำหรับที่มาของเชื่อนั้นเด็กจะได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาหรือผู้ใกล้ชิด อาจโดยการสัมผัสใกล้ชิดหรือการใช้ภาชนะร่วมกัน ดังนั้นโรคฟันผุจึงเป็นโรคติดต่อที่สามารถถ่ายทอดได้ การตรวจพบเชื้อในช่องปากของเด็กจะพบตั้งแต่ ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น (Caufield et al., 1993; Grindefford et al., 1995) เนื่องจากเชื้อ Mutans Streptococci ต้องอาศัยการยึดเกาะกับพื้นผิวที่แข็ง

3. อาหารก่อโรคฟันผุ อาหารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุได้แก่อาหารที่มีน้ำตาล เป็นส่วนประกอบ น้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุมากที่สุดคือ น้ำตาล ซูโครส ทั้งนี้ขึ้นกับความถี่ และปริมาณรวมในการบริโภคด้วย (Sheiham, 2001) การบริโภคน้ำตาลจะทำให้ค่าความเป็นกรดต่ำ (pH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง แต่จะถูกปรับให้กลับสู่สภาพเดิมด้วยระบบบัฟเฟอร์ของน้ำลาย แต่ถ้าเมื่อใดความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีบ่อย การปรับสภาพสมดุลของน้ำลายไม่สามารถจะทำได้ทัน ทำให้ค่าความเป็นกรดต่ำของแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤติ (pH = 5.5) เกิดการละลายตัวของแร่ธาตุจากผิวเคลือบฟัน (demineralization) มากกว่าการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (remineralization)

นอกจากปัจจัยหลักทางชีวภาพทั้งสามประการแล้ว การเกิดโรคฟันผุยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ อีก เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และปัจจัยทางพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษาถึงปัญหาโรคฟันผุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ขบวนการเกิดโรคยุ่งยากซับซ้อน แต่สามารถอธิบายได้ง่ายๆ ดังนี้ เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในปากหรืออยู่บนคราบจุลินทรีย์ จะย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ที่รับประทาน เข้าไปกักตุนอยู่บริเวณคอฟัน ซอกฟัน ของฟัน เกิดเป็นกรดขึ้นกรดจะสัมผัสกับตัวฟันในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้แร่ธาตุในตัวฟันละลายไป เกิดเป็นรูหรือโพรงขึ้นบนตัวฟัน ซึ่งการผุจะดำเนินได้รวดเร็วและง่ายหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความถี่ในการบริโภคอาหารหวาน และการกำจัดคราบจุลินทรีย์และเศษอาหารออกจากตัวฟัน รวมทั้งความแข็งแรงทนทานต่อกรดของตัวฟันตามลักษณะโครงสร้างของฟันดังกล่าวที่กล่าวมาแล้ว โดยสามารถแบ่งโรคฟันผุออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ยังไม่เห็นรูผุ (Noncavitation) มีลักษณะเป็นรอยขาวขุ่น หรือเป็นจุดสีน้ำตาล โดยไม่มีอาการใดๆ เกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุจากตัวฟันมากกว่าการคืนกลับแร่ธาตุ แต่ยังไม่มากจนเกิดเป็นรูบนตัวฟัน

ระยะที่เห็นเป็นรูผุบนฟัน (Cavitation) เป็นระยะที่มีการสูญเสียแร่ธาตุอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีการทำลายโครงสร้างของฟัน เกิดเป็นรูผุขึ้น อาจมีการเสียวฟัน ปวดฟัน และถ้าไม่รักษา จะลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟันได้



แผนภาพที่ 4 กระบวนการเกิดโรคฟันผุ

เมื่อแบ่งระยะของการเกิดโรคฟันผุตามโครงสร้างภายในของฟัน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เคลือบฟันถูกทำลายเห็นเป็นจุดดำๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด รักษาโดย แปรงฟันสม่ำเสมอ พบหมอฟัน เพื่ออุดฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน ใช้ฟลูออไรด์รูปแบบต่างๆ

ระยะที่ 2 เป็นรูผุชัดเจน สีเทาดำ เนื่องจากกรดกัดกร่อนลึกถึงเนื้อฟัน เริ่มเสียวฟันเวลากินของเย็นจัด แต่ยังไม่มีการปวดฟัน รักษาโดย อุดฟัน

ระยะที่ 3 ฟันผุลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน เจ็บปวดมาก เคี้ยวอาหารไม่ได้ รักษาโดย อุดฟันอย่างเร่งด่วน รักษารากฟัน หรือถอนฟัน

ระยะที่ 4 ผุทะลุชั้นเนื้อเยื่อใน เส้นประสาทฟันถูกทำลายเชื้อโรคลงสู่ปลายรากฟัน มีหนอง มีอาการปวด เกิดหนองที่ปลายรากฟันบวม ปวดตื้อๆ และเจ็บมาก รักษาโดย รักษาฟัน รากฟัน ถอนฟัน หรือแล้วแต่กรณี

1.2.2 โรคเหงือกอักเสบ

โรคเหงือกอักเสบมีสาเหตุหลักจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ (Plaque) โดยคราบ จุลินทรีย์ซึ่งเกิดจากการที่เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก แผ่นคราบอาหารที่มีเชื้อจุลินทรีย์เกาะบนตัวฟัน สร้างสารที่ใช้ยึดเกาะกับผิวฟันโดยสารจำพวกนี้เป็สารจำพวกมิวโคโพลีแซคคาไรด์ (Mucopolysaccharide) มีลักษณะเหนียวคล้ายวุ้น ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าจำเป็นต้องอาศัยการ

ข้อเสียพิเศษจึงจะทำให้มองเห็นได้ เมื่อสะสมหนาขึ้น อาจเห็นเป็นแผ่นบนตัวฟันหนาขึ้น มีสีขาวเทา หรือสีเหลือง ที่เราเรียกว่า “ขี้ฟัน” คราบจุลินทรีย์ไม่สามารถกำจัดออกด้วยการบ้วนปากแรงๆ หรือ ใช้น้ำดองฟัน ต้องอาศัยการขัดออกโดยการแปรงฟัน ในคราบจุลินทรีย์เหล่านี้จะมีสารพิษ (Toxin) ทั้งที่อยู่ในเซลล์ (Endotoxin) และสารพิษที่ปล่อยออกมาจากเซลล์ (Exotoxin) นอกจากนี้ยังมีเอ็นไซม์ และสารต่างๆ ที่มีฤทธิ์สามารถกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ (กมลทิพย์ สุขสันติสกุลชัย และคณะ, 2541: 31 – 33)

โดยทั่วไปแล้วในวัยเด็กที่ยังมีฟันน้ำนมอยู่ มักจะไม่พบปัญหาโรคเหงือกอักเสบ เนื่องจากลักษณะรูปร่างของฟันน้ำนมที่ป้องกันบริเวณคอฟันจะไม่เอื้อต่อการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ ปัญหาการเกิดเหงือกอักเสบจะเริ่มขึ้นในช่วงที่เข้าสู่ระยะฟันชุดผสม (Mixed dentition) ซึ่งเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปีเป็นต้นไป โดยลักษณะของโรคเหงือกอักเสบ มีลักษณะดังนี้

เหงือกปกติ สีชมพูซีด หรือสีเนื้ออ่อนหรือสีคล้ำตามสีผิวคน มีลักษณะเนื้อแน่นปกคลุมถึงคอฟัน และขอบเหงือกบางแนบคอฟัน



เหงือกปกติ



เหงือกอักเสบ

แผนภาพที่ 5 ลักษณะเหงือกปกติ และเหงือกอักเสบ

สีของเหงือก มีสีแดงหรือสีเข้มขึ้นเนื่องจากมีเลือดจำนวนมากมาเลี้ยงโดยอาจพบมีสีแดงคล้ำหรือสีม่วงคล้ำในรายที่มีการอักเสบเรื้อรัง

พื้นผิวของเหงือก มีลักษณะเรียบ เป็นมัน ไม่พบลักษณะจุดผิวส้ม (Stippling) เพราะมีการเพิ่มการซึมผ่านของหลอดเลือดทำให้เกิดลักษณะบวมน้ำ

รูปร่างของเหงือก มักพบลักษณะบวมบนบริเวณขอบแหลมของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (Interproximal papilla) และนอกจากนี้ยังอาจพบลักษณะขอบเหงือกมนกลม เนื่องจากการบวมน้ำและหนาตัวขึ้น ลักษณะเหงือกร่นต่ำลงโดยเฉพาะเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน เกิดแอ่งเหงือก (Crater) ระหว่างฟันหรือเหงือกเกิดรอยแยกเห็นเป็นร่อง (Cleft) ตั้งแต่บริเวณขอบเหงือกลงไป

ความยืดหยุ่น จะลดลงเนื่องจากการบวมน้ำ เส้นใยคอลลาเจนถูกทำลาย เหยือกจะมีลักษณะอ่อนนุ่มคล้ายฟองน้ำ

การมีเลือดออก ตรวจโดยการใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (Probe) สอดลงในร่องเหงือก ให้เครื่องมือแนบกับผิวฟัน ปลายเครื่องมืออยู่บริเวณลึกสุดของร่องเหงือก ตรวจรอบฟันด้วยแรงประมาณ 25 กรัม หลังจากยกเครื่องมือออกจะพบมีเลือดออกจากร่องเหงือกซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของเหงือกอักเสบและใช้ในการวินิจฉัยแยกจากเหงือกปกติ ร่วมกับลักษณะของสี ลักษณะผิว และความยืดหยุ่น (กมลทิพย์ สุขสันติสกุลชัย, 2545: 28–30)

1.3 อาหารกับโรคฟันผุ

เป็นที่ทราบกันมานานว่า อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล หรือคาร์โบไฮเดรต เป็นปัจจัยหลักอันหนึ่ง ในการเกิดโรคฟันผุ จากหลักฐานทางวิชาการ สามารถสรุปได้ว่า ในบรรดาอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตนั้น น้ำตาลเป็นส่วนสำคัญที่สุด ในการทำให้เกิดโรคฟันผุ อาหารประเภทแป้ง สามารถทำให้เกิดฟันผุได้ โดยเฉพาะถ้าเป็นอาหารที่แปรรูปเป็นอาหารสำเร็จ แต่ก็ทำให้เกิดฟันผุที่น้อยกว่าน้ำตาล (ยกเว้น อาหารแปรรูปจากแป้ง ที่ผสมน้ำตาลด้วย)

น้ำตาลในอาหาร สามารถแบ่งออกไปเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. น้ำตาลที่มีตามธรรมชาติในอาหาร เช่น น้ำตาลในนม ผลไม้ น้ำตาลกลุ่มนี้ เรียกว่าเป็น Milk sugars หรือ Intrinsic sugars
2. น้ำตาลที่ได้มาจากการสกัด (แปรรูป) จากแหล่งธรรมชาติ เช่น น้ำตาลที่สกัดจากอ้อย ในรูปของน้ำตาลทราย หรือน้ำตาลในการปรุงอาหารแบบต่างๆ เป็นต้น น้ำตาลกลุ่มนี้ เรียกว่าเป็น Non-milk extrinsic sugars: NME sugars น้ำตาลในกลุ่มนี้เอง ที่มีผลต่อการเกิดฟันผุสูงๆ

ตารางที่ 1 อาหารสำหรับเด็กที่มีผลต่อการผุของฟัน

อาหารที่ไม่ทำให้ฟันผุ	อาหารที่ทำให้ฟันผุน้อย	อาหารที่ทำให้ฟันผุมาก
เนยแข็ง	ผลไม้สด	ลูกกวาด*
ถั่ว+	นมช็อคโกแลต	คุกกี้
เนื้อมะเขือเทศ	ผลิตภัณฑ์ธัญพืชขัดสี	ขนมเค้ก
นมสดรสจืด		เครื่องดื่มรสหวานรวมทั้งน้ำผลไม้
ผักต่างๆ		ผลไม้แปรรูป ผลไม้แห้ง
ข้าวโพดคั่ว		เบรคฟาஸบาร์

+ ไม่เหมาะสำหรับเด็ก หรือเด็ก 1-2 ปี เพราะอาจเกิดปัญหาทำให้ทางเดินหายใจอุดตัน

* ของหวานที่เหนียว ชื่น ละลายช้า ทำให้ฟันผุมากที่สุด

ปัจจัยเกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ สามารถแจ้งในรายละเอียดมากขึ้นได้ เป็นดังนี้

1. ชนิดของน้ำตาล การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลตามธรรมชาติ นั้น จะเกิดฟันผุน้อยกว่าการได้รับน้ำตาล ที่ได้มาจากการแปรรูปแล้ว การศึกษาเรื่อง ชนิดของน้ำตาลกับการเกิดโรคฟันผุ พบว่า น้ำตาลแล็กโตส ได้มาจากนม ทำให้เกิดฟันผุน้อยที่สุด ขณะที่ น้ำตาลซูโครส (น้ำตาลแปรรูป หรือน้ำตาลสกัดจากอ้อย) จะทำให้เกิดฟันผุได้สูงสุด และฟันผุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำตาลพวก NME

2. ปริมาณน้ำตาล และความถี่บ่อยในการบริโภค ความเข้มข้นของน้ำตาลในอาหาร ก็มีผลทำให้เกิดฟันผุเพิ่มมากขึ้น แต่ความถี่ในการรับประทานน้ำตาล (หรืออาหารที่มีน้ำตาลผสม) มีผลต่อการเกิดฟันผุ มากกว่าปริมาณน้ำตาลที่บริโภคในแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามการบริโภคบ่อยครั้ง เมื่อรวมกันแล้ว ทำให้ปริมาณน้ำตาลที่บริโภคโดยรวมมากขึ้นไปด้วย ดังนั้น การศึกษาถึง ปริมาณของการบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ย จึงนำมาใช้แทนการศึกษาความถี่ ในการบริโภคได้ในบางกรณี

3. การไหลของน้ำตาล และลักษณะของอาหาร การไหลของน้ำตาล และการปรับสภาพให้เป็นกลางในช่องปาก (Buffering) ก็มีผลต่อการเกิดฟันผุมากหรือน้อยด้วย เนื่องจากอาหารที่มีการละลายช้า จะอยู่ในปากได้นาน การปรับสภาพให้เป็นกลางก็จะเป็นไปได้ช้า จึงทำให้นอกจากน้ำตาลในอาหารแล้ว ลักษณะของอาหาร เช่น อาหารที่มีลักษณะเหลว แข็งเหนียว และอาหารที่ละลายช้า มีผลต่อการเกิดฟันผุต่างกัน แล้วแต่จะอยู่ในปากได้นานแค่ไหน

4. อาหารที่ช่วยต้านการเกิดฟันผุ (หรือ ทำให้เกิดฟันผุน้อย) ได้แก่

4.1 อาหารที่ผสมสารให้ความหวาน เป็นสารทดแทนน้ำตาล เช่น เครื่องดื่มที่มี Aspartame หรือน้ำตาลที่เป็นอัลทอสอล เช่น Xylitol ในหมากฝรั่ง หรือน้ำตาลในรูปของ Hydrogenated glucose syrup ในนมผง

4.2 อาหารประเภทไขมัน เช่น เนย ถั่ว

4.3 แร่ธาตุบางชนิด เช่น ฟลูออไรด์

สิ่งที่ควรคำนึงถึง เกี่ยวกับอาหาร กับการเกิดฟันผุ

1. สิ่งที่ยาก ได้แก่

1.1 ประเภท และชนิดของอาหารคาร์โบไฮเดรต อาหารประเภทที่มีน้ำตาลผสม เกิดฟันผุได้มาก หรือถ้าเป็นไปแป้งแปรรูป ก็เกิดฟันผุได้มากกว่าอาหารแป้งสำเร็จรูป เช่น ขนมกรุบกรอบ กับมันต้มน

1.2 ความเข้มข้นของน้ำตาลที่ผสมในอาหาร แต่หากมีปริมาณที่ต่างกันเล็กน้อย มีผลไม่ต่างกัน เช่น ดื่มน้ำตาล 4 ช้อน กับ 2 ช้อน มีโอกาสเกิดฟันผุไม่ต่างกัน

1.3 การยึดติด/ ความเหนียวของอาหาร

2. รูปแบบการกิน

2.1 กินบ่อยแค่ไหน ถ้ากินบ่อยมากก็ฟันผุมาก

2.2 เวลาในการปรับสภาพความเป็นกลางในปาก ถ้าหากว่า กินบ่อยครั้ง ก็มีเวลาในการปรับสภาพ ความเป็นกลางได้น้อย โอกาสเกิดฟันผุมากกว่า

การปรับพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร เพื่อป้องกันฟันผุ

1. ลดการกินอาหารที่มีน้ำตาลผสม (จำนวนครั้งให้น้อยลง)
2. ลดความเข้มข้นของน้ำตาล ที่ใช้ผสมในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น การดื่มชา กาแฟ
3. จำกัดการกินของหวาน ให้อยู่ในเฉพาะอาหารมื้อหลัก

หลักโภชนาการด้านทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย การส่งเสริมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่ทำให้เกิดฟันผุ ห้ามบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสมที่ละลายช้า ส่งเสริมให้มีการรับประทาน อาหารมื้อหลักตามเวลาเป็นประจำ เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กตามพัฒนาการ ควรส่งเสริมให้เด็กได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู วัว เป็ด ไก่ กุ้ง ปลา เครื่องใน เช่น ตับ ปอด หัวใจ ไข่ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วลิสง และอาหารที่ทำจากถั่ว นม และผลิตภัณฑ์จากนม ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอ เครื่องในช่วยสร้างและบำรุงโลหิต นมช่วยสร้างกระดูกและฟัน เนื้อสัตว์ ประเภทอาหารทะเลช่วยป้องกันโรคคอพอกเด็ก อยู่ในวัยเจริญเติบโตต้องการอาหารหมู่นี้มาก

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง ได้แก่ ข้าวต่างๆ เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว แป้งต่างๆ เช่น แป้งข้าวเจ้า แป้งมันสำปะหลังและอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ขนมจีน ขนมปัง หัวเผือก มันต่างๆ ให้กำลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้มีแรงเคลื่อนไหว ทำงานได้

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียว เหลือง ได้แก่ ผักใบเขียวเหลืองและผักเป็น หัวต่างๆ เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ฟักทอง กะหล่ำปลี มะเขือต่างๆ บำรุงสุขภาพทั่วไปให้แข็งแรง บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือกและฟัน สร้างและบำรุงโลหิต ช่วยให้ร่างกายใช้ประโยชน์จากอาหารอื่นได้เต็มที่ และมีเส้นใยเป็นกากช่วยในการขับถ่ายสะดวก

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ ได้แก่ ผลไม้สดต่างๆ เช่น มะละกอ กุ้งฝอย ส้ม มะม่วง ฝรั่ง ช่วยบำรุงสุขภาพ และป้องกันโรคต่างๆ ช่วยให้ร่างกายสดชื่น บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือก และฟัน

หมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์ และพืช ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ เช่น มันหมู มันไก่ ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่ว น้ำมันงา กะทิ อาหารหมู่นี้ให้พลังงานสูงและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้มีกำลังเคลื่อนไหวทำงานได้ เป็นตัวช่วยละลายวิตามินหลายชนิดเพื่อการดูดซึมและนำไปใช้ประโยชน์

เด็กปฐมวัยควรได้ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอทุก 45 นาที เพื่อให้สมองสามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ

ตารางที่ 2 ข้อเสนอแนะ/วิธีปฏิบัติในเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป

การดูแลโภชนาการ	การดูแลทันตสุขภาพ
1. เด็กสามารถกินอาหารร่วมสำหรับได้ และฝึกการใช้ช้อนกลาง	1. แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร
2. อาหารครบ 5 หมู่ 3 มื้อ โดยมีสัดส่วนเหมาะสมตามธงโภชนาการ)เอกสารธงโภชนาการ(	2. เด็กอายุ 3-6 ปี ยังไม่สามารถแปรงฟันเองได้ สะอาด ผู้ปกครองควรแปรงซ้ำให้สะอาด หลังเด็กแปรงฟัน
3. แนะนำให้ดื่มนมรสจืด วันละ 2-3 แก้ว	3. เด็กอายุ 6-12 ปี สามารถแปรงฟันเอง โดยผู้ปกครองดูแล
4. อาหารระหว่างมื้ออื่นๆ ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง ทำจากเนื้อสัตว์ หรือถั่ว หลีกเลี่ยงอาหารว่างที่ทำจากแป้งหรือน้ำตาล แต่หากจะรับประทาน ควรรับประทานหลังมื้ออาหารทันที	4. เด็ก 3-12 ปี ควรใช้ไหมขัดฟัน โดยผู้ปกครองทำให้วันละ 1 ครั้งก่อนนอน และเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป สามารถใช้ไหมขัดฟันได้เอง
5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน หรือมีความเป็นกรด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน	5. พบทันตบุคลากร ทุก 6 เดือน

1.4 การกำจัดคราบจุลินทรีย์เป็นการป้องกันโรคในช่องปาก

การกำจัดคราบจุลินทรีย์ทำได้ไม่ยากเลย เพียงทำความสะอาดด้วยการแปรงฟัน ก็จะสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างได้ผลที่สุด แต่ถ้าเป็นคราบหินปูนที่ติดแน่นกับผิวฟัน จะไม่สามารถกำจัดออกไปได้ด้วยการแปรงฟัน จำเป็นต้องให้ทันตแพทย์ขูดออก ด้วยเครื่องมือขูดหินปูน อย่างไรก็ตามเมื่อขูดหินปูนออกไปแล้ว อาจจะมีขึ้นมาใหม่ได้ ถ้าแปรงฟันไม่สะอาดพอ โรคฟันผุและโรคเหงือก เป็นสิ่งที่เราสามารถป้องกันได้ อย่างง่ายๆ ด้วยการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยการแปรงฟันให้ถูกวิธี เท่านั้นเอง

การเลือกแปรงสีฟันในการทำความสะอาดเหงือกและฟัน

1. แปรงสีฟันเป็นเครื่องมือทำความสะอาดฟันที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม คือควรมีขนาดพอดีกับช่องปากของแต่ละคน ไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป ขนาดของแปรงสีฟันนั้น ถ้าแบ่งตามอายุของผู้ใช้เป็นเกณฑ์จะแบ่งออกได้เป็น ชนิดใช้กับเด็กต่ำกว่า 3 ปี (baby) เด็ก 3-6 ปี (child) เด็ก 6-12 ปี (junior) และผู้ใหญ่ (adult)
2. ลักษณะหัวแปรงที่เรียวเล็กลงจะทำให้สะดวกในการทำความสะอาดให้ถึงฟัน ซึ่งอยู่ข้างในได้ ในการเลือกแปรงสีฟันควรเลือกชนิดขนแปรงนุ่ม ปลายมนด้วย เพื่อที่จะได้สามารถทำความสะอาดในร่องฟันและซอกฟันได้ดี และขณะเดียวกัน ก็จะไม่ทำอันตรายต่อเหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก
3. แปรงที่ดีควรมีด้ามจับที่ถนัดมือ เพื่อที่เราจะได้สามารถบังคับหัวแปรงเข้าไปในบริเวณที่เราต้องการทำความสะอาดได้ โดยไม่กระแทกกับกระพุ้งแก้มหรือเหงือก
4. ส่วนคุณลักษณะอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้ามแปรงที่โค้งงอ ด้ามจับที่ออกแบบพิเศษ สี สันสวยสดสะอาดตา ลวดลายทันสมัย การเรียงตัวของขนแปรงแบบต่างๆ ก็เป็นคุณสมบัติ ที่ทำขึ้นเพื่อให้แตกต่างกันตามความชอบและรสนิยมของแต่ละคน

เนื่องจากขนแปรงสีฟันส่วนใหญ่ทำมาจากไนลอน เมื่อใช้งานไป ก็จะเสื่อมคุณภาพ ขนแปรงจะไม่เป็นระเบียบ ปลายบานออก ทำให้แปรงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เราจึงควรเปลี่ยนแปรงใหม่ทุก 3-6 เดือน ทั้งนี้ก็แล้วแต่การใช้งานที่ต่างกันของแต่ละคน การแปรงฟันที่ถูกต้องการแปรงวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าเพื่อทำให้ช่องปากสะอาด รู้สึกสดชื่น และก่อนนอนเพื่อกำจัดคราบอาหารที่เกิดขึ้นระหว่างวัน ส่วนการแปรงฟัน หลังรับประทานอาหารนั้นจะมีความจำเป็นมากสำหรับผู้ที่ไม่ใส่ฟันปลอม หรือใส่เครื่องมือจัดฟัน เพราะเศษอาหารติดได้ง่าย แต่สำหรับคนทั่วไปถ้าไม่สะดวกที่จะแปรงฟันหลังอาหาร ก็ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ

สะอาดแทนได้ การแปรงฟัน การแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ทำให้ฟันสะอาด และไม่เป็นโรค วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธี ซึ่งจะเสนอแนะวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ในกลุ่มเด็กเล็กที่มีแต่ฟันน้ำนม และกลุ่มเด็กที่มีฟันผสม หรือมีแต่ฟันแท้ การใช้ยาสีฟันช่วยให้การแปรงฟันมีประสิทธิภาพดี โดยยาสีฟันมีวัตถุประสงค์ 3 อย่างคือ

1. กำจัดคราบสี และคราบจุลินทรีย์ ที่ติดบนฟันและเนื้อเยื่อในช่องปาก
2. ทำให้ปากสะอาดสดชื่น
3. เป็นสื่อนำตัวยาที่ต้องการใช้กับฟัน และเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น สารฟลูออไรด์

สามารถช่วยให้ฟันมีความแข็งแรง ทนทานต่อการผุได้ดียิ่งขึ้น ส่วนสารตัวอื่นให้ผลแตกต่างกันต้องเลือกให้เหมาะสมกับความต้องการ เช่น การใช้ยาสีฟันลดการเสียวฟัน เป็นต้น

การแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน

เด็กวัยนี้ไม่สามารถแปรงฟันให้สะอาด ได้เอง เนื่องจากกล้ามเนื้อมือยังพัฒนาการได้ไม่ดีนัก ดังนั้น พ่อแม่ หรือผู้ปกครองจึงควรเป็นผู้ที่แปรงฟันให้เด็ก การแปรงฟันให้เด็กเล็กๆ วิธีที่นิยมใช้ คือ วิธีถูไปมา (Scrub technique) ซึ่งมีวิธีการแปรงที่ง่ายๆ โดยการวางจนแปรง ให้ตั้งฉากกับผิวฟัน ถูไปมาสั้นๆ ในแนวนอน และการทำความสะอาดแต่ละพื้นที่ ควรทำซ้ำกันประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงขยับแปรงไปบริเวณที่ยังไม่ได้แปรง แปรงให้ครบทุกซี่ และทุกด้านของฟัน โดยแปรงให้เป็นระบบดังนี้ วิธีทำความสะอาดฟันสิ่งสำคัญที่ทำให้การแปรงฟันถูกสะอาดและมีประสิทธิภาพ คือ

1. แสงสว่างเพียงพอ อาจใช้โคมไฟโดยที่ไม่จำเป็นต้องแปรง ในห้องน้ำ
2. ผู้แปรงควรเห็นบริเวณที่จะแปรงได้ชัดเจน
3. เด็กอยู่ในท่าที่สบายและมั่นคง

แนะนำให้พ่อ หรือแม่ หรือผู้ดูแลเด็กเป็นผู้แปรงฟันให้ โดยมีถ้วยน้ำ 1 ใบ และถ้วยเปล่าอีก 1 ใบ สำหรับบ้วน พร้อมกับแปรงสีฟันที่มียาสีฟันแค่แต่ละปลายจนแปรงเป็นจุดสั้นๆ พ่อหรือแม่นั่งกับพื้น ลูกนอนศีรษะอยู่บนตัก หันหน้าไปทางเดียวกัน หรือลูกนอนราบบนโต๊ะ พ่อหรือแม่ยืนหรือนั่งอยู่ที่หัวโต๊ะ หรือ แม่ยืนด้านหลังลูก ศีรษะเด็กอยู่ที่ต้นขาแม่ ไม่ยื่นหันหน้าเข้าหากัน เพราะ จะทำให้ เห็นฟันไม่ชัดเจนใช้แปรงนุ่ม หน้าตัดเรียบ ความยาวของหัวแปรงคลุมฟันประมาณ 3 ซี่ แปรงขยับไปมาสั้นๆ ในแนวนอน ประมาณ 20 ครั้งต่อฟันทุก 3 ซี่ ใช้มือ อีกข้างช่วยแหวกกระพุ้งแก้มควรทำอย่างมีระบบ

ท่านอน ผู้ใหญ่นั่งกับพื้น และให้เด็กนอนราบ หรือศีรษะหนุนตัก หันหน้าไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งผู้แปรงและเด็ก เวลาแปรงฟันบนบอเด็กให้หงอนหน้าเล็กน้อย จะช่วยให้แปรงได้นั่นขึ้น



แผนภาพที่ 6 ท่านอนในการแปรงฟันให้เด็ก

ทำยื่นใช้ในเด็กโต ผู้แปรงและเด็กหันหน้าไปทางเดียวกัน โดยเด็กยื่นพียงด้านหน้า ใช้แขนโอบศีรษะเด็กให้หนึ่ง



แผนภาพที่ 7 ทำยื่นในการแปรงฟันให้เด็ก

การแปรงฟันด้านติดแก้ม การแปรงฟันบริเวณนี้ควรให้เด็กหุบปากเล็กน้อย เริ่มแปรงจากฟันซี่ในสุดของขากรรไกรบนด้านหนึ่ง แปรงแบบถูไปมา ผ่านมาทางฟันหน้าบน ไปจนถึงฟันหลังซี่ในสุด ของฟันบนอีกด้านหนึ่ง แล้วจึงขยับแปรงสีฟันลงไป แปรงฟันล่างด้านติดแก้ม ที่อยู่ด้านเดียวกัน แปรงแบบถูไปมา ผ่านมาทางฟันหน้าล่าง ไปจนถึงฟันซี่ในสุด ของขากรรไกรล่างอีกด้านหนึ่ง

การแปรงฟันด้านติดลิ้น ในเด็กอ้าปากกว้างๆ เริ่มแปรงจากฟันบนซี่ในสุดด้านเดียว กับที่ลิ้นสุดของการแปรงฟันล่าง ด้านติดแก้ม แปรงแบบถูไปมา แปรงจากซี่ในสุดผ่านมาทางฟัน

หน้าบน ที่บริเวณนี้ให้วางขนแปรงให้สัมผัสกับผิวฟันในแนวตั้ง กวาดขนแปรงจากคอฟันไปปลายฟัน ทำซ้ำกันประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงแปรงผ่านมาทางฟันหลัง โดยใช้วิธีถูไปมา จนถึงซี่ในสุดของฟันบนอีกด้านหนึ่ง แล้วจึงขยับแปรงลงมาแปรงฟันล่างด้านติดลิ้น ด้านเดียวกัน แปรงจากซี่ในสุดแบบถูไปมา ผ่านมาทางฟันหน้าล่าง ซึ่งบริเวณนี้ใช้วิธีเช่นเดียวกับฟันหน้าบน แล้วแปรงผ่านมาทางฟันหลัง ด้วยวิธีถูไปมา จนถึงฟันหลังซี่ในสุด ของฟันล่างอีกด้านหนึ่ง

การแปรงฟันด้านบดเคี้ยว วางขนแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟันกรามบน ด้านที่เริ่มแปรงฟันด้านติดแก้ม แปรงถูไปมาสั้นๆ สักประมาณ 4-5 ครั้ง แปรงให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ ฟันกรามบนอีกด้านหนึ่ง ฟันกรามล่างซ้ายและขวา

การแปรงลิ้น วางขนแปรงให้ตั้งฉากกับลิ้น แล้วปัดขนแปรงออกนอกปาก ประมาณ 4-5 ครั้งดังภาพประกอบที่ 8

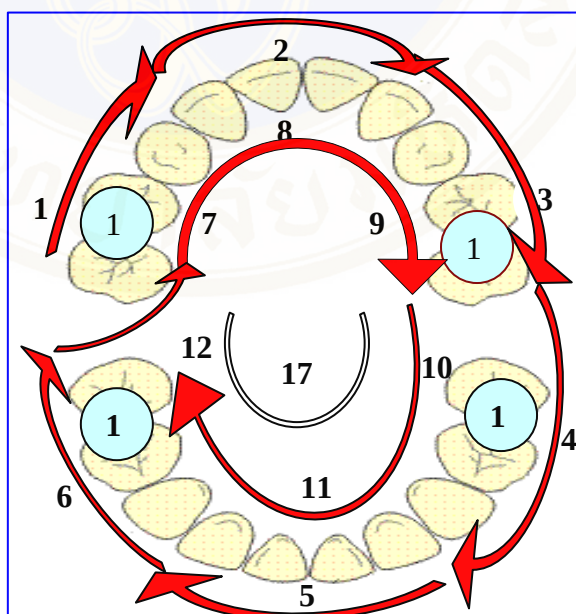


แผนภาพที่ 8 การแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อสำคัญของการแปรงฟันเด็ก คือ ผู้ปกครองควรใช้มือข้างที่ไม่ได้จับแปรงสีฟัน ช่วยประคองคางเด็ก ใช้นิ้วช่วยดันแก้ม และริมฝีปากออก เพื่อให้เห็นบริเวณที่จะแปรง วิธีนี้ยังช่วยป้องกันไม่ให้แปรงสีฟัน กระแทกถูกริมฝีปาก หรือกระพุ้งแก้มของเด็ก ส่วนยาสีฟันในเด็กเล็กๆ ไม่จำเป็นต้องใช้ เพราะเด็กยังควบคุมการกลืนได้ไม่ดีนัก แต่หากต้องการใช้ ก็ควรใช้ในปริมาณเท่าเม็ดถั่วเขียว และเลือกใช้น้ำยาสีฟันสำหรับเด็ก เพราะจะมีปริมาณฟลูออไรด์น้อยกว่าของผู้ใหญ่ แปรงสีฟัน

ควรเลือกชนิดที่มีขนอ่อน มีขนาดของหัวแปรงพอเหมาะ กับปากเด็ก คือ ขนแปรงครอบคลุมฟันประมาณ 3 ซี่

แปรงด้านนอก	ส่วนที่ 1	ฟันบนขวาด้านข้างแก้ม	ส่วนที่ 4	ฟันล่างซ้ายด้านข้างแก้ม
	ส่วนที่ 2	ฟันหน้าบนริมฝีปาก	ส่วนที่ 5	ฟันหน้าล่างริมฝีปาก
	ส่วนที่ 3	ฟันบนซ้ายด้านข้างแก้ม	ส่วนที่ 6	ฟันล่างขวาด้านข้างแก้ม
แปรงด้านในของฟัน	ส่วนที่ 7	ฟันบนขวาทางเพดาน	ส่วนที่ 10	ฟันล่างซ้ายด้านข้างลิ้น
	ส่วนที่ 8	ฟันหน้าบนด้านเพดาน	ส่วนที่ 11	ฟันหน้าล่างด้านทางลิ้น
	ส่วนที่ 9	ฟันบนซ้ายด้านเพดาน	ส่วนที่ 12	ฟันล่างขวาด้านข้างลิ้น
แปรงด้านบดเคี้ยว	ส่วนที่ 13	ฟันบนขวาด้านบดเคี้ยว	ส่วนที่ 15	ฟันล่างซ้ายด้านบดเคี้ยว
	ส่วนที่ 14	ฟันบนซ้ายด้านบดเคี้ยว	ส่วนที่ 16	ฟันล่างขวาด้านบดเคี้ยว
	ส่วนที่ 17	แปรงลิ้น		
ขั้นตอนสุดท้าย	ส่วนที่ 17	แปรงลิ้น		



แผนภาพที่ 9 ส่วนของการตรวจทักษะการแปรงฟันที่ถูกรวบรวม

การตรวจสภาพช่องปาก

การตรวจสภาพช่องปากด้วยตนเอง เป็นการตรวจดูอวัยวะช่องปาก เพื่อให้ทราบว่า มีความผิดปกติหรือไม่ ควรตรวจดูทุกวันอย่างสม่ำเสมอ หลังจากที่แปรงฟันแล้ว

วิธีการตรวจฟัน

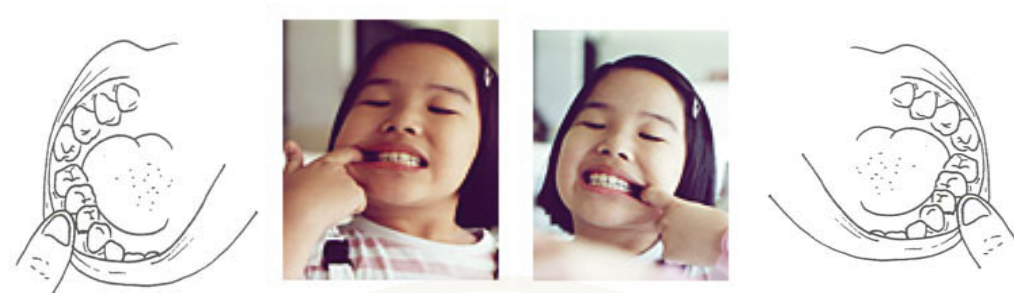
ให้อ้าปากส่องดูกับกระจกเงา ในบริเวณที่มีแสงสว่างพอเพียง สิ่งสำคัญที่ต้องตรวจ คือ ดูเหงือกว่ามีลักษณะบวมแดง มีเลือดออก มีหินน้ำลายหรือไม่ ดูฟันว่า มีจุดดำ มีฟันเป็นรูหรือไม่ และดูที่กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดาน เยื่อเมือกของช่องปาก ว่ามีรอยแผล หรือมีฝ้าขาวหรือไม่ การตรวจดูทุกวัน จะทำให้เราทราบถึงความผิดปกติในระยะเริ่มแรก และเมื่อพบก็ควรไปพบทันตแพทย์ เพื่อรับคำปรึกษา และแนะนำ หรือรับการรักษาก่อนที่จะโรคจะลุกลามมาก จนไม่สามารถรักษาได้ การตรวจฟันควรมีแสงสว่างพอเพียง สิ่งสำคัญที่ต้องตรวจ คือ ดูเหงือกว่ามีลักษณะบวมแดง มีเลือดออก มีหินน้ำลายหรือไม่ ดูฟันว่า มีจุดดำ มีฟันเป็นรูหรือไม่ และดูที่กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดาน เยื่อเมือกของช่องปาก ว่ามีรอยแผล หรือมีฝ้าขาวหรือไม่ การตรวจดูทุกวันดังนี้

1. การตรวจฟันหน้าบนและล่าง กระทำได้โดย ยืนยืนฟันกับกระจก ให้เห็นฟันหน้าทั้งบนและล่าง และเห็นส่วนของเหงือกด้วย



แผนภาพที่ 10 ส่วนของการตรวจฟันหน้าบนและล่าง

2. การตรวจฟันกรามบนและล่างด้านติดแก้ม ใช้นิ้วช่วยดึงมุมปาก ด้านที่ต้องการตรวจ เพื่อให้เห็นได้ชัดเจน ตรวจดูทั้งซ้ายและขวา



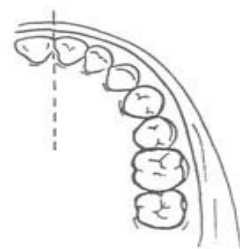
แผนภาพที่ 11 ส่วนของการตรวจฟันกรามบนและล่างด้านติดแก้ม

3. การตรวจด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้นของฟันกรามล่าง ให้ก้มหน้าอ้าปากกว้างๆ แล้วกระดกลิ้นขึ้น เพื่อให้เห็นชัดเจน ในส่วนของฟันด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้น ของฟันกรามล่าง ตรวจทั้งด้านซ้ายและขวา



แผนภาพประกอบที่ 12 ส่วนของการตรวจด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้นของฟันกรามล่าง

4. การตรวจฟันด้านบดเคี้ยว และด้านเพดานของฟันกรามบน ให้เงยหน้า และอ้าปาก ดูที่ด้านบดเคี้ยว และด้านเพดานของฟันกรามบน ทั้งด้านซ้ายและขวา บริเวณนี้จะมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ควรใช้กระจกเล็กๆ ช่วยสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น ด้านซ้ายและขวา บริเวณนี้จะมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ควรใช้กระจกเล็กๆ ช่วยสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น

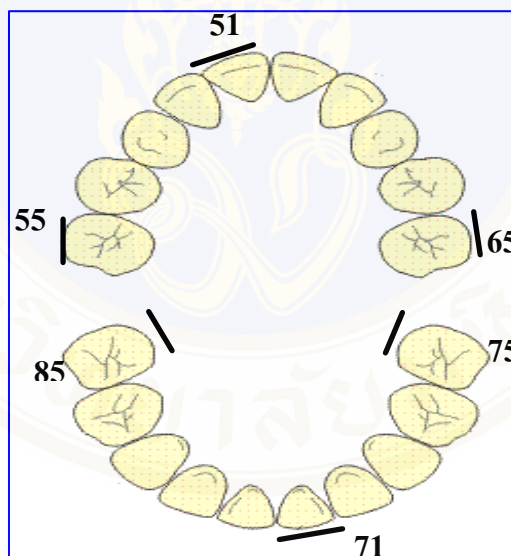


แผนภาพที่ 13 ส่วนของการตรวจฟันด้านบดเคี้ยว และด้านเพดานของฟันกรามบน

5. สุดท้ายตรวจลิ้น เพื่อดูความสะอาดของลิ้น

การตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน

การตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการทดลอง ประยุกต์ตามดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Dental Plaque Index) ของ OHI-S (Simplified Oral Hygiene) (Greene J.C. and Vermillion, J.R., 1964) วิธีการตรวจ โดยการย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อมฟันที่ผู้วิจัยทำขึ้นเองโดยใช้สีผสม อาหาร (สีแดง) ขององค์การเภสัชกรรม บรรจุ 1 กรัม 1 ซอง ผสมกับน้ำสะอาด 25 มล. โดยเติมน้ำที่ละน้อยคนให้ละลายทั่วกันดี บรรจุในขวดทึบแสง จากนั้นทำการย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วยสำลี ให้กลุ่มตัวอย่างนอนในเก้าอี้สนาม ผู้ตรวจใช้กระจกส่องปาก (Mouth Mirror) และส่องธรรมชาติ โดยการตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ #55, #51, #65 #55, #75, #71, และ แต่ถ้าไม่มีฟันซี่นั้นๆ จะใช้ฟันข้างเคียงแทน หรือในส่วนนั้นไม่มีฟันเลยจะไม่ตรวจในส่วนนั้นๆ โดยฟันบน#55, #51 และ #65 จะตรวจผิวฟันทางแก้ม (Buccal Surface) ส่วน #75, และ #85 จะตรวจผิวฟันทางลิ้น (Lingual Surface) และฟัน #71 จะตรวจพื้นผิวฟันด้านริมฝีปาก (Labial Surface) ดังภาพประกอบที่ 9

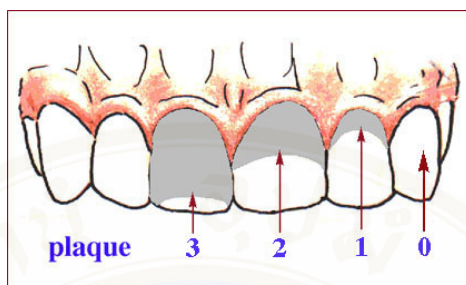


แผนภาพที่ 14 ตำแหน่งในการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือไม่มีคราบสีย้อมฟัน
- 1 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมตัวฟันหรือคราบสีย้อมฟันอยู่ในเฉพาะในส่วน 3/1 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก
- 2 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมตัวฟันหรือคราบสีย้อมฟันมากกว่า 3/1 ของตัวฟัน แต่ไม่เกิน 3/2 นับจากขอบเหงือก

- 3 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมตัวฟันหรือคราบสีเข้มฟันมากกว่า 3/2 ของตัวฟัน
นับจากขอบเหงือก ดังภาพประกอบที่ 10



แผนภาพที่ 15 เกณฑ์การให้คะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์

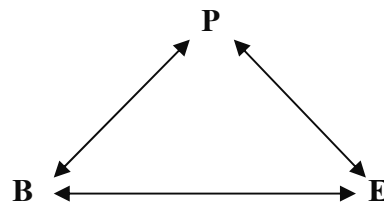
ในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนนั้นนอกจากดูแลสุขภาพโดยการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยการแปรงฟันที่ถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แล้ว การควบคุมการบริโภคอาหารหวานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินให้ถูกสุขลักษณะ ถูกเวลา ลดความถี่ในการบริโภคขนมหวาน การฝึกให้เด็กได้บ้วนปากและตรวจฟันด้วยตนเองก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นเดียวกันเพื่อเป็นการปลูกฝังสุขลักษณะนิสัยที่ดีต่อไป

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)

งานของ Bandura เกี่ยวข้องกับความสามารถของตัวนั้น ในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977)

ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา นั้นมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลง โดยถูกกำหนดจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวิตภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ) ร่วมกับการกำหนดระหว่างปัจจัยเป็นการกำหนดซึ่งกันและกัน (Triadic Dynamic) ซึ่งแบนดูราเรียกว่า Reciprocal Determinism (Bandura: 1986: 18)



แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีส่วนกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัย B = พฤติกรรม (Behavior),

P = ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคล (Cognitive and other Personal Factors) และ

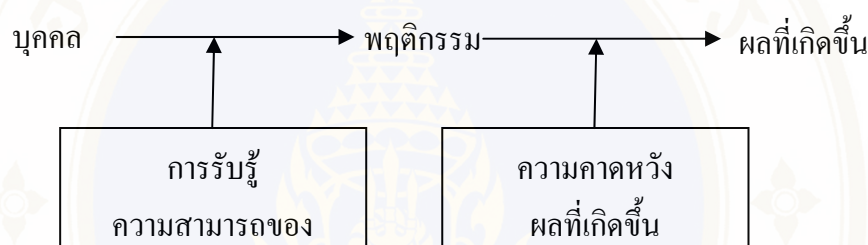
E = สภาพแวดล้อม (Environmental Events) (Bandura :1986 : 24)

แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า **การรับรู้ความสามารถของตน** (perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จได้ (Bandura, 1997: 3) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเป็นกลไกทางจิตประการหนึ่งของมนุษย์ซึ่งต้องอาศัยการประมวลจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย เช่น รูปแบบความคิดของตนเอง ปฏิกริยาทางอารมณ์ของตนเองที่มีต่อประสบการณ์กดดันต่างๆ การรับรู้ความสามารถของตนนี้ส่งผลต่อองค์ประกอบต่างๆ ทางจิตวิทยา เช่น การเลือกแสดงพฤติกรรม การใช้ความพยายามและความเพียร รูปแบบการคิด ปฏิกริยาทางอารมณ์ และการกำกับผลของการแสดงพฤติกรรม (Bandura, 1986: 393-399) ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนสูงมักจะเป็นคนที่มีความพยายามแสดงพฤติกรรม และยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตน จะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทายและใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถึงแม้ว่าในบางครั้งพฤติกรรมนั้นจะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตามเขาก็จะไม่ท้อถอย เขาจะให้เหตุผลกับความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไปได้ การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล คือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูงบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นสูงด้วยเช่นกัน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นต่ำ หรือไม่อาจแสดงพฤติกรรมนั้นเลยก็ได้

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน

Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณั้ๆ นั้นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989)

มักมีคำถามว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพ



แผนภูมิที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว อย่างเช่นที่นักกีฬามีความเชื่อว่าเขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ ความหมายของคำว่า ผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่า พฤติกรรมนั้น สามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ ซึ่งการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ นั่น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรม

ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
		มีแนวโน้มที่จะทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
การรับรู้ความสามารถ	สูง	แน่นอน	
ของตนเอง	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภูมิที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1978)

จากแผนภูมิที่ 4 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ ถ้าหากบุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นสูงและมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลการกระทำต่ำด้วยหรือมีความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจ ไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งไปกว่านั้น แบนดูรา ยังได้กล่าวถึงบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง บุคคลเหล่านั้นก็มีความคาดหวังที่มีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองระดับต่ำจะมีความคาดหวังในผลของการกระทำระดับปานกลางหรือระดับต่ำเช่นเดียวกัน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำนั้นไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลการกระทำ

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ (Evans, 1989)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่า เป็น

ประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้น ไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกต้อง ในกรณีการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อนได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของตนต่ำลง

2.2 ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสื่อสาร (วินัย พุ่มกุมาร, 2549)

การสื่อสารจัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะมนุษย์จะอยู่คนเดียวตามลำพังไม่ได้ ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนในสังคม ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการติดต่อสื่อสาร การใช้ภาษาจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการสื่อสารให้ประสบความสำเร็จ

ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสาร หมายถึง การติดต่อระหว่างมนุษย์ด้วยวิธีการต่าง ซึ่งจะทำให้ฝ่ายหนึ่งรับรู้ความหมายของอีกฝ่ายหนึ่งแล้วเกิดผลตอบสนอง

ภาษาที่ใช้เพื่อการสื่อสาร

ภาษาที่ใช้เพื่อการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ภาษาถ้อยคำ หรือวจนภาษา เป็นภาษาที่สื่อความหมายโดยตรง ได้แก่ คำพูดหรือตัวหนังสือ สัญลักษณ์ที่เขียนแทนคำพูด
2. ภาษาที่ไม่ใช่ถ้อยคำ หรืออวจนภาษา เป็นภาษาที่ไม่ได้สื่อความหมายโดยตรงแต่ช่วยให้ภาษาถ้อยคำชัดเจนยิ่งขึ้น มนุษย์ใช้ภาษาที่ไม่ใช่ถ้อยคำที่สำคัญๆ ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว การใช้สายตา การใช้น้ำเสียง การใช้มือ การแต่งกาย หรือการใช้วัตถุอื่นๆ ประกอบในการสื่อสาร การสื่อสารด้วยวิธีนี้บางครั้งสะดวกรวดเร็วกว่าใช้ภาษาถ้อยคำ

สมัยโบราณการติดต่อสื่อสารนิยมใช้วาจา เสียง หรือสัญลักษณ์ในการติดต่อ เช่น ควันไฟ เครื่องหมายต่างๆ ต่อมาเมื่อมนุษย์เจริญขึ้น การติดต่อกันจึงขยายกว้างออกไป มีการปรับปรุงวิธีการติดต่อสื่อสารให้เกิดความสะดวกรวดเร็วและชัดเจนขึ้น ปัจจุบันความหมายของการสื่อสารจึงครอบคลุมไปถึงการแสดง การจัดนิทรรศการ ละคร ดนตรี ภาพยนตร์ ภาพนิ่ง การเขียนหนังสือทุกประเภท การกระจายเสียงทางวิทยุ โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น ศึกษาถึงตอนนี้คงจะบอกได้ว่าวจนภาษาและอวจนภาษาแตกต่างกันอย่างไร และอะไรบ้างที่เรียกว่าวจนภาษาหรืออวจนภาษา

ทักษะที่สำคัญของการสื่อสาร

ทักษะทางภาษาที่ใช้เพื่อการสื่อสารปัจจุบันมี 4 ประการ คือ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ถ้าขาดทักษะอย่างใดอย่างหนึ่งการสื่อสารจะไม่สมบูรณ์ หรืออาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรหลังจากได้ศึกษามาถึงตอนนี้ จะเห็นว่าการสื่อสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ภาษาที่ใช้เพื่อการสื่อสารเข้าใจถึงองค์ประกอบที่จำเป็นและสามารถบอกได้ว่าการสื่อสารโดยทั่วไปหากจะให้ได้ผลสมบูรณ์ครบถ้วนแล้ว ควรมีทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ถ้ามีความเข้าใจด้านภาษาเป็นเบื้องต้นแล้วก็จะช่วยให้สื่อสารได้ฉับไวและมีประสิทธิภาพในที่สุด

ความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสาร หายไปในแวดวงนิเทศศาสตร์ จึงทำให้เกิดการสับสนต่อความซับซ้อนของมิติ “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” ตัวอย่างเช่น การรณรงค์เรื่อง “เมาไม่ขับ” “เอดส์” หรือ “ใช้หัว

นก” นอกจากจะต้องอาศัยความรู้ด้าน “สุขภาพ” แล้ว ยังจำเป็นต้องมีมิติ “การสื่อสาร” ทั้ง ธรรมชาติของการสื่อสาร เทคนิคและกลยุทธ์การสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และ กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การสื่อสารสัมฤทธิ์ผล (กัจจกร หลุยยะพงศ์, 2547)

1. **ความเข้าใจธรรมชาติของการสื่อสาร (nature of communication)** หมายถึง นักการสื่อสารจะมองธรรมชาติการสื่อสารสองรูปแบบ รูปแบบแรก คือ การสื่อสารทางเดียว (one way communication) อันเป็นการสื่อสารจากคนหนึ่งสู่คนหนึ่ง เช่น หมอถึงคนไข้ หรือจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งอาจเหมาะสมกับการสื่อสารบางโอกาสที่จำเป็นเร่งด่วนที่ต้องการให้ข้อมูลข่าวสาร ตัวอย่างกรณีของ “โรคระบาด” เป็นต้น รูปแบบที่สองคือ การสื่อสารแบบสองทาง (two way communication) หรือต้องเปิดโอกาสให้เกิดการซักถาม เพื่อให้เกิด “ความเข้าใจร่วมกัน” (shared meaning) ตัวอย่างกรณีของหมอตำแยไม่เพียงแต่เป็นผู้ช่วยทำคลอดเท่านั้นแต่ยังเป็นผู้รับฟังเสียงของ “ผู้หญิง” ที่เจ็บปวด และช่วย “บรรเทา” อาการเจ็บปวดได้ หากเราไม่เข้าใจธรรมชาติของการสื่อสารก็อาจทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่สัมฤทธิ์ผลได้

2. **ต้องเข้าใจเทคนิคและกลยุทธ์การสื่อสาร** หรือการเลือกเนื้อหาหรือข่าวสารด้านสุขภาพให้เหมาะกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมาย เช่น เวลาจะสื่อสารกับคนแก่จะเขียนฉลากยาด้วยตัวอักษรแบบใด ตัวเล็ก-ตัวโต การใช้ภาพประกอบวิดิทัศน์จะเลือกอย่างไร ควรจะมีเพลงประกอบหรือไม่

3. **การเลือกช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสม** หรือการเลือกการสื่อสารแบบใดกับใคร เช่น จะใช้โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือสื่อบุคคล เช่น อสม. หมอ เกษตรกร เพื่อสื่อสารประเด็นเรื่องสุขภาพต่างๆ อย่างไร ช่องทางดังกล่าวเหมือนหรือแตกต่างกัน ในทัศนะของนักการสื่อสาร หากต้องการสื่อสารวงกว้างอาจต้องอาศัยสื่อมวลชน แต่ต้องตอกย้ำอยู่บ่อยครั้ง และจำเป็นต้องใช้สื่อบุคคลประกอบ ยิ่งกว่านั้น เรายังอาจใช้ “สื่อพื้นบ้าน” อันเป็นการสื่อสารที่อยู่ในชุมชนของไทยเราเพื่อกระตุ้นด้านสุขภาพได้ดีอีกด้วย เช่น แทนที่จะใช้ป้ายผ้าณรงค์ “เมาไม่ขับ” ในภาคเหนือ อาจใช้ “ตุ่ง” ที่เป็นสัญลักษณ์งานศพแขวนพร้อมคำขวัญแทนอาจจะได้ผลกว่า หรือแทนที่จะ “ฉีกแขนง” “เดินแรงเดินกา” ไปตามจังหวะเพลงร็อคเพื่อออกกำลังกาย แต่เราอาจเลือก “ทำโนรา” ทางภาคใต้ มาปรับเปลี่ยนเป็น “โนราบิก” แบบๆ ไทยๆ ก็จะช่วยส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น

4. **การคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายต่างๆ** เพื่อให้คนทุกระดับตั้งแต่ผู้นำประเทศ นักวิชาการ คนขับรถ เด็ก และแม้แต่คนชราในต่างจังหวัด ให้เข้าใจเนื้อหาด้านสุขภาพให้เต็มเม็ดเต็มหน่วย รวมถึงบรรดาคนหัวดื้อที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อประเด็นสุขภาพ เช่น นักดื่ม นักสูบบุหรี่ เราจะมีกลวิธีสื่อสารกับเขาแบบใด

การสื่อสารเพื่อสุขภาพ

ประกอบด้วยคำว่า“การสื่อสาร” และคำว่า“สุขภาพ” (กัจจกร หลุยยะพงศ์ ,2547) นักนิเทศศาสตร์ทำงานด้านสุขภาพไม่ได้เท่านั้น แต่หมายรวมถึงการที่สังคมในปัจจุบันกำลังก้าวสู่ยุคของข่าวสารข้อมูลและการป้องกันสุขภาพก่อนเจ็บป่วยหรือ “สร้าง” นำ “ซ่อม” ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจด้าน “การสื่อสาร” เพื่อ “สื่อสารด้านสุขภาพ” ให้กับคนทุกระดับให้เข้าใจกลับถูกละเอียดอย่างน่าเสียดาย อันที่จริงแล้ว “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” มิได้เป็นเรื่องแปลกใหม่ในแวดวงสาธารณสุข การถือกำเนิดของความสนใจด้านการสื่อสารในแวดวงสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อความหมายด้านการรักษาสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป จาก การรักษา สู่การป้องกัน และการจูงใจ ในอดีตแนวคิดเรื่องสุขภาพจำกัดเฉพาะ “การรักษา” ซึ่งเป็นอำนาจของหมอ การสื่อสารจึงมีเพียงหมอส่งคนไข้ให้กินยาเท่านั้น หรืออย่างดีที่สุดก็อาจเริ่มสอนให้บรรดาหมอหันมา “ฟัง” คนไข้พูดบ้าง เช่น หมอพื้นบ้านใหม่ต้องฟังเสียงเด็กตัวน้อยเมื่อยามตอนพินครั้งแรก แต่ต่อมาแนวคิดเรื่องสุขภาพเริ่มพัฒนาสู่ความหมายของ “การป้องกัน” ก่อนที่จะเกิดโรค คล้ายคลึงกับการฉีดวัคซีนให้กับเด็กเพื่อมิให้เกิดโรค แนวคิดเรื่อง “สุขศึกษา” จึงเกิดขึ้นและเริ่มมุ่งคนหมู่มากในสังคม เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การแปรงฟันก่อนเข้านอน เป็นต้น ส่งผลให้สาธารณสุขหันมามองศาสตร์แห่ง “การสื่อสาร” ในด้านการอบรมและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนเริ่มหันมาใช้ “สื่อมวลชน” ขนาดใหญ่ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ เพื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์แนวคิดเรื่องสุขภาพสู่ประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ ในยุคหลัง ยังเริ่มเน้นถึง “การจูงใจ” ให้คนที่ไม่มีความเสี่ยงที่จะมีโรคหลีกเลี่ยงการเป็นโรคที่มองไม่เห็น เช่น การกระตุ้นให้คนออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นตอนดังกล่าวถือเป็นลำดับที่ยากที่สุด เพราะเนื่องจากเขาและเธอเหล่านั้นไม่ได้เป็นโรค ต้องอาศัยกลยุทธ์และวิธีการที่จะสื่อสารให้ได้อย่างยอดเยี่ยม จึงจะดึงดูดให้เกิดผลสำเร็จ

การสื่อสารสุขภาพ หมายถึง การศึกษาและการใช้กลยุทธ์ด้านการสื่อสารในการให้ข้อมูลและแนะแนวแก่บุคคลและชุมชนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการส่งเสริมสุขภาพ (U.S. Department of Health and Human Services, 2002)

Ratzan, S. C. (1994) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพ คือ ศิลปะและวิธีการในการให้ข้อมูลข่าวสารแนะแนวโน้มน้าวเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพให้แก่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือสาธารณะชนซึ่งขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพและธุรกิจเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของตัวบุคคลในสังคม

Jackson และ Duffy (1998) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพเป็นการศึกษาและใช้วิธีการและกลยุทธ์ทางการสื่อสารในการให้ข้อมูลแก่ตัวบุคคลหรือชุมชน เพื่อเป็นการยกระดับสุขภาพการสื่อสารได้ชื่อว่า เป็นวิธี การที่สำคัญในการยกระดับสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน

Backer และคณะ (1992) การสื่อสารสุขภาพสามารถนำไปใช้งานได้กับทุกแง่มุมเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแง่มุมต่างๆที่สามารถใช้ประโยชน์จากการสื่อสารสุขภาพ ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้
2. การหาข้อมูลด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล
3. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
4. การสร้างข้อมูลหรือรณรงค์ด้านสาธารณสุข
5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ
6. การสร้างภาพเรื่องสุขภาพให้แก่สื่อมวลชนและชุมชน
7. การให้ความรู้กับผู้บริหารในการรับประโยชน์จากการสาธารณสุขและระบบการประกันสุขภาพ
8. การพัฒนาเรื่องการรักษาพยาบาล
9. รวมถึงการดูแลรักษาตนและเลือกวิธีการในการรักษาสุขภาพยามเจ็บไข้

Piotrow et al. (1997) การสื่อสารสุขภาพใช้ในการกำหนดวาระให้แก่ชุมชน เพื่อสร้างหรือกระตุ้นให้เกิดนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพหรือระบบการรักษาพยาบาลของชุมชน สร้างและส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโดยรวม

การใช้ประโยชน์จากการสื่อสารสุขภาพนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหลายๆ แง่กตัวอย่าง เช่น การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในชุมชน การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จะเห็นว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะมีการสร้างความเข้าใจส่งเสริมให้คนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีขึ้น อีกตัวอย่างหนึ่งได้แก่การส่งสารและข้อมูลและการให้การศึกษาแก่ชุมชนโดยรวมเกี่ยวกับสุขภาพการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะสามารถชักจูงและโน้มน้าวให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องการรักษาสุขภาพ รวมถึงการสร้างจิตสำนึกเกี่ยวกับการระวังป้องกันสุขภาพ รวมถึงสร้างพฤติกรรมที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้

โดยทั่วไปแล้วการรณรงค์ต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพจะทำการสื่อสารผ่านช่องทางการสื่อสารมวลชนต่างๆ เช่น ทางสื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ การรณรงค์บางรูปแบบอาจจะใช้วิธีผสมระหว่างสื่อมวลชนต่างๆ ร่วมไปกับโปรแกรมเฉพาะสำหรับชุมชน เช่น การจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในชุมชนการรณรงค์บางรูปแบบก็อาจจะใช้ลักษณะวิธีการคล้ายการขายสินค้า โดยนำวิธีการสื่อสารการตลาดเข้ามาใช้ (Backer et al., 1992) ปัจจุบันนี้การสื่อสารสุขภาพก็ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เช่นกัน อย่างเช่น การจัดทำแผ่นบันทึกข้อมูล (CD-ROM) หรือการให้ข้อมูล

ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเจาะกลุ่มเป้าหมายได้เฉพาะเจาะจงขึ้น การใช้สื่อเหล่านี้คล้ายๆ การสื่อสารสองทาง คือผู้รับสารสามารถหาข้อมูลที่น่าสนใจได้ด้วยตัวเอง

ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้การสื่อสารสุขภาพประสบความสำเร็จได้แก่

1. ความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล
2. เนื้อหาที่มีอยู่ควรเป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่ายไม่สลับซับซ้อนมากนัก
3. เนื้อหาดังกล่าวควรที่จะคำนึงถึงภูมิหลังความสามารถที่จะเข้าใจเนื้อหาสาระที่ต้องการสื่อสารออกไป ของกลุ่มเป้าหมายด้วย
4. ความสมดุลย์ของเนื้อหาความสม่ำเสมอของการให้ข้อมูลรวมถึงการกระตุ้นเร้าให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

การพิจารณาเกี่ยวกับความแตกต่างของชุมชน และเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน ข้อมูลพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ความเชื่อได้ของแหล่ง ข้อมูล และการพิจารณาเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสม

ส่วนประกอบพื้นฐานของการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพมีส่วนประกอบพื้นฐานดังต่อไปนี้ (Hsu, L.D., 2002)

แหล่งข้อมูล ได้แก่ผู้ให้ข่าวสารหรือข้อมูลคุณสมบัติของแหล่งข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้รับสาร แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันก็สามารถสื่อสารได้ประสบความสำเร็จต่างกลุ่มผู้รับสาร ดังนั้นผู้ทำการสื่อสารควรที่จะเลือกแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มคุณสมบัติอื่นๆ ของแหล่งข้อมูลได้แก่ ความดึงดูดใจ ความน่าสนใจ ความเป็นพวกเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมาย

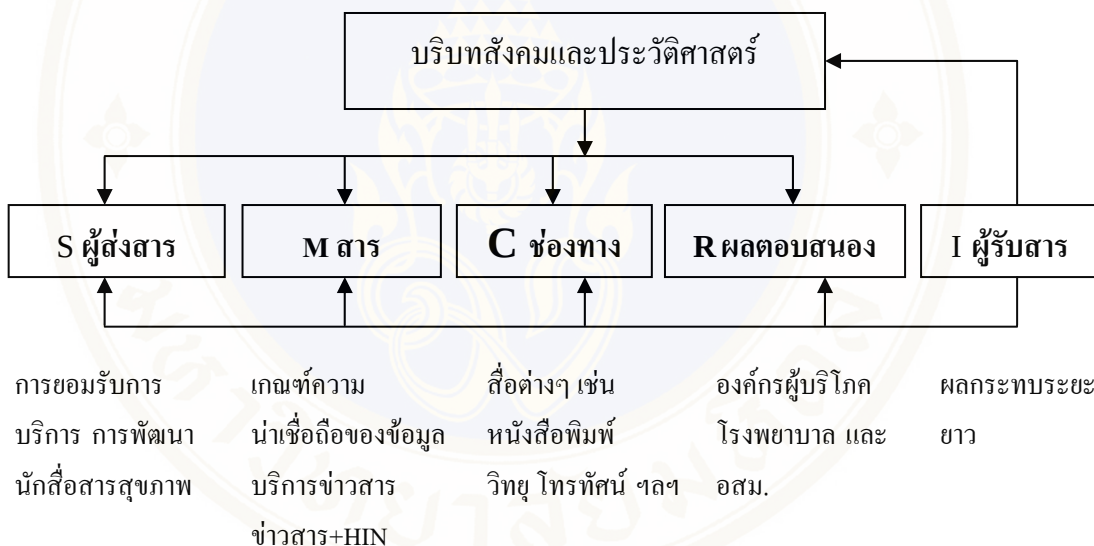
ช่องทาง การให้ข้อมูลอาจกระทำโดยผ่านการให้ข้อมูลต้องกระทำผ่านช่องทางการสื่อสารสื่อบุคคล เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ผู้คนไข้โดยตรง หรือการให้ข้อมูลแบบเป็นกลุ่ม เช่นอาจารย์สอนหนังสือในชั้นเรียน การให้ข้อมูลแบบเป็นองค์กรหรือสมาคม การให้ข้อมูลโดยใช้การสื่อสารมวลชน และการให้ข้อมูลต่อชุมชน เช่น ตามห้องสมุด ตามโรงเรียน ตามนิทรรศการหรืออื่นๆ

ผู้รับสาร ภูมิหลังและระดับความสามารถที่จะเข้าใจสารเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้การสื่อสารสุขภาพ ประสบความสำเร็จ ดังนั้นผู้ทำการสื่อสารต้องทำความเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับสาร ความชอบไม่ชอบ ระดับการศึกษา ฐานะทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม และอื่นๆ เป็นสำคัญ

เป้าหมาย เพื่อที่จะเป็นการสื่อสารสุขภาพต้องมีการระบุหรือกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนแน่นอนแนวทางในการนำไปปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายอาจรวมถึงความตื่นตัวในเรื่องการรับรู้ข้อมูล ความเชื่อ หรือทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวสาร คือเนื้อหาสาระที่ผู้ทำการสื่อสารต้องการสื่อไปยังผู้รับสารกลุ่มเป้าหมาย สารอาจอยู่ในรูปเสียงหรือภาพ เนื้อหา การจัดรูปแบบของสาร ล้วนแต่มีความสำคัญ สารที่ดี ควรให้ข้อมูลได้กระจ่างชัดเจนและเข้าใจง่ายโดยไม่ต้องอาศัยการตีความ และไม่ซับซ้อน

การสื่อสารสุขภาพเป็นคำใหม่สำหรับวงการวิชาการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่จะเห็นในรูปแบบของสื่อสารมวลชนแต่ในวงการสาธารณสุขและการแพทย์นั้นได้มีหลายคนให้คำนิยามต่างดังนี้



แผนภูมิที่ 4 ส่วนประกอบพื้นฐานของการสื่อสารสุขภาพ

ขั้นกระบวนการของการสื่อสารสุขภาพ

การจัดทำแผนงานสื่อสารสุขภาพประกอบไปด้วยขั้นบวนการที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การวางแผนและการจัดทำกลยุทธ์ เป็นการวางแผนงานที่จะทำให้องค์กรหรือผู้ส่งสาร ทำการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนกำหนดกลุ่มผู้รับสารที่ชัดเจนอาจจะใช้ผลสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์แผนการสื่อสาร รวมถึงกิจกรรมความร่วมมือต่างๆ การสำรวจเบื้องต้นก็

ควรจัดทำในขั้นนี้ การวางแผนและการจัดทำกลยุทธ์ที่ดีและรัดกุมจะช่วยให้การสื่อสารสุขภาพประสบความสำเร็จ และลดปัญหาการสิ้นเปลืองงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์

2. การทดสอบแนวคิด สาร และสื่อ ในขั้นนี้เป็นการกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับตัวสารที่เหมาะสมกับผู้รับสารกลุ่มเป้าหมาย อาจใช้การวิจัยช่วยในการออกแบบตัวสารว่าชนิดใดเหมาะสม และสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจได้โดยง่าย อุปกรณ์และกิจกรรมต่างๆ ก็ควรจัดทำในขั้นนี้ รวมถึงการทดสอบสื่อและสารกับกลุ่มผู้รับสารตัวอย่างเพื่อดูถึงผลการรับรู้และการตอบสนองจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการปรับปรุงตัวสารให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

3. การดำเนินงานตามแผนงาน ในขั้นนี้ เป็นการดำเนินงานและปฏิบัติตามแผนอย่างเต็มรูปแบบโดยเริ่มจากการแจกจ่ายสารให้แก่ผู้รับสาร การติดตามว่าสารสามารถเข้าถึงผู้รับสารกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ซึ่งอาจจะต้องการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในกรณีที่เป็น

4. การประเมินผลและการปรับปรุง ในขั้นนี้เป็นการประเมินตรวจสอบผลลัพธ์ของการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์เป็นไปตามที่ได้ตั้งไว้ในขั้นตอนการวางแผนหรือไม่ รวมทั้งรวบรวมเก็บรายละเอียดและแยกแยะถึงข้อดีข้อเสียของการดำเนินงานที่ได้ทำไปแล้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

Ratzan และคณะ (1994) กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพประกอบด้วย

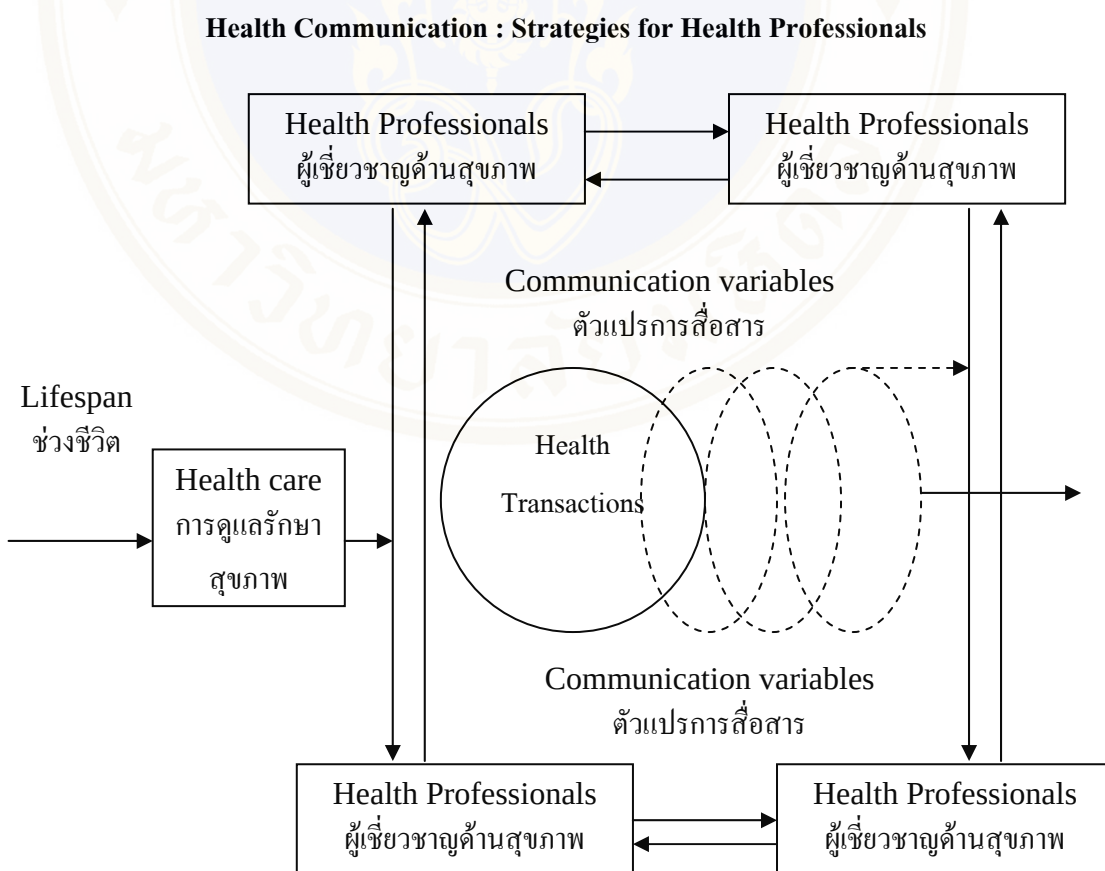
1. สุขศึกษา (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการแจ้งให้ทราบการให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อกิจกรรมต่างๆ
2. การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) การสื่อสารเพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนในสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
3. การชี้นำ (Advocacy) เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อมวลชนในการส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบ และโครงการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพระดับต่างๆ
4. การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง (Risk Communication) เป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม ตามภาวะการณ์แวดล้อม และวิธีการสอน ทางเลือกเพื่อจัดการภาวะเสี่ยงนั้นๆ เช่นการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)
5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการต่างๆ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย (Provider-Patient Communication) หรือใช้ในการสื่อสารระหว่างกลุ่มที่อยู่ในสภาพเดียวกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Peer-to-Peer Communication)

6. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Consumer Health Information) เป็นเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพลักษณะต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ การป้องกันและการดูแลสุขภาพตนเอง ฯลฯ

7. การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ (New Media) หมายถึงเทคโนโลยีและการสื่อสารต่างๆ เช่นอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะใช้มากในการสื่อสารมวลชน และการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อใช้ในการแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพให้สามารถกระจายได้มากยิ่งขึ้นและทั่วถึง

แบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication Model: HCM)

แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพนี้อยู่ภายใต้คำจำกัดความที่ว่า “การสื่อสารสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในกระบวนการดูแลสุขภาพ” (Peter G. Northouse, Laurel J. Northouse, 1998)

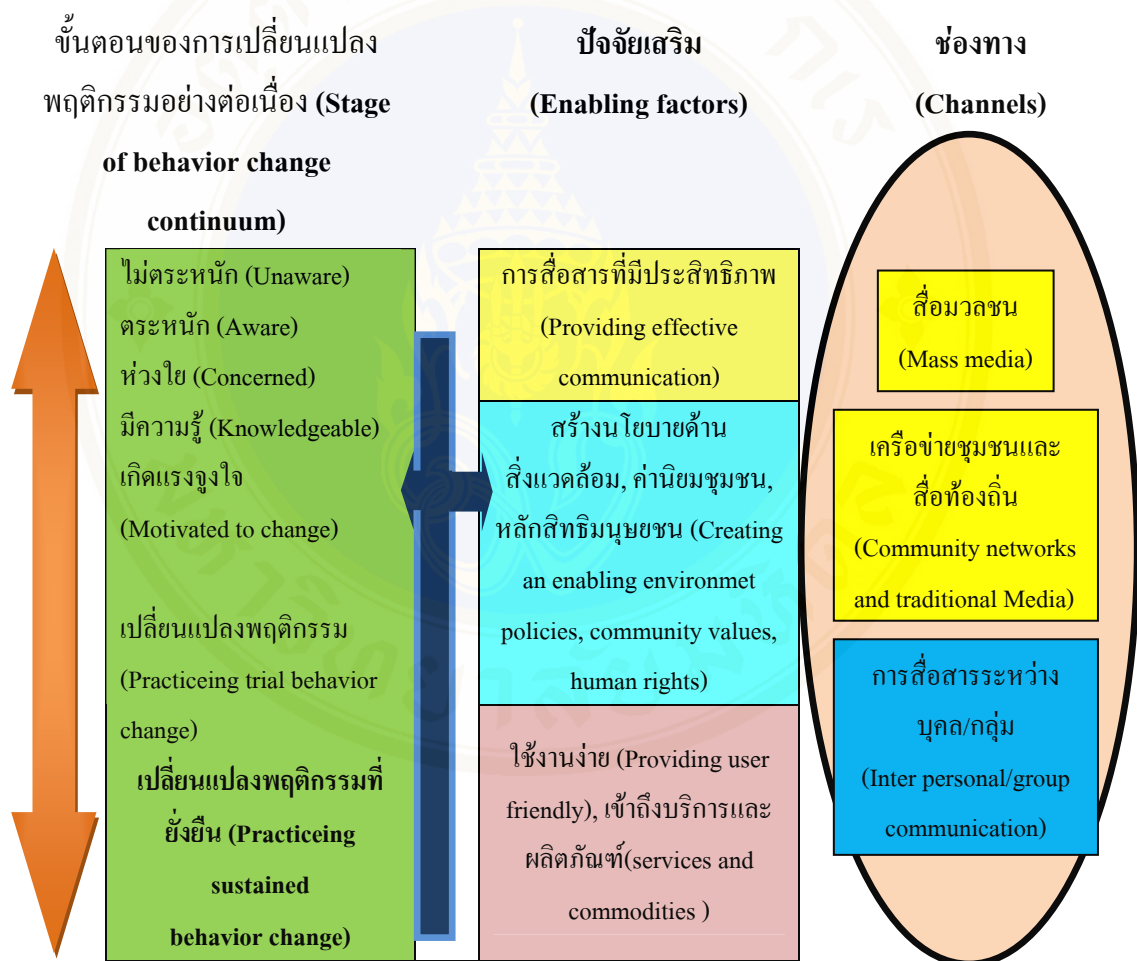


แผนภาพที่ 16 Health Communication Model: HCM

แนวคิดการสื่อสารสุขภาพหมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในบริบทการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ (Relationship) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transactions) และบริบท (Contexts)

แบบจำลองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ A framework for BCC design

(Who, 2002-2006)



แผนภาพที่ 17 แบบจำลองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้น เชื่อมโยงกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เพราะการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้น จะต้องเปิดโอกาสในการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมให้ประชาชน

เข้าไปมีส่วนร่วมในระบบการสื่อสาร รวมทั้งใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีหลักการที่สำคัญ โดย จุมพล รอดคำดี (2542: 22-23) กล่าวไว้คือ

1. **การเข้าถึงสื่อ (Access)** หมายถึง การเข้าถึงสื่อที่ให้บริการแก่ชุมชน สื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้น เช่น การดำเนินงานวิทยุชุมชน สื่อยอมเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรายการหรือเข้าไปจัดทำในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์แก่ตัวเองได้โดยไม่ขัดกับกฎหมาย การเข้าร่วมในงานวิทยุชุมชนของประชาชนเป็นช่องทางที่จะทำให้ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ต่อรายการกระจายเสียง หรือแสดงความต้องการเปลี่ยนแปลงรายการ รวมทั้งการเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนได้แม้แต่คณะผู้ผลิตรายการ หรือผู้ควบคุมการทำงานของสื่อนั้นก็ยังสามารถเปลี่ยนได้

2. **การมีส่วนร่วม (Participation)** หมายถึง การมีส่วนร่วมทุกระดับในระบบการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นเรื่องการวางแผนการสื่อสารภายในชุมชน ตั้งแต่เริ่มคิดไปจนกระทั่งการผลิต การจัดการการใช้สื่อในชุมชนต่าง ๆ ประชาชนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมหรือมีโอกาสเข้าร่วมทุกขั้นตอน

3. **การจัดการด้วยตัวเอง (Self-management)** การมีส่วนร่วมที่มีความสำคัญยิ่งกว่าสิ่งใดก็คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตัวเอง ตามวิถีทางกระบวนการประชาธิปไตย และการตัดสินใจนั้นประชาชนในชุมชนมีอำนาจตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มคิดวางแผนไปจนกระทั่งการกำหนดนโยบายการบริหารงาน และการลงมือผลิตสื่อด้วยตนเอง โดยการจัดการด้วยตนเองจะต้องกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมสามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบของการสื่อสาร โดย กาญจนา แก้วเทพ และคณะ (2543: 55) กล่าวคือ

1. เป้าหมายของการสื่อสารได้กำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด เช่น ในระดับเข้ามาร่วมแสดง ระดับผู้รับสารที่คอยป้อนปฏิกิริยาย้อนกลับ (Feedback) ระดับวางนโยบาย ฯลฯ

2. ลักษณะสองทาง และ Interactivity ของการสื่อสาร ยิ่งการสื่อสารเอื้ออำนวยให้มีลักษณะตอบโต้กันอยู่ตลอดเวลามากขึ้นเท่าใด โอกาสที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมก็ยิ่งจะมีมากขึ้นเท่านั้น

3. ใครคือผู้ส่งสารในชุมชนเอง โอกาสที่คนส่วนใหญ่จะได้เข้ามาเป็นผู้ส่งสารมีมากน้อยและทั่วถึงหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างนักสื่อสารมวลชนอาชีพ เจ้าหน้าที่รัฐ และชาวบ้าน สักส่วนที่จะได้เป็นผู้ส่งสารเป็นอย่างไรบ้าง

4. ประเภทของเนื้อหาสารเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชน หรือไม่มีโอกาสที่ประเด็นท้องถิ่นจะได้เข้าไปเป็นเนื้อหาในสื่อมวลชนหรือไม่ นอกจากนั้นในส่วน ของวิธีการนำเสนอเนื้อหา หากมีลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะซึ่งกันและกัน (Dialogue) แสวงหาความร่วมมือจากหลายฝ่าย (Collaboration) และก่อให้เกิดการตัดสินใจโดยกลุ่ม (Group decision-making) ก็จะยิ่งทำให้การมีส่วนร่วมมีโอกาสมากขึ้น

5. ประเภทของช่องทาง / สื่อ โดยหลักการทั่วไปแล้วสื่อขนาดเล็ก เช่น สื่อเฉพาะกิจจะ เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้มากกว่าสื่อมวลชน สื่อที่ชาวบ้านคุ้นเคยเช่นสื่อประเพณีก็จะ เอื้ออำนวยให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ง่ายกว่าสื่อสมัยใหม่ที่แปลกหน้า แต่สื่อสมัยใหม่ หรือสื่อขนาด ใหญ่ เช่น สื่อมวลชนก็ยังมีโอกาสเพียงแต่ต้องคำนึงถึงความยากง่ายในการเข้ามีส่วนร่วมของสื่อ ประเภทต่างๆ และการค้นคิดสร้างสรรค์กิจกรรม และช่องทางแบบใหม่ที่จะอำนวยความสะดวกใน การเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน

6. ผู้รับสารและการมีปฏิกิริยาป้อนกลับ (Feedback) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะเชื่อ ว่าผู้รับสารนั้นมีผู้ใช้ที่ว่างเปล่าและไม่รู้อะไรเลยเกี่ยวกับเนื้อหาสารที่จะสื่อไป หากแต่ความรู้ที่ผู้รับ สารมีนั้น อาจจะเป็นความรู้คนละชุดที่แตกต่างจากที่ผู้ส่งคาดคิดเอาไว้ และวิธีการรับสารของ ประชาชนก็มิได้เป็นอย่าง Passive หากว่าเป็นไปอย่าง Active และประชาชนผู้รับสารมักจะมี ปฏิกิริยาป้อนกลับ (Feedback)

ทั้งแบบที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ การมีส่วนร่วมในการสื่อสารของชุมชนนั้น กระทำได้หลายระดับโดยเรียงลำดับจากระดับที่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร/ผู้ใช้สาร ต้องขยายแนวคิดของผู้รับสารให้ ครอบคลุมถึงสิทธิที่จะรู้ของตนเอง (Right to know / Right to be inform) และสิทธิในการบอกเล่า ข้อมูลข่าวสารของตนต่อสาธารณะ (Right to inform) และจะต้องสร้างหลักประกันในการมีส่วน ร่วมของผู้รับสารในช่วงขาเข้าและขาออก (Input and Output) รวมทั้งการมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับ สารจะต้องมีการสำรวจว่ามีช่องทางอะไรบ้างที่จะทำให้ประชาชนได้รับข่าวสารอย่างทั่วถึง

2. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่ง/ผู้ผลิต/ผู้ร่วมแสดง แบ่งได้หลายขั้นตอนของการผลิต สื่อ คือตั้งแต่ขั้นก่อนการผลิต (Pre-production stage) ประกอบด้วยการเลือกประเด็นหัวข้อการเลือก แก่มนูที่จะนำเสนอ การรวบรวมข้อเท็จจริงที่จะนำมาใช้เป็นวัตถุดิบ ส่วนขั้นที่สองคือขั้นการผลิต (Production stage) ได้แก่ขั้นตอนของการลงมือผลิต เช่นการเข้าห้องจัดรายการ ในกรณีของวิทยุ ชุมชน การลงมือถ่ายทำในกรณีของวิดีโอทัศน์ โทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ และในขั้นตอนสุดท้าย คือขั้น

หลังการผลิต (Postproduction stage) ได้แก่ขั้นตอนหลังการถ่ายทำเสร็จแล้ว จะต้องมีการตัดต่อ การอัดเสียงประกอบ และการเพิ่มเติมด้านเทคนิคต่างๆ

3. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผน และกำหนดนโยบาย หมายถึง การวางแผน และกำหนดนโยบายในการสื่อสารชุมชนไม่ว่าจะเป็นสื่อประเภทใด เช่น สื่อมวลชน (วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์หมู่บ้าน) สื่อเฉพาะกิจ (วิดีโอเทป โปสเตอร์ หอกระจายข่าวสาร หรือเสียงตามสาย) สื่อประเพณี สื่อพื้นบ้านต่าง ๆ รวมถึงสื่อบุคคลโดยการวางแผน และกำหนดนโยบายนั้น เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างสื่อแต่ละประเภทในการสื่อสารชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

โดย Schramm and Lerner (1978) กล่าวว่าไว้ว่ารูปแบบซึ่งพัฒนาสำหรับการสื่อสารของนวัตกรรมมีคุณสมบัติ 4 อย่าง คือนวัตกรรม สื่อสารผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง เป็นระยะเวลาพอสมควร และสื่อถึงสมาชิกของระบบสังคมหนึ่ง

ขั้นตอนนี้มีส่วนสัมพันธ์กับวิธีการปฏิบัติ หรือรูปแบบในการศึกษาด้านการแพร่กระจาย นำเสนอแบบอย่างของการยอมรับตามรูปแบบของโรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971) ธรรมชาติของการสื่อสารบนพื้นฐาน 4 ขั้นคือ ความรู้ (Knowledge) การโน้มน้าว (Persuasion) การตัดสินใจ (Decision) และการยอมรับ หรือปฏิเสธ (Adoption or rejection)

กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเพื่อสุขภาพ

1. ก่อให้เกิดผลในด้านพฤติกรรมสุขภาพ
2. จะต้องใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
3. ควรใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการโน้มน้าวใจซึ่งเรียกว่า แนวทาง Outside-in
4. ทำให้เกิดพลังร่วมกันจากการใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ให้ความสำคัญเรื่องการตอบกลับหรือการสื่อสารสองทาง
6. สร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเป้าหมายในระยะยาว

กลยุทธ์การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเข้าถึงสื่อ การมีส่วนร่วม และการจัดการด้วยตนเอง ต้องมีการวางแผนประเมินสถานการณ์องค์การและสภาพแวดล้อม กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดวิธีการสื่อสาร กำหนดงบประมาณ และ ประเมินผล

ขั้นตอนการใช้กลยุทธ์เพื่อการสื่อสาร

วิธีการในการส่งสาร วิธีการต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการส่งสารให้แก่ผู้รับในการสื่อสารสุขภาพวิธีการต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการส่งสารให้แก่ผู้รับในการสื่อสารสุขภาพวิธีการเหล่านี้ ส่วนใหญ่แล้วเป็นการใช้ประโยชน์จากสื่อ

การให้ความรู้แก่สื่อ เป็นการส่งเสริมการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่สื่อ เพื่อให้สื่อได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสื่อสารและกลุ่มผู้รับสารเป้าหมายวิธีการดำเนินการของโครงการรวมถึงประโยชน์ที่ผู้รับสารกลุ่มเป้าหมายจะได้รับผู้ส่งสารควรให้ความรู้แก่สื่อในการแต่งสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

การหาแนวร่วมจากสื่อ เพื่อเป็นการเปลี่ยนแนวคิดของชุมชนหรือนโยบายของสังคมในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพผู้ส่งสารควรชักจูงและแนะนำสื่อให้เห็นพ้องไปในทิศทางที่ผู้ส่งสารกำหนดและต้องการ

การโฆษณา โดยการใช้บริการจากหน่วยงานหรือบริษัทที่มีความชำนาญในด้านการประชาสัมพันธ์

การให้ความรู้ถึงความบันเทิง เป็นการให้ความรู้ถึงความบันเทิง โดยอาจมีการดำเนินเรื่องราวให้ชวนติดตามแล้วก็แทรกตัวสารไว้ในเนื้อเรื่องด้วยอาจอยู่ในรูปแบบการให้สารแบบตัวต่อตัว อภิปรายเนื้อหาในรูปแบบของการให้คำปรึกษา การตั้งกลุ่ม การให้ความรู้เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

การหาแนวร่วม การหาแนวร่วมจากนอกองค์กร อธิบายให้เห็นพ้องถึงประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับและชักจูงให้องค์กรต่างๆ เข้าร่วมโครงการณรงค์เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือและหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนโครงการณรงค์

จากแนวคิดการสื่อสารสุขภาพดังกล่าว ทำให้พบว่าปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งนั่นคือการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และควรคำนึงถึงช่องทางหรือสื่อที่จะใช้ส่งไปยังผู้รับสาร ดังนั้นสื่อจึงเป็นช่องทางที่สำคัญในการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะนำแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพไปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาถึงลำดับขั้นกระบวนการสื่อสารสุขภาพในการรณรงค์ต่อไป

2.3 การใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์

ความหมาย

สื่อ แปลมาจากคำว่า medium หรือ media ซึ่งเป็นภาษาละติน แปลว่า กลาง อยู่ตรงกลาง สิ่งที่อยู่ตรงกลาง แต่เมื่อนำมาใช้ในภาษาอังกฤษก็มีความหมายกว้างออกไป จน

รวมถึงวิธี (means) สิ่งแวดล้อมห่อหุ้ม (environmental element) อาทิ อากาศสำหรับคน น้ำสำหรับปลา เครื่องมือ (instrument) ตัวแทนหรือตัวนำ (agency) วัสดุ (material) เทคนิค (technique) หรือ แม้แต่ person as medium แต่เมื่อวิชาการด้านการสื่อสาร และการสื่อสารมวลชนก้าวหน้ามากขึ้น คำว่า สื่อ (medium หรือ media) ก็ได้รับการวิเคราะห์ศึกษาและตกแต่งพัฒนาจนมีความหมายเป็น ศัพท์เทคนิค (technical term) หรือศัพท์เฉพาะที่มีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้เพราะสื่อกลายเป็น องค์ประกอบที่จะขาดเสียมิได้ในการสื่อสารทุกรูปแบบและทุกประเภท ความหมายเดิมที่จำกัดอยู่ เฉพาะเรื่องของภาษาที่ใช้ในการพูดหรือการสอน (อาทิ ภาษาไทยที่เป็นสื่อการสอนที่ใช้กันมากที่สุด ในสถาบันการศึกษาของไทย) ก็ได้ขยายออกมาครอบคลุมถึงสื่อวัตถุ (อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ อิเล็กทรอนิกส์) สื่อบุคคล (อาทิ สื่อภาษา สื่อท่าทาง พ่อสื่อแม่สื่อ สื่อประชาชน หรือ population media) สื่อผสม (อาทิ สื่อมวลชน สื่อการสอน สื่อข้อมูล สื่อโสตทัศน์) หรือแม้กระทั่งสาร (อาทิ สื่อวัจนภาษา สื่อ อวัจนภาษา)

สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ หมายถึง เครื่องมือหรือตัวกลางที่ใช้ในการ นำข่าวสาร เรื่องราว จากองค์กรหรือหน่วยงานไปสู่ประชาชน สื่ออาจจำแนกได้หลายประเภทหลาย หลักเกณฑ์แต่การกำหนดประเภทของสื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ จะต้องคำนึงถึงลักษณะที่เป็น รูปธรรม ลักษณะที่พัฒนาได้ประโยชน์ในปัจจุบันและศักยภาพเพื่ออนาคต

ประเภทของสื่อที่ใช้เพื่อการประชาสัมพันธ์

โดยปกติทั่วไปมีการแบ่งประเภทของสื่อกันไว้หลายประเภท และหลาย หลักเกณฑ์ (criteria) ได้ประมวลสรุปไว้ดังนี้

1. แบ่งตามวิวัฒนาการ ได้แก่ สื่อประเพณี (traditional media) สื่อมวลชน (mass media) สื่อเฉพาะกิจ (specialized media)
2. แบ่งตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ สื่อข่าวสาร (information media) สื่อการศึกษา (education media) สื่อบันเทิง (entertainment media)
3. แบ่งตามประสาทที่ใช้ในการรับสาร ได้แก่ สื่อโสต (audio media) สื่อ ทัศน์ (visual media) สื่อโสตทัศน์ (audio-visual media)
4. แบ่งตามบทบาทหน้าที่ทางเทคนิค (technical functions) ได้แก่ สื่อ ถ่ายทอดสาร (transmission media) สื่อบันทึกสาร (record media)
5. แบ่งตามเครื่องนำรหัสสาร ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ (print media) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (electronic media) สื่อบันทึกเสียงหรือภาพ (film or tape)

สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. สื่อประชาสัมพันธ์ที่ควบคุมได้ (Controllable Media) ได้แก่
 - 1.1 สื่อสิ่งพิมพ์ (Print Media)
 - 1.2 สื่อบุคคล (Personal Media)
 - 1.3 สื่อโสตทัศน์ (Audio-visual Media)
 - 1.4 สื่อกิจกรรมต่างๆ (Activity Media)
2. สื่อประชาสัมพันธ์ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable Media)
 - 2.1 สื่อมวลชน (Mass Media)

ความสำคัญของสื่อที่ใช้เพื่อการประชาสัมพันธ์

สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์มีความสำคัญ คือ

1. เพื่อการถ่ายทอดหรือบอกข่าวสารให้แก่ประชาชน
2. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
3. เพื่อเป็นการสร้างความนิยมและภาพพจน์ที่ดีของ

ได้รับทราบ

องค์กร

ลักษณะของสื่อประชาสัมพันธ์แต่ละประเภท

สื่อสิ่งพิมพ์ (Print Media)

สื่อประเภทสิ่งพิมพ์ (The Printed Words)

1.1 สื่อเพื่อการสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (House or Home Journal) เป็นหนังสือวารสารสิ่งพิมพ์ที่ใช้สื่อสัมพันธ์ในหน่วยงานให้รู้หรือเข้าใจและแจกจ่ายกันเฉพาะภายในหน่วยงาน

1.2 สื่อสัมพันธ์ภายนอกหน่วยงาน (External Publication) เป็นวารสารสิ่งพิมพ์ที่ใช้เพื่อสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับบุคคลภายนอกหน่วยงาน จัดทำรูปเล่ม ประณีต ใช้ถ้อยคำ สำนวน ภาษา เป็นทางการ การระมัดระวังมากกว่าหนังสือสัมพันธ์ภายใน

1.3 สื่อสัมพันธ์แบบผสม (Combination) เป็นการจัดทำสิ่งพิมพ์ สื่อสัมพันธ์ในลักษณะผสมให้อ่านได้ ทั้งคนภายในและภายนอกหน่วยงานในเล่มเดียวกัน

การเตรียมสิ่งพิมพ์เพื่อการประชาสัมพันธ์ (Preparation for Publication) ก่อนจะทำสิ่งพิมพ์ควรมีการวางแผนให้เรียบร้อย การวางแผนที่ดีต้องคำนึงถึงสิ่ง 3 ประการด้วยกัน คือ วัตถุประสงค์ (Purpose) ผู้อ่าน (Reader) และรูปแบบ (Format) ในขณะเดียวกันจะต้องพิจารณาปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ร่วมกัน

1. วัตถุประสงค์ (Purpose) ก่อนที่จะทำหนังสือควรจะวางวัตถุประสงค์อย่างรอบคอบ เขียนวัตถุประสงค์และให้ผู้อ่านมีอำนาจอนุมัติและทำงานให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

2. ผู้อ่าน (Reader) งานสำคัญอันดับแรกคือ ทำงานให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้และงานนั้นจะเป็นจริงได้ต้องคำนึงถึงผู้อ่านเป็นหลัก ผู้อ่านจะเป็นผู้ตัดสินผลงาน ถ้าเขารู้สึกซาบซึ้งกับหนังสือก็ประสบความสำเร็จ แต่ถ้าเขาไม่อ่านหนังสือเขาก็จะไม่ซาบซึ้ง ดังนั้น เราต้องตอบให้ได้ว่านิสัยในการอ่านหนังสือของเขาเป็นอย่างไร ตัวอย่างประเภทไหนที่จะดึงดูดความสนใจของเขา จะวางเค้าโครงเรื่องอย่างไรจึงจะเอาชนะใจเขาได้ ควรจะเป็นส่วนไหน เป็นต้น

3. รูปแบบ (Format) มีสิ่งพิมพ์ที่ไม่คำนึงถึงผู้อ่าน แล้วก็ไม่มีใครอยากที่จะวางรูปแบบ ควรกำหนดขนาดของหน้า จำนวนหน้า รูปภาพ มีการ์ตูนหรือไม่ และอื่นๆ อีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการกำหนดรูปแบบ คือ หาจุดสารที่มีวัตถุประสงค์เหมือนกัน และกลุ่มผู้อ่านเดียวกัน ลองอ่านและวิเคราะห์และลองวางรูปแบบซึ่งในการวางรูปแบบนั้นควรคำนึงถึงงบประมาณและเนื้อหาที่จะให้

สื่อบุคคล (Personal Media)

สื่อบุคคลเป็นวิธีการสื่อสารที่เก่าแก่ที่สุด ใช้กันตั้งแต่เริ่มมีมนุษย์ขึ้นในโลก เป็นสื่อที่ใช้กันมากใน กลุ่มประชาชนทั่วไป เครื่องมือของสื่อบุคคลมีทั้งที่เป็นคำพูด กริยา ท่าทาง การแสดงออกทางอากัปกิริยาวิธีการสื่อสารด้วยบุคคลจะเป็นการใช้คำพูดเป็นหลัก ด้วยวิธีการสนทนา อภิปราย บรรยาย สาธิต ประชุม

คำพูด (Spoken Word) เป็นเครื่องมือสื่อสารที่ทุกคนคุ้นเคยกันดีอยู่แล้ว และทุกคนต้องใช้คำพูดในชีวิตประจำวัน ในงานอาชีพ ในชีวิตส่วนตัว สื่อคำพูดจึงเป็นสื่อที่เก่าแก่ที่สุดชนิดหนึ่ง นอกจากนี้หากคำพูดนั้นพูดโดยบุคคลที่มีชื่อเสียงที่สังคมยกย่องนับถือก็จะยิ่งเพิ่มน้ำหนักในคำพูดนั้นมากขึ้นเป็นเงาตามตัว การพูดจึงเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดชักนำความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ออกมาให้ผู้อื่นได้ทราบและเข้าใจ คำพูดจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะทำให้มนุษย์เกิดความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

สื่อบุคคลหรือการสื่อสารด้วยคำพูดนั้น มี 2 แบบ คือ

- **แบบที่เป็นทางการ (Formal oral communication)** เช่น การอภิปราย การบรรยาย การประชุม การประกาศข่าว การให้สัมภาษณ์ การสัมมนา
- **แบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal oral communication)** คือ การพูดจาสนทนาปราศรัยต่าง ๆ ในการพูดที่เป็นทางการนั้น ผู้พูดจะต้องพูดให้ผู้ฟังสนใจ เข้าใจ ประทับใจ เกิดศรัทธา แล้วยังอาจจะมีวัตถุประสงค์อื่นๆ ในทางการพูดด้วย เช่น เพื่อให้ข่าวสารความรู้ เพื่อชักจูงใจ เพื่อกระตุ้นเร้าอารมณ์ เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติการหรือทำให้รู้สึกซาบซึ้ง ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า จุดมุ่งหมายจะมี 2 ลักษณะ คือ จุดมุ่งหมายที่เปิดเผย หรือจุดมุ่งหมายที่ปกปิด

ประเภทของคำพูดที่ใช้เพื่อการประชาสัมพันธ์

1. การพบปะพูดจาธรรมดา
2. การจัดตั้งหน่วยติดต่อ - สอบถาม
3. การพูดติดต่อทางโทรศัพท์
4. การแสดงปาฐกถา

ลักษณะของสื่อบุคคล

- 2.1 การพูดสนทนา เป็นการสื่อสารของบุคคลโดยทั่วไปในวงสนทนา ซึ่งเป็นการสื่อสารกันใน ชีวิตประจำวันทั่วไป
- 2.2 การอภิปราย เป็นการสื่อความโดยกลุ่มคนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะที่มีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน
- 2.3 การบรรยาย เป็นการสื่อความเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจต่อเนื่องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยผู้ฟังเป็นผู้รับสาร และผู้บรรยายเป็นผู้ให้สาร
- 2.4 การประชุม เป็นการร่วมกันปรึกษาหารือกันในกลุ่มหรือทีมงานอย่างมีระบบและระเบียบวิธีทางการประชุม เช่นการยกมือก่อนพูดแสดงความคิดเห็น มีการจดบันทึกรายงานการประชุม และมีประธานการประชุม
- 2.5 การฝึกอบรม เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคคล เพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความสามารถขึ้นในเรื่องที่ได้รับการฝึกและอบรมมา
- 2.6 การสัมมนา เป็นกระบวนการสื่อสารสองทาง ทั้งให้และรับความรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างวิทยากรและผู้เข้าร่วมสัมมนา

2.7 การพูดในที่ชุมชน เป็นการพูดในที่สาธารณะหรือชุมชนในวาระหรือโอกาสต่างๆ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจ ความรู้ ยกย่อง และยินดี ตลอดจนความเห็นอกเห็นใจในเรื่องราวต่างๆ

ข้อดีของสื่อบุคคล

1. เป็นสื่อที่ทุกคนมีอยู่แล้ว ไม่ต้องสิ้นเปลืองในการซื้อสื่อแบบสื่ออื่นๆ
2. ทำให้ผู้พูดและฟังเห็นหน้าตา บุคลิก ลีลา ท่าทาง น้ำเสียงประกอบการพูดซึ่งมีอิทธิพลในการชักจูงและเร้าความสนใจได้มากกว่า
3. เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งผู้พูดและผู้ฟังสามารถโต้ตอบกันได้ทันที
4. ผู้พูดสามารถปรับเนื้อหาให้เหมาะกับผู้ฟังได้ทันที
5. เหมาะกับการเผยแพร่เรื่องราวที่ไม่สลับซับซ้อนหรือติดต่อสัมพันธ์กันเป็นการส่วนตัว

ข้อจำกัดของสื่อบุคคล

1. ไม่มีความคงทนถาวร พูดแล้วก็ผ่านไป
2. ไม่สามารถครอบคลุมผู้ฟังจำนวนมากๆ ได้
3. หากผู้พูดขาดความสามารถในการพูดจูงใจ ก็จะทำให้การพูดล้มเหลวได้
4. เนื้อหาสาระที่นำมาพูดหากสลับซับซ้อนเกินไป ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจ ต้องมีอุปกรณ์ประกอบการพูด เช่น ภาพถ่าย ภาพสไลด์ ภาพยนตร์
5. เป็นสื่อที่ไม่มีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน

สื่อกิจกรรมต่างๆ

สื่อกิจกรรมต่างๆ ที่จัดในลักษณะกิจกรรมตามวาระหรือโอกาสต่างๆ โดยมากจัดในรูปแบบของนิทรรศการ การออกร้าน งานฉลอง การประกวด การแข่งขัน ประงานสถาปนาองค์กร หรือการเปิดให้เข้าชมกิจการในวันสำคัญ มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนจำนวนมากมาเข้าร่วมงาน
2. ประชาสัมพันธ์กิจกรรมภายในงานและองค์กรให้เป็นที่รู้จักของประชาชน
3. ประชาชนที่มาร่วมงานได้รับสาระประโยชน์ ส่วนองค์กรได้สร้างภาพพจน์ที่ดีในสายตาประชาชนเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์

1. เพื่อให้การศึกษาทางอ้อมในวิชาการสาขาต่างๆ และเหตุการณ์ต่างๆ แก่กลุ่มประชาชนเป้าหมาย
2. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูล กิจกรรมของสถาบันต่อกลุ่มประชาชนเป้าหมาย
3. เพื่อกระตุ้นเร้ากลุ่มประชาชนเป้าหมายให้ร่วมมือกับสถาบันหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มประชาชนเป้าหมายที่มีต่อสถาบัน ไปในทางที่พึงประสงค์
4. เพื่อสร้างความบันเทิง สนุกสนานความพึงพอใจแก่กลุ่มประชาชนเป้าหมาย

หลักในการจัดกิจกรรมหรือนิทรรศการ

1. การจัดแต่ละครั้งควรมีศูนย์รวมแนวความคิดเพียงอย่างเดียว
2. ควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกในการเข้าชม
3. ต้องให้ผู้ชมเข้าใจง่าย และเสียเวลาน้อยที่สุด คือ จะต้องใช้ทัศนวัสดุประเภท ภาพของจริง ของจำลองและวัสดุสามมิติอื่นๆ ให้มากที่สุด เท่าที่จะทำได้ เพราะเป็นการดูมากกว่าการอ่าน
4. ใช้คำอธิบายสั้นๆ ข้อความใดๆ มองเห็นชัดแต่ไกล
5. แสงก็มีบทบาทในการจัดนิทรรศการ
6. สีที่สะดุดตาจะช่วยเร้าความสนใจและน่าติดตาม
7. ควรพยายามให้ผู้เข้าชมได้มีส่วนร่วมตามความเหมาะสม
8. ควรจัดเรื่องราวหรือกลุ่มวัสดุที่แสดงให้เห็นหมวดหมู่ และต่อเนื่องสัมพันธ์กัน

สื่อมวลชน

ลักษณะของสื่อมวลชน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

- 5.1 หนังสือพิมพ์ทั้งรายวัน และนิตยสารทั้งรายสัปดาห์และรายปี
- 5.2 สื่อกระจายเสียงและแพร่ภาพ นอกจากวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์แล้วยังมี

5.2.1 ภาพยนตร์ เป็นสื่อที่ได้จัดทำเป็นรายการภาพยนตร์เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์

5.2.2 เคเบิลทีวี เป็นเคเบิลที่มีลักษณะไร้สาย ต้องติดตั้งเสาอากาศไมโครเวฟเพื่อรับความถี่ ถอดรหัสเป็นการ ส่งด้วยคลื่นไมโครเวฟ

5.2.3 ดาวเทียม เป็นการสื่อสารโดยการส่งคลื่นวิทยุโทรทัศน์จากสถานีขึ้นสู่ดาวเทียมและสะท้อนกลับมายังจานรับคลื่น ซึ่งจะมีความคมชัดของภาพมาก

5.2.4 วิดีโอเท็กซ์ เป็นสื่อที่คล้ายกับการส่งสารสนเทศสิ่งพิมพ์ของเทเลเท็กซ์ที่ส่งไปพร้อมกับคลื่นวิทยุโทรทัศน์แต่วิดีโอเท็กซ์อาศัยสายโทรศัพท์หรือสายเคเบิลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างสถานีส่งกับผู้รับและมีการโต้ตอบกันได้

บทบาทหน้าที่ของสื่อมวลชนที่มีต่อประชาชน

1. แจ้งข่าวสาร ความรู้ ความเคลื่อนไหวของกิจการหรือหน่วยงานต่างๆ
2. เผยแพร่ไปยังประชาชนส่วนใหญ่อย่างกว้างขวาง
3. สิ่งที่เผยแพร่มีการจัดเตรียมอย่างดีไว้ก่อนล่วงหน้า
4. สื่อมวลชนส่งข่าวสารที่สนองความสนใจของกลุ่มประชาชนจำนวนมาก
5. พยายามรักษามาตรฐานหรือคุณภาพการทำงานของสื่อมวลชนประเภทนั้นไว้เพื่อภาพพจน์ที่ดีงามและความเชื่อถือของประชาชน

แนววิธีการใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ (เสรี วงษ์มณฑา, 2546)

1. การย้ำหรือซ้ำบ่อยๆ (Repeating) จะช่วยให้เกิดความน่าสนใจเพิ่มขึ้น คงทนถาวรมากขึ้น เหมือนการตอกย้ำหัวตะปู ยิ่งตีดแน่นแน่นยิ่งดี แต่การใช้วิธีการนี้ควรระวังว่า ถ้าย้ำบ่อยๆ และกระทำต่อเนื่องกันนานอาจถึงจุดอิ่มตัวขึ้นได้ ถ้าเมื่อใดถึงจุดอิ่มตัวผลจะลดลงทันที เพราะผู้รับจะเริ่มเบื่อหน่ายหรือชินชาเพราะฉะนั้นถ้าจะทำอยู่เรื่อยๆ ควรให้มีทั้งความต่อเนื่องและความหลากหลาย
2. ให้โอกาสผู้รับมีส่วนร่วม (Participation) เช่น ในรายการโทรทัศน์ที่ให้ผู้ชมเข้าร่วมรายการด้วย จะมีอิทธิพลดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าที่ผู้จัดรายการจะให้อะไรอย่างเดียว การให้ผู้รับมีส่วนร่วมนั้นสามารถทำได้ทั้งรายการบันเทิง และรายการที่ให้ความรู้

หลักการพิจารณาเลือกใช้ในการประชาสัมพันธ์ (พรจิตร สมบัติพานิช, 2551)

เนื่องจากสิ่งที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์มีอยู่มากมายหลายชนิดด้วยกัน ฉะนั้นผู้ที่จะตัดสินใจเลือกสื่ออะไรมาใช้จะต้องพิจารณาให้รอบคอบเสียก่อนว่าจะเหมาะสมและช่วยให้บรรลุเป้าหมายหรือไม่ การพิจารณาเลือกสื่อมาใช้นั้นควรคำนึงถึงลักษณะของสื่อที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ด้านเนื้อที่ - เวลา (Space – Time) สิ่งพิมพ์ รูปภาพ เป็นสื่อที่คำนึงถึงเฉพาะด้าน “เนื้อที่” การพูดทาง โทรศัพท์ วิทยุ คำนึงถึงเฉพาะด้าน “เวลา” ส่วนการติดต่อธรรมดา โทรศัพท์ และภาพยนตร์นั้น คำนึงถึง “เนื้อที่-เวลา”
2. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป้าหมาย (Audience's participation) หากจะเรียงลำดับสื่อที่ประชาชนเป้าหมายได้มีส่วนร่วมมากที่สุดไปยังน้อยที่สุด สามารถเรียงได้ดังนี้ การ

สนทนาระหว่างบุคคล กลุ่มอภิปราย การประชุมที่ไม่เป็นทางการ โทรศัพท์ การประชุมที่เป็นทางการ ภาพยนตร์เสียงในฟิล์ม โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง โทรเลข จดหมายโต้ตอบระหว่างบุคคล ทั้งส่วนตัวและกิจการ จดหมายติดต่อกันไป จดหมายราชการหรือที่มีรูปแบบเป็นทางการ หนังสือพิมพ์ ใบประกาศและภาพโฆษณา นิตยสาร หนังสือ

3. **ด้านความเร็ว (Speed)** สื่อที่มีความเร็วมากที่สุดคือ วิทยุและโทรทัศน์ และสื่อที่ช้าที่สุด คือ พากหนังสือ ลักษณะเหล่านี้นี้อาจกล่าวได้ว่า หากเป็นการติดต่อเผยแพร่ข่าวความเคลื่อนไหว ก็ต้องอาศัยความเร็วสูง แต่หากข่าวสารใดที่ต้องการให้ประชาชนเป้าหมายได้ศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียดก็ต้องใช้สื่อที่มีความเร็วต่ำ

4. **ด้านความคงทน (Permanence)** หนังสือจัดได้ว่าเป็นสื่อที่มีความคงทนถาวรมากกว่าสื่อใด ๆ วิทยุและโทรทัศน์จัดเป็นสื่อที่มีความคงทนน้อยที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อทั้งสี่ประเภทคือ สิ่งพิมพ์โดยการเขียนจดหมาย ใช้ป้ายประกาศ ไปสเตอร์ แผ่นพับ และจุดสารความรู้ สื่อบุคคลใช้ทั้งเป็นแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการทั้งการบรรยาย พบปะพูดจาโดยการเยี่ยมบ้าน และการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ สื่อโสตทัศน์ ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อวิทยุโดยใช้วิทยุเสียงตามสายและวิทยุชุมชน สำหรับสื่อกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดนิทรรศการและการประกวดแข่งขัน โดยสื่อแต่ละประเภทเลือกตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 3 แนวคิดการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานที่ดูแลและให้การศึกษาเด็ก อายุระหว่าง 3 ปี มีฐานะเทียบเท่าสถานศึกษา เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งเอง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของส่วนราชการต่าง ๆ ที่ถ่ายโอนให้อยู่ในความดูแลรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ศูนย์อบรม เด็กก่อนเกณฑ์ในวัด/มัสยิด กรรมการศาสนา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรรมการพัฒนาชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (เด็ก 3 ขวบ) รับถ่ายโอนจากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ฯลฯ ซึ่งต่อไปนี้ เรียกว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับการอบรมเลี้ยงดู มีพัฒนาการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ/อารมณ์/สังคม และสติปัญญาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามวัย มีความพร้อมที่จะเข้าเรียนในชั้น ประถมศึกษาต่อไป
2. เพื่อแบ่งเบาภาระการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ให้ได้มีเวลาในการประกอบอาชีพ ได้อย่างเต็มที่
3. เพื่อส่งเสริมให้ท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและช่วยตนเอง โดยเผยแพร่ วิทยาการแผนใหม่ไปสู่ผู้ปกครองและชุมชนจะได้ช่วยแก้ไขปัญหามหาอุปสรรค
4. เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาเด็ก และได้เข้ามามีส่วน ร่วมกับชุมชนในการพัฒนาเด็กในที่สุด

ในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อไป สำหรับมาตรฐานดังกล่าว ได้รวบรวม และ จัดทำขึ้นจำแนกออกเป็นมาตรฐานการดำเนินงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านบุคลากร และการบริหารจัดการ เป็นการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านบุคลากร และการบริหารจัดการ เช่น คุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็ก ผู้ประกอบอาหาร ตลอดจนผู้ทำความสะอาดศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น

2. ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย เป็นการกำหนดมาตรฐาน สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัย ดังนี้

2.1 งานอาคารสถานที่ เป็นการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับพื้นที่ของศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้ง จำนวนชั้นของอาคาร ทางเข้า - ออก และประตูหน้าต่าง ตลอดจนพื้นที่ใช้สอย อื่นๆ เป็นต้น

2.2 สิ่งแวดล้อม เป็นการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตัวอาคาร เช่น แสงสว่าง เสียง การถ่ายเทอากาศ สภาพพื้นที่ภายในอาคาร รั้ว สภาพแวดล้อมและมลภาวะ เป็นต้น

2.3 ด้านความปลอดภัย เป็นการกำหนดมาตรฐานที่เกี่ยวกับความ ปลอดภัย เช่น การกำหนดมาตรการป้องกันความปลอดภัย และมาตรการเตรียมความพร้อมรับ สถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นต้น

3. **ด้านวิชาการ และกิจกรรมตามหลักสูตร** เป็นการกำหนดมาตรฐานสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านวิชาการ และกิจกรรมตามหลักสูตร ได้แก่ คุณลักษณะของเด็กที่พึงประสงค์ 12 ประการ คุณลักษณะตามวัย (ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา) การจัดประสบการณ์ ตลอดจนการจัดกิจกรรมประจำวันสำหรับเด็ก เป็นต้น

4. **ด้านการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากชุมชน** เป็นการกำหนดมาตรฐานสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากชุมชน เช่น การประชุมชี้แจงให้ราษฎรในชุมชนทราบถึงประโยชน์และความจำเป็นของการดำเนินงาน การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์การจัดให้มีกองทุนส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามและประเมินผลรวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมจากชุมชน หรือประชาคมในท้องถิ่น เป็นต้น

การจัดกิจกรรมประจำวัน

กิจกรรมสำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี สามารถนำมาจัดเป็นกิจกรรมประจำวันได้หลายรูปแบบ ซึ่งเป็นการช่วยให้ทั้งผู้สอนและเด็กทราบว่าแต่ละวันจะทำกิจกรรมอะไร เมื่อใดและอย่างไร การจัดกิจกรรมประจำวันมีหลักการจัดและขอบข่ายของกิจกรรมประจำวัน ดังนี้

1. หลักการจัดกิจกรรมประจำวันกำหนดระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยของเด็กในแต่ละวัน

1.1 กิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด ทั้งในกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ควรใช้เวลาต่อเนื่องนานเกิน 20 นาที

1.2 กิจกรรมที่เด็กมีอิสระเลือกเล่นเสรี เช่น การเล่นตามมุม การเล่นกลางแจ้ง ฯลฯ ใช้เวลาประมาณ 40 - 60 นาที

1.3 กิจกรรมควรมีความสมดุลระหว่างกิจกรรมในห้องและนอกห้อง กิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก กิจกรรมที่เป็นรายบุคคล กลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ กิจกรรมที่เด็กเป็นผู้ริเริ่มและผู้สอนเป็นผู้ริเริ่ม และกิจกรรมที่ใช้กำลังและไม่ใช้กำลังจัดให้ครบทุกประเภท ทั้งนี้กิจกรรมที่ต้องออกกำลังกายควรจัดสลับกับกิจกรรมที่ไม่ต้องออกกำลังมากนัก เพื่อเด็กจะได้ไม่เหนื่อยเกินไป

2. ขอบข่ายของกิจกรรมประจำวัน การเลือกกิจกรรมที่จะนำมาจัดในแต่ละวัน มีกรอบกลุ่มดังต่อไปนี้

2.1 การพัฒนากล้ามเนื้อใหญ่ เพื่อให้เด็กได้พัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใหญ่ การเคลื่อนไหว และความคล่องแคล่วในการใช้ทักษะต่างๆ จึงควรจัดกิจกรรมโดยให้เด็กได้เล่นอิสระกลางแจ้ง เล่นเครื่องเล่นสนาม เคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะดนตรี

2.2 การพัฒนากล้ามเนื้อเล็ก เพื่อให้เด็กได้พัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเล็ก การประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตา จึงควรจัดกิจกรรมโดยให้เด็กได้เล่นเครื่องเล่นสัมผัส เล่นเกม ต่อภาพ ฝึกช่วยเหลือตนเองในการแต่งกาย หยิบจับช้อนส้อม ใช้อุปกรณ์ ศิลปะ เช่น สีเทียน กรรไกร พู่กัน ดินเหนียว ฯลฯ

2.3 การพัฒนาอารมณ์ จิตใจ และปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้เด็กมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อมั่น กล้าแสดงออก มีวินัยในตนเอง รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ ประหยัด เมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน มีมารยาทและปฏิบัติตามวัฒนธรรมไทยและศาสนาที่นับถือ จึงควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านการเล่นให้เด็กได้มีโอกาสตัดสินใจเลือก ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ได้ฝึกปฏิบัติโดยสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม ตลอดเวลาที่โอกาสเอื้ออำนวย

2.4 การพัฒนาสังคมนิสัย เพื่อให้เด็กมีลักษณะนิสัยที่ดี แสดงออกอย่างเหมาะสม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีนิสัยรักการทำงาน รู้จักระมัดระวังความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น จึงควรจัดให้เด็กได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนนอนหลับ ขับถ่าย ทำความสะอาดร่างกาย เล่นและทำงานร่วมกับผู้อื่น ปฏิบัติตามกฎกติกาข้อตกลงของส่วนรวม เก็บของเข้าที่เมื่อเล่นหรือทำงานเสร็จ ฯลฯ

2.5 การพัฒนาการคิด เพื่อให้เด็กได้พัฒนาความคิดรวบยอด สังเกต จำแนก เปรียบเทียบ จัดหมวดหมู่ เรียงลำดับเหตุการณ์ แก้ปัญหา จึงควรจัดกิจกรรมให้เด็กได้สนทนาอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เชิญวิทยากรมาพูดคุยกับเด็ก ค้นคว้าจากแหล่ง ข้อมูลต่างๆ ทดลองศึกษานอกสถานที่ประกอบอาหาร หรือจัดให้เด็กได้เล่นเกมการศึกษาที่เหมาะสมกับวัยอย่างหลากหลาย ฝึกการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันและในการทำกิจกรรมทั้งที่เป็นกลุ่มย่อย กลุ่มใหญ่ หรือรายบุคคล

2.6 การพัฒนาภาษา เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสใช้ภาษาสื่อสารถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เด็กมีประสบการณ์ จึงควรจัดกิจกรรมทางภาษาให้มีความหลากหลายในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มุ่งปลูกฝังให้เด็กรักการอ่านและบุคลากรที่แวดล้อมต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้ภาษา ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงหลักการจัดกิจกรรมทางภาษาที่เหมาะสมกับเด็กเป็นสำคัญ

2.7 การส่งเสริมจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เด็กได้พัฒนาความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ได้ถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกและเห็นความสวยงามของสิ่งต่างๆ รอบตัว โดยใช้กิจกรรมศิลปะและดนตรีเป็นสื่อ ใช้การเคลื่อนไหวและจังหวะตามจินตนาการ ให้ประดิษฐ์สิ่ง

ต่างๆ อย่างอิสระตามความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของเด็ก เล่นบทบาทสมมติในมุมเล่นต่าง ๆ เล่นน้ำ เล่นทราย เล่นก่อสร้างสิ่งต่างๆ เช่น แท่งไม้ รูปทรงต่างๆ ฯลฯ

ในการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานตามมาตรฐาน 4 ด้านหลักคือ ด้านบุคลากร และการบริหาร ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ด้านวิชาการ และกิจกรรมตามวัย สุดท้ายด้านการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากชุมชน โดยมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างพัฒนาการของเด็กเน้นกระบวนการเรียนรู้ในเด็ก

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบมีส่วนร่วมได้อาศัยเครือข่ายทางสังคมของ พัทรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2549) ในหมู่บ้าน ประกอบด้วยครอบครัว เครือญาติ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำท้องถิ่นระหว่างหมู่บ้านเช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสตรี ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เด็ก คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร่วมกันดูแลกิจกรรม ในศูนย์ฯ สนับสนุนแรงกายในการจัดกิจกรรมวันเด็ก วิธีการสร้างความร่วมมือและการประสานผลประโยชน์ โดยการ พูดคุยและประชุม ผู้ปกครอง ร่วมกับสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการศูนย์และผู้ดูแลเด็ก เสนอความคิดเห็นไปยังสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อสนับสนุนเป็นประจำต่อเนื่องในเรื่อง อาหารว่าง อาหารกลางวันและนมจืด ความไว้วางใจของผู้ปกครองที่มีต่อผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือและมีความยั่งยืนของงานพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ มีการสร้างพฤติกรรมการบริโภคผลไม้และผัก ฝึกหัดแปรงฟันและการขับถ่าย เข้านอนเป็นเวลา ออกกำลังกาย และควบคุมการกินขนมกรุบกรอบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังได้รับอิทธิพลจากเงื่อนไขอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พัทรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล (2537) ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่า ผู้ปกครองจะซื้อขนมให้เด็กเพื่อเป็นเงื่อนไขในการนำเด็กมาเรียนในศูนย์ฯ การกินขนมจะเป็นไปอย่างอิสระทั้งการเลือกซื้อและเวลา นอกจากนั้นการให้ขนมกับเด็ก ถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขของการให้รางวัลหรือการทำโทษ เป็นสัญลักษณ์ของการชมเชย เป็นตัวแทนของการมอบความรัก ความสุข ความเอ็นดู ที่ผู้ใหญ่ ส่งผ่านไปยังเด็ก หรือใช้ขนมเป็นเครื่องมือยุติปัญหา เมื่อเด็กร้องไห้

ยุพิน แก้วบุญเรือง (2549) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน วัตถุประสงค์ ตามบ้านคือ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมองว่า ปัญหาเด็กกินขนมเก่ง มีสาเหตุมาจากตามใจเด็ก ให้ขนมเด็กแทนความรัก ให้เป็นรางวัล เด็กคิดใจในรสชาติ รูปแบบขนมที่ดึงดูดใจ เมื่อเด็กกินขนมเก่ง ทำให้เด็กอ้วน รับประทานอาหารน้อย ทำให้ได้สารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กเจ็บป่วยบ่อยและฟันผุ การแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถทำได้ด้วยคนกลุ่มเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็ก องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การศึกษาของ นิภาพรณ หงษ์ชูเกียรติ (2544) พบว่า ผู้บริหารและผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับการปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติ บ้างใน 3 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาเด็ก ด้านกิจกรรม การให้ความรู้ผู้ปกครอง และด้านการติดต่อสื่อสาร ส่วนด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนมีการ ปฏิบัติอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็น ประจำ ได้แก่ การรับบริจาคสิ่งของวัสดุเหลือใช้และเงินทุน การ ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ตกแต่งอาคารสถานที่ เข้าร่วมและช่วยเหลือ กิจกรรมต่างๆ ของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลเด็กในชั้นเรียน และการจัดหาสื่อ ประกอบการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คือ ด้าน กิจกรรมการให้ ความรู้ผู้ปกครอง และด้านการติดต่อสื่อสาร นอกนั้นมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปาน กลางในด้าน การพัฒนาเด็ก และระดับมากที่สุดในการช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การร่วม บริจาค วัสดุสิ่งของเหลือใช้และเงินทุน การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กและกิจกรรมต่างๆ การจัดหา สื่อ ประกอบการเรียนรู้ การร่วมเป็นกรรมการและประเมินผลการจัดกิจกรรมของศูนย์ การร่วมเป็น กรรมการประสานงานการทำงานระหว่างบ้านกับศูนย์ การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน ด้านการพัฒนาเด็ก ด้านกิจกรรมการให้ความรู้ ผู้ปกครอง และด้านการติดต่อสื่อสาร คือ ผู้ปกครอง ไม่มีเวลาและไม่ให้ความสำคัญในการ พัฒนาเด็ก ส่วนปัญหาด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน คือ ผู้ปกครองฐานะยากจน สำหรับ ปัญหาของผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่พบในการพัฒนาเด็ก คือ การ ขาดสื่ออุปกรณ์และการที่ ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็ก ด้านกิจกรรมการให้ความรู้ ผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม และด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน คือ การ ขาดงบประมาณ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมโดยวิธีการ ประกอบอาหารที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยชั้นเด็กเล็ก โรงเรียนวัดบ้านตาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (เทวี ดอกไม้หอม, 2546) เพื่อสร้างแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ แบบบูรณาการ การประกอบอาหารโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมและเปรียบเทียบพฤติกรรมทางสังคม เด็กทั้งก่อนและหลัง พบว่า การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ จากการรับประทานอาหาร จะเกิดทักษะในการ ปฏิบัติและเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นพร้อมกันกับการได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และการเสริมแรงตาม โอกาส การสอนจากครูปฐมนฐานธรรมชาติ ความคิดรวบยอด หลักการไปสู่การแก้ปัญหา ให้เกียรติ

ผู้เรียนทั้งในแง่ความรู้สึกและความคิดเห็นจะประสบผลสำเร็จ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การตรวจฟันอย่างง่าย ทุกวันที่ 20 ของเดือน และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผลการศึกษาพบว่า มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง

สำหรับพฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีความหลากหลาย แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของชุมชน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคในช่องปากนั้นขึ้นอยู่กับ การมองเห็นและให้คุณค่าต่ออวัยวะช่องปากและฟันของตนเอง ความเชื่อต่อสาเหตุและการรักษา โดยผู้ที่ให้ความสำคัญต่อปากและฟันหรือเคยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีแนวโน้มที่จะไปพบทันตแพทย์เพื่อการป้องกันและรักษามากกว่า (อิสระ ยุกตะนันท์, ไพฑูรย์ สังวรินทะ, พิสุทธิ สังขะเวศ, 2533) จากรายงานการศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี ในชุมชนบ้านทุ่งโปรงพัฒนา ตำบลกุฉินทรี อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากการศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหาสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง พบปัญหาเด็กกินข้าวน้อย ร้อยละ 95.1 และมีฟันผุร้อยละ 75 ได้มีการเสนอปัญหาต่อชุมชนและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทางผู้ปกครองและแกนนำในชุมชนตกลงร่วมกัน คือ ขอความร่วมมือจากร้านค้าที่จำหน่ายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมไม่ให้นำมาวางหน้าร้าน มีการอบรมหมอพื้นบ้าน หมู่บ้าน ประกวดสุขภาพเด็ก พบว่าเด็กแปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการซื้อขนมให้ลูกมาเป็นผลไม้แทน พบเพิ่มเป็นร้อยละ 17.0 การที่สมาชิกในชุมชนมีโอกาสด้านปัญหา และร่วมกันวิเคราะห์หาเหตุด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้น และเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (อารมณจิตร ดารีย์, จิระประไพ บุตรกันหา และฉวีวรรณ พรหมจารีย์, 2549) และการศึกษาของ ดาวเรือง แก้วขันติและคณะ (2535) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กเล็กและเด็อนุบาล 2 โดยการให้ครูประจำชั้น จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ผลการเปรียบเทียบอนามัยช่องปากพบว่า ค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดโครงการมีคะแนนดีกว่าเริ่มโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์ (2545) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้งปากกล้วย พบว่า การมีสถานบริการใกล้บ้าน การเพิ่มจำนวนทันตบุคลากร การมีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการออกหน่วยทันตกรรมที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น แต่จากผลการสำรวจสภาวะช่องปากของเด็กกลับพบว่า มีการมารับบริการค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เมื่อเด็กมีอาการผิดปกติที่ฟัน แม่หรือผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการแล้วเลือกที่จะให้การรักษาเด็กตามประสบการณ์ของตนเอง หรือตามคำแนะนำของปู่ย่าตายาย รวมทั้งการปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์ ในกรณีที่ประเมิน

ว่าไม่ใช่เป็นอาการเจ็บป่วยก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการ 2-3 วัน หากอาการทุเลาก็จะปล่อยทิ้งไว้ หากมีอาการเกิดขึ้นอีกหรืออาการรุนแรงจนทนไม่ไหว จึงจะพาเด็กไปรับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีการปลูกฝังสะสมและถ่ายทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมที่ถือปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต การที่ชาวบ้านมีวิถีคิดและการรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่คิดว่าเป็นโรค ความคิดความเชื่อตามวัฒนธรรมท้องถิ่นประกอบกับกระบวนการพัฒนา ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในด้านการมีรายได้สูงขึ้น การคมนาคมที่สะดวก ทำให้สามารถเข้าถึงสินค้าบริโภคฟุ่มเฟือยที่ก่อให้เกิดฟันผุได้มากขึ้น การเข้าสู่ตลาดแรงงานของสตรีทำให้เวลาในการดูแลบุตรในครอบครัวลดลง การแพร่ขยายของสื่อโทรทัศน์ทำให้เกิดค่านิยมในการบริโภคอาหารที่มีอันตรายต่อฟันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีภาวะแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูงขึ้น จนกระทั่งการดูแลอนามัยช่องปากภายใต้วิถีเดิมไม่สามารถรักษาคุณภาพของสุขภาพ ช่องปากที่ดีได้ โมลีย์ มณฑิรา (2549) ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยกระบวนการสร้างพลังของผู้ปกครองพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ หลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชลิกุล วงษ์ถาวร (2548) ผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนของผู้ปกครอง มีผลทำให้เด็ก และผู้ปกครองเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างลดลง มีการแปรงฟันถูกต้องอย่างถูกวิธีกลุ่มเปรียบเทียบก็เช่นเดียวกัน

การศึกษา จุฑามาศ เรียบร้อย (2538) อิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และพัฒนาการด้าบล ต่อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์ เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง.ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากเป็นเกษตรกร และ กรรมกร เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากน้อย พบความแตกต่าง ที่ว่า ผู้ปกครองที่ให้อาหารเด็กกินขนมมาก ใช้เป็นรางวัล เด็ก จะมีประสบการณ์ฟันผุสูง (5-6 ซี่/คน) แต่ผู้ปกครองที่ จัดระเบียบให้อาหารเด็กกินขนมเฉพาะช่วงหลังรับประทานอาหาร รวมทั้งจำกัดปริมาณขนมและขนมจืดเรื่องแปรงฟันเด็กจะมีประสบการณ์ฟันผุน้อย (1-2 ซี่/คน) ผู้ดูแลเด็กเห็นว่า การตรวจฟันเด็กและการแปรงฟันมีผลดีต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก แต่ในเชิงปฏิบัติพบว่ายังไม่เข้มงวดในเรื่องการแปรง ฟันและควบคุมสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน และ เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระให้แก่อนามัยมาก ควรให้ผู้ปกครอง ดูแลเด็กมากกว่านี้ กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเห็นว่า การเอาใจใส่ของผู้ดูแลเด็กทำให้งานสำเร็จ กลุ่มพัฒนากร ด้าบลเห็นว่า บทบาทของตนไม่เหมาะสม เพราะไม่มีความรู้ทาง

ทันตสาธารณสุข ความสุขของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็ก และ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์ฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปาก อยู่ในระดับความสะอาดต่ำ ดังนั้นสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ปกครองมีอิทธิพลสูงต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก โดยที่อิทธิพลจากกลุ่มอื่นๆ ยังไม่เด่นชัด วรangkan อินทโลหิต และคณะ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ กับผู้ปกครองเด็ก 3 – 5 ปี ที่มีฟันผุและฟันไม่ผุ ใน 2 หมู่บ้าน ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลี้ยงดู พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากให้บุตรหลาน ส่วนการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามเหมือนกันเพิ่มมาในเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคนมและขนมของเด็กรวมทั้งเหตุผล สาเหตุที่เด็กไม่ชอบกินข้าว การแปรงฟันของเด็ก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ดูแลและเด็กมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีฟันผุและฟันไม่ผุ โดยในเด็กกลุ่มที่ไม่มีฟันผุผู้เลี้ยงดูให้บุตรหลานหย่านมแม่หรือนมขวดเมื่ออายุไม่เกิน 1 ½ ปี ให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ คัดเลือกเป็นอาหารเสริมไม่เกินวันละ 2 ถ้วย และมีการดื่มน้ำตามมากหรือบ้วนปากทุกครั้งให้กินขนมเป็นมือเป็นจำกัดค่าขนมไม่เกินวันละ 5 บาท เริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่มิฟัน 2 – 4 ซึ่งกำกับการแปรงฟันให้เด็กอย่างใกล้ชิดวันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น และการศึกษาของลดนา ถาคำฟู (2542) ศึกษาถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 6 แห่ง แบบข้อมูลจากผู้ดูแลเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเด็กสอนและควบคุมให้เด็กมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ อาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุนั้น ได้แก่อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ แต่ทั้งนี้ก็จะขึ้นอยู่กับความถี่ และปริมาณของอาหารนั้นๆด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าน้ำตาลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุมากที่สุด ได้แก่ น้ำตาลซูโครส (Burt and Pai, 2001) การก่อโรคฟันผุของน้ำตาลจะขึ้นกับความถี่ในการรับประทาน ซึ่งการรับประทานน้ำตาลบ่อยครั้ง หรือการรับประทานขนมจิบจะจะทำให้การบจุลินทรีย์เกิดความ เป็นกรดอย่างต่อเนื่อง เกิดการละลายของ แร่ธาตุจากผิวฟันมากกว่ากระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับทำให้เกิดฟันผุ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็ก คือ การรับประทานเครื่องดื่มผสมน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารทุกวัน และการ รับประทานนมระหว่างมื้ออาหารมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (Vanobbergen et al., 2001) และพบว่าในเด็กที่แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง การบริโภคขนมทุกวันจะทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับ การบริโภคขนมสัปดาห์ละครั้ง นอกจากความถี่ในการบริโภคแล้ว ปริมาณรวมของน้ำตาลที่บริโภคเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ การศึกษาการเกิดโรค

ฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี มีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาลประจำวันในปริมาณสูงเมื่ออายุ 3 ปีซึ่งปริมาณการบริโภคน้ำตาลจะส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในลักษณะกราฟรูปตัวเอส (สุธา เจริญนิโชติชัย , สุปราณี คาโลดม, นนทสิริวรชัย, สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2547) โดยขนาดการบริโภค 10 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ทำให้โรคฟันผุต่ำ แต่หากสูงกว่า 15 กิโลกรัมต่อคนต่อปี โรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการได้รับฟลูออไรด์ด้วย

จากงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนนั้น สรุปได้ว่า ผู้เลี้ยงดูชุมชนมีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กทั้งสิ้น รวมทั้งปัจจัยด้านการบริโภค พฤติกรรมการกิน ความถี่ และการทำความสะอาดช่องปากทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าทุกรูปแบบต้องบูรณาการและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

พีรพัฒน์ ถวิลรัตน์ (2547) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการสื่อสารแบบสอดคล้อง ของกลุ่มครูพี่เลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รูปแบบการวิจัยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตราชเทวีจำนวน 19 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลองโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ตามความสะดวกของการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 8 ช่วง (session) จำนวนชั่วโมงรวมประมาณ 15 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการฝึกสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยไม่ได้จัดให้มีกิจกรรมใดๆ ในช่วงที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบวัดการสื่อสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารแบบสอดคล้อง ด้วยวิธีการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ครูพี่เลี้ยงเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีคะแนนการสื่อสารแบบสอดคล้องสูงกว่าครูพี่เลี้ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังการทดลอง ครูพี่เลี้ยงเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีคะแนนการสื่อสารแบบสอดคล้องสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ ครูพี่เลี้ยงเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีคะแนนการสื่อสารแบบสอดคล้องไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีการศึกษาของ วลลภิชฐ์ วิสุทธีศักดิ์ (2545) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการให้ทันตสุขภาพ ด้วยวิธีการที่ต่างกันแก่ผู้ปกครองของเด็กดาวน์ ซินโดรมช่วงก่อนวัยเรียนที่พาเด็ก

มารับบริการ ในแผนกกระตุ้นพัฒนาการในโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ 3 แห่งในเขต กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 73 รายถูกจัดเข้าสู่กลุ่มศึกษา 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบสอนตัวต่อตัวโดยทันตบุคลากร และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการที่ผู้ปกครองศึกษาจากสื่อการสอนแบบสื่อวิดีโอทัศน์ ประเมินประสิทธิภาพการแปรงฟันของผู้ปกครองที่ผิวฟันเด็ก โดยวัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์พื้นฐาน (PI1) ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์จากการแปรงแบบเดิม (PI2) และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์หลังให้ทันตสุขศึกษา (PI3) เพื่อดูผลต่างค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (delta PI) และประเมินความรู้ของผู้ปกครองจากค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้ทันตสุขศึกษา วิเคราะห์ความแตกต่างของประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาในทันที ด้วยสถิติอนพารามตริกชนิดครุสครัล วัลลิส ระหว่างกลุ่มศึกษา 3 กลุ่ม และสถิติอนพารามตริกชนิดแมนวิทนีย ยู ระหว่างคู่กลุ่มศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าดัชนีคราบจุลินทรีย์พื้นฐาน (PI1) ก่อนเริ่มการศึกษาในกลุ่มศึกษาทั้ง 3 กลุ่มนั้นไม่แตกต่างกัน แสดงว่าแต่ละกลุ่มศึกษา มีการกระจายลักษณะของประชากรที่ใกล้เคียงกัน ภายหลังให้ทันตสุขศึกษาพบผลต่างค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (delta PI) และค่าคะแนนความรู้จากช่วงก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษา ระหว่างกลุ่มศึกษา 3 กลุ่มนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการเปรียบเทียบพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษา 2 กลุ่มนั้น พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง วิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการที่ผู้ปกครองศึกษาจากสื่อการสอนแบบสื่อวิดีโอทัศน์นั้น น่าจะมีผลทำให้เกิดการพัฒนาทั้งความสามารถในการแปรงฟัน และความรู้ของผู้ปกครองได้ไม่ต่างจาก การให้ทันตสุขศึกษาแบบสอนตัวต่อตัวโดยทันตบุคลากร

รังสิมา นิโบล (2547) ศึกษางานวิจัยเรื่อง "กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม" เป็นงานวิจัยที่เน้นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเอกสารเป็นหลัก (Documentary Research) ซึ่งข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ได้จากงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ 2539-2546 ที่อยู่ในขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 28 เรื่อง และข้อมูลระดับรองได้จากบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2545 ที่อยู่ในขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 28 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย 4 ประการคือ (1) เพื่อศึกษาภาพรวมของกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (2) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ (3) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม (4) เพื่อแสวงหาแนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ การสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกระบวนการพัฒนาใหม่ในงานวิจัยส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ความเป็นชุมชนและศักยภาพของชุมชนร่วมกัน โดยเน้นเรื่องสุขภาพของชุมชนโดยรวม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับครอบครัว กลุ่ม ชุมชนประชาสังคม มากกว่าระดับปัจเจกบุคคลหรือเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นเน้นการคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของชุมชนประชาสังคม โดยนำแนวคิดเรื่องกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม มาประยุกต์ใช้ และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารเพื่อ "สร้างเสริมสุขภาพ" มากขึ้น นอกเหนือจากการมุ่ง "แก้ไขปัญหาสุขภาพ" ที่เกิดขึ้นในชุมชน พัฒนาการของประชาสังคมไทยโดยรวมมีจุดเริ่มต้นที่การดูแลกันเองในครอบครัวหรือชุมชนเดียวกัน ต่อมาหลังจากเกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้การรวมกลุ่มประชาสังคมที่มีความหลากหลายมากขึ้น กลุ่มประชาสังคมส่วนมากมีขนาดไม่ใหญ่มากนักแต่รวมกลุ่มกันเองด้วยความสมัครใจ โดยมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอันหลากหลายในชุมชนประชาสังคม นอกจากนี้ยังมุ่งสร้างและขยายเครือข่ายความสัมพันธ์ โดยเน้นการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพึ่งพาตนเองช่วยเหลือกันเองในกลุ่มประชาสังคม และประสานพลังเพื่อเพิ่มอำนาจในการสื่อสาร เจจาดอรอง ขอความร่วมมือจากกลุ่ม องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง ที่อยู่ภายนอกประชาสังคม ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสื่อสารของประชาสังคมที่พบมาในงานวิจัย ได้แก่ ความสามารถในการเป็นผู้สื่อสารแก่สมาชิกในชุมชน องค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนประชาสังคม การเปิดโอกาสให้ชุมชนประชาสังคมมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างกันในชุมชนประชาสังคมและเครือข่าย ความสัมพันธ์กับภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคมอื่น ๆ ภายนอกชุมชน แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเน้นการใช้สื่อต่าง ๆ ในชุมชนที่ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากคนในชุมชน ได้แก่ สื่อบุคคลที่เกิดขึ้นภายในชุมชนนอกเหนือจากผู้นำที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมายจากทางการ เช่น พระสงฆ์ ปราชญ์ชาวบ้าน หมอชาวบ้าน ฯลฯ สื่อพื้นบ้านอันเป็นวัฒนธรรมเฉพาะของแต่ละชุมชน และสื่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการสื่อสารสองทางแบบมีส่วนร่วม เช่น การประชุมกลุ่มย่อย เสวนา ประชาพิทักษ์ กิจกรรมพบปะสร้างความสัมพันธ์ เป็นต้น สื่อต่าง ๆ เหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้อย่างผสมผสานเพื่อสร้างความสนใจ ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ อันมาซึ่งการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

อรัญญา ลือประดิษฐ์ (2544) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงการใช้สื่อเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของหน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาลักษณะการใช้สื่อเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามความคิดด้านสุขภาพ

อนามัย ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สื่อของกองทันตสาธารณสุขกรมอนามัยและบริษัทคอลเกต ปาล์มโอลีฟ) ประเทศไทย (ผลการวิจัยพบว่า กองทันตสาธารณสุขใช้สื่อทุกประเภท ทั้งสื่อเชิงรุกและสื่อเชิงรับโดยใช้สื่อเฉพาะกิจในสัดส่วนที่มากที่สุด ส่วนแนวคิดที่พบในเนื้อหาพบว่า มีแนวคิดสุขภาพอนามัย คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการใช้สื่อมากที่สุดได้แก่ นโยบายของผู้บริหาร งบประมาณ การวางแผนการใช้สื่อ ส่วนบริษัทคอลเกต ปาล์มโอลีฟ) ประเทศไทย (ใช้สื่อมวลชนเป็นสื่อหลักในการส่งเสริมกิจกรรมทางการตลาดแนวคิดที่พบในเนื้อหาประกอบด้วยการส่งเสริมและป้องกันปัญหา อุปสรรค คือ ระบบการทำงานแบบราชการและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ

การศึกษาของณัฐณิชา นาคเมือง (2547) ศึกษา กระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายผ่านสื่อมวลชนของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรเป็นปัญหาที่สำคัญและสั่งสมมานานของประเทศ ผลกระทบที่สำคัญคือรัฐบาลต้องใช้งบประมาณสูงในการดูแลสุขภาพของประชากร อย่างไรก็ตามมาตรการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ข้อหนึ่งคือการ “สร้างสุขภาพ” นอกเหนือไปจากการ “ซ่อมสุขภาพ” ตามที่ปฏิบัติมาในอดีต โดยรัฐบาลประกาศในปี พ.ศ. 2545 เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย ในขั้นแรก กระทรวงสาธารณสุขได้ยกเอาออกกำลังกายเป็นประเด็นในการรณรงค์สร้างสุขภาพให้แก่ประชาชน และได้จัดกิจกรรมงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สองประการ คือ ศึกษากระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุข และวาระการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนในกระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายการวิจัย มีขอบเขตครอบคลุมเฉพาะ โครงการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย จากกิจกรรมงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและดำเนินการวิจัยด้วยการรวบรวมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนผลการวิจัยพบว่ากระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลักสามขั้นตอนคือ ขั้นการกำหนดนโยบายในการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย ขั้นการจัดงานผลการวิจัยยังพบอีกว่าวาระการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนในกระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายนั้น ถูกกำหนดโดยภาครัฐผู้กำหนดนโยบายและสื่อมวลชนผู้นำเสนอข่าว ลักษณะของวาระการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนประกอบไปด้วยวาระที่ให้การสนับสนุน วาระในลักษณะเป็นกลาง และวาระที่วิพากษ์วิจารณ์แตกต่างไปตามประเภทของสื่อ มหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ และขึ้นดำเนินการรณรงค์งานวันมหกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตามผลการวิจัยระบุว่า การรณรงค์ครั้งนี้ไม่ได้มีการแยกแยะกลุ่มเป้าหมายและวาดฝันความคิดของกลุ่มเป้าหมายก่อนที่ จะวางแผนการออกแบบกิจกรรมสื่อสาร และการศึกษาในสื่อมวลชนของสถาปิตานนท์ และคณะ (2546) องค์ประกอบที่

สำคัญในการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน ได้แก่ องค์ประกอบเชิงบุคคล/องค์การรณรงค์ ได้แก่ แกนนำ และกลุ่มพันธมิตร องค์ประกอบเชิงกระบวนการรณรงค์ ได้แก่ เป้าหมายในการรณรงค์ กลุ่มเป้าหมาย ข้อมูล/ประเด็นในการรณรงค์ ช่องทางการสื่อสาร กลยุทธ์การสื่อสาร และการวิจัย องค์ประกอบเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ ได้แก่ การพัฒนากลไกในการเชื่อมประสานการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ในระบบสังคม การพัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพของชุมชนในการรณรงค์ในพื้นที่ และการร่วมมือกับกลุ่มพันธมิตรในการพัฒนามาตรการเชิงระบบอื่นๆ ในสังคม 4. รูปแบบการรณรงค์ด้านสุขภาพที่มุ่งเสนอประเด็นสุขภาพผ่านสื่อมวลชนในประเทศไทย ประกอบด้วย 5 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมเฉพาะกิจ ส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค แกนหลักกับพันธมิตร หน่วยงานกับผู้รับจ้าง และองค์กรกับการผลัดกระแส ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชนในประเทศไทย พบว่าประกอบด้วย (1) องค์ประกอบเชิงบุคคล/องค์การรณรงค์ ได้แก่ การที่แกนนำมีความสามารถในการประสานงานกับองค์กรพันธมิตรต่างๆ ได้อย่างใกล้ชิด การหลีกเลี่ยงการสร้างศัตรู การมีพันธมิตรหลากหลาย การแบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพันธมิตร การที่พันธมิตรทุกฝ่ายมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์ และสัมพันธ์ภาพกับพันธมิตรด้านสื่อมวลชนและด้านนักการเมือง (2) องค์ประกอบเชิงกระบวนการรณรงค์ ได้แก่ การรณรงค์แบบไม่ประกาศตัวว่าเป็น "การรณรงค์" การรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การวางแผนเชิงระบบ การดำเนินโครงการด้วยความคล่องตัว การกำหนดเป้าหมายในลักษณะที่สามารถชี้ให้เห็นผลที่เป็นรูปธรรมได้ นักรณรงค์มองกลุ่มเป้าหมายในฐานะพันธมิตรและพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้เป็นสื่อบุคคล การมอบหมายให้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ริเริ่มโครงการรณรงค์ในแนวระนาบ การมีข้อมูลมากเพียงพอข้อมูลเชื่อมโยงกับสังคมไทย การออกแบบระบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเหมาะสม การมีทักษะในการนำเสนอข้อมูลสู่สาธารณะ การมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย การเน้นสร้างสรรค์ประเด็นให้ปรากฏในการสื่ออย่างรวดเร็ว การนำเสนอประสบการณ์ตรงของกลุ่มที่เผชิญปัญหา การใช้สื่อบุคคลที่น่าเชื่อถือทำหน้าที่เป็นผู้พูด การสื่อในเรื่องที่ง่าย ใกล้ตัวและเป็นรูปธรรม การวิจัยเบื้องต้นก่อนการพัฒนาสื่อ การวิจัย/ทดสอบ "สาร" ที่ใช้ในการรณรงค์ก่อนนำไปใช้จริง วาสนา จันทรสว่าง (2548: 146-147) กล่าวว่า การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมสามารถสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการสื่อสารเพื่อความสำเร็จตามองค์ประกอบหลัก คือ ผู้ส่งสาร – สาร – สื่อ/ช่องทาง และผู้รับสาร รวมทั้งกระบวนการทำงานด้านสุขภาพที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายหรือภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ และปฏิบัติในสิ่งที่เป็นความต้องการของชุมชนเอง มีกระบวนการเรียนรู้และจัดการการเรียนรู้ที่สามารถนำไปสู่ความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับแนวคิดของกาญจนา แก้วเทพ (2546) ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมว่า ในเรื่องเนื้อหาที่จะสื่อสารต้องสอดคล้องกับจังหวะวิถีชีวิตของชุมชน ตัวอย่าง ในกรณี

ของหอกระจายข่าว เนื้อหาต้องตอบสนองความต้องการของชุมชน หากหอกระจายข่าวนำเทพจาก ส่วนกลางมาเปิดให้ฟังอย่างเดียว เนื้อหา ก็จะเป็นแบบจากบนลงล่าง เป็นสิ่งที่ราชการต้องการจะ บอกกล่าว หรือ อบรมสั่งสอนชาวบ้าน ซึ่งไม่ค่อยทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมมากนัก แต่ หากคนในชุมชนมาเป็นคนจัดรายการเอง และตัดเย็บเนื้อหาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เนื้อหาแบบนี้จะช่วยให้ชาวบ้านนำเอาไปใช้เพื่อพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้นได้ ซึ่งเนื้อหาของการสื่อสารแบบนี้ ต้องมีลักษณะเฉพาะที่ เรียกว่าเป็น Liberative Content และยังพบว่า การมีส่วนร่วมและการ สื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการรณรงค์ เพราะการรณรงค์ไม่สามารถประสบความสำเร็จ ต่อเนื่อง ยั่งยืนได้ หากขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป

ในการศึกษาเรื่องกระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ จากการการศึกษาของ สรวงศ์ภุณย์ ดวงคำสวัสดิ์ และ รุ่งรัชมิ ศรีวงศ์พันธ์ (2548) ศึกษาการสื่อสารเพื่อ สุขภาพ/การมีส่วนร่วม/โรคไข้เลือดออก ในกลุ่มแม่บ้านโดยใช้สื่อบุคคลที่เป็นศิลปิน/สื่อพื้นบ้าน มามีส่วนร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ที่กลุ่มแม่บ้านเป็นผู้ ร่วมกันคิดเนื้อหาของข้อความข่าวสารให้นำไปออกอากาศผ่านเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์เป็นภาษาท้องถิ่น) คำเมือง (โดยนำรูปแบบการจ้อย – ซอย – การเล่าเรื่อง การสนทนา ตอบ – ถามปัญหา มาจัดรายการร่วมกับกลุ่มแม่บ้าน ทำให้แม่บ้านกลุ่มทดลองและแม่บ้านคนอื่นมี ความสนใจรับฟังข้อมูลข่าวสารจากการจัดรายการทางเสียงตามสายประจำหมู่บ้านตลอดเวลา จนทำ ให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น สื่อพื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่นที่มีอยู่ และอยู่ กับชุมชนมานาน เช่น หมอลำ ลิเก ลำตัด การละเล่นพื้นบ้าน ฯลฯ สื่อเหล่านี้สามารถสร้างความ สนใจให้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งในชุมชนเป็นอย่างดี และการจัดกิจกรรมการสื่อสารเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยให้มีการสื่อสารแบบสองทาง ให้แม่บ้านเล่าประสบการณ์การเป็น ไข้เลือดออกของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้แม่บ้านคนอื่นได้รับฟัง ได้ซักถามปัญหา ข้อ สงสัยเกี่ยวกับการเป็นโรคไข้เลือดออก และวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ แม่บ้านมีความรู้และมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น การ ศึกษา สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น ของ ดวงพร คำณูวัฒน์ (2547) โดยศึกษา เนื้อหาและการนำเสนอเนื้อหาด้านสุขภาพของสื่อท้องถิ่น 5 ประเภทคือ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น วิทยูกระจายเสียงประจำจังหวัด วิทยูชุมชน หอกระจายเสียง/เสียงตามสาย และเคเบิลทีวี โดย ดำเนินการใน 6 จังหวัด พบว่า วิทยูกระจายเสียงประจำจังหวัดนำเสนอเนื้อหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับ อโรคามากที่สุดมุ่งให้ผู้รับสารทราบวิธีการป้องกันตนเอง และมีการนำเสนอใน 4 รูปแบบ คือ รายการสุขภาพ สปอต แทรกในรายการข่าวท้องถิ่น และโฆษณา การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของ วิทยูชุมชนส่วนใหญ่มีคณะกรรมการดูแลโดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน นำเสนอด้วย

การจัดรายการสุขภาพโดยตรง และ แทรกอยู่ในรายการอื่น ประเด็นมักเกี่ยวข้องกับ อโรควา และอาหาร เพื่อป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาและฟื้นฟูไม่มีการนำเสนอเนื้อหาสุขภาพในรูปแบบของการจัดเป็นรายการสุขภาพโดยตรงจากหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย มักเป็นการประกาศข่าวสารให้ทราบหรือให้ไปรับบริการ และเปิดสปอตที่ส่วนราชการผลิต และเคเบิลทีวีส่วนใหญ่นำเสนอข้อมูลสุขภาพผ่านรายการข่าวท้องถิ่น เพื่อแจ้งให้ทราบหรือรายงานเหตุการณ์ เนื้อหามักเกี่ยวข้องกับ อโรควา และอาหาร หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ซึ่งเป็นธุรกิจขนาดเล็ก เผยแพร่เป็นราย 5 วัน/เดือนนำเสนอเนื้อหาสุขภาพทุกประเภท ในรูปแบบของการรายงานข่าว บทวิเคราะห์ และโฆษณาสำหรับผู้ทำหน้าที่สื่อสารสุขภาพ มักทำงานสื่อท้องถิ่นหลายประเภท และมีการทำงานเป็นผู้สื่อข่าวให้กับสื่อส่วนกลาง บางคนทำงานสื่อเป็นอาชีพรอง และมีการใช้แหล่งข่าวในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพหลายช่องทาง ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพจึงนำเสนอรายการสุขภาพ/บทวิเคราะห์สุขภาพในจำนวนน้อย และต้องอาศัยแหล่งข่าวด้านสุขภาพ ผู้รับสารในท้องถิ่นเป็นหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย มีความต้องการให้สื่อท้องถิ่นทั้ง 5 ประเภท สื่อสารด้านสุขภาพ โดยมีความคาดหวังจากวิทยุกระจายเสียงประจำจังหวัดมากที่สุด และจากเคเบิลทีวีน้อยที่สุด ต้องการเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอโรความากที่สุด มีความต้องการให้ทุกสื่อเพิ่มปริมาณเนื้อหาสุขภาพ โดยนำเสนอเรื่องใกล้ตัว สามารถนำไปปฏิบัติได้ ข้อมูลมีความถูกต้อง เข้าใจง่าย มีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง และจริงจัง และการวิจัยเรื่องกระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพของ วาสนา จันทรสว่างและคณะ (2548) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional survey) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารการรณรงค์ขององค์กรภาครัฐ เอกชน ธุรกิจและท้องถิ่นหรือชุมชน ผู้นำหรือผู้ปฏิบัติงานรณรงค์และกลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกเพื่อศึกษาเชิงปริมาณ 106 โครงการ และเชิงคุณภาพ 20 โครงการที่รณรงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบาย 5 อ. คือ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ อโรควา และอนามัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสำรวจ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก สทนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์อย่างไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า 1. กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพขององค์กรต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารสองทาง เนื้อหาเป็นเรื่อง การออกกำลังกาย การเผยแพร่ความรู้และจิตสำนึกเรื่องสุขภาพและเรื่องอาหาร สื่อที่ใช้คือสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจและสื่อมวลชน ผลของการรณรงค์คือกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่รับรู้สนใจตระหนัก แต่ยังขาดจิตสำนึกและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2. การสร้างพลังการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลได้นั้น ผู้ส่งสารต้องมีความรับผิดชอบสูง มีจิตสาธารณะ สารควรจะเป็นเรื่องสุขภาพของครอบครัว เป็นสื่อบุคคล และสื่อผสม ผู้รับสารต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารการรณรงค์ 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์

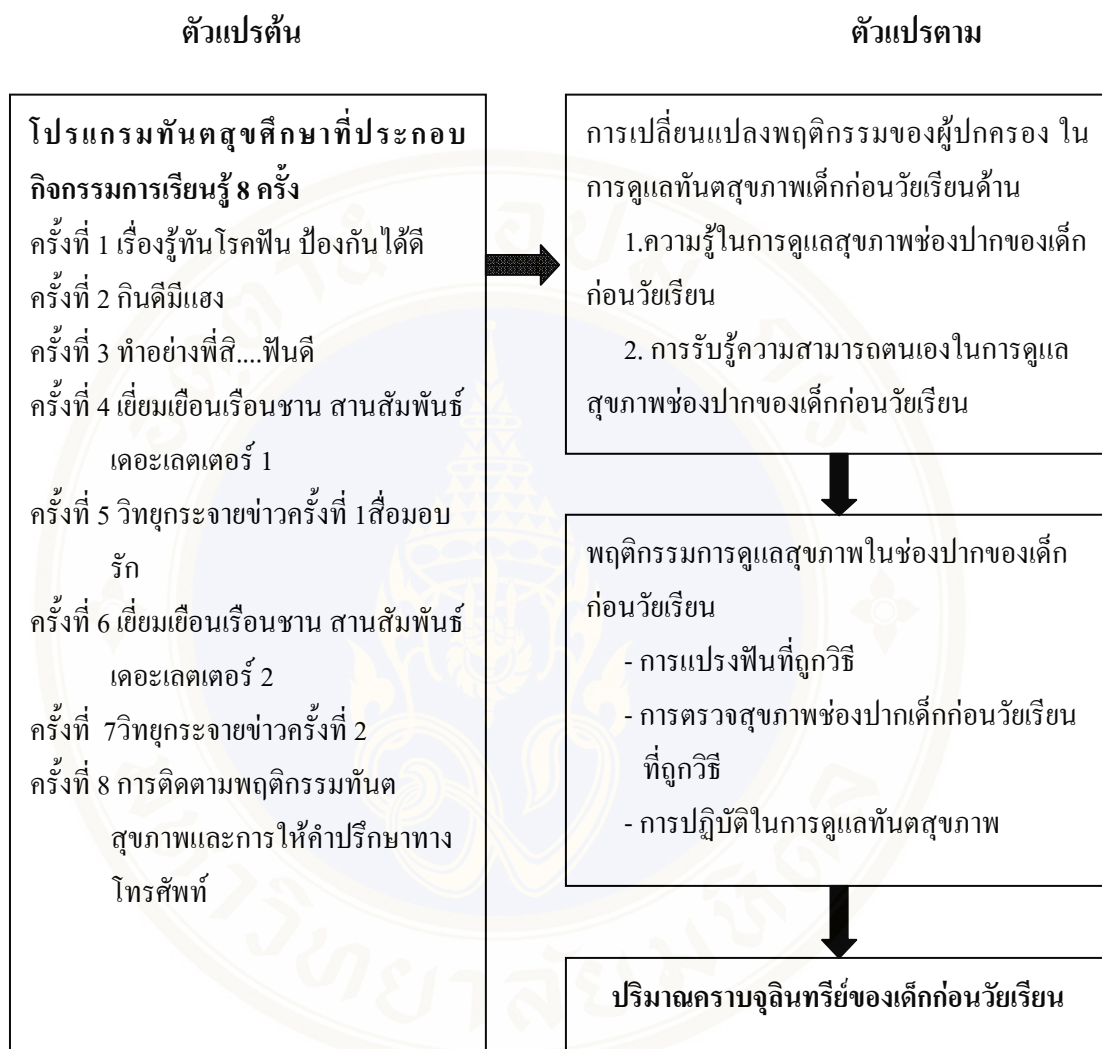
ด้านสุขภาพ คือผู้นำ แรงสนับสนุนทางสังคม งบประมาณ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์กรร่วม และการรณรงค์ผู้ชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นสำคัญ พรทิพย์ ชนะคำ (2547) เพื่อศึกษากลยุทธ์การสื่อสารภูมิปัญญาท้องถิ่นของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์ในคุณลักษณะ และบทบาทของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งยังศึกษากลยุทธ์การสื่อสารในการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งปราชญ์ชาวบ้านเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งในการพัฒนาของชนบท ผลการวิจัยพบว่าปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์มีคุณลักษณะของความเป็นผู้นำโดยธรรมชาติอย่างเด่นชัด ซึ่งความเป็นผู้นำโดยธรรมชาตินี้มาจากคุณลักษณะด้านต่างๆ ของปราชญ์ชาวบ้านที่ทำให้ได้รับความเคารพนับถือจากชาวบ้าน คุณลักษณะเด่นๆ เหล่านั้น ได้แก่ ความสามารถทางการเกษตร รวมทั้งความสามารถทางด้านอื่นๆ อาทิ การบริหารหมู่บ้าน ความสามารถทางการสื่อสาร เป็นต้น นอกจากนี้ปราชญ์ชาวบ้านยังยอมรับความรู้และวิทยาการใหม่ๆ แสวงหาความรู้อยู่เสมอ ไม่ยึดติดกับความคิดเก่าๆ และนำความรู้เหล่านั้นมาพัฒนาตนเอง ครอบครัว และหมู่บ้านด้วยหัวใจที่มุ่งมั่นในการพัฒนา ส่วนบทบาทของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์นั้นพบว่า ปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์มีบทบาทด้านต่างๆ มากมาย อาทิ เป็นผู้ริเริ่มเกษตรกรรมทางเลือกใหม่ในหมู่บ้าน และแนะแนวทางเกษตรกรรมทางเลือกให้แก่ชาวบ้าน รวมทั้งเป็นผู้กระจายข่าวสารจากเจ้าหน้าที่พัฒนาไปยังชาวบ้าน บทบาทเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทการเป็นผู้นำในการพัฒนาทางปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์อย่างชัดเจน ทางด้านกลยุทธ์การสื่อสารเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลยุทธ์หลักๆ ที่ปราชญ์ชาวบ้านนำมาใช้ และเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลนั้น ได้แก่ การสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองด้วยการสื่อสารระหว่างบุคคล การใช้ภาษาท้องถิ่น นอกจากนี้ยังใช้การสาธิต และการเปิดพื้นที่เกษตรกรรมของตนเองให้ชาวบ้าน และบุคคลภายนอกเข้ามาดูงาน เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับชาวบ้านมากยิ่งขึ้น ทางด้านเนื้อหาที่ปราชญ์ชาวบ้านใช้นั้นจะเป็นเนื้อหาที่มาจากประสบการณ์ของปราชญ์ชาวบ้านในการทำเกษตรกรรม มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และชี้ให้ชาวบ้านเห็นปัญหาของตนเอง รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วย

การศึกษาโดย การพัฒนาข้อความด้านสุขภาพ ในกลุ่มเด็ก พ่อแม่ และครูในการสร้างโอกาสด้านการสื่อสารสุขภาพ ตามวิถีชีวิตและการป้องกันโรคอันที่มีการศึกษา 3 ระดับ ต้องมีข้อความที่สื่อไปในชั้นในการรณรงค์ป้องกัน เป็นกลุ่ม ระยะที่สอง ต้องดำเนินการในบ้าน ระยะที่สาม เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เด็กต้องการสื่อสารด้วยข้อความที่ทำให้เกิดแรงจูงใจโดยตรง ผู้ปกครองต้องการวิธีการที่จะพูดและจัดการกับลูกได้อย่างไรที่บ้านและครูก็เป็นผู้ประทับประคองให้การดำเนินงานเป็นไปตามวิถีชีวิตที่ต้องการ ปานทิพย์ ลิกะไชย (2548) ศึกษากระบวนการ

สื่อสารแบบมีส่วนร่วมของเด็กในการสร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถจำแนกได้ 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่งสาร และการมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผน (2) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของเด็กทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4 กิจกรรม ซึ่งมาจากพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ หรือสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ

จากงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่ายังไม่มียานวิจัยใดที่ดำเนินการด้านการสื่อสารสุขภาพในงานทันตสุขภาพโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารในระดับกว้าง ทำให้ผู้วิจัยมองว่า สื่อกิจกรรม หรือข้อความสื่อสารที่จะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ และที่สำคัญได้รับความรู้สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ควรจะเป็นการสื่อสารที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการสร้างรูปแบบ วิธีการ และการเข้าถึงในเรื่องนั้นๆ เอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภาพที่ 18 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำเอาทฤษฎีและงานวิจัยที่ได้บททวนมาเป็นแนวคิดในการวางแผนและดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก โปรแกรมทันตสุขศึกษาดังกล่าว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพมาใช้ ในการกำหนดกิจกรรมการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการเข้าถึงสื่อ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อทั้งสี่ประเภท คือ สิ่งพิมพ์โดยการเขียนจดหมาย ใช้ป้ายประกาศ โปสเตอร์ แผ่นพับ และจุลสารความรู้ สื่อบุคคล ใช้ทั้งเป็นแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการทั้งการบรรยาย พบปะพูดคุยโดยการเยี่ยมบ้าน และการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ สื่อโสตทัศน์ ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อวิทยุโดยใช้วิทยุเสียงตามสายและวิทยุชุมชน สำหรับสื่อกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดนิทรรศการและการประกวดแข่งขัน โดยสื่อแต่ละประเภทเลือกตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ดังแผนภูมิรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลองที่ 5 และ 6 ดังนี้



แผนภูมิที่ 5 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

O_1 : รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

E_1 : ตรวจสอบปริมาณการบาดเจ็บก่อนการทดลอง

X : โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

O_2 : รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

E_2 : ตรวจสอบปริมาณการบาดเจ็บหลังการทดลอง

	O_1	M_1	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	M_2	O_2
สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	E_1											E_2

แผนภูมิที่ 6 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

O_1, O_2 : รวบรวมข้อมูลก่อนและหลัง การทดลองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในเรื่องข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็ก พฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

E_1, E_2 : ตรวจสอบปริมาณการบาดเจ็บก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน

M_1 : ประชุมแลกเปลี่ยนแนวคิดการจัดโปรแกรมทันตสุขภาพ กำหนดบทบาทของครูในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพการ ระหว่างผู้วิจัย ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

M_2 : การจัดกิจกรรมคืนความรู้สู่ชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่อไป

X_1 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 1 เรื่อง รู้ทันโรคฟันป้องกันได้ดี

X_2 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 2 เรื่อง กินดีมีแสง

X_3 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 3 เรื่อง ทำอย่างพิถี..พิณดี

- X_4 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 4 เยี่ยมเยือนเรือนชาน
สามสัมพันธ์ เดอะเลตเตอร์ 1
- X_5 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 5 วิทยุกระจายข่าวครั้งที่
1 ล้อมอบรัก
- X_6 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 6 เยี่ยมเยือนเรือนชาน
สามสัมพันธ์ เดอะเลตเตอร์ 2
- X_7 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 7 การเผยแพร่ผ่านวิทยุ
กระจายข่าวครั้งที่ 2
- X_8 : การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 8 การติดตามพฤติกรรม
ทันตสุขภาพและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ครู ผู้ดูแลเด็ก และ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 3-5 ปี ที่พาเด็กมาฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 49 แห่ง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ดำเนินการทดลองกับกลุ่มเดียวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นการเลือกตัวอย่างในขั้นต้น จึงใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นพื้นที่การวิจัยเป็นหน่วยการเลือก 1 พื้นที่โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 คัดเลือกศูนย์เด็กเล็กที่จะใช้เป็นพื้นที่ในการดำเนินการทดลอง โดยการคัดเลือกศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ผู้ปกครองพาเด็กที่มีอายุระหว่าง 3-5 ปี มาฝากเลี้ยงมากกว่า 30 คน
2. เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนและมีกิจกรรมการดำเนินงานทันตสุขภาพคล้ายคลึงกัน
3. เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีครูผู้ดูแลเด็กผ่านการอบรมด้านส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมทันตสุขภาพ
4. องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและผู้รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยินดีให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัย

จากการคัดกรองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้ง 49 แห่ง ตามเกณฑ์ดังกล่าว มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 แห่ง เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีจำนวนเด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปีตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป ได้แก่

- 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์
- 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดโพธิ์ร้อยต้น
- 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังยาว
- 4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนชาด และ
- 5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองใหญ่ทับคร้ว

จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 แห่ง ทำการคัดเลือกตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะดำเนินการทดลองจำนวน 1 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์ เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทดลอง

ขั้นที่ 2 การคัดเลือก ครูผู้ดูแลเด็ก และ ผู้ปกครองเด็กเล็ก ที่เป็นกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. คัดเลือก ครูผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์ทุกคนที่ผ่านการอบรมด้านส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมทันตสุขภาพ ได้ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 3 คน
2. คัดเลือกพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเด็กเล็กที่พาเด็กมาฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์ทุกคนที่ผ่านเกณฑ์ดังนี้
 - 2.1 เป็นพ่อ แม่ ผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-5 ปี
 - 2.2 เป็นพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเด็กเล็กที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และไม่เคยเข้าร่วมโครงการทดลองเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน
 - 2.3 ไม่มีแผนที่จะย้ายออกนอกพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา
 - 2.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งจนสิ้นสุดการวิจัย

จากการคัดเลือกผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนตามเกณฑ์ข้างต้น ได้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน

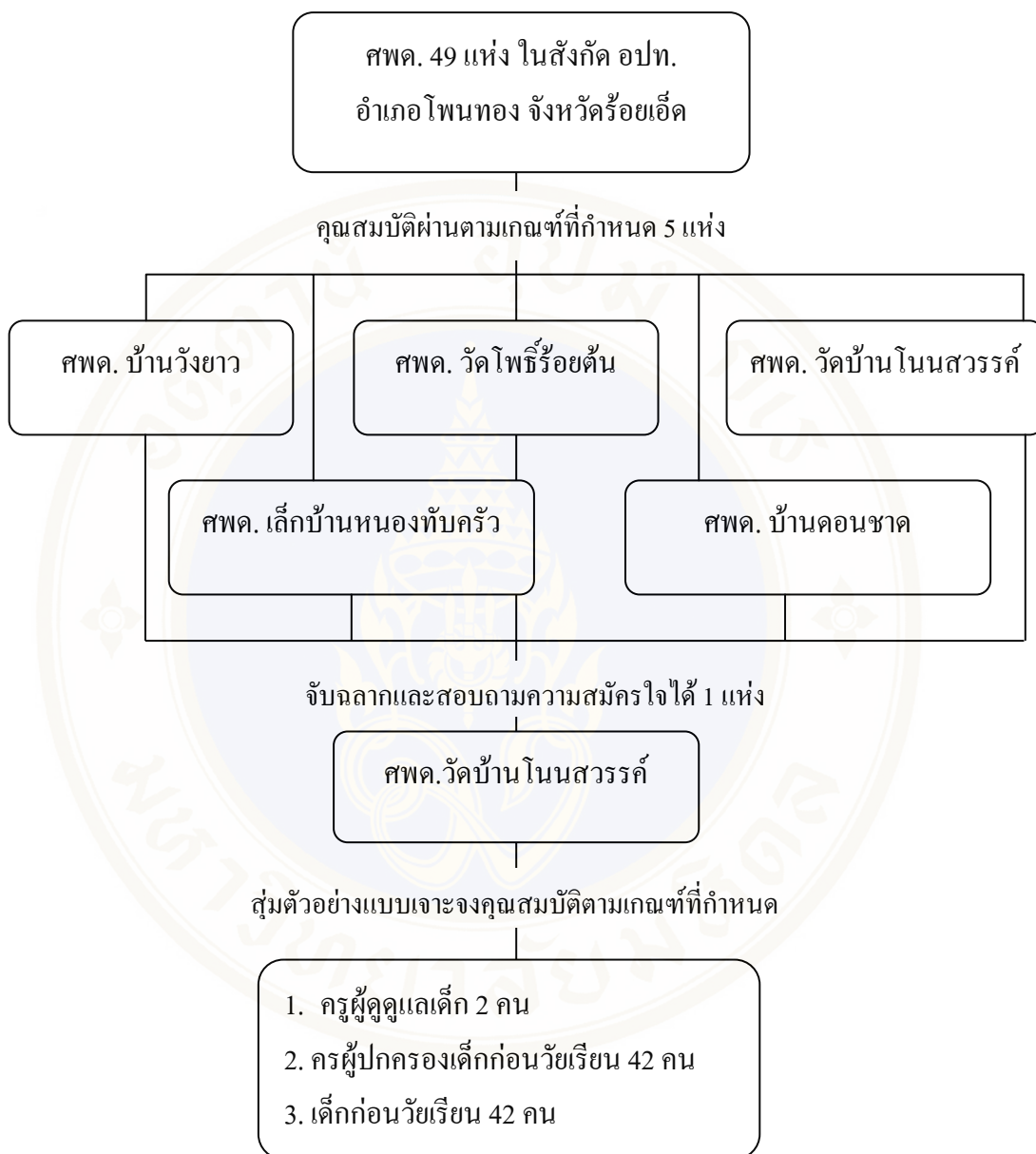
ขั้นที่ 3 คัดเลือกกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-5 ปี เพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลองโปรแกรมทันตสุขภาพโดยคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่เข้าศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์ ในช่วงการทดลอง
2. ไม่มีความพิการและความผิดปกติทางด้านร่างกายและไม่มีข้อจำกัดด้านการแพทย์อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
3. ผู้ปกครองเซ็นยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

จากการคัดเลือกเด็กก่อนวัยเรียนตามเกณฑ์ได้เด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นตัวอย่างทั้งหมด 42 คน ตามจำนวนผู้ปกครองที่ผ่านการคัดเลือก



เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



แผนภาพที่ 19 การสุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง และเครื่องมือ ในการรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลอง ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองประกอบด้วย

- 3.1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง
- 3.1.2 แบบประเมินทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก
- 3.1.3 แบบประเมินทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง
- 3.1.4 แบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

3.1.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเป็นแบบเติมข้อความ เกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับชื่อ-สกุล เพศ อายุ ผู้ตอบสัมภาษณ์ความเกี่ยวข้องเป็นเพศ ที่อยู่ ที่เด็ก และผู้ปกครองนับถือ เด็กอยู่ใต้การอุปการะของใคร การศึกษาของบิดามารดา อาชีพ บิดามารดา ที่ทำงานบิดา มารดา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนเด็กใน ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้จัดหาอุปกรณ์ และค่าเฉลี่ยการจ่ายนมในวันธรรมดา และวันหยุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครอง เป็นความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพทั่วไป การบริโภคอาหาร การดูแลทันตสุขภาพ และการตรวจสอบสภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามเป็นชนิดปลายเปิดให้ตอบสิ่งที่ถูกต้อง ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ช่วงคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การประเมินตามการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยการประยุกต์ตามหลักแนวคิดของ Bloom (1968: 60) ดังนี้

จำนวนข้อ	ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ	ความหมาย
0 - 13 ข้อ	0 – 59	ระดับต่ำ
14 – 17 ข้อ	60 – 79	ระดับปานกลาง
18 – 22 ข้อ	80 – 100	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การดูแลทันตสุขภาพ และการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ของตนเองแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของลิคเคอร์ต (Likert) แต่ละข้อมีตัวเลือก ตั้งแต่ 1–10 คะแนน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ข้อมูล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยเลขคณิต ตามเกณฑ์จุดกลาง (Midpoint) ของช่วงระดับคะแนน (Class Interval) มีการแปลผลข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การประเมินตามการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยการประยุกต์ตามหลักแนวคิดของ Bloom (1968: 60) ดังนี้

ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 0 – 59	คือ มีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองต่อการดูแลทันตสุขภาพ ระดับต่ำ
ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 60 – 79	คือ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการดูแลทันตสุขภาพระดับ ปานกลาง
ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 80 – 100	คือ มีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองต่อการดูแลทันตสุขภาพ ระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง หมายถึง การปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร สุขภาพช่องปาก การประเมินภาวะสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มุ่งสำรวจการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประมาณค่าวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามหลักและวิธีการประเมินผลการศึกษาของ เสรี ลาซโรจน์ (2537: 65–68) ซึ่งเดิมแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ	ความหมาย
0 – 49	ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ
50 – 59	ขั้นต่ำ
60 – 69	ปานกลาง
70 – 79	ดี
80 – 100	ดีมาก

ผู้วิจัยได้ประยุกต์การประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วง 0 – 10 คะแนน คือ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กระดับ
ต้องปรับปรุง

ช่วง 11 – 20 คะแนน คือ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กระดับ
ปานกลาง

ช่วง 21 – 31 คะแนน คือ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กระดับดี

3.1.2 แบบประเมินทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟัน

ให้เด็ก หมายถึง การประเมินการปฏิบัติการแปรงฟัน โดยการแปรงฟันแบ่งเป็น 17 ส่วน ประเมินตามรายการว่าปฏิบัติถูกวิธีหรือ ผิดวิธี โดยมีการข้อมลฟันก่อนทำการแปรงฟันและเริ่มแปรงในแต่ละส่วน ซึ่งเกณฑ์ให้คะแนนคือ ถ้าวางแปรงได้ถูกต้องได้ส่วนละ 1 คะแนน ถ้าทำไม่ถูกต้องจะได้ส่วนละ 0 คะแนน ถ้าวิธีการแปรงฟันทำได้ถูกต้องได้ส่วนละ 1 คะแนน ถ้าทำไม่ถูกต้องจะได้ส่วนละ 0 คะแนน ประเมินร้อยละของวิธีแปรงฟันที่ถูกต้อง (วัดได้ทั้งบุคคลและกลุ่ม) ดังนั้น ในแต่ละส่วนทั้ง 17 ส่วนในการวัดทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีโดยมีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0–2 คะแนน

การคิดคะแนนทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีของแต่ละคนดังนี้

$$\text{คะแนนทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีของแต่ละคน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}}{\text{จำนวนส่วนที่วัด}}$$

โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับทักษะการแปรงฟัน 3 ระดับคือ

ช่วง 1.60 – 2.00 คะแนน คือ ระดับดี

ช่วง 1.20 – 1.59 คะแนน คือ ระดับปานกลาง

ช่วง 0.00 – 1.19 คะแนน คือ ระดับต้องปรับปรุง

3.1.3 แบบประเมินทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากของผู้ปกครองให้

เด็ก หมายถึง การประเมินการปฏิบัติการตรวจฟัน โดยการตรวจสอบสภาพช่องปากแบ่งเป็น 8 ส่วน ประเมินตามรายการว่าปฏิบัติถูกวิธีหรือ ผิดวิธี ซึ่งเกณฑ์ให้คะแนนคือ ถ้าตรวจในส่วนนั้นได้ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ถ้าทำไม่ถูกต้องจะได้ส่วนละ 0 คะแนน ถ้าวิธีการตรวจสอบสภาพช่องปากทำได้ถูกต้องได้ ส่วนละ 1 คะแนน ถ้าทำไม่ถูกต้องจะได้ส่วนละ 0 คะแนน ดังนั้น ในแต่ละส่วนทั้ง 8 ส่วนในการวัด ทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากที่ถูกวิธีโดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 0 – 2 คะแนน

การคิดคะแนนทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากของแต่ละคน

$$\text{คะแนนทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปาก} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนทั้งหมด}}{\text{จำนวนส่วนที่ตรวจ}}$$

โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากด้วยตนเอง

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วง 1.60 – 2.00 คะแนน	คือ ระดับดี
ช่วง 1.20 – 1.59 คะแนน	คือ ระดับปานกลาง
ช่วง 0.00 – 1.19 คะแนน	คือ ระดับต้องปรับปรุง

3.1.4 แบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก หมายถึง แบบ

ประเมินในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์โดยผู้วิจัย โดยตรวจปริมาณคราบ จุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการทดลอง ประยุกต์ตาม OHI-S (Simplified Oral Hygiene) (Greene J.C. and Vermillion ,J.R., 1964) วิธีการตรวจ โดยการย้อมคราบจุลินทรีย์ ด้วยสีย้อมฟัน โดยการตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ #55, #51, #65 #55, #75, #71, และ แต่ถ้าไม่มีฟันซี่ นั้นๆ จะใช้ฟันข้างเคียงแทน หรือในส่วนนั้นไม่มีฟันเลยจะไม่ตรวจในส่วนนั้นๆ โดยฟันบน#55, #51 และ #65 จะตรวจผิวฟันทางแก้ม (Buccal Surface) ส่วน #75, และ #85 จะตรวจผิวฟันทางลิ้น (Lingual Surface) และฟัน #71 จะตรวจพื้นผิวฟันด้านริมฝีปาก (Labial Surface) การคิดคะแนน คราบจุลินทรีย์แต่ละคน

$$\text{คะแนนคราบจุลินทรีย์แต่ละคน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์}}{\text{จำนวนด้านของฟันที่ตรวจ}}$$

โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับปริมาณการบาดเจ็บ (Green, 1967: 57/629)

ดังนี้

ระดับดีมาก	=	0	คะแนน
ระดับดี	=	0.1 - 0.6	คะแนน
ระดับพอใช้	=	0.7 - 1.8	คะแนน
ระดับต่ำ	=	1.9 - 3.0	คะแนน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมทันตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เน้นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และการเสริมสร้างทักษะการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในด้านการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการตรวจสอบเอกสาร
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานตามการวิจัย
3. นำข้อมูลต่างๆ มาสร้างเป็นแนวทางของแบบสัมภาษณ์ โดยกำหนดโครงสร้างที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย
4. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามแนวทางที่กำหนดไว้
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์และภาษาที่ใช้
6. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย

6.1 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจหาความตรง (Validity) โดยตรงจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

6.2 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังยาว ตำบลวังสามัคคี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำข้อมูลนั้นมา

วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของ Cronbach (1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ ความรู้ ครั้งที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่น -0.21
หลังจากนั้นจึงตรวจสอบ และปรับปรุงข้อคำถามนำไปเก็บใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ ครั้งที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่น -0.04
ได้ปรับปรุงเนื้อหาและกำหนดระดับในการวัด ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88
7. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขั้นเตรียมการ

1. ดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2550 No. Mu 2007-100 เลขที่ ศร. 0517.016/ 300 (1)
2. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงนายกเทศมนตรี ตำบลแวงวันที่ออก 31 มกราคม 2550 เลขที่ ศร 0517.02 (ทพ)/ 0192
3. ประสานงานกับผู้อำนวยการ และหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลโพธารอง เพื่อขอข้อมูล และขอความร่วมมือสนับสนุน สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินงานวิจัยประสานงานกับครูผู้เลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดโนนสวรรค์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนสระนกแก้ว ในการนัดหมายกับมารดา บิดา /ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
4. พัฒนาสื่อการสอน โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา ออกแบบ และวางโครงร่างเนื้อหา ตลอดจนจัดหาเอกสาร รูปภาพประกอบ รายละเอียดที่ใช้สำหรับแต่ละกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัย
5. คัดเลือกและกำหนดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มตัวอย่าง
6. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงวัตถุประสงค์ สภาพความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา รายละเอียดของการจัดกิจกรรมแก่ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เพื่อขอความร่วมมือ และหาแนวทางขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยร่วมกัน

7. ผู้วิจัยฝึกการตรวจประเมินภาวะสุขภาพจากคลินิกทันตกรรมด้วยตนเองที่โรงพยาบาลโพนทองเพื่อปรับมาตรฐานการตรวจ ฝึกการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์เปรียบเทียบกับทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมป้องกัน เพื่อเป็นมาตรฐานการดำเนินงานจากคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงคดผู้วิจัยและทันตแพทย์จนกว่าจะได้คะแนนตรงกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ตามเกณฑ์การทดสอบความเชื่อมั่นในการตรวจของ WHO (WHO, 1986: 15-17) โดยมีผลการทดสอบความเชื่อมั่นในการตรวจ ดังนี้

7.1 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ผลการตรวจตรงกันร้อยละ 95.21

7.2 ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี ผลการตรวจตรงกัน ร้อยละ 98.79

7.3 ทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ผลการตรวจตรงกัน ร้อยละ 97.54

8. ผู้วิจัยส่งแบบบันทึกการยินยอมตนเข้าร่วมงานวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการในผู้ปกครองลงนามยินยอมตนให้ทำการวิจัยโดยสมัครใจ

9. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การประเมินทักษะการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก ของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน และตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในภาคเช้าเมื่อเด็กเดินทางมาถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มผู้ปกครอง ชี้แจงและแนะนำการตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นรายบุคคล และเก็บข้อมูลให้เสร็จภายในวันเดียว ใช้แบบสัมภาษณ์และเครื่องมือชุดเดียวกันกับก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเทศบาล และครูผู้ดูแลเด็ก เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินกิจกรรมทดลองใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
เก็บข้อมูลก่อนการทดลองตามแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างในเรื่องลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กในปกครอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านทันตสุขภาพ พร้อมทั้งการประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง	ตรวจสอบสุขภาพช่องปากโดยผู้วิจัย ตรวจสอบปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลอง ประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง เมื่อเด็กเดินทางมาถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตอนเช้าก่อนการแปรงฟัน	เก็บข้อมูลก่อนการทดลองตามแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างในเรื่องลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็ก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านทันตสุขภาพ พร้อมทั้งการประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 วิเคราะห์ชุมชน

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดโปรแกรมทันตสุขภาพ ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง แจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ผลทันตสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และ วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน	- สร้างความคุ้นเคยกับเด็กก่อนวัยเรียนโดยการแนะนำตัว และการร้องเพลง	- กำหนดบทบาทของครูในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพการศึกษา ระหว่างผู้วิจัย - คิด ป้าย คัด เอา ที่โครงการหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง รู้ทันโรคฟัน
ป้องกันได้ดี

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ความสำคัญของฟันน้ำนม โรค ในช่องปาก และการรักษา โดย การบรรยาย และอภิปรายกลุ่ม 2 ชั่วโมง บ้านที่เข้าร่วมโครงการ ติดสติ๊กเกอร์ไว้เป็นสัญลักษณ์	- ผู้วิจัยเล่านิทานส่งเสริม ทันตสุขภาพ โดยใช้แบบ ตามหนังสือนิทานกรม อนามัย	- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ช่องปาก ความสำคัญ ของฟันน้ำนม โรคใน ช่องปาก และการรักษา บรรยายกลุ่มเล็ก

สัปดาห์ที่ 4 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 2 เรื่อง กินดีมีแสง

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์และมีโทษ ต่อฟัน การเลือกอาหาร วิธีการ แยกอาหารเป็นการฝึกทักษะ ต่างๆ ในการเลือกอาหาร โดย การทำกิจกรรมกลุ่ม 2 ชั่วโมง จัดทำกติกาข้อตกลงเกี่ยวกับขนม หวานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- กิจกรรมวาดภาพระบายสี ภาพอาหารที่มีประโยชน์ ต่อฟัน	- ความรู้เรื่อง การ รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์และมีโทษต่อ ฟัน การเลือกอาหาร วิธีการแยกอาหารเป็น การฝึกทักษะต่างๆ ใน การเลือกอาหาร

สัปดาห์ที่ 5 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 3 เรื่อง ทำอย่างฟิสิ...
ฟันดี

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ฝึกปฏิบัติทักษะวิธีการแปรงฟัน การบ้วนปาก การตรวจสุขภาพ ช่องปากของผู้ปกครองที่ปฏิบัติ ให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้วิธีการ สาธิต จากตัวแบบ และฝึกปฏิบัติ ด้วยตนเอง และให้ฝึกปฏิบัติจริง	- ฝึกทักษะวิธีการแปรงฟัน การบ้วนปากของผู้ปกครอง ที่ปฏิบัติให้เด็กก่อนวัย เรียน	- ฝึกทักษะวิธีการแปรง ฟัน การตรวจฟันการ บ้วนปากของเด็กก่อนวัย เรียน จัดกิจกรรมแปรง ฟันหลังอาหารกลางวัน ระบบบทบาท

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- กับเด็กก่อนวัยเรียน เลือกช่องทาง การสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้ปกครอง		- หน้าที่ของผู้ดูแลเด็กว่า ต้องมีหน้าที่ในการ ติดตามการปฏิบัติทาง พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ปกครอง ทำหน้าที่ แทนผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 6 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพครั้งที่ 4 เยี่ยมเยือนเรือน ชาน สานสัมพันธ์เดอะเลดเดอร์ 1

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ผู้วิจัยได้ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมกับครู ผู้ดูแลเด็ก เพื่อช่วยเหลือ ใน ขั้นตอนที่ผู้ปกครองดำเนินการ ดู สภาพแวดล้อม สร้างความใกล้ชิด และให้กำลังใจผู้ปกครอง ซึ่งครั้งนี้ เราจะพบกับสภาพที่เป็นจริงของแต่ละ ครอบครัว - ผู้วิจัยและครูผู้ดูแลเด็กช่วยประเมิน วิธีการตรวจฟัน การแปรงฟัน และการบ้วนปากว่าทำดีหรือยัง ต้อง ปรับปรุงอะไรเพิ่มเติมฝึกวิธีการลง บันทึกรูปการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ ในแต่ละครอบครัวด้วยว่าต้องทำ อย่างไร - หลังจากการเยี่ยมบ้านเสร็จผู้วิจัยได้ ส่งจดหมายข่าวฉบับที่ 1 เพื่อแจ้ง ข่าวสารแก่ผู้ปกครองว่าเป็นอย่างไร บ้าง และเคล็ดลับในการสร้างเสริม ทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน บอกกล่าวเล่าสืบ	- กิจกรรมแปรงฟันหลัง อาหารกลางวัน การ บ้วนปาก และการตรวจ ฟันและกิจกรรมเข้า จังหวะ	- ฝึกทักษะการเยี่ยมบ้าน และพัฒนาทักษะการ แปรงฟัน การ ตรวจ สุขภาพช่องปากแบบยาก และซับซ้อน - ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านกับ ผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 7 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 5 วิทยุกระจายข่าวครั้งที่ 1 สื่อมอประก

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- การเผยแพร่ผ่านวิทยุกระจายข่าวครั้งที่ 1 และมีการประกาศเสียงตามสายวิทยุชุมชนของอำเภอ	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟัน	- จัดกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปกครอง จัดตารางการให้ความรู้และเล่านิทานส่งเสริมทันตสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 8 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 6 เยี่ยมเยือนเรือนชาน สานสัมพันธ์อะเลคเตอร์ 2

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยครูผู้ดูแลเด็ก และส่งจดหมายข่าวฉบับที่ 2 บอกความก้าวหน้าและข้อควรรู้เทคนิคที่น่าสนใจกลวิธีง่ายที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟัน	- เยี่ยมบ้านบอกความก้าวหน้าและข้อควรรู้เทคนิคที่น่าสนใจกลวิธีง่ายที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สัปดาห์ที่ 9 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 7 การเผยแพร่ผ่านวิทยุกระจายข่าวครั้งที่ 2

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- แคนนำผู้ปกครองประกาศเสียงตามสายในหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เป็นผู้ประกาศเองหลังจากพูดบทความมีการเล่าประสบการณ์ของตนเองในกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟันการดำเนินการด้านทันตสุขภาพของตนเอง และเพื่อนในกลุ่มด้วย และเปิดบทความผ่านวิทยุชุมชนของเทศบาล ครั้งที่ 2	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟัน	- เตรียมบทความจากผู้วิจัยให้ผู้ปกครอง

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล

สัปดาห์ที่ 10 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขศึกษาครั้งที่ 8 การติดตามพฤติกรรมทันตสุขภาพและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- รับการเยี่ยมบ้านและรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ แลกเปลี่ยนปรับทุกข์	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟัน	- ผู้ดูแลเด็กเป็นตัวแทนในการเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง
- ประกวดการแปรงฟันที่ถูกวิธี ในนิทรรศการวันทันตสุขภาพ	- ประกวดหนูน้อยฟันดี	- ร่วมจัดนิทรรศการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ

สัปดาห์ที่ 11 การจัดกิจกรรมคืนความรู้สู่ชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ผู้วิจัยได้ออนตัวออกมาแล้วให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองดำเนินการเอง ผู้วิจัยได้เพียงแต่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และเป็นที่ปรึกษา	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การบ้วนปาก และการตรวจฟัน	- ครูผู้ดูแลเด็กดำเนินการเอง แจ้งผลการดำเนินงานให้ทางเทศบาลทราบด้วยว่าเป็นอย่างไร

สัปดาห์ที่ 12 รวบรวมข้อมูลหลัง การทดลองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ในเด็กก่อนวัยเรียน และผู้ปกครองเด็ก เสนอต่อชุมชนและเผยแพร่ความรู้ต่อไป สร้างสรรค์กิจกรรม เพื่อต่อยอดความรู้	- ประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ในเด็กก่อนวัยเรียน และ	- ประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองของกลุ่ม

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
ด้านทัศนสุขภาพที่ผ่านมา นำความรู้มาสร้าง รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมทัศนสุขภาพ	- ผู้ปกครองเด็ก นำมาเสนอต่อชุมชนและเผยแพร่ความรู้ต่อไป	- ตัวอย่าง ในเด็กก่อนวัยเรียน และผู้ปกครองเด็ก นำมาเสนอต่อชุมชนและเผยแพร่ความรู้ต่อไป สร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อต่อ ยอด

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 10 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทัศนศึกษาครั้งที่ 8 การติดตาม

พฤติกรรมทัศนสุขภาพและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ผู้ปกครอง	เด็กก่อนวัยเรียน	ครูผู้ดูแลเด็ก
- ปิดโครงการมอบพันธสัญญาฟีนดีมีแสง	- สร้างสรรค์กิจกรรม เพื่อต่อ ยอดความรู้ด้านทัศนสุขภาพที่ผ่านมา นำความรู้มาสร้างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมทัศนสุขภาพ	- ความรู้ด้านทัศนสุขภาพที่ผ่านมา นำความรู้มาสร้างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมทัศนสุขภาพ - ปิดโครงการมอบพันธสัญญาฟีนดีมีแสง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำไปประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งตามชนิดของตัวแปรที่วัดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ ระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และระดับของทักษะการตรวจสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลแตกต่างภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้ Paired samples t-test
4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อโปรแกรม ตามเนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ และเปรียบเทียบอภิปรายผล



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์แนวคิดการสื่อสารสุขภาพจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลและทำการวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก

ส่วนที่ 4 ทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก

ส่วนที่ 5 ทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 7 ปริมาณการบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้มีจำนวน 42 คน ภายหลังศึกษาแล้วมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยครบ 40 คน เนื่องจาก มีผู้ปกครอง 2 คนย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร ดังแสดงในตารางที่ 3 มีดังนี้

เพศ

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือ ร้อยละ 77.5 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.5

อายุ

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.17 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.5 อายุต่ำสุดเท่ากับ 19 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 72 ปี ผู้ปกครองส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25-34 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาคืออายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 22.5

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ หม้ายหย่า แยก ร้อยละ 12.5

ระดับการศึกษา

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0

อาชีพของ

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้านร้อยละ 30.0

ระดับรายได้ต่อเดือน

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ย 5,364.25 บาท รายได้สูงสุด 20,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3,732.27 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้สมดุลกับรายจ่ายร้อยละ 52.0 และมีรายจ่ายมากกว่ารายได้ ร้อยละ 42.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	22.5
หญิง	31	77.5
อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	7	17.5
ระหว่าง 25 – 34 ปี	14	35.0
ระหว่าง 35 – 44 ปี	7	17.5
ระหว่าง 45 – 54 ปี	9	22.5
55 ปีขึ้นไป	3	7.5
อายุสูงสุด 72 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุเฉลี่ย 38.17 ปี S.D. 12.52		
สถานภาพสมรส		
คู่	33	82.5
หม้าย/หย่า	5	12.50
โสด	2	5.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	20.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	6	15.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	2.50
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	15	37.5
แม่บ้าน	12	30.0
ค้าขาย	8	20.0
เกษตรกรรม ทำสวน ทำไร่ ทำนา	3	7.5
รับราชการ	1	2.5
ลูกจ้างบริษัทเอกชน	1	2.50

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17	42.5
5,000 – 9,999 บาท	20	50.0
10,000 บาทขึ้นไป	3	7.5
รายได้สูงสุด 20,000 บาท, ต่ำสุด 500 บาท, รายได้เฉลี่ย 5364.25 , S.D. 3732.26		
ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่าย		
สมดุลพอมีพอใช้	21	52.5
รายจ่ายมากกว่ารายได้	17	42.5
มีเหลือเก็บ	2	5.0

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยและเลี้ยงดูหลัก

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน เป็นบิดามารดา และเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 57.5 และ 45.0 ตามลำดับ รองลงมาคืออาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 37.5 และเป็นผู้เลี้ยงดูหลักร้อยละ 37.5

ค่าใช้จ่ายในการซื้อขนมของขนมเด็ก

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้จ่ายค่าขนมของเด็กในวันธรรมดาและวันหยุดเท่ากันประมาณ 11 – 20 บาท ต่อวัน

ความถี่ในการการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี

เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ป่วยประมาณ 1 – 3 ครั้ง/ปี รองลงมาคือป่วยประมาณ 4- 6 ครั้ง/ปี

การเจ็บป่วยที่เด็กเป็นบ่อยที่สุด

เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ป่วยเป็นหวัดร้อยละ 40.0 รองลงมาคือป่วยเป็นไข้ ร้อยละ 37.5

ความหวังของผู้ปกครองที่อยากให้เด็กเป็น

ผู้ปกครองมีความคาดหวังด้านสุขภาพของเด็กคือ ส่วนใหญ่อยากให้เด็กมีร่างกายแข็งแรงร้อยละ 87.5 รองลงมาคือฉลาดและเป็นคนเก่ง ร้อยละ 72.5 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย		
พ่อและแม่	23	57.5
ปู่ย่าตายาย	15	37.5
แม่	2	5.0
2. ค่าขนมในวันธรรมดาเฉลี่ย		
ไม่เกิน 10 บาทต่อวัน	15	37.5
ระหว่าง 11 - 20 บาท	19	47.5
ตั้งแต่ 20 บาทขึ้นไป	6	15.0
3. ค่าขนมในวันหยุดเฉลี่ย		
ไม่เกิน 10 บาทต่อวัน	15	37.5
ระหว่าง 11 - 20 บาท	17	42.5
ตั้งแต่ 20 บาทขึ้นไป	8	20.0
การเจ็บป่วยของเด็กในรอบ 1 ปี		
1 - 3 ครั้ง	29	72.5
4 - 6 ครั้ง	8	20.0
7 - 9 ครั้ง	2	5.0
ป่วยเกือบทุกเดือน	1	2.5
การเจ็บป่วยที่เด็กเป็นบ่อยที่สุด		
เป็นไข้	15	37.5
เป็นหวัด	16	40.0
ไม่ได้เป็นอะไร	4	10.0
ปวดฟัน	4	10.0
ปวดท้อง	1	2.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความหวังของผู้ปกครองที่อยากให้เด็กเป็น		
ร่างกายแข็งแรง	35	87.5
ฉลาด เก่ง	29	72.5
เป็นคนดี รักดี	27	67.5
มีความสุข	12	30.0
ทำมาหากินเก่ง รวย	6	15.0
ไม่ได้คาดหวัง	2	5.0
เลี้ยงง่าย	1	2.5

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

2.1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65 ซึ่งเมื่อพิจารณา รายชื่อ พบว่า ผู้ปกครองยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบในประเด็นข้อคำถามนั้นๆ เกิน ครึ่งหนึ่งของทุกข้อ ซึ่งประเด็นที่เป็นปัญหามาก ได้แก่ สาเหตุของโรคฟันผุ โดยผู้ปกครองไม่ทราบว่าโรคฟันผุมีสาเหตุมาจากอะไร และเข้าใจว่าแมงกินฟันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ คิดเป็น ร้อยละ 75.0 รองลงมาได้แก่ ประเด็นปัญหา เรื่องสาเหตุที่ทำให้เกิดคราบจุลินทรีย์ ผู้ปกครองกว่า ร้อยละ 70.0 ไม่ทราบว่าคราบจุลินทรีย์เกิดได้อย่างไร และมากกว่าร้อยละ 72.5 ไม่ทราบว่าขณะ แปรงฟันให้ลูก ผู้ปกครองควรยืนอยู่ในตำแหน่งใด และร้อยละ 70.0 ไม่เห็นประโยชน์และ ความสำคัญของฟันน้ำนม

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 85.5 และไม่มี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายชื่อคำถามแล้วพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ที่ ถูกต้องในความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพในทุกข้อคำถาม โดยประเด็นความรู้ที่ผู้ปกครองมีเพิ่มมากขึ้น คือ ประเด็นปัญหาเรื่องอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ วิธีการทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหาร ถูบไหม้ได้แปรงฟัน เวลาที่ควรแปรงฟัน ตำแหน่งของผู้ปกครองเวลาแปรงฟันให้เด็ก และ ประโยชน์ของการตรวจฟัน โดยพบว่า ผู้ปกครองทุกคนมีความรู้ถูกต้องในประเด็นดังกล่าว แต่มี

ผู้ปกครองร้อยละ 25.0 ยังมีความรู้ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประเภทอาหารที่มีแร่ธาตุแคลเซียมที่ช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟัน ดังแสดงในตารางที่ 5 (รายละเอียดตารางที่ 17 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	26	65.0	0	0.0
ระดับปานกลาง	11	27.5	4	9.5
ระดับสูง	3	7.5	36	85.5

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครองก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น จาก 11.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 เป็นคะแนนเฉลี่ย 20.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 ภายหลังการทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	40	11.88	4.25	20.48	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	20.23	1.63			

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก

3.1 ระดับการรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 47.5 และ 35.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้

ความสามารถรายข้อพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีปัญหาการรับรู้ความสามารถในการทำพฤติกรรมมากถึงมากที่สุดในเรื่อง การ ควบคุมไม่ให้เด็กดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 55.0 และพบว่า การไม่ซื้อขนมหวาน ลูกอม น้ำหวานแช่แข็ง ให้เด็กกินถึงแม้เด็กจะร้องขอ ร้อยละ 40.0 ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองทุกคน มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในการที่ผู้ปกครองสามารถจัดหาแปรงสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กได้ทุกคน สามารถแปรงฟันได้อย่างถูกวิธีให้เด็ก ด้วยวิธีที่ถูกมา จะมีเฉพาะประเด็นความสามารถในเรื่อง การฝึกให้เด็กบ้วนปากเพื่อทำความสะอาดช่องปาก ที่ผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถ ภายหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (ตารางที่ 18 ภาคผนวก ก) ในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับต่ำเลย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับรับรู้ความสามารถ ในการดูแลทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	7	17.5	0	0.0
ปานกลาง	19	47.5	1	2.5
สูง	14	35.0	39	97.5

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.88 เพิ่มขึ้นเป็น 4.63 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 และ 0.23 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	40	3.88	0.61	11.38	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	4.63	0.23			

ส่วนที่ 4 ทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก

4.1 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครอง

ก่อนการทดลอง พบว่า มีระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับต่ำ เต็มร้อยละ 100 ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.4 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	0	0.0	26	64.3
ปานกลาง	0	0.0	7	21.4
ต่ำ	40	100.0	6	14.3

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 0.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 เป็น 1.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 ในภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีภายของตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะในการแปรงฟันที่ถูกวิธี	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	40	0.35	0.15	38.287	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	1.81	0.20			

ส่วนที่ 5 ทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง

5.1 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปาก

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับของทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับของทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.0 รองลงมา มีระดับของทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปาก	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	10	25.0	30	75.0
ปานกลาง	20	50.0	8	20.0
ต้องปรับปรุง	10	25.0	2	5.0

5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสอบสภาพช่องปากมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 11.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 เป็น 13.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 ในภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะในการตรวจฟันที่ถูกต้อง	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	40	1.38	0.30	10.88	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	1.64	0.23			

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง

6.1 ระดับของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลองพบว่า ผู้ปกครองเด็กมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.5 และระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 10.0 เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม แล้วพบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่การที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปตรวจสุขภาพฟันร้อยละ 55.0 และ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังแปรงฟันลูกด้วยวิธีถูไปมุมร้อยละ 15.0 หลังการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กในทางที่ดีขึ้น ทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการแปรงฟันพร้อมกันกับเด็ก จากที่เคยปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้งหรือบางครั้ง เปลี่ยนเป็นปฏิบัติทุกวันมากถึงร้อยละ 95.0 และการเลือกเวลาแปรงฟันที่เหมาะสม คือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอนกลางคืน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.5 (ตารางที่ 19 ภาคผนวก ก) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองในภาพรวม พบว่า หลังการทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกคน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	4	10.0	0	0.0
ปานกลาง	33	82.5	0	0.0
ดี	3	7.5	40	100.0

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.70 เป็น 27.05 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88 และ 1.85 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

การพฤติกรรมปฏิบัติตัว ในการดูแลทันตสุขภาพ	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	40	15.70	3.88	26.37	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	27.05	1.85			

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณคราบจุลินทรีย์

7.1 จำนวนและร้อยละของระดับของปริมาณคราบจุลินทรีย์

ก่อนการทดลอง พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีระดับของปริมาณคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีระดับของปริมาณคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับดีร้อยละ 85.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 10.0 และไม่พบปริมาณคราบจุลินทรีย์ระดับต่ำเลย ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของปริมาณคราบจุลินทรีย์	ก่อนทดลอง (n = 40)		หลังทดลอง (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	0	0.0	2	5.0
ระดับดี	7	17.5	34	85.0
ระดับพอใช้	25	62.5	4	10.0
ระดับต่ำ	8	20.0	0	0.0

7.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์เท่ากับ 1.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์ลดลงเท่ากับ 0.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.26 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์ของตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ปริมาณการบริโภคจุลินทรีย์	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนทดลอง	40	1.28	0.59	-9.14	39	<0.001
หลังทดลอง	40	0.43	0.26			

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา โปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวทางการสื่อสารสุขภาพจะ เพื่อการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัด ร้อยเอ็ด พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวทางการสื่อสารสุขภาพจะ เพื่อการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพ ในด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัย เรียน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ด้าน พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน และพบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ใน ช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ด้านคุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้มีจำนวนเด็กและผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 42 คน ภายหลังศึกษาแล้ว มีผู้ปกครอง 2 ท่านต้องเดินทางไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร ทำให้ไม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดได้ แต่ ก็มีผู้ปกครองที่เป็นญาติมีศักดิ์เป็นป้า และเป็นน้าของเด็ก เข้าร่วมกิจกรรมแทน แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมารวมในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามคุณลักษณะ ทั่วไปทางประชากร มีดังนี้

เพศ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศชายส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้าน เช่น อาชีพรับจ้าง

อายุ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25–34 ปี โดยเด็ก ก่อนวัยเรียนที่เป็นบุตรในปกครองเป็นบุตรคนที่ 2 รองลงมาคืออายุระหว่าง 45–54 ปี ผู้ปกครอง กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นยายของเด็กก่อนวัยเรียน

สถานภาพสมรสและการอยู่กินของผู้ปกครอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือแต่งงานแล้วและ ส่วนใหญ่อยู่กินด้วยกัน

ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาเป็นการศึกษาภาคบังคับ รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นการศึกษานอกโรงเรียน

อาชีพของผู้ปกครอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเนื่องจากว่าเป็นชุมชนเมือง แม้มีที่ดินทำกินก็ให้คนเช่าทำการเกษตรไม่ได้ทำเอง รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้านกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีศักดิ์เป็นยาย ย่าของเด็กก่อนวัยเรียน

ระดับรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 5,000–9,999 บาท ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้สอดคล้องกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้ส่วนใหญ่จะมีหนี้ในระบบเพื่อใช้จ่ายในครัวเรือน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยและเลี้ยงดูหลัก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันเป็นบิดามารดา รวมทั้งเป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กก่อนวัยเรียน

ค่าใช้จ่ายในการซื้อขนมของขนมเด็ก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้จ่ายค่าขนมของเด็กในวันธรรมดาและวันหยุดเท่ากันประมาณ 10 – 20 บาท/วัน เพราะเป็นรายจ่ายที่ผู้ปกครองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ความถี่ในการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี ของเด็ก เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ในรอบปีจะป่วยป่วยประมาณ 1 – 3 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นไข้หวัด

ความหวังของผู้ปกครองที่อยากให้เด็กเป็น ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยากให้เด็กมีร่างกายแข็งแรง ฉลาดและเป็นคนเก่ง

สมมติฐานการข้อที่ 1

ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 1.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า

ก่อนการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครองมีคะแนนเพิ่มขึ้น จาก 11.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 เป็นคะแนนเฉลี่ย 20.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63

หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพทำให้ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน มีความรู้ความเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ในเรื่อง ความสำคัญของฟันน้ำนม สาเหตุ อาการ ของโรคในช่องปาก อาหารที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อฟัน และการดูแลทันตสุขภาพ ในเรื่องการแปรงฟันที่ถูวิธี เวลาที่ควรแปรงฟัน การบ้วนปากและการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ที่สูงขึ้น กว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดโปรแกรมทันตสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย ได้ร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก ได้นำเอาข้อมูลจากการผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากการทดสอบก่อนการทดลองมาวิเคราะห์ และปรับปรุงชุดให้เข้ากับปัญหาของบริบทกลุ่มตัวอย่างให้ ได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยกระบวนการสร้างพลังของผู้ปกครองพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ หลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ชลิกุล วงษ์ถาวร (2548) ผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนของผู้ปกครอง มีผลทำให้เด็ก และผู้ปกครองเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างลดลง มีการแปรงฟันถูกต้องอย่างถูกวิธีกลุ่มเปรียบเทียบก็เช่นเดียวกัน ซึ่งกิจกรรมที่เน้นความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ คือ การใช้กระบวนการสื่อสาร เพื่อให้ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านสื่อบุคคลในชั้นแรกคือผู้วิจัยเอง เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ใช้ข้อความสื่อสารด้านสุขภาพ จากสื่อสิ่งพิมพ์ คู่มือ โปสเตอร์ และจดหมายข่าว หลายสิ่งหลายอย่างที่ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองไม่รู้ (Unaware) แล้วรู้ (Aware) และเริ่มเป็นห่วง เป็นกังวล (Concerned) แล้วก็เริ่มปรับความรู้เพื่อให้ตัวเองมีความรู้ (Knowledgeable) จนเกิดแรงจูงใจ (Motivated to change) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Practiceing trial behavior change) ทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน (Practiceing sustained behavior change) จะยั่งยืนหรือไม่ขึ้นอยู่กับเวลาเป็นเครื่องพิสูจน์ และในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนใช้กระบวนการสื่อสารด้วยข้อความที่ทำให้เกิดแรงจูงใจโดยใช้ต้นแบบจากตัวละครในนิทานการวาดภาพระบายสี

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดาวเรือง แก้วขันดี และคณะ (2535) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กเล็ก และเด็อนุบาล 2 โดยการให้ครูประจำชั้น จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ผลการเปรียบเทียบอนามัยช่องปากพบว่า ค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดโครงการมีคะแนนดีกว่าเริ่มโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม ยิ้มสวัสดิ์ (2545) ได้พัฒนาการสอนให้นักเรียนชั้นอนุบาลได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมีความสนุกสนานกับการเรียนรู้จากการเล่านิทาน และวาดภาพระบายสี ซึ่งยังใช้กล้ามเนื้อมือไม่คล่องแคล่ว เพราะกล้ามเนื้อมัดเล็กยังทำงานได้ไม่เต็มที่ การฝึกให้เด็กจับด้ามแปรงสีฟันได้อย่างถูกต้องวิธีจึงต้องอาศัยระยะเวลา ความบ่อย และค่อยเป็นค่อยไป ในการฝึกทักษะการแปรงฟัน การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ รวมถึงการใช้สื่อการสอนที่สนุกสนานไม่เบื่อเป็นการส่งเสริมให้เด็กเกิดทักษะรวดเร็วขึ้น การสอนสุขศึกษาโดยการใช้นิทาน การวาดรูประบายสี ประกอบกับการเรียนการสอนส่งผลให้เด็กอนุบาล มีพัฒนาพฤติกรรมทันตปฏิบัติและมีสภาวะทันตสุขภาพดีขึ้น เพราะนิทานจะเรียกร้องความสนใจจากเด็กแล้ว ยังให้ข้อคิดและจินตนาการกับเด็กทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบในพฤติกรรมที่พึงประสงค์

สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง ภายหลังได้รับความรู้จากสื่อบุคคลแล้ว ใช้การให้ความรู้ผ่านสื่อเฉพาะกิจ ได้แก่ จดหมายข่าว วิทยุเสียงตามสาย และโทรศัพท์ ส่งผลให้ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน มีความรู้และตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น ตามที่อังคณา มั่งมีทรัพย์ (2534) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้ และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร : ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า ประชาชนที่มีความแตกต่างกันทางด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร โดยผู้ที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และสื่อมวลชนที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ วิทยุกระจายเสียง และหนังสือพิมพ์ การศึกษาโดย การพัฒนาข้อความด้านสุขภาพ ในกลุ่มเด็ก พ่อแม่ และครูในการสร้างโอกาสด้านการสื่อสารสุขภาพ ตามวิถีชีวิตและการป้องกันโรคอ้วนที่มีการศึกษา 3 ระดับ (Susan T. et al, 2003) ต้องมีข้อความที่สื่อไปในชั้นในการรณรงค์ป้องกัน เป็นกลุ่ม ระยะที่สอง ต้องดำเนินการในบ้าน ระยะที่สาม เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า เด็กต้องการสื่อสารด้วยข้อความที่ทำให้เกิดแรงจูงใจโดยตรง ผู้ปกครองต้องการวิธีการที่จะพูดและจัดการกับลูกได้อย่างไรที่บ้านและครูก็เป็นผู้ประทับประครองให้การดำเนินงานเป็นไปตามวิถีชีวิตที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อาทิเช่น

“เป็นโชคคิของครูผู้ดูแลเด็กอย่างพี่ที่มีโอกาสได้ฟังความรู้ จากหมอกระแต และการที่ คุณหมอมานิสุนย์พัฒนาเด็กเล็กบ่อยๆทำให้เด็กเล็กกลัวหมอพี่น ผู้ปกครองรู้และเข้าใจเรื่องฟันมาก ยิ่งขึ้น”

“สมัยก่อนลุงคิดว่าฟันน้ำนมมันไม่มีประโยชน์ พอเข้าใจโครงการนี้ทำให้รู้ว่าสิ่งเล็กๆ น้อยมีประโยชน์หมดถ้าเราใส่ใจมัน ”

“พอเจอหน้าหมอกระแตนะ ไม่ว่าที่ไหนทั้งตลาดนัด ศูนย์เด็กเล็ก ก็ทำให้นึกถึงฟันลูก ตลอดเลย”

“ไม่ใช่ว่าไม่อยากแปรงฟันให้หลานนะหมอ แต่ก่อนไม่รู้ฟันน้ำนมมีความสำคัญ อย่างนี้”

สมมติฐานข้อที่ 1.2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพในช่องปากของ เด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า

ก่อนการทดลอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 47.50 และ 35.00 ตามลำดับ

ภายหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.88 เพิ่มขึ้นเป็น 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60 และ .23 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความมั่นใจว่า ตนเองนั้นมีความสามารถเพียงพอที่จะให้ในสิ่งที่ดีและถูกต้องแก่เด็กก่อนวัยเรียนในปกครอง และยังยังสิ่งที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ทำให้ผู้ปกครองตระหนักและเห็นความสำคัญ ในช่วงที่ทำกิจกรรมผู้ปกครองให้ความสนใจเป็นอย่างมาก มีการซักถามประเด็นที่เกี่ยวข้องตลอด กิจกรรม แม้ว่าสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์หลังชั่วโมงก็มีการสอบถามปัญหาอื่นๆ อีก เนื่องจากในกลุ่มผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการมีหลานที่เป็นโรคหัวใจรั่วและได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น หมอวินิจฉัยว่ามีสาเหตุเกิดจากมารดามีฟันผุในขณะตั้งครรภ์และเด็กที่คลอดมาจึงมีฟันผุด้วย ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีประสบการณ์เอง ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการจึงเกิดความใส่ใจในกิจกรรมอย่างเต็มที่ ในช่วงที่มีการปล่อยสื่อกระจายเสียงทางวิทยุชุมชน และประกาศเสียงตามสายในหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยมีครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เป็นผู้ประกาศ หลังจากนั้นเป็นผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประกาศเสียงตามสายซึ่งประกาศในหมู่บ้านของบ้านโนนสวรรค์ ซึ่งจากการสอบถามผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ ทุกคนได้ยินได้ฟังและเข้าใจมากยิ่งขึ้น จึงมีผู้ใหญ่บ้านที่อยู่หมู่บ้านข้างๆ ขอร่วมประชาสัมพันธ์ให้ด้วย และก้านของตำบลก็ช่วยกระจายเสียงให้เช่นเดียวกัน และผู้ที่เข้าร่วมขอเสนอให้มีการทำ สปอตกระจายเสียงจะได้เปิด ยิ่งเป็นการตอกย้ำว่าสิ่งที่รับรู้ได้นั้นถูกต้องส่งผลต่อความมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น และเมื่อให้ผู้ปกครองได้ทดลองเป็นผู้จัดรายการเสียงตามสายในหมู่บ้านเอง ส่งผลให้มีความภูมิใจที่ได้ดำเนินการเอง ในชุมชนมีการถามจากคนที่ได้เข้าร่วมว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นอย่างไร หอมทำอะไรให้บ้าง ซึ่งผู้ปกครองก็สามารถแนะนำชาวบ้านนั้นๆ ได้

“ดีนะที่เจ้าได้ร่วมโครงการกับหอม ทำอย่างไรถึงได้เข้าโครงการได้ ถ้าฉันอย่างทำด้วยต้องทำยังไง”

“แต่ก่อนเวลาลูกร้องไห้อยากกินขนมก็ปรีดาขายซื้อให้ทันที แต่เดี๋ยวนี้ไม่ได้แล้ว ต้องดูก่อนว่าจะกินอะไร มีประโยชน์และโทษแค่ไหน อ่านข้อมูลโภชนาการด้วย”

“เห็นเขาโฆษณาในโทรทัศน์นมเปรี้ยวนมหวาน ลูกก็อยากกิน เพราะคิดว่านมอะไรก็มีประโยชน์เหมือนกัน ต่อพ้อเข้าโครงการจะซื้ออะไรกินต้องอ่านฉลากก่อนว่ามีประโยชน์อะไร น้ำตาลกี่กรัม”

“ไม่คิดว่าตัวเองจะเป็นหอมฟันได้ เพราะตั้งแต่เข้าโครงการนอกจากจะตรวจฟันให้ลูกแล้วยังเป็นหอมตรวจให้ทั้งบ้านเลย”

“เดี๋ยวนี้เวลาจะซื้อยาสิฟันต้องดูให้ลูกด้วยและต้องดูที่มีฟลูออไรด์ด้วย”

สมมติฐานข้อที่ 1.3 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองเด็กมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.5 และระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 10.0

หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการดูแลทันตสุขภาพ ในเรื่องการแปรงฟันและการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการดูแลทันตสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นผลมาจากโปรแกรมทันตสุขภาพ ในกิจกรรมเน้นการรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้โดยการสื่อสารผ่านสื่อบุคคล เริ่มจากเด็กก่อนวัยเรียน เรียนแบบตัวละครในนิทาน ว่าต้องทำท่าทางแบบไหน แล้วให้เด็กได้ทดลองฝึกจริง และช่วงการแปรง

พินหลังอาหารกลางวัน มีการเปิดเพลงแปรงฟันบอกด้านที่ต้องแปรงทำให้เด็กๆ สนุกสนานแปรงฟันอย่างมีความสุข ส่วนในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กใน 2 สัปดาห์แรกของการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะหลังจากเด็กเลิกเรียนทุกวัน การปฏิบัติที่บ่อยและทำด้วยความสบาย ไม่เคร่งเครียด และมีการจูงใจว่าเขาจะได้เป็นตัวแทนของหมอนะ ในการเป็นพี่เลี้ยงชาญด้านนี้ ยิ่งทำให้ครูรู้สึกดี และภูมิใจที่ได้ทำกิจกรรม ประกอบกับ ผู้บริหารคือนายกเทศมนตรี และกำนัน ได้กล่าวชื่นชมในการประชุมของเทศบาล ยิ่งทำให้ครูยิ้มไม่หุบ และไม่ยากทำให้พลาด สอดคล้องกับการศึกษาของดาวเรือง แก้วขันดี และคณะ (2553: บทคัดย่อ) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างในเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล โดยการให้ครูประจำชั้นจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการใช้สื่อสมุดภาพระบายสี ผลการวิจัยพบว่า เด็กมีความรู้ในระดับดี มีอุปกรณ์การแปรงฟันครบ มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันส่งผลให้ออนามัยช่องปากดีขึ้น วรางคนา อินทโลหิต และคณะ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนการดูแลสุขภาพช่องปากให้บุตรหลาน โดยการแปรงฟันและดูแลเรื่องการบริโภคอาหารทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากดีขึ้นฟันไม่ผุและลดการอักเสบ (2542) ศึกษาถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอมะเข จังหวัดลำปาง จำนวน 6 แห่ง แบบข้อมูลจากผู้ดูแลเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเด็กสอนและควบคุมให้เด็กมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์ (2549) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพด้วยการแปรงฟัน ตรวจฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากของทันตแพทย์ช่วยป้องกันปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้

“หมอกระแด่แต่ก่อนพี่ว่าทำยากนะ แต่พอได้ลองทำก็ทำได้ค่ะ เพราะว่าพี่ก็ฝึกกับเด็กทุกวันเลยตอนนี้เริ่มชินแล้ว”

“ตั้งแต่พี่ทำงานมาไม่เคยได้รับคำชมจากนายกเลย ก็ๆต่อก็ค้นแล้ว มาทำโครงการนี้จะให้พี่เป็นต้นแบบของตำบล มันน่าภูมิใจไหม”

“ตั้งแต่เป็นผู้เป็นคนมาไม่เคยแปรงฟันกับหลานเลยพอมอบอกว่าให้ลองแปรงพร้อมกัน ปรากฏว่าสนุกสนานกันใหญ่เลย หลานๆ มีความสุขที่จะได้แปรงฟันก่อนนอน”

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ

ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.62 เป็น 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .43 และ .19 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การที่ผู้ปกครองเป็นผู้เลือกขนม การควบคุมความถี่การบริโภคอาหาร

หวาน การกินผลไม้ขัดฟันบ่อยขึ้น รวมทั้งการกินอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อสร้างกระดูกและฟัน การดื่มนมจืด และที่สำคัญภายหลังกินอาหารแล้วการทำความสะอาดช่องปากก็เป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งช่วงที่ทำกิจกรรมแรกๆ ผู้ปกครองยังปฏิบัติไม่ได้คล่องนัก แต่พอเข้าร่วมทำกิจกรรมหลายครั้งสามารถเข้าใจ และปฏิบัติได้ดี แม้ว่าช่วงหลังกิจกรรมครูผู้ดูแลเด็กเป็นคนติดตามแทนผู้วิจัย ผู้ปกครองก็ยังปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวี ดอกไม้หอม (2546) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมโดยวิธีการประกอบอาหารที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยชั้นเด็กเล็ก โรงเรียนวัดบ้านตาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อสร้างแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการ การประกอบอาหารโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบพฤติกรรมทางสังคมเด็กทั้งก่อนและหลัง พบว่า การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ จากการรับประทานอาหาร จะเกิดทักษะในการปฏิบัติและเรียนรู้ได้ดีขึ้นพร้อมกันกับการได้รับข้อมูลย้อนกลับ) Feed back (และการเสริมแรงตามโอกาส การสอนจากรูปรธรรมสู่นามธรรม ความคิดรวบยอด หลักการไปสู่การแก้ปัญหา ให้เกียรติผู้เรียนทั้งในแง่ความรู้สึกละและความคิดเห็นจะประสบผลสำเร็จ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การตรวจฟันอย่างง่าย ทุกวันที่ 20 ของเดือน และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผลการศึกษาพบว่า มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการดูแลทันตสุขภาพ ในเรื่องการแปรงฟันและการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกวิธี และสม่ำเสมอ ที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการดูแลทันตสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นผลมาจากโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา ในกิจกรรมเน้นการรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้โดยการสื่อสารผ่านสื่อบุคคล เริ่มจากเด็กก่อนวัยเรียน เรียนแบบตัวละครในนิทาน ว่าต้องทำท่าทางแบบไหน แล้วให้เด็กได้ทดลองฝึกจริง และช่วงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีการเปิดเพลงแปรงฟันบอกด้านที่ต้องแปรงทำให้เด็กๆ สนุกสนานแปรงฟันอย่างมีความสุข ส่วนในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กใน 2 สัปดาห์แรกของการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะหลังจากเด็กเล็กเรียนทุกวัน การปฏิบัติที่บ่อยและทำด้วยความสบาย ไม่เคร่งเครียด และมีการจูงใจว่าเขาจะได้เป็นตัวแทนของหอนะ ในการเป็นพี่เชียวชาญด้านนี้ ยิ่งทำให้ครูรู้สึกดี และภูมิใจที่ได้ทำกิจกรรม ประกอบกับ ผู้บริหารคือนายกเทศมนตรี และกำนัน ได้กล่าวชื่นชมในการประชุมของเทศบาล ยิ่งทำให้ครูยิ้มไม่หุบ และไม่ยอมทำให้พลาด สำหรับพฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความหลากหลาย แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของชุมชน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคในช่องปากนั้น ขึ้นอยู่กับการมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะช่องปากและฟันของตนเอง ความเชื่อต่อสาเหตุและการ

รักษา โดยผู้ที่ให้ความสำคัญต่อปากและฟันหรือเคยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีแนวโน้มที่จะไปพบทันตแพทย์เพื่อการป้องกันและรักษามากกว่าจากรายงานการศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี ในชุมชนบ้านทุ่งโปรงพัฒนา ตำบลกุฉินทรี อำเภอมือทอง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากการศึกษาชุมชน ค้นหาปัญหาสุขภาพด้วยการตรวจสอบสุขภาพเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง พบปัญหาเด็กกินข้าวน้อย ร้อยละ 95.1 และมีฟันผุร้อยละ 75 ได้มีการเสนอปัญหาต่อชุมชนและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทางผู้ปกครองและแกนนำในชุมชนตกลงร่วมกัน คือ ขอความร่วมมือจากร้านค้าที่จำหน่ายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมไม่ให้นำมาวางหน้าร้าน มีการอบรมหมอพื้นบ้านประจำหมู่บ้าน ประกาศสุขภาพเด็ก พบว่าเด็กแปรงฟันก่อนนอน เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการซื้อขนมให้ลูกมาเป็นผลไม้แทน พบเพิ่มเป็นร้อยละ 17.0 การที่สมาชิกในชุมชนมีโอกาสค้นหาปัญหา และร่วมกันวิเคราะห์หาเหตุด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้น และเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (พิสุทธิ สัมพะเวช และคณะ, 2533) (อารมณจิตร ดาริย์, จิระประไพ บุตรกันหา และฉวีวรรณ พรหมจารย์, 2549) สอดคล้องกับ ชลิกุล วงษ์ถาวร (2548) ผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนของผู้ปกครอง มีผลทำให้เด็ก และผู้ปกครองเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างลดลง มีการแปรงฟันถูกต้องอย่างถูกวิธีกลุ่มเปรียบเทียบก็เช่นเดียวกัน

“หมอกระแดแต่ก่อนพี่ว่าทำยากนะ แต่พอได้ลองทำก็ทำได้ค่ะ เพราะว่าพี่ก็ฝึกกับเด็กทุกวันเลยตอนนี้เริ่มชินแล้ว”

“ตั้งแต่พี่ทำงานมาไม่เคยได้รับคำชมจากนายกเลย ก็ๆ ต่ออีกคนแล้ว มาทำโครงการนี้จะให้พี่เป็นต้นแบบของตำบล มันน่าภูมิใจไหม”

สมมติฐานที่ 2 ปริมาณการบริโภคอาหารที่รับประทานตัวฟันเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า

โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แนวความคิดการสื่อสารสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก มีปริมาณการบริโภคอาหารที่ลดลง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มตัวอย่างพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารที่ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมี สุขภาพช่องปากสะอาดกว่าก่อนการทดลอง ผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่า

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลอง สามารถดูแลพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธีและสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องวิธีและสม่ำเสมอ จึงทำให้คราบจุลินทรีย์ลดลงได้ เพราะคราบจุลินทรีย์จะมีการก่อตัวและเจริญเติบโตอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะบริเวณคอฟันซึ่งเป็นที่สะสมคราบจุลินทรีย์ได้ง่าย จึงต้องใช้ความพยายามในการวางแผนให้ถูกตำแหน่ง การแปรงฟันได้อย่างถูกต้องวิธี และการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งเป็นการตรวจดูความสะอาดของช่องปากหลังการแปรงฟัน เพื่อเป็นการตรวจประสิทธิภาพของการแปรงฟัน ซึ่งจะส่งผลให้คราบจุลินทรีย์ไม่มีการสะสมบนผิวฟัน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม เยี่ยมสวัสดิ์ (2549) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่ง แบบกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียว ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์แนวคิดการสื่อสารสุขภาพเพื่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ดูแลและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้โปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์แนวคิดการสื่อสารสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือเป้าหมายหลักของการวิจัย ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 3-5 ปี ที่พาเด็กมาฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 40 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านโนนสวรรค์ อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยโปรแกรมทันตสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมนั้น ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ กิจกรรมเน้นการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพ กิจกรรมเสริมสร้างทักษะในการดูแลทันตสุขภาพ และกิจกรรมเสริมสร้างความคงทนในพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้กระบวนการสื่อสารประกอบกับ กลวิธีทางสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้นำชุมชน ในการให้การสนับสนุนการดำเนินการของกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ และ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลเด็ก แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง บันทึกการตรวจสถานะสุขภาพช่องปาก แบบสังเกตการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน แบบประเมินทักษะของการดูแลทันตสุขภาพของพ่อแม่ ผู้ปกครอง แบบบันทึกความถี่ของการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของครูผู้ดูแลเด็ก แบบ

บันทึกความถี่ของการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของพ่อ แม่ ผู้ปกครองแบบประเมินการทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยและ ข้อเสนอแนะในการวิจัย ได้ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้มีจำนวน 42 คน ภายหลังศึกษาแล้วมีผู้เข้าร่วมเหลือเพียง 40 คน เนื่องจาก มีผู้ปกครอง 2 คนต้องย้ายออกจากพื้นที่กลางคัน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือ ร้อยละ 77.5 ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน คือร้อยละ 55.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.52 อายุต่ำสุดเท่ากับ 19 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 72 ปี ผู้ปกครองส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25 – 34 ปี ร้อยละ 35.0 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 22.5 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นบิดามารดา ร้อยละ 65.0 ส่วนผู้เลี้ยงดูอื่นเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสของผู้ปกครองส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดร้อยละ 82.5 และผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่กินด้วยกัน ร้อยละ 87.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 ตามลำดับส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้านร้อยละ 30.00 ตามลำดับมีรายได้ประมาณ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 50.00 รายได้เฉลี่ย 5364.25 บาท รายได้สูงสุด 20,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3,732.256 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้สมดุลกับรายจ่ายร้อยละ 52.0 และมีรายจ่ายมากกว่ารายได้ ร้อยละ 42.5 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน เป็นบิดามารดา และเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 57.5 และ 45.0 ตามลำดับ รองลงมาคืออาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 37.5 และเป็นผู้เลี้ยงดูหลักร้อยละ 37.5 ปัจจุบันเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นคนมาส่งเอง ร้อยละ 90.0 ส่วนที่เหลือนั่งรถโดยสารประจำทางและฝากเพื่อนบ้านมาร้อยละ 90.0 การเจ็บป่วยและความถี่ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ป่วยเป็นหวัดร้อยละ 40.0 รองลงมาคือป่วยเป็นไข้ ร้อยละ 37.5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ป่วยประมาณปีละ 1 – 3 ครั้ง/ปี รองลงมาคือ 4- 6 ครั้ง/ปี

1.2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65 หลังการทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 85.5 และไม่มีระดับต่ำเลย ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนน

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครองมีคะแนนเพิ่มขึ้น จาก 11.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 เป็นคะแนนเฉลี่ย 20.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 ในภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

1.3 การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ

ก่อนทดลอง พบว่า ก่อนทดลองผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 47.5 และ 35.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายข้อแล้วพบว่า ในทุกๆ ข้อคำถามมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถที่ดีขึ้นผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับสูงร้อยละ 97.5 ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.88 เพิ่มขึ้นเป็น 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .601 และ .225ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

1.4 การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลอง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพที่ต่ำ แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สำหรับทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้องที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีทักษะที่ดีกว่ากลุ่มทดลอง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้องเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ส่วนทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง มีทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ความถี่ของการแปรงฟันของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเฉลี่ย 2.0–2.9 ครั้ง/วัน ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1–5 ถ้าพิจารณาถึงความสม่ำเสมอในการแปรงฟันคือ ปฏิบัติ 3 ครั้ง/วัน พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 31.0 ตามลำดับ และเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 คือ ร้อยละ 45.2 ลดลงในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 คือ ร้อยละ 28.5 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

ความถี่ของการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่า ความถี่ของการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเฉลี่ย 2.0–2.9 ครั้ง/วัน ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1–5 ถ้าพิจารณาถึงความสม่ำเสมอในการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองคือ ปฏิบัติ 3 ครั้ง/วัน พบว่า เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในสัปดาห์ที่ 1–3 คือ ร้อยละ 0.0, 7.2 และ 21.4 ตามลำดับ และเริ่มลดลงในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 คือ ร้อยละ 9.5 และ ร้อยละ 19.1 ตามลำดับ

ความถี่ของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1–5 จะแปรงฟันไม่ทุกครั้ง และตรวจฟันไม่ทุกครั้ง เมื่อพิจารณาตามความถูกต้องของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ คือ แปรงฟันทุกครั้งและตรวจฟันทุกครั้ง พบว่า เริ่มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1–3 คือ ร้อยละ 0.0, 7.2 และ 21.4 ตามลำดับและเริ่มลดลงในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 คือ ร้อยละ 9.5 และ ร้อยละ 19.1 ตามลำดับ

1.5 ปริมาณคราบจุลินทรีย์

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบ จุลินทรีย์ที่ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบ จุลินทรีย์ลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์การสื่อสารสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครูผู้ดูแลเด็กและ พ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะ 2 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

2.1.1 โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพ ร่วมกับกลวิธีทางสุขภาพ ส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และเด็กก่อนวัยเรียน เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์ให้ลดลงหรือมีภาวะของช่องปากมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชนต่อไป

2.1.2 การร่วมกันพัฒนาการสื่อสารทันตสุขภาพ ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำผู้บริหารท้องถิ่น คณะครู ผู้ปกครอง ผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกับนักวิจัย จะทำให้ได้แผนการดำเนินงานที่ดีมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีผลในทางอ้อมในการขยายผลได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.1.3 การเลือกใช้กลวิธีทางสุศึกษา หรือกิจกรรม โดยเฉพาะแนวทางวิธีการใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์และณรงค์ควรมิ การย้ำหรือซ้ำบ่อยๆ (Repeating) จะช่วยให้เกิดความน่าสนใจเพิ่มขึ้น คงทนถาวรมากขึ้น เหมือนการตอกย้ำหัวตะปู ยิ่งคิดแน่นแม่นยำ แต่การใช้วิธีการนี้ควรระวังว่า ถ้าย้ำบ่อยๆ และกระทำต่อเนื่องกันนานอาจถึงจุดอิ่มตัว ขึ้นได้ ถ้าเมื่อใดถึงจุดอิ่มตัวผลจะลดลงทันที เพราะผู้รับจะเริ่มเบื่อหน่ายหรือชินชาเพราะฉะนั้นถ้า จะทำอยู่เรื่อยๆ ควรให้มีทั้งความต่อเนื่องและความหลากหลาย ให้โอกาสผู้รับมีส่วนร่วม (Participation) เช่น ในรายการโทรทัศน์ที่ให้ผู้ชมเข้าร่วมรายการด้วย จะมีอิทธิพลดึงดูดความสนใจ ได้ดีกว่าที่ผู้จัดรายการจะให้อะไรอย่างเดียว การให้ผู้รับมีส่วนร่วมนั้นสามารถทำได้ทั้งรายการ บันเทิง และรายการที่ให้ความรู้

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

2.2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานของภาครัฐ โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าภาพหลัก และบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประสานและ อำนวยให้โครงการดำเนินการอย่างราบรื่น

2.2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยการส่งเสริมการดูแลทันต สุขภาพ ศึกษาวิจัยในชุมชน ซึ่งจะทำได้ตรงและสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต บริบททางสังคม ของกลุ่มเป้าหมายได้เนื่องจาก ช่วงเวลาของการต้อง ปฏิบัติการดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านหรือที่พักอาศัย

2.2.3 การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเน้นพฤติกรรมด้านอื่นๆ เช่น ด้านการบริโภคอาหาร ควบคู่กับพัฒนาการการเจริญเติบโต

2.2.4 การวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ ช่องทางการ สื่อสารที่ใช้ควรคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายว่าสามารถเข้าถึงสื่อเหล่านั้นได้หรือไม่ และที่สำคัญการใช้สื่อบุคคล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ และสื่อพื้นบ้าน นั้นจะทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึง และมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างดียิ่ง

2.1.5 สำหรับการวิจัยที่ต้องใช้ตัวสัญลักษณ์เป็นเชิงบอก
กลุ่มนั้น สัญลักษณ์ที่ใช้ควรแสดงถึงความเป็นกลุ่มเป็นทีมจะงูใจได้มากกว่า สัญลักษณ์ที่ติดอยู่
กับที่ เช่น เสื้อยืด กระเป๋าผ้าจะทำให้การวิจัยมีคุณค่ามากขึ้น



โปรแกรมทันตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง
จังหวัดร้อยเอ็ด

DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR CAREKEEPER OF PRESCHOOL
CHILDREN, PHONTHONG DISTRICT, ROI ET PROVINCE

ลือจรรยา สมสวย 4837649 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D., มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., ต๋วย ยังน้อย,
D.D.S, M.P.H.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคในช่องปากโดยเฉพาะโรคฟันผุ เป็นปัญหาทางทันตสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุในทุกประเทศที่ได้รับความสนใจจากวงการทันตสาธารณสุขทั่วโลกมากกว่า 40 ปี แม้ว่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กในประเทศอุตสาหกรรมลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (Schroder et al, 1994; Tinaniffi, 1995; Gordon and Reddy, 1985) จากการสำรวจสถานะความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนขององค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบกับทุกภูมิภาค (Veselinov and Markovsk, 2005) ประเทศไทยเป็นประเทศที่พบโรคฟันผุในอัตราสูงกว่าประเทศที่เจริญแล้ว จากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอยู่ในระดับสูงมาก และเขตชนบทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2537) จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนไทยระดับประเทศครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2549-2550) พบเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ มีฟันผุร้อยละ 61.37 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.21 ซึ่งต่อคน ส่วนเด็กอายุ 5 ปี พบฟันน้ำนมผุร้อยละ 80.64 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.43 ซึ่งต่อคน ซึ่งมีอัตราการผุที่สูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว โรคฟันน้ำนมผุในเด็กเล็กก็นับเป็นปัญหาสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพ

อนามัย ส่งผลต่อทุพโภชนาการ (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545) แม้ว่าฟันผุจะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง หรือทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตแต่เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบสะสมและเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก และการดำเนินโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Manji, et al., 1994: 324–328) ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวอาหาร (Leake, 1990: 262–267) หากสภาวะในช่องปากของเด็กไม่ดีขึ้นจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจสูงกว่าปกติ หรือหากปล่อยให้สูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด และปวดฟันกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายไม่ได้ ร่างกายก็จะได้รับสารอาหารน้อยลง ทำให้เด็กโตไม่เต็มที่ หรือมีผลกระทบต่อความเจริญฉลาดทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์

อัตราความชุกของโรคฟันผุในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 -2548 เป็นต้นมา พบว่า ลดน้อยลงร้อยละ 26.46, 25.4, 31.2 และ 37.94 ตามลำดับ แต่ยังน้อยกว่าเกณฑ์ของประเทศที่กำหนดให้ปราศจากฟันผุร้อยละ 45 ขึ้นไป (กองทันตสาธารณสุข, 2548) และจากรายงานสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2550 พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ ที่เริ่มมีฟันน้ำนม จนถึง 3 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.56 มีสุขภาพช่องปากที่ดี หลังจากนั้น เริ่มมีฟันน้ำนมผุสูงขึ้นตามอายุ อาจเป็นด้วยการลุกลามของโรคที่แสดงอาการชัดเจนในเด็กอายุ 5 ปี การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กมีการสอนการแปรงฟันในเด็ก แต่เมื่อเด็กกลับบ้านไม่ได้นำพฤติกรรมเหล่านี้ไปใช้ที่บ้านด้วย เนื่องจากขาดการสื่อสารด้านสุขภาพที่ชัดเจนกับผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลขาดทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพของเด็ก พบปัญหาการสื่อสารกับผู้ปกครอง มารดาผู้ปกครองขาดการปลูกฝังเอาใจใส่ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่บุตร เน้นการให้เด็กได้เรียนหนังสือ ต้องมีการบ้านเพื่อที่จะได้เป็นคนเก่ง การส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพมีน้อยกับคนที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กเอง การดำเนินงานในกลุ่มผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนต้องใช้กระบวนการและกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้กับเด็กในปกครองได้ การสื่อสารเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ปกครอง โดยผ่านสื่อประเภทต่างๆ ทุกรูปแบบ ทั้งสื่อบุคคล สื่อวิทยุกระจายเสียง สื่อหอกระจายข่าว สื่อสิ่งพิมพ์ และอื่นๆ เพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันกับยุคสมัย มีความถี่ในการสื่อสารมากพอเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงและเกิดความจำอยู่เสมอ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์แนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กหรือผู้ปกครองการดูแลทันตสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม ลดปริมาณการบาดเจ็บที่ฟันได้ เพื่อป้องกันโรคฟันผุได้ ส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี เจริญเติบโตสมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในเรื่อง

- 1.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 1.2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 1.4 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 3-5 ปี ที่พาเด็กมาฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 40 คน ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการแปรงฟันในการแปรงฟันให้เด็ก ทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง และแบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่เน้นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และการเสริมสร้างทักษะการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในด้านการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก

ขั้นตอนการวิจัย

ดำเนินกิจกรรมทดลอง 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

- สัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยวิธีการสัมภาษณ์
- สัปดาห์ที่ 2 ศึกษาชุมชน

ระยะที่ 2

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทัศนศึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง รู้ทันโรคฟันป้องกันได้ดี

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทัศนศึกษาครั้งที่ 2 เรื่อง กินดีมีแสง

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทัศนศึกษาครั้งที่ 3 เรื่อง ทำอย่างพิถีพิถันดี

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมครั้งที่ 4 เชื่อมเยือนเรือนชาน สานสัมพันธ์เดอะเลตเตอร์ 1

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมครั้งที่ 5 วิทยุกระจายข่าวครั้งที่ 1 สื่อมอบรัก

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมครั้งที่ 6 เชื่อมเยือนเรือนชาน สานสัมพันธ์เดอะเลตเตอร์ 2

สัปดาห์ที่ 9 จัดกิจกรรมครั้งที่ 7 การเผยแพร่ผ่านวิทยุกระจายข่าวครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 10 จัดกิจกรรมครั้งที่ 8 การติดตามพฤติกรรมทัศนศึกษาและการให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมคืนความรู้สู่ชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

ระยะที่ 3

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.5 มีอายุเฉลี่ย 38.17 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25 – 34 ปี ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ย 5364.25 บาท รายได้สูงสุด 20,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท และส่วนใหญ่มียาได้สมดุลกับรายจ่าย ร้อยละ 52.0

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 65 โดยผู้ปกครองยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่อง สาเหตุของโรคฟันผุ สาเหตุที่ทำให้เกิดกราบจุลินทรีย์ ตำแหน่งในการยื่นขณะแปรงฟันให้เด็ก และประโยชน์และความสำคัญของฟันน้ำนม หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 85.5 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครองก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น จาก 11.88 เป็น 20.2 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 47.5 และ 35.0 ตามลำดับ โดยมีปัญหาในเรื่องการ ควบคุมไม่ให้เด็กดื่มน้ำอัดลมมากที่สุด ร้อยละ 55.0 ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองทุกคนมีการรับรู้ความสามารถที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการจัดหาแปรงสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธี ในภาพรวม ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 มีการรับรู้ในระดับสูง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นจาก 3.88 เป็น 4.63 คะแนน และเป็นการเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 4 ทักษะการแปรงฟันของผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก

4.1 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครอง ก่อนการทดลอง พบว่า มีระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับต่ำ เต็มร้อยละ 100 ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับของทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.4

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 0.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 เป็น 1.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 ในภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 5 ทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครอง

5.1 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการตรวจสอบภาพช่องปาก ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับของทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับของทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.0 รองลงมา มีระดับของทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20

5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากในเด็กของผู้ปกครองก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจสอบภาพช่องปากมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 11.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 เป็น 13.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 ในภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง

6.1 ระดับของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ก่อนการทดลองพบว่า ผู้ปกครองเด็กมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.5 และระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 10.0 เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม แล้วพบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่การที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปตรวจสุขภาพฟันร้อยละ 55.0 และผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังแปรงฟันถูกวิธีด้วยวิธีถูไปถูมาร้อยละ 15.0 ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กในทางที่ดีขึ้นทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการแปรงฟันพร้อมกันกับเด็ก จากที่เคยปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้งหรือบางครั้งเปลี่ยนเป็นปฏิบัติทุกวันมากถึงร้อยละ 95.0 และการเลือกเวลาแปรงฟันที่เหมาะสม คือแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน กลางคืน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.5 (ตารางที่ 21 ภาคผนวก ข) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกคน

6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพในเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.70 เป็น 27.05 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88 และ 1.85 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 7 ปริมาณการบจุลินทรีย์

7.1 จำนวนและร้อยละของระดับของปริมาณการบจุลินทรีย์ การทดลองพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีระดับของปริมาณการบจุลินทรีย์อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีระดับของปริมาณการบจุลินทรีย์อยู่ในระดับดีร้อยละ 85.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 10.0 และไม่พบปริมาณการบจุลินทรีย์ระดับต่ำเลย

7.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบจุลินทรีย์ กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลองพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบจุลินทรีย์เท่ากับ 1.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบจุลินทรีย์ลดลงเท่ากับ 0.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.26 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบจุลินทรีย์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ผู้ปกครองเด็กกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขภาพทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน มีความรู้ความเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพในเรื่องความสำคัญของฟันน้ำนม สาเหตุ อาการของโรคในช่องปาก อาหารที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อฟัน และการดูแลทันตสุขภาพ ในเรื่องการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี เวลาที่ควรแปรงฟัน การบ้วนปากและการตรวจสุขภาพช่องปากสูงขึ้น ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมทันตสุขภาพที่จัดทำขึ้น โดยผู้วิจัยร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กที่ได้นำข้อมูลจากการผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากการทดสอบก่อนการทดลองมาวิเคราะห์และปรับประยุกต์ให้เข้ากับปัญหาและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และนอกจากผู้ปกครองจะได้รับความรู้จากสื่อบุคคลแล้ว ยังได้รับความรู้ผ่านสื่อเฉพาะกิจ ได้แก่ จดหมายข่าว วิทยุเสียงตามสาย และ โทรศัพท์ ส่งผลให้มีความรู้และตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น

2. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

หลังการทดลอง ผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถต่อการดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก และในช่วงที่มีการกระจายเสียงทางวิทยุชุมชน และประกาศเสียงตามสายโดยหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยมีครูผู้ดูแลเด็กและผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประกาศเสียงตามสาย ส่งผลต่อการเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในเรื่องการแปรงฟันและการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมทันตสุขภาพที่เน้นกิจกรรมการพัฒนาความรู้ การรับรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

4. ปริมาณการบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณการบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสุขภาพช่องปากสะอาดกว่าก่อนการทดลอง ผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในเรื่อง การแปรงฟันที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้การบจุลินทรีย์ลดลง โดยเฉพาะบริเวณคอฟันซึ่งเป็นที่สะสมการบจุลินทรีย์ได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพ ร่วมกับกลวิธีทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปริมาณการบจุลินทรีย์ที่ลดลงหรือมีความสะอาดของช่องปากมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชนต่อไป

1.2 การร่วมกันพัฒนาการสื่อสารทันตสุขภาพ ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำผู้บริหารท้องถิ่น คณะครู ผู้ปกครอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วน

ร่วมในการพัฒนาร่วมกับนักวิจัย จะทำให้ได้แผนการดำเนินงานที่ดีมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีผลในทางอ้อมในการขยายผลได้ง่ายยิ่งขึ้น

1.3 การเลือกใช้กลวิธีทางสุศึกษา หรือกิจกรรมโดยเฉพาะแนวทางวิธีการใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์และณรงค์ควรมี การย้ำหรือซ้ำบ่อย ๆ จะช่วยให้เกิดความน่าสนใจเพิ่มขึ้น คงทนถาวรมากขึ้น ควรให้มีความต่อเนื่องและความหลากหลาย ให้โอกาสผู้รับมีส่วนร่วม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานของภาครัฐ โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าภาพหลัก และบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประสานและอำนวยความสะดวกการดำเนินการอย่างราบรื่น

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยการส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพ ศึกษาวิจัยในชุมชน ซึ่งจะทำให้สามารถปรับพฤติกรรมได้ตรงและสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต บริบททางสังคม ของกลุ่มเป้าหมายได้เนื่องมาจาก ช่วงเวลาของการต้องปฏิบัติการดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านหรือที่พักอาศัย

DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR CAREKEEPERS OF
PRESCHOOL CHILDREN, PHONTHONG DISTRICT, ROI ET PROVINCE

LUECHANYA SOMSUAY 4837649 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND
BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NIRAT IMAMEE, Ph.D., MANIRAT
THERAWIWAT, Ph.D., TUE YOUNGNOI, D.D.S, M.P.H.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Oral health problem especially dental caries is the dental health problem of all age-groups of population worldwide which has been of interest to dental health communities worldwide for more than 40 years even though in the past 20 years dental caries morbidity rate of children in industrial countries has found to be decreased especially among preschool children (Schroder et al., 1994; Tinanffi, 1995; Gordon and Reddy, 1985). According to the survey of preschool children's dental caries prevalence in every region by the World Health Organization (Vaselinyov and Markovsk, 2005) Thailand was among the countries that dental caries morbidity was higher than of the develop countries. During the last 20 years, the epidemiological data of Thailand showed the highest rate of dental caries of milk teeth among children and this rate in rural areas tended to be higher (Jantana Uangchoosakdi et al., 1994). According to the Sixth National Dental Health Survey of Thai people (2006-2007), it was found that 61.37 percent of 3-year-old children, which is the period that the children had all 20 milk teeth, had dental caries, with the mean of dental caries/ extraction/and filling (dmft) was 3.21/child while among 5-year-old children, 80.64

percent of dental caries were found with 5.43 of dmft per child, which was the higher rate. From the situation mentioned, dental caries among young children was an important problem that caused the loss of health and led to malnutrition among young children (Duangduan Werarittipun, 2002). Even though, dental caries is not severe or causing death but it is the disease with accumulated and chronic pathogenesis starting from childhood and this pathogenesis will be increasing gradually in accordance with the increasing age (Manji, et al., 1994: 324-328). This disease caused pain which affected the occlusion system (Leake, 1990: 262-267). If children have unhealthy oral cavity the higher risk of getting infection of the valves of the heart or if without appropriate treatment or premature loss of milk teeth occurred that can lead to toothache as well as not getting adequate nutrients for child growth and development including negative effects on intellectual and emotional quotient.

In regard to the prevalence rates of dental caries in Roiet Province during the years 2002-2005, the decreased rates were found as follows: 26.46, 25.4, 31.2, and 37.94 percent respectively, but these rates were lower than the criterion set by the country which was set that 45 percent and over children should not have dental caries (Division of Dental Public Health, 2005). The data of the report of dental health situation of preschool children in Phonthong District, Roiet, in 2007 showed that among the children who started to have milk teeth up to 3 years old, most of them (99.5%) had a “good” level of oral health. But after that age, children the increased dental caries will be found in accordance with the higher age of children. This situation may be due to the spreading of disease that showed clear symptoms among 5-year-old children. In regard to dental health promotion for children in Pre-school Children Development Center, carekeepers had taught appropriate tooth brushing but when they were back home they did not practice appropriate tooth brushing. This problem was due to the lack of clear health-related communication between carekeepers and children’s carekeepers. Other findings were: carekeepers lacked of communication skills with children and carekeepers; children’s mothers/carekeepers lacked attention to promote the health of their children; the emphasis was usually put on subject learning, doing homeworks in order to get higher grade; and the dissemination of health-related information to children’s principal carekeepers was less. In fact, in working with carekeepers or guardians, it needs to use the process and

activities that enable carekeepers to apply with their children effectively. Communication is one of the necessary processes for carekeepers, though all types of media, live model, radio, village voice system, printed materials, etc. in order to reach the target group effectively, be appropriate with the present situation, adequate frequency of disseminating information so that the target group received the information and the information had reminded the people regularly.

With the aforementioned reasons, the researcher was interested in study the effect of a dental health education program applying concepts of perceived self-efficacy and health communication to promote carekeepers to perform correct and appropriate dental health care and to lower dental plaque in order to prevent dental caries among preschool children and will lead to healthy oral cavity and normal growth and development.

Research Objective

To study the effects of a dental health program aiming to change dental health care behaviors of carekeepers of preschool children as regard to:

1. Knowledge about oral care of preschool children;
2. Perceived self-efficacy to perform oral care of preschool children;
3. Oral care behaviors of carekeepers provided for preschool children;

and

4. Dental plaque quantity of preschool children.

Research Methods

Research Design. This study was an action research, one group pretest-posttest design.

Population and Samples. The population of this study were the carekeepers who had children aged 3-5 years who took their children to get services at the Preschool Children Development Center, Phonthong District, Roiet Province. The samples composed of 40 carekeepers of preschool children who were selected in accordance with the criteria set.

Research Instruments. The instruments used for collecting data, before and after the experimentation, were: Interview Schedule for Preschool Children's Carekeepers; Carekeepers' Tooth brushing and Oral Health Check-up Skills for Their Children Assessing Form; and Dental Plaque quantity of Children's Oral Cavity Assessing Form. For the instruments used for carrying on the experimentation was the dental health education program for the preschool children's carekeepers that emphasized on the contents regarding dental health care of preschool children, developing perceived self-efficacy to perform dental health care for preschool children and promoting skills in dental health care as regard to tooth-brushing and dental health check-up.

Research Procedures

The experimentation was carried on for 12 weeks with the following 3 stages, as follows:

Stage 1

Week 1 : Collecting data before the experimentation by using interview schedule

Week 2 : Study the community

Stage 2

Week 3 : Implementing the activities in accordance with the Dental Health Education Program, Session 1 : "Knowing Dental Diseases for the Best Prevention"

Week 4 : Implementing the activities in accordance with the Dental Health Education Program, Session 2 : "Healthy Food for Health" (Kindee Meehang)

Week 5 : Implementing the activities in accordance with the Dental Health Education Program, Session 3 : "Follow Me for Health Teeth"

Week 6 : Organizing Session 4 : "Home Visit, Collaboration, Letter 1"

Week 7 : Organizing Session 5 : "First Radio Program : Sending Our Love For You"

Week 8 : Organizing Session 6 : “Home Visit, Collaboration, Letter 1”

Week 9 : Organizing Session 7 : “Second Radio Program”

Week 10 : Organizing Session 8 : “Follow-up Program on Dental Health Behaviors and Providing Counseling”

Week 11 : Organizing the activities in regard to “Giving Knowledge Back to Community for Defining the Operation Guideline”

Week 12 : Collecting data after the experimentation

Results

Part 1 General Demographic Characteristics

Most of the carekeepers of preschool children were females (77.5%) with the mean age of 38.17 years; minimal age of 19 years and maximal age of 72 years; most of the samples aged between 25-34 years; 82.5 percent were married; 62.5 percent finished primary school while 20.0 percent finished junior high school; most of the samples were low-skilled labors (37.5%) while 30.0 percent were housewives; most of them had income of 5,000-9,999 Baht (50.0%) with the mean income of 5,364.25 Baht, maximal income of 20,000 Baht and minimal income of 500 Baht and 52.0 percent mentioned their income was balanced with their expense.

Part 2 Knowledge About Dental Health

Before the experimentation, the samples’ knowledge about dental health was at a “low” level (65.0%) whereas the carekeepers/carekeepers had misunderstanding about causes of dental caries, causes of the onset of dental plaque, standing position of carekeepers while brushing teeth of their children and usefulness and the importance of milk teeth. After the experimentation, 85.5 percent of the samples had a “high” level of knowledge about dental health and no respondent had a “low” level of dental health knowledge.

When the comparison between the knowledge mean score measured before and after the experimentation was made, it was found that the mean score of knowledge about dental health measured before the experimentation has increased

from 11.88 to be 20.2 after the experimentation, which was significantly higher than before the experimentation ($p < 0.001$).

Part 3 Perceived Self-Efficacy to Provide Dental Health Care for Children

Before the experimentation, 47.5 percent and 35.0 percent of the sampled carekeepers had a “moderate” and a “high” level of perceived self-efficacy to provide dental health care respectively. The problem that the samples found about providing dental health care as regard to controlling children from consuming soft drinks (55.0%). After the experimentation, the samples had better perceived self-efficacy especially perceived efficacy in regard to: “Providing appropriate toothbrush for children”, and “Using correct brushing method with the children”. Generally, most of the carekeepers had a “high” level of perceived self-efficacy (97.5%) and no respondent had a “low” level of perceived self-efficacy.

After the comparison between perceived self-efficacy to provide dental health care for their children measured before and after the experimentation was made, it was found that the mean score of perceived self-efficacy has increased significantly from 3.88 to be 4.63 ($p < 0.001$).

Part 4 Tooth-Brushing Skills of Carekeepers in Brushing Children’s Teeth

4.1 Number and percentage of the level of tooth-brushing skills of carkeepers in brushing children’s teeth. Before the experimentation, all of the samples (100.00%) had a “low” level of correct tooth-brushing and after the experimentation 64.3 percent were found to have a “high” level of correct tooth-brushing while 21.4 percent had a “moderate” level.

4.2 Comparison of the difference between the mean scores of tooth-brushing skills before and after the experimentation. It was found that the mean score after the experimentation has increased from 0.35 with the standard deviation of 0.15 to be 1.81 with the standard deviation of 0.20. Significant difference was found between the mean score of before and after the experimentation ($p < 0.001$).

Part 5 Oral Health Check-Up Skills of Carekeepers

5.1 Number and percentage of oral health check-up skills. Before experimentation the level of oral health check-up skills of 50.0 percent of the samples was found to be at a “moderate” level and after the experimentation, most of the samples had a “high” level of oral health check-up skills (75.0%) while 20.0 percent had a “moderate” level.

5.2 Comparison of the difference between the mean scores of oral health check-up skills before and after the experimentation. It was found that the mean score of the samples’ oral health check-up skills has increased from 11.08 with the standard deviation of 2.37 to be 13.15 with the standard deviation of 1.86. Significant difference was found between the mean scores of oral health check-up skills of before and after the experimentation ($p < 0.001$).

Part 6 Oral Health Care Behaviors of Carekeepers Provided for Preschool Children

6.1 Level of Oral Health Care Behaviors. Before the experimentation it was found that the oral health care behaviors of 82.5 percent carekeepers provided for their preschool children were at a “moderate” level while 10 percent of them had a “need to be improved” level. When consideration of item-by-item of behaviors was made some problems of behaviors were found as follows: 55 percent have never taken their children to get dental health check-up and 15.0 percent brushed their children’s teeth by rubbing back and forth. After the experimentation it was found that the oral health care behaviors of the samples were improved in every aspect especially brushing teeth with the children, from “ever practiced once in a while” or “sometime” to be “everyday” (95.0%). In regard to “selection of the appropriate time to brush teeth” whereas 75.5 percent of the samples practiced “brushing teeth after every meal and before going to bed” (Table 21 Appendix B). Generally, after the experimentation the oral health behavior score of the samples provided for preschool children has been increased to be at a “good” level among every sample.

6.2 Comparison of the Difference of oral health behavior mean score of the samples provided for their preschool children before and after the experimentation. After the experimentation, it was found that the mean score of oral health behavior has increased from 15.70 to be 27.05 (S.D. 3.88 and 1.85 respectively). Significant difference was found between the mean scores of before and after the experimentation ($p < 0.001$).

Part 7 Dental Plaque quantity

7.1 Number and percentage of dental plaque quantity level. Before the experimentation 62.5 percent of preschool children had a “moderate” level of dental plaque quantity level while 20.0 percent had a “low” level. After the experimentation, 85.0 percent of preschool children had a “good” level of dental plaque quantity level while 10.0 percent had a “moderate” level and a “low” level of dental plaque quantity level was not found.

7.2 Comparison of the difference of mean score of dental plaque quantity of the samples before and after the experimentation. Before the experimentation, the mean score of dental plaque of preschool children was 1.28 with the standard deviation of 0.59. After the experimentation the mean score of dental plaque quantity was found to be 0.43 with the stand and deviation of 0.26. Significant difference was found between the mean scores of after and before the experimentation, the mean score measured after the experimentation was decreased significantly ($p < 0.001$).

Discussion

1. Knowledge About Oral Health Care of Preschool Children

The results of the research showed that after the experimentation the knowledge mean score of the experimental group was significantly higher than before the experimentation. This finding showed that the dental health program implemented was effective in helping the preschool children’s carekeepers had gained higher level of knowledge in regard the importance of milk teeth, causes and symptoms of oral diseases, foods that are useful and not useful for teeth, and dental health care,

including correct tooth-brushing method, time to brush teeth, cleansing mouth, and oral health check-up. These knowledge changed was affected by the dental health education program implemented whereas the researcher had worked with the classroom teacher in analyzing the data about the past experiences, problems/obstacles occurred, and the present problems and the contexts of the sample group have been used for planning the dental health education program. Besides the carekeepers had received information through live communicator, they also received information from special media which included newsletters, community voice program, and telephone call. These activities affected the better level of knowledge and awareness of providing dental health care for preschool children.

2. Perceived Self0efficacy to Provide Oral Health Care for Preschool Children

After the experimentation, the samples had significant higher level of perceived self-efficacy to perform oral health care for their preschool children. This finding revealed that the activities developed by the researcher was effective in developing ability to provide oral health care for the samples' children. And the community radio program and village voice system whereas the teacher who was responsible for taking care of preschool children and the village headman over the narrators of the program for disseminating information were effective in increasing confidence and ability to provide dental health care among the sampled carekeepers.

3. Dental Health Behaviors of Carekeepers Provided for Preschool Children

The result of the research showed that the carekeepers who participated in the dental health program had changed their dental health behaviors in regard to correct and regular tooth-brushing and self-oral health check-up better than before the program. This finding should be due to the dental health education program implemented that the emphasis has put on the activities for developing knowledge, perceptions, and skills in taking dental health care of children.

4. Dental Plaque Quantity of Preschool Children

The research found that the preschool children's dental plaque quantity measured after the experimentation has decreased significantly and the sampled children had cleaner oral health than before the experimentation. This finding revealed that the carekeepers had performed appropriate dental health care behaviors for their preschool children in regard to correct and regular tooth-brushing and oral health check-up which led to the decreased quantity of dental plaque especially at the area of the necks of teeth where dental plaque was accumulated easily.

Recommendations

1. Recommendations Derived From the Research Results

1.1 A dental health education program applying the Theory of Health Communication along with health education methods was found to be effective in changing dental health behaviors of the carekeepers of preschool children in regard to knowledge about dental health, behaviors, and dental health behaviors, in a positive way, which led to the decreased quantity of dental plaques or the cleaner oral cavity of the sampled children. Therefore, this type of the program should be applied in Preschool children Development Centers and communities.

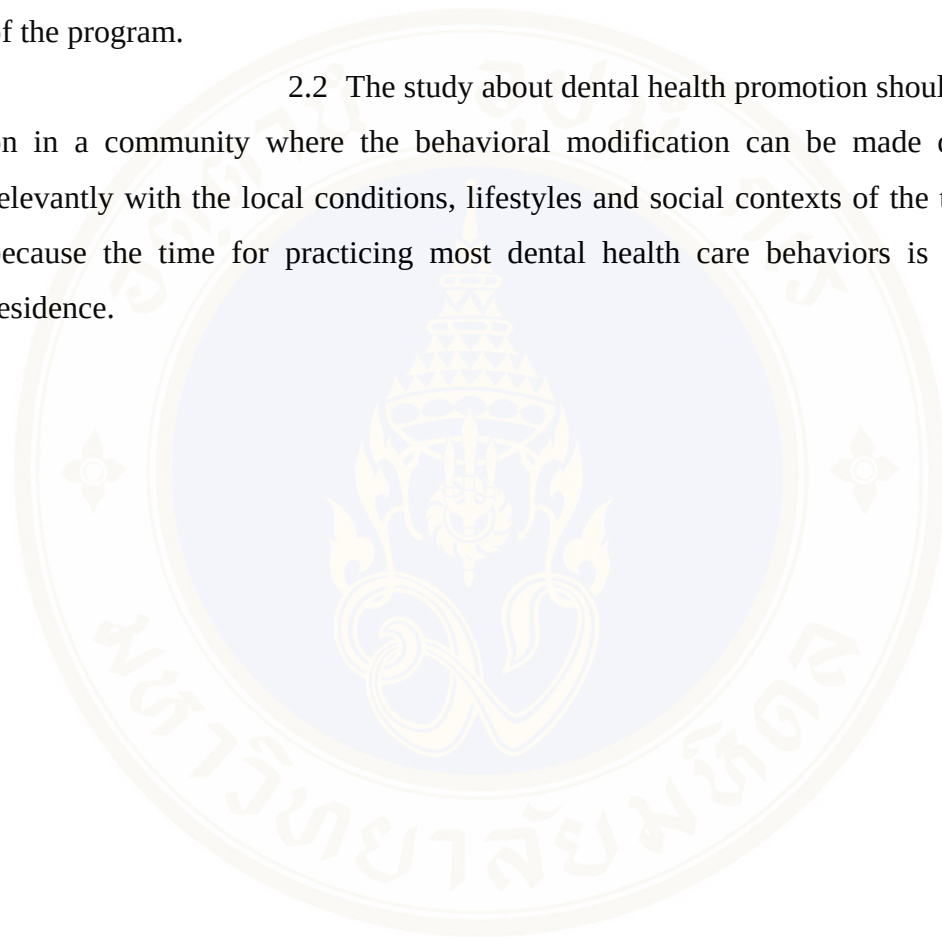
1.2 In participation for developing dental health communication education program, community participation process should be utilized by getting local administration leaders, school teachers, carekeepers, stakeholders involved in the development process with the researcher. This participation process will lead to good, effective and appropriate operation plan for the target group as well as indirect outcomes for easy expansion of the program.

1.3 In selecting health education strategies or activities especially the guidelines for using media for public relations and campaign, the information should be emphasized and repeated frequently which will increase interest and sustainability including continuity and variety of media use which will provide more opportunity for participation among the receivers.

2. Recommendations for Furthering Researches

2.1 This topic of research should be carried on by having a participation of communities schools, public health organizations, and government organizations especially local administration offices, by having this group acted as the principal researchers and public health personnel were the collaborators and executors of the program.

2.2 The study about dental health promotion should be carried on in a community where the behavioral modification can be made directly and relevantly with the local conditions, lifestyles and social contexts of the target group because the time for practicing most dental health care behaviors is at home or residence.



บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2543). **มองสื่อใหม่ มองสังคมใหม่**. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสันเพรส โปรดักส์.
หน้า 44-55
- กาญจนา แก้วเทพ. (2543). **สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. หน้า 177-195, 226-234 และ 247-288.
- แกงกา จิตราการ. (2536). **ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการขาดอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ใน ชนบทของประเทศเนปาล**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. แพทย์ศาสตร์ (การพัฒนาสุขภาพ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บัณฑิตวิทยาลัย
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2545 - 2550**, หน้า 19
- กัจจกร หลุยยะพงศ์. (2547). **เอกสารการสอนชุดวิชา “ทฤษฎีและพฤติกรรมสื่อสาร” หน่วยที่ 13 “พฤติกรรมสื่อสารโลกาภิวัตน์”** (เขียนร่วมกับ ผศ.ดร.สมสุข หินวิมาน). ปทุมธานี: สุโขทัยธรรมมาธิราช, หน้า 346-388.
- โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารสุขภาพ (แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน, 2006) จาก http://www.hcsthailand.com/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=40
- จุฑามาศ เรียบร้อย. (2538). **อิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และพัฒนาการต่ำบล ต่อปัญหาสถานะทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์ เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (สาธารณสุขศาสตร) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุมพล รอดคำดี. (2542). **แนวคิดวิทยุชุมชนและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง หอมดินอีสาน**. อุบลราชธานี: จัดพิมพ์โดย เครือข่ายสื่อภาคประชาชนภาคอีสาน
- จันทนา ลิ้มนิรันดร์กุล. (2549). **การศึกษาและพัฒนารูปแบบศูนย์เด็กเล็กนอกระบบในชุมชนก่อสร้างกรณีศึกษาชุมชนก่อสร้างสนามบินสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ**. บทคัดย่อการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตรร่วมใจ

- เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี:กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ชลีกุล วงษ์ถาวร. (2548). โปรแกรมสุขภาพศึกษาในการเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. สารานุกรมสุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมศาสตร์และส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดาวเรือง แก้วขันดี และคณะ. (2535) รายงานผลการวิจัยเรื่อง กิจกรรมการเรียนการสอนทันตสุขภาพศึกษาสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การอนามัยและสิ่งแวดล้อม 15, 2 (พ.ค.-ส.ค.35) 89-102.
- ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์. (2545). พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้งปากกล้วย. วิทยาสาตรมหาบัณฑิต ทนตกรรมสำหรับเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงพร คำนูนวัฒน์. (2549). สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น. สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- เทวี ดอกไม้หอม. (2546). รายงานการวิจัย: การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมโดยวิธีการประกอบอาหารที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยชั้นเด็กเล็ก โรงเรียนวัดบ้านตาล อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. คณะกรรมการวิจัยการศึกษา กรมศาสนาและวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2546.
- ณัฐธินา นาคเมือง. (2547). กระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายผ่านสื่อมวลชนของกระทรวงสาธารณสุข, วิทยานิพนธ์ นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพรรณ หงษ์ชูเกียรติ. (2544). สภาพและปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัด เทศบาล. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ครุศาสตร์สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์หน่วยที่ 9 – 15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ชวนการพิมพ์.
- บุบผา ไตรโรจน์. (2547). สอ.บ้านวังไทร กับ ธนาคารนม. จดหมายข่าว "แม่ลูกพันธุ์ดี 102 ปี สมเด็จพระย่า" ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 กค.-กย.47

- ปานทิพย์ ลิกะไชย (2548). ศึกษากระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของเด็กในการสร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานสื่อสารสุขภาพเยาวชน (สสย.)
- พีรพัฒน์ ถวิลรัตน์. (2547). การเสริมสร้างการสื่อสารแบบสอดคล้องของกลุ่มครูที่เลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์.(2545). ประสิทธิภาพของการประยุกต์การสร้างเสริมพลังชุมชน ในงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดลำปาง. ทุนสนับสนุนจากกองทุนสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วารสารอนามัย (Thai Health Journal), มกราคม - มิถุนายน, หน้า 31
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. (2549). กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, File การสร้างเครือข่ายพันธมิตร final 18 สิงหาคม 2549 / ส่งผ่านคุณพวงทอง ผู้กฤตยาคามิ ขอส่งพิมพ์วารสารวิชาการ กรมอนามัย.
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา, น้ำผึ้ง พิชัยจุมพล. (2537). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก กรณีศึกษาหมู่บ้านภาคเหนือ. รายงานการวิจัย กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ.
- พิเชษฐ เหลืองทองคำ และคณะ. (2530). กลุ่มมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมปีที่ 4 จะเลี้ยงดูเด็กได้ดีกว่ากลุ่มมารดาผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาประถมปีที่ 4 หรือต่ำกว่าและการศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของเด็กทารกและเด็กก่อนวัยเรียนในชนบท. ศรีนครินทร์เวชสาร ปี ที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มี.ค. 2530. (23-29).
- พรทิพย์ ภูพัฒนกุล และคณะ. (2547). ทำไม ต้อง "เด็กก่อนวัยเรียน". จดหมายข่าว "แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า" ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 ก.ค.-ก.ย.47.
- พรทิพย์ ชนะคำ. (2547). กลยุทธ์การสื่อสารภูมิปัญญาท้องถิ่นของปราชญ์ชาวบ้านจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภทริยา สุวรรณบุรณ์. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและคณะกรรมการพัฒนาเด็ก ในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนสังคม (ปฏิบัติการทางสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย

- ไมลีย์ มณฑิราช. (2549). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยกระบวนการสร้างพลังของผู้ปกครอง ตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ยุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ.
- ยุพิน แก้วบุญเรือง. (2549). “การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาก่อนวัยเรียน วัดสุวรรณมงคล”. บทคัดย่อการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตรร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- รังสิมา นิโบล. (2547). กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพาณิชยศาสตร์ ภาควิชาพาณิชยศาสตร์และการสื่อสารการแสดง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลลนา ถาคำฟู. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ขัดยวงษ์. (2548). การดำเนินการจัดตั้งและการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาสุขภาพเด็กก่อนวัยอนุบาลอย่างมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองของชุมชน : กรณีศึกษาตำบลกกโก อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วาสนา จันทร์สว่าง. (2548). การสื่อสารสุขภาพ : กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์.
- วาสนา จันทร์สว่าง และคณะ. (2548). รายงานการวิจัยเรื่อง กระบวนการสื่อสารการณรงค์ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนการวิจัย.
- วรangkan อินทโลหิต, สลิตา อุประ และ รสสุคนธ์ พานศรี. (2545). การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองต่อสถานะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2545.
- วินัย พุ่มกุมาร และ คณะ (2549). ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร. ศูนย์ส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัย กรมการศึกษานอกโรงเรียน สืบค้นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 สืบค้นจาก <http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/thaicommu/index.html>.

- วัลลภวิทย์ วิสุทธิศักดิ์. (2545). การเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาวิธีสอนตัวต่อตัวและการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ปกครองเด็กดาวน์ซินโดรมช่วงก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุกรี ศิริบุรณ์. (2543). สุขภาพจิตของปู่(+,ค)ย่า(+,ค)ตา(+,ค)ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาปิตานนท์ และคณะ. (2546). การสื่อสารสุขภาพ : ศักยภาพของสื่อมวลชนในการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธรรม เข้มสวัสดิ์. (2545) การส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา กิจสุวรรณ.(2534). การใช้โครงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กปฐมวัย ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ สมบัติ. (2540). กระบวนการพัฒนาเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสวนเขื่อนจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ศึกษาศาสตร์สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธา เจียรณโชติชัย , สุปราณี คาโลดม, นนทสิทธิ์ชัย, สุนี วงศ์คงคาเทพ. (2547). รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง หลังการบริโภคอาหารว่างของไทยในกลุ่มเด็กวัยเรียน. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กุมภาพันธ์ 2547.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). การวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและจัดการ การวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 65-68.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2542). รายงานสิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้สร้างสมองเด็กให้ฉลาดได้อย่างไร. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.
- อารมณจิตร คาริย์, จิระประไพ บุตรกัณหา และณวิวรรณ พรหมจารย์. (2549). “การส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี โดยมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทุ่งโปรงพัฒนา ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู” บทคัดย่อการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2549 เรื่อง “พันธมิตรร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี” วันที่ 7-9 มีนาคม 2549 ณ

- โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี:กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อิสระ บุคตะนันท์, ไพฑูรย์ สังวรินทะ, พิสุทธิ สังขะเวส. (2533). **Journal of the Dental Association of Thailand / วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ปีที่40 เล่มที่ 2 เดือน มี.ค.-เม.ย. พ.ศ. 2533** หน้า 59-67.
- อรัญญา ลือประดิษฐ์. (2544). **การใช้สื่อเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของหน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานเอกชน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต.หลักสูตรนิเทศศาสตร์ สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- เอี่ยมพร จันทร์ทอง. (2544). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตชุมชนแออัด อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- Becker, H. K., Agopian, M. W., & Yeh, S. (1992). **Impact evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE).** Journal of Drug Education, 22, 283-291.
- Bloom, B. S. (1956). **Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain** New York: McKay. 60.
- Burt, B. A. and S. Pai (2001). "Sugar Consumption and Caries Risk: A Systematic Review." Journal of Dental Education 65(10): 1017-1023.
- Caplan, R.D. et.al. (1974). **Adhering to Medical Regimen.** Pilot Experiment in Patient Education and Social Support. Ann Arbor, The University of Michigan ;
- Green, J.C. and Vermillion J.R. (1964). **The simplified oral hygiene index.** Journal of the American Dental Association. 68 (1), 7-13.
- Green, J.C. (1967). **The oral hygiene index – development and use.** Journal of the Periodontology. 57/629.
- Gottlieb B.H. (1981). **Social networks and social support in community mental health.** B.H. Gottlieb. (Ed.), Social network and social support, Beverly Hills, 1981: 11 – 42.
- House J.S. et.al. (1985). **Measures and concepts of social support.** In: Cohen S, Syme SI, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press; 1985. P 83 – 105
- Hsu, L.D. (2002). **Understanding Our Users: How To Better Deliver Health Information Online to American Indians and Alaska Natives** (Washington, DC: Office of

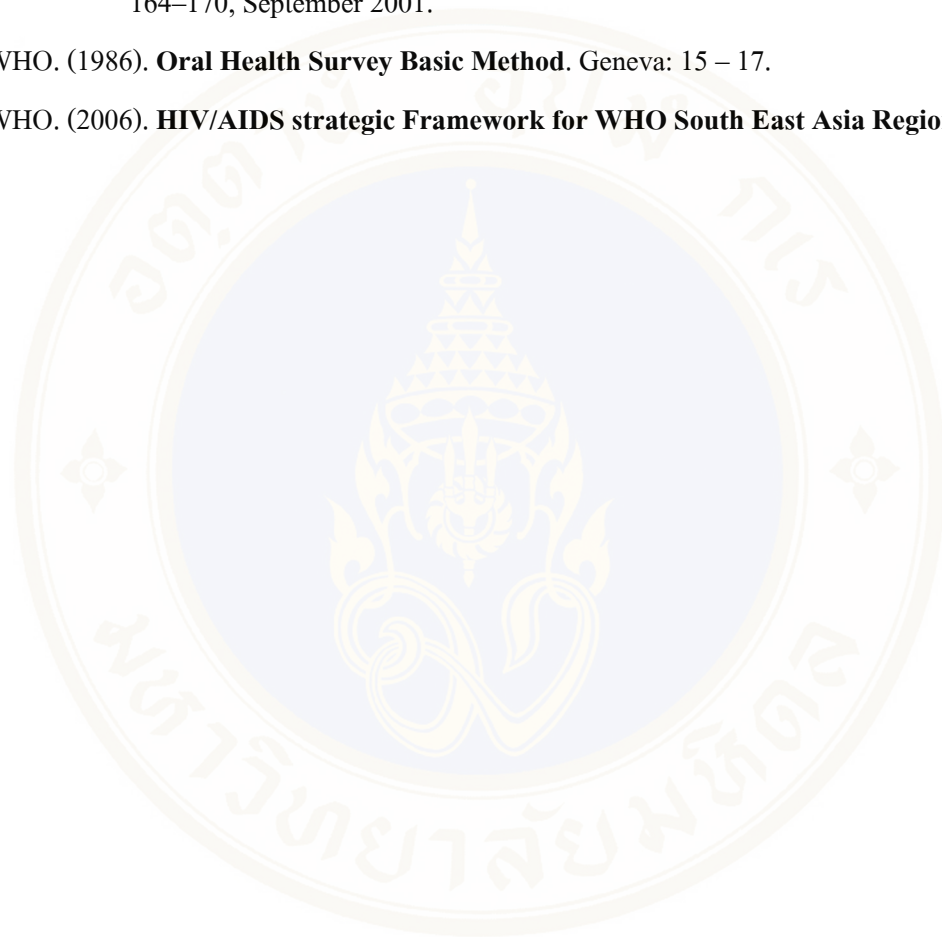
- Disease Prevention and Health Promotion), November 2002. Available online at <http://odphp.osophs.dhhs.gov/projects>.
- Jackson, L. D., & Duffy, B. K. (1998). **Health communication research: A guide to developments and directions**. Westport, Conn: Greenwood Press.
- Kate M. Pierce et al, 2002 . **Accuracy of Pediatric Primary Care Providers' Screening and Referral for Early Childhood Caries**. *Pediatrics* 2002;109;82- <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/5/e82>.
- Kahn, R.L. (1979). **Social in Aging From to Death**. Interdisc: plinary Perspectives. Boulder, Colo: Westview Press; 1979: 103 – 128
- Katherine Miller. (2004). **Organization Communication: Approaches and Process** เรื่อง Stress and Social Support Process.
- Peter G. Northouse, Laurel J. Northouse . (1998). **Health Communication: Strategies for Health Professionals, 3rd Edition**, Prentice Hall. January Piotrow PT, Kincaid DL, Rimon JG, Rinehart W (1997). **Health Communication**. Westport: Praeger Publishers.
- Pilisuk M.(1982). **Delivery of social support: The social inoculation**. American Journal Orthopsychiatry 1982; 52: 20
- Ratzan, S. C. (1994). **Health communication: Challenges for the 21st century (Special Issue)**. American Behavioral Scientist, 38(20). November.
- Roger, Everett M. with Floyed F. Shoemaker. (1971). **Communication of Innovation: A Cross-cultural Approach**. New York: The Free Press.
- Schramm Wilbur. (1971). **Communication in Family Planning. Studies Family Plann.** 7: 1-43.
- Schramm Wilbur & Daniel Lerner. (1976). **Communication and change : The Last ten Years and the Next**. Honolulu: University of Hawaii.
- Schramm Wilbur & Daniel Lerner. (1987). **Communication and change : A Third look at the Landscape. “Keynote speech delivered at the 3rd Conference on Communication and Change** , Honolulu, HI, July 20 to 24 , 1987, East West Communication Institute. <http://www.bcnlp.ac.th/~anc/mui/t14.html>. **The 5th Thailand National Oral Health Survey, 2000-2001** In Thai: <http://www.anamai.moph.go.th/fluoride/survey/frame.html> http://www.healthymanual.com/food.asp?content_id=826#2

U.S. Department of Health and Human Services; **Terrorism Preparedness Compendium.** 2002;287:2391-2405.

Vanobbergen¹ J., Martens L., Declerk D. (2001). **Caries prevalence in Belgian children: a review.** **International Journal of Paediatric Dentistry.** Volume 11, Issue 3, pages 164–170, September 2001.

WHO. (1986). **Oral Health Survey Basic Method.** Geneva: 15 – 17.

WHO. (2006). **HIV/AIDS strategic Framework for WHO South East Asia Region 2002-2006,**





ภาคผนวก ก

ผลการทดลอง

1. ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ระดับของความรู้เกี่ยวกับ ทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N = 40)				หลังทดลอง (N = 40)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
1. อายุ ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นในช่องปากของ เด็ก	22	55.0	0.55	.50	38	95.0	0.95	.22
2. ผลที่ฟันน้ำนมหลุดออกไปก่อน กำหนด	12	30.0	0.30	.46	37	2.5	0.93	.27
3. สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้โรคและอาการใน ช่องปากลุกลามมากยิ่งขึ้น	15	37.5	0.38	.49	37	2.5	0.93	.27
4. อาหารชนิดที่มีโอกาสทำให้เกิดฟันผุได้ มากที่สุด	37	92.5	0.93	.27	40	100.0	1	.00
5. ผลของการให้เด็กกินขนมจุบจิบเช่น ขนมตาม ขนมถุงต่างๆ บ่อยๆ	31	77.5	0.78	.42	39	7.5	0.98	.16
6. อาหารประเภทที่ช่วยทำความสะอาดฟัน และเหงือก	24	60.0	0.60	.50	35	7.5	0.88	.33
7. อาหารประเภทที่มีแร่ธาตุแคลเซียมช่วย เสริมสร้างกระดูกและฟันมากที่สุด	18	45.0	0.45	.50	30	5.0	0.75	.44
8. ลักษณะของ เหงือกปกติมีสี	16	40.0	0.40	.50	35	7.5	0.88	.33
9. สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ	10	25.0	0.25	.44	35	7.5	0.88	.33
10. สาเหตุที่ทำให้เกิดแผ่นคราบฟัน	12	30.0	0.30	.46	31	7.5	0.78	.42
11. เวลาที่ต้องเริ่มแปรงฟันแปรงฟันครั้ง แรกให้เด็ก	17	42.5	0.43	.501	31	77.5	0.78	.42

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ (ต่อ)

ระดับของความรู้เกี่ยวกับ ทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N = 40)				หลังทดลอง (N = 40)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
13. วิธีการที่ควรให้เด็กทำ หลังจากแปรงฟันแล้ว ถ้าเด็กกินอาหารและไม่สามารถแปรงฟันได้	24	60.0	0.60	.50	40	100.0	1.00	.00
14. การแปรงฟันเวลาใดสามารถป้องกันฟันผุได้ดีที่สุด	32	80.0	0.80	.44	40	100.0	1.00	.00
15. วิธีแปรงฟันที่ถูกต้องสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน	18	45.0	0.45	.50	39	97.5	0.98	.16
16. ตำแหน่งที่ผู้ปกครองควรอยู่เวลาแปรงฟัน	11	27.5	0.28	.45	40	100.0	1.00	.00
17. จุดประสงค์ของการตรวจฟันให้เด็ก	32	80.0	0.80	.41	40	100.0	1.00	.00
18. วิธีการตรวจฟันหน้าบนและล่าง	19	47.5	0.48	.51	35	87.5	0.88	.33
19. วิธีการตรวจด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้นของฟันกรามล่าง	24	60.0	0.60	.50	38	95.0	0.95	.22
20. ความถี่ในการตรวจฟันเด็ก	27	67.5	0.68	.47	37	92.5	0.93	.27
21. ประโยชน์ของยาสีฟัน	27	67.5	0.68	.47	37	92.5	0.93	.27
22. ฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างไร	19	47.5	0.48	.51	37	92.5	0.93	.27

2. การรับรู้ต่อการดูแลทันตสุขภาพ

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

	ก่อนทดลอง (N=40)						หลังทดลอง (N=40)					
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	$\bar{X}$	S.D.	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ท่านควบคุมไม่ให้เด็กดื่มน้ำอัดลมได้	4/10.0	18/45.0	10/25.0	4/10.0	4/10.0	3.15	1.08	18/45.0	21/52.5	1/2.5	0/0.0	0/0.0
2. ท่านสามารถควบคุมตนเองไม่ยอมซื้อขนมหวาน ลูก อม น้ำหวานแช่แข็ง ให้เด็กกินถึงแม้เด็กร้องขอ	3/7.5	13/32.5	15/37.5	7/17.5	2/5.0	3.20	.99	19/47.5	18/45.0	3/7.50	0/0.0	0/0.0
3. ท่านสามารถเลือกนมให้เด็กรับประทานได้	7/17.5	10/25.0	16/40.0	5/12.5	2/2.5	3.38	1.08	18/45.0	22/55.0	0/0.0	0/0.0	0/0.0
4. ท่านสามารถจัดหาผลไม้จัดฟันเป็นอาหารว่างแทน ขนม	9/22.5	21/52.5	4/10.0	4/10.0	2/5.0	3.78	1.07	31/77.5	9/22.5	0/0.0	0/0.00	0/0.0
5. ท่านสามารถปรุงฟัน ให้เด็กหลังอาหารเช้าทุกวันได้	11/27.5	18/45.0	7/17.5	2/5.0	2/5.0	3.85	1.05	34/85.0	6/15.0	0/0.0	0/0.0	0/0.0
6. ท่านสามารถปรุงฟันให้เด็กก่อนนอนตอนกลางคืน ได้ทุกวัน	18/45.0	8/20.0	6/15.0	7/17.5	1/2.5	3.88	1.24	25/62.5	9/22.5	6/15.0	0/0.0	0/0.0
7. ท่านสามารถปรุงฟันพร้อมกันกับเด็กได้ทุกครั้งในก่อน นอน	10/25.0	15/37.5	12/30.0	3/7.5	0/0.0	3.80	.91	31/77.5	9/22.5	0/0.00	0/0.0	0/0.0

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถตนเองระดับการรับรู้	ก่อนทดลอง (N=40)						หลังทดลอง (N=40)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D.	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็ก หลังแปรงฟันแล้วล้างอาหารและก่อนนอน	10/2.5	14/3.5	10/2.5	6/15.0	0/0.0	3.70	1.09	28/70.0	9/22.5	3/7.5	0/0.0	0/0.0
9. ท่านสามารถจัดหาแปรงสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กได้	31/77.5	7/17.5	0/0.0	2/5.0	0/0.0	4.68	.73	40/100.0	0/0.0	0/0.0	0/0.0	0/0.0
10. ท่านสามารถจัดหายาสีฟันผสมฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟันได้	29/72.5	3/7.5	3/7.5	3/7.5	2/5.0	4.35	1.21	35/87.5	3/7.5	2/5.0	0/0.0	0/0.0
11. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กโดยวิธีถูกไปนมา	31/77.5	5/12.5	2/5.0	2/5.0	0/0.0	4.63	.81	34/85.0	6/15.0	0/0.0	0/0.0	0/0.0
12. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กได้แม้ว่าเด็กจะงอแงหรือร้องไห้	16/40.0	15/37.5	6/15.0	3/7.5	0/0.0	4.10	.93	15/37.5	17/42.5	7/17.5	1/2.5	0/0.0
13. ท่านสามารถฝึกให้เด็กแปรงฟันได้ด้วยตนเอง	21/52.5	11/27.5	4/10.0	1/2.5	3/7.5	4.15	1.19	33/82.5	6/15.0	1/2.5	0/0.0	0/0.0
14. ท่านควบคุมให้เด็กบ้วนปากทันทีถ้าเด็กไม่สามารถแปรงฟันหลังอาหารได้	15/37.5	14/35.0	8/20.0	2/5.0	1/2.5	4.00	1.01	31/77.5	8/20.0	1/2.5	0/0.0	0/0.0
15. ท่านสามารถฝึกให้เด็กบ้วนปากเพื่อทำความสะอาดฟันได้	18/45.0	12/30.0	5/12.5	4/10.0	1/2.5	4.05	1.11	18/45.0	11/27.5	6/15.0	4/10.0	1/2.5
16. ท่านสามารถตรวจฟันให้เด็กได้อย่างสม่ำเสมอหลังแปรงฟัน	13/32.5	15/37.5	7/17.5	4/10.0	1/2.5	3.88	1.07	33/82.5	7/17.5	0/0.0	0/0.0	0/0.0
17. ท่านสามารถตรวจฟันด้านข้างลิ้นและด้านติดแก้มได้	6/15.0	13/32.5	16/40.0	3/7.5	2/5.0	3.45	1.01	25/62.5	13/32.5	2/5.0	0/0.0	0/0.0
18. ท่านสามารถสอน เด็กให้ตรวจฟันด้วยตนเองได้	17/42.5	6/15.0	10/25.0	4/10.0	3/7.5	3.45	1.01	29/72.5	10/25.0	1/2.5	0/0.0	0/0.0

3. พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ระดับของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N = 40)				หลังทดลอง (N = 40)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ความถี่ของเด็กกินขนม อาหารรสหวาน								
1. กินทุกวัน	14	35.0	2.58	1.38	12	30.0	2.78	1.42
2. กินสัปดาห์ละครั้ง	7	17.5			7	17.5		
3. ไม่กินเลย	1	2.5			1	2.5		
4. ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง	18	45.0			20	50.0		
ความถี่ในการให้เด็กกินผลไม้สดฟัน								
1. ไม่กินเลย	3	7.5	3.03	0.89	-	-	3.23	.70
2. กินสัปดาห์ละครั้ง	6	15.0			6	15.0		
3. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	18	45.0			19	47.5		
4. กินทุกวัน	13	32.5			15	37.5		
ความถี่ในการให้เด็กกินปลาเล็กปลาน้อย								
1. ไม่กินเลย	3	7.5	2.85	.80	-	-	3.13	.46
2. กินสัปดาห์ละครั้ง	7	17.5			2	5.0		
3. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	23	57.3			31	77.5		
4. กินทุกวัน	7	17.5			7	17.5		
การทำความสะอาดช่องปากให้เด็กภายหลังเด็กตื่นนอน								
1. ไม่ได้ทำอะไร	9	22.5	2.75	2.35	-	-	3.20	.61
2. คัดน้ำตาม	19	47.5			-	-		
3. บ้วนปากทุกครั้ง	9	22.5			36	90.0		
4. แปรงฟัน	1	2.5			-	-		
5. บ้วนปากและแปรงฟันทุกครั้ง	2	5.0			4	10.0		

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปาก
ของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (ต่อ)

ระดับของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N = 40)				หลังทดลอง (N = 40)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
อายุที่เริ่มแปรงฟันให้เด็ก								
1.มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี					-	-		
2. มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	12	30.0			11	27.5		
3. มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	14	35.0	3.05	.82	14	35.0	3.10	.81
4. ฟันเริ่มขึ้น หรือ อายุน้อยกว่า 1 ปี	14	35.0			15	37.5		
5. จำไม่ได้					-	-		
วิธีการแปรงฟันให้เด็ก								
1. ปัดขึ้นลง	15	37.5						
2. ใช้มากกว่า 1 วิธีร่วมกันตามความถนัดของเด็ก	9	22.5			3	7.5		
3. ขยับปัดโดยฟันบนปัดลง ฟันล่างปัดขึ้น			2.17	1.11			3.25	.59
ด้านบดเคี้ยวถูไปมา	10	25.0			24	60.0		
4. ถูไปตามขวาง	6	15.0			13	32.5		
เวลาแปรงฟันให้เด็ก								
1. ตอนเช้า	13	32.5						
2. ก่อนนอนกลางคืน	5	12.5						
3. ตอนเช้าและก่อนนอนกลางคืน	20	50.0	2.28	.99	17	42.5	3.95	.22
4. หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอนกลางคืน	2	5.0			23	57.5		

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (ต่อ)

ระดับของความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N = 40)				หลังทดลอง (N = 40)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ความถี่ในการแปรงฟันพร้อมกันกับเด็กเห็นเป็นตัวอย่าง								
1. ไม่เคย	2	5.0			-	-		
2. นาน ๆ ครั้ง	6	15.0			-	-		
3. เป็นบางครั้ง	20	50.0	3.05	.82	2	5.0	4	.00
4. ทุกวัน	12	30.0			38	95.0		
ความถี่การตรวจดูช่องปากของเด็กบ่อย								
1. ไม่เคย	-	-			-	-		
2. นาน ๆ ครั้ง	8	20.0			-	-		
3. เป็นบางครั้ง	16	40.0	3.20	.76	-	-	3.48	.51
4. ทุกครั้งหลังแปรงฟัน	16	40.0			40	100.0		
ความถี่ในการพาเด็กไปตรวจฟัน								
1. ไม่เคย	22	55.0			-	-		
2. ตรวจปีละ 1 ครั้ง	9	22.5			-	-		
3. ตรวจทุก 3 เดือน	5	12.5	1.78	1.03	21	52.5	3.48	.51
4. ตรวจทุก 6 เดือน	4	10.5			19	47.5		

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ปกครอง

การได้รับสนับสนุน	ก่อนทดลอง (N = 40)		หลังทดลอง (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แหล่งความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก				
1. หมอ พยาบาล	33	82.5	40	100.0
2. ครู	18	55.0	40	100.0
3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	14	35.0	39	97.5
4. หนังสือตำรา นิตยสาร	7	17.5	7	17.5
5. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	6	15.0	6	15.0
6. ญาติ	3	3.8	3	7.5
7. เพื่อนบ้าน	3	3.8	39	97.5
8. พ่อแม่สามี พ่อแม่ภรรยา	2	5.0	2	5.0
9. สื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์)	2	5.0	2	5.0
10. หมอพื้นบ้าน หนังสือพิมพ์	0	0.0	0	0.0
11. คนขายยา	0	0.0	0	0.0
12. คำแนะนำจากโปสเตอร์	0	0.0	0	0.0
2. สถานที่พาเด็กไปซั้่งน้ำหนักวัดส่วนสูง หรือนัดวัคซีน				
1. โรงพยาบาลของรัฐ	30	75.0	39	97.5
2. ศูนย์สุขภาพชุมชน	13	32.5	13	32.5
3. คลินิก	3	7.5	3	7.5
4. สถานีอนามัย	2	5.00	2	5.0
5. หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ปกครอง (ต่อ)

การได้รับสนับสนุน	ก่อนทดลอง (N = 40)		หลังทดลอง (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ให้ความรู้เรื่องฟัน				
1. แพทย์ประจำโรงพยาบาล	24	60.0	24	60.0
2. หมอฟัน	20	50.0	39	97.5
3. พยาบาล	0	0.0	0	0.0
4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	4	10.0	22	55.0
5. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	1	2.5	1	2.5
6. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	1	2.5	24	60.0
3. การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพเด็กจากครูผู้ดูแลเด็ก				
1. ไม่เคย	3	7.5	0	0.0
2. ไม่ให้กินลูกอม ขนมหวาน น้ำอัดลม	32	80.0	37	92.5
3. การแปรงฟันของเด็ก	12	30.0	37	92.5
4. การซั้่งน้ำหนักส่วนสูง	25	62.5	37	92.5
5. การแนะนำให้ไปพบหมอ	14	35.0	37	92.5
4. ผู้สนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟันให้เด็ก				
1. หมอฟัน	29	72.5	39	97.5
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	24	60.0	24	60.0
2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	6	15.0	20	50.0
6. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	3	7.5	0	0.0
4. องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล	3	7.5	39	97.5
8. ซื่อเอง	3	7.5	0	0.0
5. พระสงฆ์	0	0.0	0	0.0
7. มีผู้บริจาค	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ปกครอง (ต่อ)

การได้รับสนับสนุน	ก่อนทดลอง (N = 40)		หลังทดลอง (N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. แหล่งเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก				
1. ไม่เคย	23	57.5	1	2.5
2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	13	32.5	13	32.5
3. หมอฟัน	6	15.0	39	97.5
4. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	4	10.0	4	10.0
5. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	2	5.0	39	97.5
6. พระสงฆ์ เจ้าอาวาส	0	0.0	0	0.0
7. อบต. หรือ เทศบาล	0	0.0	0	0.0
8. ครูผู้ดูแลเด็ก	0	0.0	0	0.0
6. การได้รับจดหมายข่าว ไปรษณียบัตร หนังสือ เรื่องสุขภาพเด็กจากบุคลากรสาธารณสุข				
1. ไม่เคย	35	87.5	0	0.0
2. ได้รับเป็นประจำ	2	5.0	0	0.0
3. ได้รับเป็นบางครั้ง	2	5.0	40	100.0
4. ได้รับนาน ๆ ครั้ง	1	2.5	0	0.0
7. การได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามเรื่องสุขภาพ และ การเลี้ยงดูเด็ก				
1. ไม่เคย	29	72.5	0	0.0
2. ได้รับนาน ๆ ครั้ง	6	15.0	0	0.0
3. ได้รับเป็นบางครั้ง	4	10.0	40	100.0
4. ได้รับเป็นประจำ	1	2.5	0	0.0

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของความถี่ในการแปรงฟัน ระหว่างสัปดาห์ที่ 3-7 ในกลุ่มทดลอง

ความถี่ในการแปรงฟัน	สัปดาห์ที่ 3 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 4 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 5 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 6 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 7 (n = 40)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ไม่ปฏิบัติเลย	3	7.5	1	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปฏิบัติ 1 ครั้ง/วัน	2	5.0	2	5.0	1	2.5	1	2.5	4	10.0
ปฏิบัติ 2 ครั้ง/วัน	20	50.0	24	60.0	22	55.0	19	2.5	20	50.0
ปฏิบัติ 3 ครั้ง/วัน	15	37.5	13	32.5	19	2.5	20	50.0	26	65.0

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของความถี่ของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพระหว่างสัปดาห์ที่ 3-7 ในกลุ่มทดลอง

การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ	สัปดาห์ที่ 3 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 4 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 5 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 6 (n = 40)		สัปดาห์ที่ 7 (n = 40)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
แปรงฟันทุกครั้ง และตรวจฟันทุกครั้ง	0	0.0	3	7.5	8	20.0	4	10.0	9	22.5
แปรงฟันทุกครั้ง และตรวจฟันไม่ทุกครั้ง	13	32.5	8	20.0	9	22.5	6	15.0	7	17.5
แปรงฟันไม่ทุกครั้ง และตรวจฟันทุกครั้ง	0	0.0	1	2.5	3	7.5	4	10.0	4	10.0
แปรงฟันไม่ทุกครั้งและตรวจฟันไม่ทุกครั้ง	27	67.50	28	70.0	20	50.0	26	65.0	20	50.0

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมิน

เลขที่ (.....)



แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง

คำอธิบาย แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 3 การรับรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

หมายเหตุ

1. ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านคำชี้แจงแต่ละส่วนให้พ่อ แม่หรือผู้ปกครองเข้าใจ
2. แจ้งให้พ่อ แม่หรือผู้ปกครองทราบว่า ข้อมูลที่ให้ไม่มีผลต่อการเรียนของเด็กแต่อย่างใด
3. พยายามสอบถามให้ได้ข้อมูลตามความจริงทุกข้อและบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง

คำชี้แจง โปรดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว

.....

ผู้ปกครอง ดช./คณ. ชื่อเล่น.....

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านเป็น แม่ หรือ พ่อ เด็กคนนี้ หรือไม่
☐ เป็น (ตอบข้อ 4) ☐ ไม่ได้เป็น (ข้ามไปตอบข้อ 5)
4. ท่านยังอยู่กินกับสามี/ภรรยาของท่านหรือไม่
☐ 1. อยู่ด้วยกัน ☐ 2. แยกกันอยู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า
5. สถานภาพสมรสของท่าน
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยก
6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ☐ 5. อนุปริญญา หรือ ปวส.
☐ 6.ปริญญาตรี ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 8. อื่นๆ
7. อาชีพปัจจุบันของท่าน
☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. เกษตรกรรมทำสวน ทำนา ทำไร่
☐ 3. รับจ้างทั่วไป ☐ 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 5. ค้าขาย ☐ 6. ลูกจ้างพนักงานบริษัท ร้านค้า
☐ 7. แม่บ้าน ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

8. ท่านมีรายได้ต่อเดือน.....บาท

9. รายได้ของครอบครัวพอเพียงกับรายจ่ายหรือไม่

☐ 1. สมดุลกัน (พอมีพอใช้)

☐ 2. รายได้มากกว่ารายจ่าย (มีเหลือเก็บ)

☐ 3. รายจ่ายมากกว่ารายได้ (ไม่พอใช้)

10. ปัจจุบันเด็กคนนี้อาศัยอยู่กับใคร

☐ 1. พ่อและแม่

☐ 2. พ่อ

☐ 3. แม่

☐ 4. ปู่ย่าตายาย

☐ 5. ลุงป้า น้าอา

☐ 6. อื่นๆ.....

11. ส่วนใหญ่ใครเป็นผู้ดูแลหรือเลี้ยงดูเด็กคนนี้

☐ 1. พ่อและแม่

☐ 2. พ่อ

☐ 3. แม่

☐ 4. ปู่ ย่า ตา ยาย

☐ 5. ลุง ป้า น้า อา

☐ 6. อื่นๆ.....

12. ถ้าเด็กไม่ได้อยู่ หรือได้รับการเลี้ยงดู จากแม่ หรือ พ่อ เพราะอะไร พ่อแม่ไปไหน

เพราะ.....ไปไหน.....

13. เด็กคนนี้ได้มาเรียนหรืออยู่ที่ศูนย์นี้นานกี่ เดือนหรือ กี่ปีแล้ว ปี เดือน

14. เด็กเดินทางมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนี้ได้อย่างไร

☐ 1. นั่งรถรับส่งประจำ

☐ 2. พ่อแม่ผู้ปกครองมาส่ง

☐ 5. อื่นๆ.....

15. ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กคนนี้ ป่วยเป็นอะไรบ่อยที่สุด

☐ 1. ไข้

☐ 2. หวัด

☐ 3. ท้องเสีย

☐ 4. ปวดฟัน

☐ 5. ไม่ได้เป็นอะไรเลย

☐ 6. อื่นๆ.....

16. ถ้าเคยป่วย เป็นบ่อยประมาณกี่ครั้ง

☐ 1. 1 – 3 ครั้ง

☐ 2. 4-6 ครั้ง

☐ 3. 7 – 9 ครั้ง

☐ 4. ป่วยเกือบทุกเดือน

17. ท่านมีความหวังอยากให้เด็กเป็นอย่างไร (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1. ร่างกายแข็งแรง

☐ 2. ฉลาด เก่ง

☐ 3. มีความสุข

☐ 4. เป็นคนดี รักดี

☐ 5. ทำมาหากินเก่ง รวย

☐ 6. ไม่ได้คาดหวัง

☐ 7. อื่นๆ.....

18. ครอบครัวของท่านมีเด็กที่มีอายุแรกเกิด ถึง 6 ขวบรวมกันทั้งหมด จำนวน.....คน

19. ใครเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์ในการแปรงฟันให้เด็ก.....

20. ท่านต้องจ่ายค่าขนมให้เด็กในวันธรรมดาเฉลี่ย.....บาท วันหยุดเฉลี่ย.....บาท

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์สอบถามความรู้ ทุกข้อ และพยายามกระตุ้นให้ผู้ตอบ ตอบให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าคำตอบตรงกับ คำตอบที่กำหนดให้ ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบ นั้นๆ ถ้าคำตอบไม่ตรงกับที่กำหนดให้ ให้ผู้สัมภาษณ์บันทึกคำตอบลงในช่องอื่นๆ ตามคำตอบที่ได้ โดยไม่ต้องแปลความหมาย

1. ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นในช่องปากเมื่อเด็กอายุเท่าไร
☐ ประมาณ 5 – 8 เดือน
2. ถ้าฟันน้ำนมหลุดก่อนไปก่อนกำหนด จะเกิดผลอย่างไรกับฟันแท้
☐ ฟันแท้เรียงตัวไม่ดี ฟันซ้อนเก
3. สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้โรคและอาการในช่องปากลุกลามมากยิ่งขึ้น
☐ ไม่รักษาความสะอาดช่องปาก
4. อาหารชนิดใดมีโอกาสทำให้เกิดฟันผุได้มากที่สุด
☐ ลูกอม ลูกกวาด ผลไม้กวน (อาหารหวานเหนียวติดฟัน)
5. การให้เด็กกินขนมจุบจิบเช่น ขนมตาม ขนมถุงต่างๆ บ่อยๆ จะส่งผลต่อเด็กอย่างไร
☐ เด็กได้รับเฉพาะแป้งและน้ำตาล ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย
6. อาหารประเภทใดที่ช่วยทำความสะอาดฟันและเหงือก
☐ ผักที่มีเส้นใย ผลไม้ที่มีเส้นใย เช่น ชมพู มันทนกว ฝรั่ง
7. อาหารประเภทใดที่มีแร่ธาตุแคลเซียมช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟันมากที่สุด
☐ ปลาเล็กปลาน้อยที่กินได้ทั้งกระดูก นมสด
8. เหงือกปกติมีสีและลักษณะอย่างไรบ้าง
☐ สีชมพูชื้น กดดูแน่น แบนคอฟัน
9. อะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ
☐ เชื้อจุลินทรีย์จากคราบจุลินทรีย์ที่เกาะติดบนตัวฟัน
10. แผ่นคราบฟันเกิดจากสาเหตุใด
☐ เชื้อจุลินทรีย์ จากน้ำลายลักษณะเหนียวเกาะติดกับผิวฟัน
11. ควรเริ่มแปรงฟันครั้งแรกให้เด็กเมื่อใด
☐ เมื่อมีฟันซี่แรกขึ้นในช่องปาก
12. ในแต่ละวันท่านควรดูแลให้เด็กแปรงฟันเวลาใดบ้าง
☐ หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน ☐
13. หลังจากแปรงฟันแล้ว ถ้าเด็กกินอาหารและไม่สามารถแปรงฟันได้ควรให้เด็กทำอะไร
☐ บ้วนปาก

14. การแปรงฟันเวลาใดสามารถป้องกันฟันผุได้ดีที่สุด
- ☐ ก่อนนอนตอนกลางคืน
15. วิธีแปรงฟันที่ถูกต้องสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนควรทำอย่างไร
- ☐ ถูไปมาทุกซ่ทุกด้าน
16. ผู้ปกครองควรอยู่ตำแหน่งใดเวลาแปรงฟันให้เด็ก
- ☐ อยู่ด้านหลังของเด็ก
17. จุดประสงค์ของการตรวจฟันให้เด็กเพื่ออะไร
- ☐ เพื่อตรวจดูอวัยวะช่องปาก เพื่อให้ทราบว่า มีความผิดปกติหรือไม่ เช่น ตรวจความสะอาดช่องปาก โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ
18. วิธีการตรวจฟันหน้าบนและล่าง ต้องทำอย่างไร
- ☐ ให้เด็กยิ้มยื่นฟัน ให้เห็นฟันหน้า ทั้งบนและล่าง และเห็นส่วนของเหงือกด้วย
19. วิธีการตรวจด้านบดเคี้ยว และด้านติดลิ้นของฟันกรามล่างทำอย่างไร
- ☐ ให้ก้มหน้าอ้าปากกว้างๆ แล้วกระดกลิ้นขึ้น
20. ท่านควรตรวจฟันให้เด็กบ่อยแค่ไหน
- ☐ ควรตรวจดูทุกวันอย่างสม่ำเสมอ หลังจากแปรงฟันแล้ว
21. ยาสีฟันมีประโยชน์อย่างไร
- ☐ ช่วยทำให้ฟันสะอาดขึ้น รู้สึกอยากแปรงฟัน
22. ฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างไร
- ☐ ช่วยให้เคลือบฟันแข็งแรง

ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ อ่านข้อความที่สะท้อนถึงความสามารถของผู้ตอบ ครั้งละ 1 ข้อความ จากนั้นยก

กระดาษที่มีระดับความสามารถ 10 ระดับให้ผู้ตอบดู และถามผู้ตอบว่า ถ้าระดับความสามารถแบ่งเป็น 10 ระดับ จากน้อยไปมาก ความสามารถของท่านในเรื่อง (อ่านข้อความให้ฟังอีกครั้ง) น่าจะอยู่ในระดับใด หรือเรื่องนั้นๆ มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

บันทึกคำตอบ โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามระดับความสามารถ ทำข้อความนั้นๆ

การดูแลเด็กสุขภาพช่องปากเด็ก	ระดับความสามารถ									
	น้อย → มาก									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ท่านควบคุมไม่ให้เด็กดื่มน้ำอัดลมได้										
2. ท่านสามารถควบคุมตนเองไม่ยอมซื้อขนมหวาน ลูกอม น้ำหวานแช่แข็ง ให้เด็กกินถึงแม้เด็กร้องขอ										
3. ท่านสามารถเลือกขนมให้เด็กรับประทานได้										
4. ท่านสามารถจัดหาผลไม้จัดฟันเป็นอาหารว่างแทนขนม										
5. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กหลังอาหารเช้าทุกวันได้										
6. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนตอนกลางคืนได้ทุกวัน										
7. ท่านสามารถแปรงฟันพร้อมกันกับเด็กได้ทุกครั้งในก่อนนอน										
8. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็ก หลังแปรงฟันแล้วหลังอาหาร และก่อนนอน										
9. ท่านสามารถจัดหาแปรงสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กได้										
10. ท่านสามารถจัดหาสีฟันผสมฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟันได้										
11. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กโดยวิธีถูไปถูมา										
12. ท่านสามารถแปรงฟันให้เด็กได้แม้ว่าเด็กจะงอแง หรือร้องไห้										
13. ท่านสามารถฝึกให้เด็กแปรงฟันได้ด้วยตนเอง										
14. ท่านควบคุมให้เด็กบ้วนปากทันทีถ้าเด็กไม่สามารถแปรงฟันหลังอาหารได้										
15. ท่านสามารถฝึกให้เด็กบ้วนปากเพื่อทำความสะอาดฟันได้										
16. ท่านสามารถตรวจฟันให้เด็กได้อย่างสม่ำเสมอหลังแปรงฟัน										
17. ท่านสามารถตรวจฟันด้านข้างลิ้นและด้านติดแก้มได้										
18. ท่านสามารถสอน เด็กให้ตรวจฟันด้วยตนเองได้										

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ อ่านข้อความที่สะท้อนถึงการปฏิบัติของผู้ตอบ ครั้งละ 1 ข้อความ และถามผู้ตอบว่า เลือกตามการปฏิบัติจริง (อ่านข้อความให้ฟังอีกครั้ง)

บันทึกคำตอบ โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามการปฏิบัติ ท้ายข้อความนั้นๆ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยไม่ต้องแปลความหมาย

1. ท่านให้เด็กกินขนม อาหารหวาน บ่อยเพียงใด

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. กินทุกวัน | ☐ 2. กินสัปดาห์ละครั้ง |
| ☐ 3. ไม่กินเลย | ☐ 4. ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง |
| ☐ 5. อื่นๆ..... | |

2. ท่านให้เด็กกินผลไม้สดฟันบ่อยเพียงใด

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่กินเลย | ☐ 2. กินสัปดาห์ละครั้ง |
| ☐ 3. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง | ☐ 4. กินทุกวัน |
| ☐ 5. อื่นๆ..... | |

3. ท่านให้เด็กกินปลาเล็กปลาน้อยบ่อยเพียงใด

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่กินเลย | ☐ 2. กินสัปดาห์ละครั้ง |
| ☐ 3. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง | ☐ 4. กินทุกวัน |
| ☐ 5. อื่นๆ..... | |

4. ชนิดของนมที่ท่านให้เด็กดื่มเป็นประจำ

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. นมเปรี้ยว | ☐ 2. นมถั่วเหลือง (ไวตามิลค์ แลคตาซอย) |
| ☐ 3. นมหวานรวมทุกรส ไมโล โอวัลติน | ☐ 4. นมจืดทุกชนิด |
| ☐ 5. อื่นๆ..... | |

5. ภายหลังเด็กดื่มนมแล้วท่านได้ทำความสะอาดช่องปากให้เด็กอย่างไร

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ทำอะไร | ☐ 2. ดื่มน้ำตาม |
| ☐ 3. บ้วนปากทุกครั้ง | ☐ 4. แปรงฟัน |
| ☐ 5. บ้วนปากและ แปรงฟันทุกครั้ง | |

6. ท่านเริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่อเด็กอายุเท่าใด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี | ☐ 2. มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี |
| ☐ 3. มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี | ☐ 4. ฟันเริ่มขึ้น หรือ อายุน้อยกว่า 1 ปี |
| ☐ 5. จำไม่ได้ | |

7. ท่านแปรงฟันให้เด็กโดยวิธีใด

- ☐ 1. ปัดขึ้นลง
- ☐ 2. ใช้มากกว่า 1 วิธีร่วมกันตามความถนัดของเด็ก
- ☐ 3. ขยับปัดโดยฟันบนปัดลง ฟันล่างปัดขึ้น ด้านบดเคี้ยวถูไปมา
- ☐ 4. ถูไปตามขวาง
- ☐ 5. อื่นๆ.....

8. ท่านแปรงฟันให้เด็กเวลาใด

- ☐ 1. ตอนเช้า
- ☐ 2. ก่อนนอนกลางคืน
- ☐ 3. ตอนเช้าและก่อนนอนกลางคืน
- ☐ 4. หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอนกลางคืน
- ☐ 5. อื่นๆ.....

9. ท่านแปรงฟันพร้อมกันให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่างบ่อยเพียงใด

- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. นาน ๆ ครั้ง
- ☐ 3. เป็นบางครั้ง
- ☐ 4. ทุกวัน
- ☐ 5. อื่นๆ.....

10. ท่านตรวจดูช่องปากของเด็กบ่อยเพียงใด

- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. นาน ๆ ครั้ง
- ☐ 3. เป็นบางครั้ง
- ☐ 4. ทุกครั้งหลังแปรงฟัน
- ☐ 5. อื่นๆ.....

11. ท่านพาเด็กไปตรวจฟันตอนไม่มีอาการบ่อยแค่ไหน

- ☐ 1. ไม่เคย (ไม่ต้องตอบข้อ 15)
- ☐ 2. ตรวจปีละ 1 ครั้ง
- ☐ 3. ตรวจทุก 3 เดือน
- ☐ 4. ตรวจทุก 6 เดือน
- ☐ 5. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนในดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ อ่านข้อความที่สะท้อนถึงการได้รับการสนับสนุนด้านการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ตอบ ครั้งละ 1 ข้อความ และถามผู้ตอบว่า เลือกตามการสนับสนุนจริง (อ่านข้อความให้ฟังอีกครั้ง) บันทึกคำตอบ โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามระดับการได้รับการสนับสนุนท้ายข้อความนั้นๆ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยไม่ต้องแปลความหมาย

1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. หมอ พยาบาล | ☐ 8. หมอพื้นบ้าน หนังสือพิมพ์ |
| ☐ 2. ครู | ☐ 9. คนขายยา |
| ☐ 3. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย | ☐ 10. หนังสือตำรา นิตยสาร |
| ☐ 4.ญาติ | ☐ 11. คำแนะนำจากโปสเตอร์ |
| ☐ 5. เพื่อนบ้าน | ☐ 12. สื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์) |
| ☐ 6. พ่อแม่สามี พ่อแม่ภรรยา | ☐ 13. อื่นๆ..... |
| ☐ 7. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) | |

2. ท่านพาเด็กไปซั้่งน้ำหนักวัดส่วนสูง หรือฉีดวัคซีนที่ไหน

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. โรงพยาบาลของรัฐ | ☐ 2. สถานีอนามัย |
| ☐ 3. ศูนย์สุขภาพชุมชน | ☐ 4. คลินิก |
| ☐ 5. หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ | ☐ 6. อื่นๆ..... |

และท่านได้รับความรู้เรื่องฟันจากใคร

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ 1. แพทย์ประจำโรงพยาบาล | ☐ 2. หมอพื้น | ☐ 3. พยาบาล |
| ☐ 4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | ☐ 5. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย | |
| ☐ 6. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) | ☐ 7. อื่นๆ..... | |

3. ท่านเคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพเด็กจากครูผู้ดูแลเด็กหรือไม่

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคย | |
| ☐ 2. เคยในเรื่องใดต่อไปนี้บ้าง (ตอบได้หลายข้อ) | |
| ☐ 1. ไม่ให้กินลูกอม ขนมหวาน น้ำอัดลม | ☐ 2. การแปรงฟันของเด็ก |
| ☐ 3. การซั้่งน้ำหนักส่วนสูง | ☐ 4. การแนะนำให้ไปพบหมอ |
| ☐ 5. อื่นๆ..... | |

4. ใครเป็นผู้สนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟันให้เด็ก (ตอบได้หลายข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. หมอพื้น | ☐ 2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย |
| ☐ 3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | ☐ 4. องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือ เทศบาล |
| ☐ 5. พระสงฆ์ | ☐ 6. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) |
| ☐ 7. มีผู้บริจาค | ☐ 8. อื่นๆ |

5. การได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากแหล่งใด

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย จากใครบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1. เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย

☐ 2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

☐ 3. หมอพื้น

☐ 4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

☐ 5. พระสงฆ์ เจ้าอาวาส

☐ 6. อบต. หรือ เทศบาล

☐ 7. ครูผู้ดูแลเด็ก

6. ท่านเคยได้รับจดหมายข่าว ไปรษณียบัตร หนังสือเรื่องสุขภาพเด็กจากบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย บ่อยแค่ไหน

☐ 1. เป็นประจำ

☐ 2. เป็นบางครั้ง

☐ 3. นาน ๆ ครั้ง

จากแหล่งใด.....

7. ท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามเรื่องสุขภาพ และการเลี้ยงดูเด็กหรือไม่

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย บ่อยแค่ไหน

☐ 1. เป็นประจำ

☐ 2. เป็นบางครั้ง

☐ 3. นาน ๆ ครั้ง

จากใคร.....

แบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์ (DI-S)

ชื่อ คช./คณ.....อายุ.....ปี.....เดือน

วันเดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดร้อยเอ็ด

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....กิโลกรัม

การตรวจปริมาณคราบอ่อน

ซี่ฟัน	#55	#51	#65	#75	#71	#85
ครั้งที่ 1 วันที่.....						
ครั้งที่ 2 วันที่.....						

0 = ไม่มีคราบอ่อนติดสี

1 = มีคราบอ่อนติดสีจากขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน

2 = มีคราบอ่อนติดสีจากขอบเหงือก > 1/3 ของตัวฟันแต่ไม่เกิน 2/3 ของตัวฟัน

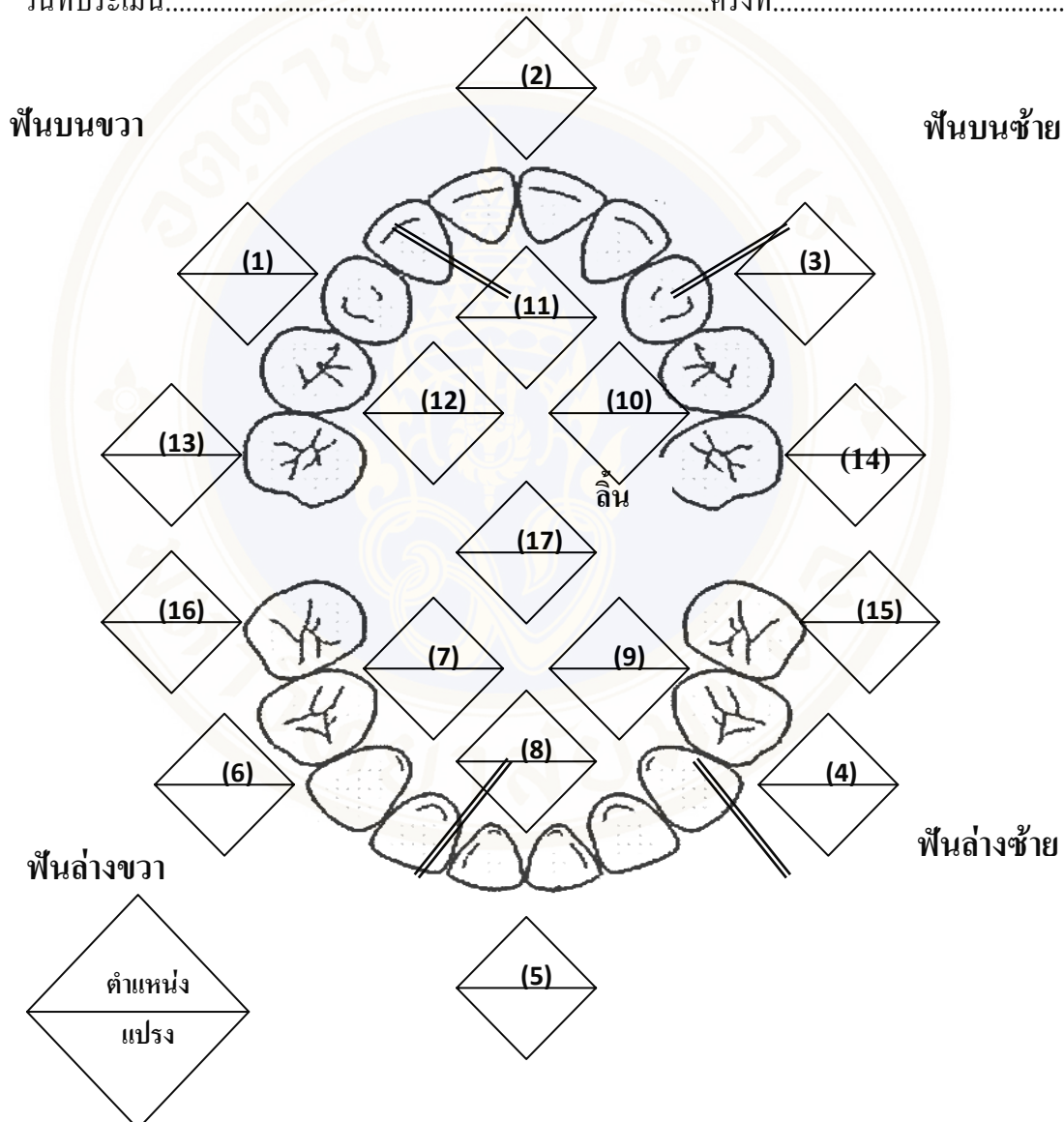
3 = มีคราบอ่อนติดสีปกคลุมจากขอบเหงือก > 2/3 ของตัวฟัน

DI-S ของแต่ละคน =
$$\frac{\text{ผลรวมของคะแนนเดบรีส์ที่ได้จากด้านของฟันที่ตรวจ}}{\text{จำนวนด้านของฟันที่ตรวจ}}$$

DI-S = ...

การประเมินทักษะการแปรงพื้นของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก
เด็กก่อนวัยเรียน

คช. / คณ. ห้อง.....
 ชื่อ นาย/นาง/นางสาว..... เกียข้อเป็น.....
 วันที่ประเมิน..... ครั้งที่.....

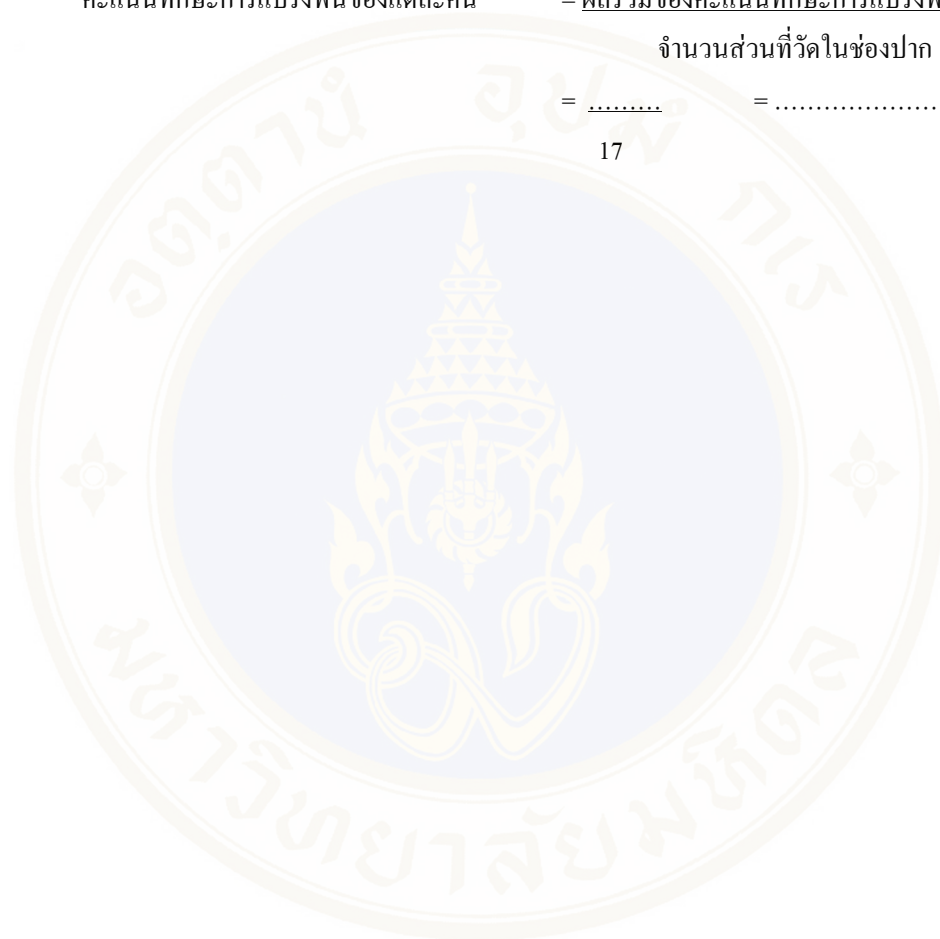


เกณฑ์การให้คะแนน	วิธีแปรงฟัน	ตำแหน่งที่วางแปรง
0 คะแนน	= วิธีแปรงที่ไม่ถูกต้อง	= ไม่ได้แปรงในส่วนนั้น
1 คะแนน	= วิธีแปรงที่ถูกต้อง	= แปรงในส่วนนั้น

คะแนนทักษะการแปรงฟันของแต่ละคน = ผลรวมของคะแนนทักษะการแปรงฟันทั้งหมด

จำนวนส่วนที่วัดในช่องปาก

= = ...คะแนน



การประเมินการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

คช. / คณ. ห้อง.....

ชื่อผู้ปกครอง นาย/นาง/นางสาว..... เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่ประเมิน..... ครั้งที่.....

ลักษณะทำตรวจ

ฟันหน้าบนล่าง.....



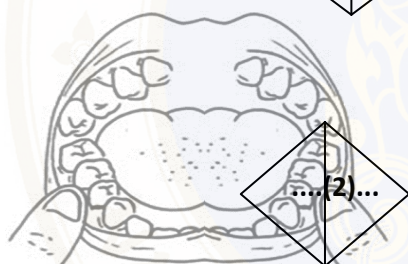
...(1)....

ฟันกรามล่างด้านนอก

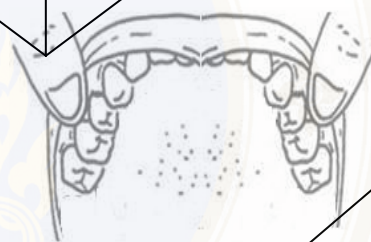
....(4)....

....(5)....

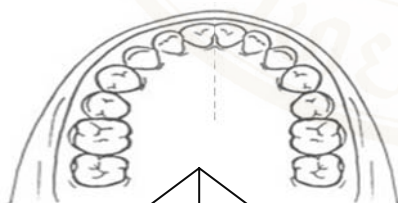
ฟันกรามบนด้านนอก



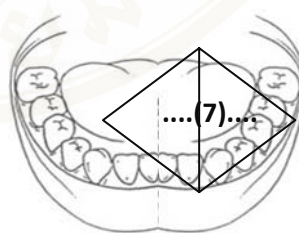
....(2)....



...(3)....



....(6)....



....(7)....

....(8)....

ลิ้น

ฟันด้านบดเคี้ยวด้านติดเพดาน

ฟันด้านบดเคี้ยวด้านติดลิ้น

เกณฑ์การให้คะแนน	วิธีที่ตรวจ	ส่วนที่ตรวจ
0 คะแนน	= วิธีตรวจไม่ถูกต้อง	= ไม่ได้ตรวจในส่วนนั้น
1 คะแนน	= วิธีตรวจถูกต้อง	= ตรวจในส่วนนั้น

คะแนนทักษะการแปรผันของแต่ละคน = ผลรวมของคะแนนทักษะการตรวจฟันทั้งหมด = ...

จำนวนส่วนที่วัดในช่องปาก 8

= คะแนน

ภาคผนวก ค

ภาพกิจกรรม

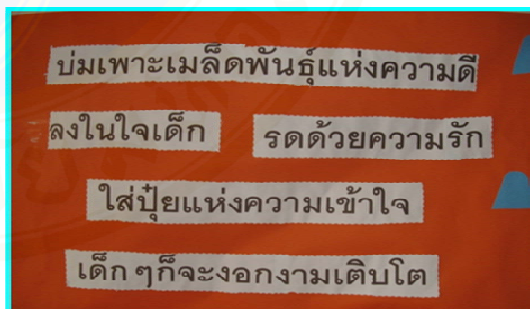
ประชุมชี้แจงกับผู้ดูแลเด็กเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



สอนและสาธิตการแปรงฟัน



กิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



สื่อกิจสำหรับเด็ก



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวลือจรรยา สมสวย
วัน เดือน ปีเกิด	26 กุมภาพันธ์ 2519
สถานที่เกิด	อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม , 2546 : สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , 2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนบางส่วนจาก โรงพยาบาลโพนทอง
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต อาคารเอนกประสงค์ โรงพยาบาลศรีธัญญา ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทร. 0 – 2527 - 7620 – 2 โทรสาร 0 – 2527 - 7620 – 2 ต่อ 11 E-mail : LUECHANYA@HOTMAIL.COM