

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน
โดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา



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

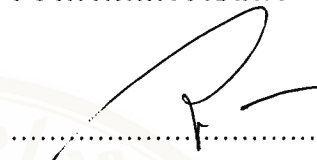
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

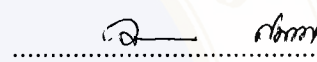
วิทยานิพนธ์

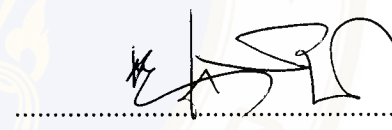
เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน

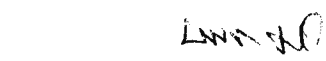
โดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

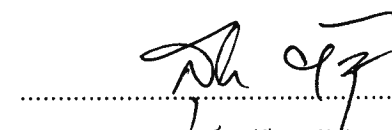

.....
นายธีระวุธ ธรรมกุล
ผู้วิจัย


.....
อาจารย์ยัมลินี สมภพเจริญ, ประ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....
รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


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


.....
รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันพินัยกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน

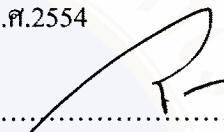
โดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณศาสตร)

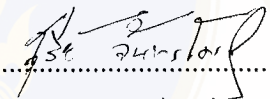
สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ.2554



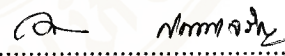
นายธีระวุธ ธรรมกุล

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์สุริย์ จันทร์ โมลี, ศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



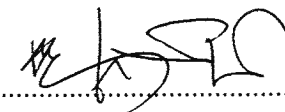
อาจารย์มลินี สมภพเจริญ, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



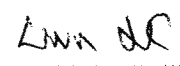
ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ชราดล เก่งการพานิช, พบ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.มลินี สมภพเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ธาราดี เก่งการพานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทร โมลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจ ผู้วิจัยเสมอมา จนวิทยานิพนธ์นี้เสร็จสมบูรณ์ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาและให้กำลังใจในการศึกษาตลอดหลักสูตร และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิเชฐ เจริญเกษ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ทพ.ไพศาล วิไลจิตเลิศ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ และ ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่เอื้อเฟื้อเวลาตรวจสอบให้คำแนะนำและปรับปรุงเครื่องมือการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้ ขอกราบขอบพระคุณวิทยากรให้ความรู้และสื่อการเรียนรู้จากศูนย์ทันตกรรมชุมชน (วัดบูรพ์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และขอกราบขอบพระคุณ คุณไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และ ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการและให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโคกสูงและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมาที่สนับสนุนทุนการทำวิทยานิพนธ์ นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง หัวหน้าส่วนการศึกษาเทศบาลตำบลโคกสูง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองนครราชสีมา ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูง ตำบลหนองบัวศาลาและตำบลจอหอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกสูงและตำบลหนองบัวศาลา ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลโคกสูง ตำบลหนองบัวศาลาและตำบลจอหอ คณะเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง ที่ทุกท่านให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาวิจัยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว คนใกล้ชิด ญาติมิตร เพื่อนร่วมศึกษาในหลักสูตร และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้กำลังใจในการศึกษาวิจัยจนจบหลักสูตร ตลอดจนผู้ที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

ธีระวุฒิ ธรรมกุล

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็ก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
 AN APPLICATION OF THE PROTECTION MOTIVATION THEORY ON PRIMARY TOOTH
 DECAY PREVENTION THROUGH PRESCHOOL CHILDREN PARENTS AT MUEANG DISTRICT,
 NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

ธีระวุธ ธรรมกุล 5136453 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: มลีนี สมภพเจริญ, Ph.D., ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม., มณฑา เก่งการพานิช, Ph.D.

บทคัดย่อ

ปัจจุบันแนวโน้มของปัญหาฟันผุในเด็กกลุ่มปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) เพิ่มขึ้น การศึกษานี้เป็นศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็ก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลอง ประกอบด้วยผู้ปกครอง 43 คน เด็ก่อนวัยเรียน 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย ผู้ปกครอง 50 คน เด็ก่อนวัยเรียน 50 คน และครูพี่เลี้ยงกลุ่มละ 5 คน โปรแกรมสุขภาพมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง การสื่อสารผ่านสื่อและบุคคล การอภิปรายกลุ่ม การจัดกิจกรรมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็กโดยครูพี่เลี้ยง การติดตามและบันทึกพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครอง การสำรวจความสะอาดในช่องปากเด็ก่อนวัยเรียน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง แบบสอบถามครูพี่เลี้ยง แบบสำรวจพฤติกรรมของผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็และแบบบันทึกความสะอาดช่องปากเด็ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ในผู้ปกครองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ส่วนทักษะการแปรงฟันให้เด็โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนความสะอาดในช่องปากเด็ก่อนวัยเรียนพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงเด็กในการป้องกันฟันน้ำนมให้แกเด็ก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งเป็นชุมชนเขตเมืองกึ่งชนบท

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาพ/ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค/ การสื่อสารสุขภาพ/ การป้องกันฟันน้ำนมโดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง/ เด็ก่อนวัยเรียน

AN APPLICATION OF THE PROTECTION MOTIVATION THEORY ON PRIMARY TOOTH DECAY PREVENTION THROUGH PRESCHOOL CHILDREN PARENTS AT MUEANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

THEERAWUT THAMMAKUN 5136453 PHPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: MALINEE SOMPHOBCHAROEN, Ph.D., THARADOL KENGGANPANICH, M.A., MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.

ABSTRACT

The current trend is that tooth decay in preschool children (newborn-5 years) has been increasing. This study was a quasi-experimental research. The objective was to study the effectiveness of an application of Protection Motivation Theory to primary tooth decay prevention through the parents preschool of children and child attendants in Mueang District, Nakhon Ratchasima province, Thailand. Two groups were recruited: an experimental group consisting of 43 parents and 43 preschool children, and a control group consisting of 50 parents and 50 preschool children, with 5 child attendants in each group. The health education program had a duration of 8 weeks and consisted of: workshop activities for village health volunteers, parents, and child attendants; media and personal communication; group discussion; dental health activities in the child development center; child observation and behavioral stimulation through attendants; monitoring and recording behaviors of primary tooth decay prevention through parents; and surveying about cleanliness of oral cavities in preschool children. Data from the pre and post experiments were collected by using a parents interview form, a child attendant questionnaire, a parental behaviors observation form, an evaluation form on tooth brushing skill for children, and a record form on cleanliness of preschool children's oral cavities. Data were analyzed by statistical methods to find the percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

The study revealed that the means of the experimental group on perceived severity, perceived probability, self-efficacy, response efficacy, and behavior for primary tooth decay prevention through parents were significantly higher than in both the pre experiment and the control group ($p < 0.05$). For child attendants, the experimental group had higher means than prior to the experiment, and slightly higher means than the control group. For tooth brushing skill for children, parents in the experimental group had significantly higher means than experiment and higher than the control group ($p < 0.001$). For cleanliness of preschool children's oral cavities, it was found that both the experimental group and the control group had better means post experiment than pre experiment with statistical significance ($p < 0.05$). After the experiment, it was found that the control group had a better mean score for cleanliness of preschool children's oral cavities than the experimental group, but statistically the difference significant was not.

This study makes some suggestions for applying the Protection Motivation Theory on primary teeth decay prevention through preschool children parents and child attendant as they should be applied in child development centers that are semi-urban communities.

KEY WORDS: HEALTH EDUCATION PROGRAM/PROTECTION MOTIVATION THEORY/HEALTH COMMUNICATION/ PRIMARY TOOTH DECAY PREVENTION THROUGH PARENTS AND CHILD ATTENDANTS/ PRESCHOOL CHILDREN

249 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาในการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	5
1.6 ขอบเขตการวิจัย	6
1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
2.1 ความรู้ด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน	10
2.2 แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)	21
2.3 แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)	29
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	66
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	67
3.1 รูปแบบการวิจัย	67
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 การสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล	83
3.5 วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล	84
3.6 จริยธรรมการวิจัยในวิจัย	93
3.7 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล	93
บทที่ 4 ผลการศึกษา	95
บทที่ 5 อภิปรายผล	135
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	145
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	152
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	166
บรรณานุกรม	182
ภาคผนวก	190
ประวัติผู้วิจัย	249

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	28
2.2 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันพื้นน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครอง	62
2.3 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันพื้นน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ของครูพี่เลี้ยง	64
2.4 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร เพื่อป้องกันพื้นน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน	65
3.1 แสดงรูปแบบและวิธีการเก็บข้อมูล	82
3.2 แผนการจัดประชุมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	85
3.3 แผนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	86
3.4 แผนการจัดกิจกรรมสื่อสารเรื่องการป้องกันพื้นน้ำนมผุ	87
3.5 แผนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เรื่องการป้องกันโรคพื้นน้ำนมผุ	88
3.6 แผนการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	89
3.7 แผนการจัดอภิปรายกลุ่ม	89
3.8 แผนการจัดกิจกรรมสังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก	90
3.9 แผนการติดตามสำรวจและบันทึกพฤติกรรม	90
3.10 แผนการสำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เด็กก่อนวัยเรียน	91
3.11 สรุปช่องทางการสื่อสาร(Channels) เพื่อการป้องกันพื้นน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน	91
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป	98
4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่องทางการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง	100
4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง	101
4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	103

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	104
4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	105
4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	106
4.8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	107
4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	108
4.10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	110
4.11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	111
4.12 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	112
4.13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	113
4.14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	114
4.15 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	115

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	117
4.17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	118
4.18 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับ ทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลอง	119
4.19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	120
4.20 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	121
4.21 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม ระดับความสะอาดในช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง	122
4.22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	123
4.23 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	124
4.24 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ	125
4.25 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป	126
4.26 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่องทางการได้รับ คำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง	128
4.27 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้ ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	129
4.28 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง	130

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.29 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง	131
4.30 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง	132
4.31 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง	134

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 กระบวนการของการเกิดโรคฟันผุ	14
2.2 รูปแบบดั้งเดิมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	22
2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา	24
3.1 รูปแบบการวิจัย	67
3.2 แผนภาพการทดลอง	68
3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	73

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มของปัญหาฟันผุในเด็กกลุ่มปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) เพิ่มขึ้น เป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กที่มีปัญหาฟันผุนรุนแรง นอกจากจะเกิดอาการบวมเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ การพัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของเด็ก เป็นอย่างมาก (1) จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 5 (ปี พ.ศ. 2543-2544) ครั้งที่ 6 (ปี พ.ศ. 2549-2550) และการสำรวจปี พ.ศ. 2551 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีอัตราฟันผุร้อยละ 65.7, 61.3 และ 63.8 ตามลำดับ ซึ่งปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กมีการสูญเสียฟันมากที่สุด และในจังหวัดนครราชสีมา ผลสำรวจในปี พ.ศ. 2547, 2548, 2549, 2550 และ 2551 พบเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 75.3, 64.3, 58.1, 62.9 และ 63.7 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาฟันผุของเด็กวัยนี้อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับสถานการณ์ของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (2, 3, 4, 5) โดยตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 พบว่า เด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 84.5 และ 85.4 ตามลำดับ (6) ซึ่งปัญหาอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้ร้อยละ 40 ของเด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากดี (7)

จากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคฟันผุที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3-5 ปี) ที่อยู่ในขั้นรุนแรง เกิดจากพฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก ได้แก่ ดูดขวดนมคาปาก อมลูกอมเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารหวาน ขนมนกroup กรอบ/ขนมเคี้ยว ดื่มน้ำหวาน แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้งหรือไม่แปรงเลย และไม่เคยพบทันตบุคลากร (8, 9, 10) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเลี้ยงดูของครอบครัวหรือผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด จำเป็นต้องมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมแก่เด็ก โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับทันตสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลด้านทันตสุขภาพของครอบครัว นอกจากนี้เด็กยังได้รับอิทธิพลจากครูพี่เลี้ยง และสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ

จากชุมชน (11,12,13,14) รวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาของครอบครัว ความเครียด การมีวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว ปัญหาชีวิตสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งสื่อโฆษณาทำให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อการอุปโภคบริโภคอาหาร ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน (1) และเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก แต่เนื่องจากผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเด็กมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุมป้องกันโรคฟันผุให้แก่เด็ก จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมทางทันตสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยเริ่มจากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในผู้ปกครองเด็กตำบลโคกสูง จำนวน 66 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเมื่อเด็กอยู่บ้านส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 52.9 อายุเฉลี่ยของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กคือ 34.63 ปี ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.8 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.6 รายได้ของครอบครัว เฉลี่ย 8,904 บาท โดยพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้ำนมและผู้ปกครองต้องดูแลเป็นอย่างดี ได้แก่ แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 45.6 ไม่ยอมให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้ ร้อยละ 25.0 ดูดนมและหลับไปพร้อมกับขวดนมคาปาก ร้อยละ 39.7 ดื่มนมรสหวาน รสเปรี้ยว หรือรสช็อกโกแลต เป็นประจำ ร้อยละ 58.8 และทานขนมของ ขนมหวาน ลูกอม ช็อกโกแลต ทุกวันๆละ 2 มื้อขึ้นไป ร้อยละ 58.8

การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เรื่องปัญหาฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโคกสูง ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สมาชิกสภาเทศบาลและเจ้าหน้าที่จากเทศบาล ครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กำนันและตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ปกครอง รวมทั้งสิ้น 42 คน พบสาเหตุของปัญหาฟันผุน้ำนมร่วมกัน ได้แก่ เด็กชอบทานขนม น้ำหวาน อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และหลับคาขวดนม ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการปัญหานี้ได้ โดยคิดว่าตนยังไม่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและไม่มั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครองที่ส่วนใหญ่บุตรหลานฟันผุ จำนวน 10 คน และครูพี่เลี้ยง จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงหรือผลกระทบของการเกิดโรคฟันผุน้ำนม โดยให้ความสำคัญในฟันน้ำนมค่อนข้างน้อยเพราะคิดว่าถึงอย่างไรฟันแท้ต้องขึ้นมาใหม่แทนที่ จึงไม่จำเป็นต้องป้องกันฟันน้ำนม เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน จึงพาไปถอนฟัน และไม่รู้ว่าเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้ำนมง่าย เมื่อดูแลด้านทันตสุขภาพให้เด็กไม่ดี ซึ่งพบว่าผู้ปกครองควบคุมให้เด็กแปรงฟันได้เฉพาะช่วงเช้า ส่วนใหญ่ปล่อยให้

เด็กแปรงฟันด้วยตนเองโดยก่อนเข้านอนผู้ปกครองไม่ได้แปรงฟันให้เด็ก ในเรื่องการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมเด็กได้ เนื่องจากเด็กจะร้องแงง เอาแต่ใจตนเองเป็นประจำ และคิดว่าการรักษาโดยการถอนฟันหรืออุดฟันนั้นมที่ผุจะเป็นทางออกที่ดี สำหรับการดูแลเด็กของครูพี่เลี้ยง ส่วนใหญ่ยังปล่อยให้เด็กทานขนมกรุบกรอบ ช็อกโกแลต ในระหว่างที่เด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและยังขาดการเอาใจใส่ในการตรวจฟันและควบคุมกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันให้เด็ก โดยครูพี่เลี้ยงให้ความเห็นว่า การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กควรเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองมากที่สุด

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ทั้ง 3 วิธี ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครองซึ่งเด็กมีฟันผุมาก สามารถสรุปได้ว่า ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันน้ำนมผุ ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ และไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection-Motivation Theory) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อรณรงค์โดยใช้การสื่อสารที่มีเนื้อหากระตุ้นเตือน ผ่านช่องทางสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและเด็กก่อนวัยเรียน โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้บทบาทของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ และการกระตุ้น ติดตามพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุมและลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน และเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริม ป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงได้ต่อไป

1.2 ปัญหาในการวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เพื่อการป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 4) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครอง
- 7) ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง มีการเปลี่ยนแปลงตัวแปรต่อไปนี้

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 4) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครอง
- 7) ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 4) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครอง
- 7) ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง

1.5.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 4) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครอง
- 7) ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีระยะเวลาในการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2554

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึงกิจกรรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพิน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพิน้ำนมผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคพิน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคพิน้ำนมผุและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง รวมทั้งทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครองและความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งประกอบด้วย อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ 1 ครั้ง อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง 1 ครั้ง การสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย การชมวิดีโอทัศนนิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง 5 ครั้ง จัดประกวดระบายสี ฟ.ฟันสวย และประกวดเด็กฟันสวย จัดอภิปรายกลุ่มผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง 1 ครั้ง สังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็กก่อนวัยเรียนโดยครูพี่เลี้ยง 8 สัปดาห์ ติดตามสำรวจและบันทึกกิจกรรมป้องกันพิน้ำนมผุของผู้ปกครอง 4 ครั้ง โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก 2 ครั้ง

2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ ในการป้องกันพิน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเกิดจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยสามารถวัดผลได้ดังนี้

2.1) ผู้ปกครอง วัดผล 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพิน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพิน้ำนมผุของ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคพิน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคพิน้ำนมผุ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิน้ำนมผุ ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธี

2.2) ครูพี่เลี้ยงวัดผล 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ

2.3) เด็กก่อนวัยเรียน วัดความสะอาดในช่องปาก

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง สามารถจำแนกได้ดังนี้

3.1) ผู้ปกครอง มีพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ ดังนี้

- พฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธีให้แก่เด็ก
- พฤติกรรมการแปรงฟันให้แก่เด็ก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ถ้าเด็กแปรงฟันด้วยตนเองให้ผู้ปกครองตรวจสอบความสะอาด และแปรงฟันซ้ำในตำแหน่งที่เด็กแปรงไม่สะอาด

- พฤติกรรมการสำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากให้เด็กทุกสัปดาห์
- พฤติกรรมการควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ได้เฉพาะมื้ออาหารหลัก คือ เช้า กลางวัน เย็น เนื่องจากเป็นเวลาที่เด็กควรแปรงฟันหลังอาหาร

- การให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม

3.2) ครูพี่เลี้ยง มีพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ ดังนี้

- การตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน และแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด

- สำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากให้เด็ก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ และแจ้งปัญหาให้ผู้ปกครองพาไปรักษา

- จัดการและควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล คือทานได้เฉพาะมื้ออาหารกลางวัน เนื่องจากเป็นเวลาที่เด็กควรแปรงฟันหลังอาหาร

- การจัดอาหารว่างเป็นผลไม้ให้เด็กรับประทาน

- การให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม

4) เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 3 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูงและตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

5) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่อุปการะเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีเวลาอยู่กับเด็กและดูแลเด็กมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ได้แก่ มารดา บิดา ญาติ

6) ครูพี่เลี้ยง หมายถึง ครูพี่เลี้ยงที่สอนและดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโคกสูงและตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

7) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง การรับรู้ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงที่มีต่อความรุนแรงของการเกิดโรคฟันน้ำนมผุที่มีผลต่อการขึ้นและเรียงตัวของฟันแท้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมองของเด็ก จนอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจเมื่อเป็นผู้ใหญ่ และสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อการรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่งยาก

8) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง การรับรู้ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงที่มีต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ เมื่อผู้ปกครองไม่มีพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุที่เหมาะสมให้แก่เด็ก

9) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ หมายถึง ความเชื่อของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมผุให้แก่บุตรหลาน ได้แก่ การแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน การตรวจฟันหลังแปรงฟันทุกครั้ง การควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

10) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ หมายถึง ความเชื่อของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในเรื่องผลของความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จะสามารถป้องกันโรคฟันน้ำนมผุให้แก่บุตรหลานได้

11) ความสะอาดในช่องปาก หมายถึง ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ที่วัดโดยการป้ายสีข้อมคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กทุกซี่และให้เด็กบ้วนปาก จากนั้นทันตบุคลากรตรวจให้คะแนน และลงบันทึกในแบบบันทึกการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์

12) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง หมายถึง การวัดทักษะของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ตามลักษณะการจับแปรง การแปรงฟันบนด้านนอก การแปรงฟันบนด้านใน

การแปร่งฟันล่างด้านนอก การแปร่งฟันล่างด้านใน การแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว และการแปร่งลิ้น ซึ่ง
ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้คำแนะนำ

13) การควบคุมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ หมายถึง การที่ผู้ปกครอง
และ ครูพี่เลี้ยงสามารถควบคุมให้เด็กทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ (ขนมกรุบกรอบ
ขนมหวาน ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล) ได้เฉพาะมื้อ
อาหารหลัก คือ มื้อเช้า กลางวัน เย็น เนื่องจากเป็นเวลาที่เด็กควรแปร่งฟันหลังอาหาร



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา รวบรวมแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการวิจัย ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 ความรู้ด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

2.3 แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 การวิจัยด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

2.4.1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

2.4.1.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันฟันผุ

ในเด็กก่อนวัยเรียน

2.4.2 งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2.4.3 งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ

2.1 ความรู้ด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

ฟันเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งต่อร่างกายมนุษย์ เพราะนอกจากจะใช้บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อนำสารอาหารที่มีประโยชน์ไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เจริญเติบโตแล้ว ฟันยังมีความสำคัญเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ความสวยงามของใบหน้า และมีส่วนช่วยให้การออกเสียงพูดให้ชัดเจน รวมทั้งฟันยังเปรียบเสมือนเป็นปราการด่านแรกของร่างกายที่นำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง เมื่อสุขภาพของฟันและช่องปากสมบูรณ์ดีย่อมเป็นหลักประกันที่สำคัญของความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนจะเน้นเนื้อหาเรื่องฟันน้ำนม ซึ่งเด็กวัยนี้มีฟันชนิดดังกล่าวและเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย ผู้ปกครองจึงควรมีความรู้และให้ความสำคัญกับการป้องกันฟันน้ำนมผุ โดยมีเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้ (15, 16)

2.1.1 ความสำคัญของฟันน้ำนม

ฟันน้ำนม (Primary Teeth) เป็นฟันชุดแรกของมนุษย์ เริ่มสร้างขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาขณะมารดาตั้งครรภ์ได้ประมาณ 5-6 สัปดาห์ การสร้างฟันของทารกในครรภ์นี้จะสร้างเซลล์พิเศษในขากรรไกรของทารก และจะสร้างจนครบ 20 ซี่ แต่ระยะเวลาการขึ้นของฟันแต่ละซี่ต่างกัน ฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มปรากฏในช่องปากเด็กเมื่ออายุประมาณ 6-7 เดือน เป็นฟันหน้าล่าง 2 ซี่ จากนั้นจะมีฟันน้ำนมซี่ต่าง ๆ ทยอยขึ้นเป็นตามลำดับ โดยฟันล่างมักขึ้นก่อนฟันบนเสมอ และจะมีระยะเวลาการขึ้นและหลุดต่างกัน ฟันน้ำนมจะขึ้นครบทุกซี่เมื่ออายุประมาณ 2 ปี และเริ่มหลุดเมื่ออายุ 6 ปี จนกระทั่ง 12 ปี โดยเด็กวัยก่อนเรียนจะใช้ฟันน้ำนมสำหรับบดเคี้ยวทั้งหมด

ฟันน้ำนมนอกจากจะมีหน้าที่สำคัญเหมือนฟันแท้ ยังสามารถช่วยคงสภาพช่องว่างหรือเป็นเครื่องมือรักษาช่องว่างในขากรรไกรให้ฟันแท้ได้อย่างดีที่สุด กล่าวคือ เมื่อฟันน้ำนมงอกขึ้นในขากรรไกร หน่อฟันแท้ก็จะเจริญเติบโตอยู่ข้างใต้ฟันน้ำนม ฟันน้ำนมจึงมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันหน่อฟันแท้ตามกลไกของธรรมชาติ แต่ถ้าเกิดปัญหาขึ้นกับฟันน้ำนม ก็จะทำให้ฟันแท้ได้รับผลกระทบไปด้วย ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับฟันน้ำนมและผลกระทบต่อฟันแท้ได้แก่

1) การที่ฟันน้ำนมผุลุกลามถึงโพรง เกิดเป็นหนองที่ปลายรากฟัน หรือฟันน้ำนมถูกกระแทกจากการเกิดอุบัติเหตุ จะมีผลกระทบถึงหน่อฟันที่กำลังสร้างอยู่ทำให้ผิวเคลือบฟันถาวรไม่สมบูรณ์มีจุดด่างขาว หรือมีสีเหลือง หรือเคลือบฟันหายไป และเป็นแอ่งซึ่งจะเป็นกับฟันแท้เฉพาะซี่ที่ฟันน้ำนมเกิดปัญหา

2) ฟันน้ำนมที่ขึ้นเรียงตัวผิดปกติแหว่งหรือเรียงตัวผิดปกติ จะทำให้การสบของขากรรไกรบิดไปเวลาดัดหรือเคี้ยวอาหาร จะทำให้การสร้างกระดูกข้อต่อขากรรไกรบนและล่างผิดปกติ และส่งผลถึงฟันแท้ที่เกิดขึ้นตามมาด้วย

3) ฟันน้ำนมบนยื่นเกิดจากผู้ปกครองมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกวิธี เช่น เด็กดูดนิ้วหรือห้วนนมปลอมเป็นเวลานาน ทำให้ขากรรไกรบนบริเวณฟันหน้าเจริญแนวโค้งไม่เต็มที่ เกิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนและฟันหน้าล่าง ซึ่งเด็กมักใช้ลิ้นดันช่องว่างนี้เวลากลิ้นจนเป็นนิสัยทำให้ขัดขวางการสร้างขากรรไกรในบริเวณฟันหน้าที่ฟันแท้ขึ้น ส่งผลให้ขากรรไกรบนยื่นและฟันหน้าบนจะไม่สบกับฟันหน้าล่าง

4) สูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด จะทำให้ความสมดุลของฟันที่เหลือในช่องปากผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้ฟันแท้ที่เกิดขึ้นมาซ้อนเกหรือมีการสบฟันผิดปกติ และการผิดปกตินี้อาจส่งผลให้เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบได้ง่าย เนื่องจากการทำความสะอาดฟันซ้อนเกได้ลำบากจนเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคและเศษอาหาร นอกจากนี้การสูญเสียฟันยังทำให้เกิดปัญหา

การทำหน้าที่ของช่องปากและข้อต่อขากรรไกร ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจสังคมในอนาคต

นอกจากปัญหาและผลกระทบที่สัมพันธ์กันระหว่างฟันน้ำนมกับฟันแท้แล้ว การเกิดโรคฟันน้ำนมผุขึ้นในเด็กวัยก่อนเรียนยังส่งผลกระทบในด้านอื่น ๆ ดังนี้ (17)

1) ผลกระทบด้านร่างกาย โดยอวัยวะในช่องปากเป็นแหล่งติดเชื้อที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ฟันที่มีการติดเชื้อรอบๆ ปลายรากฟัน ติดเชื้อในคลองรากฟันและอวัยวะปริทันต์ที่มีการติดเชื้อ โดยการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์ และผลิตภัณฑ์ของเชื้อจุลินทรีย์จากแหล่งติดเชื้อในช่องปาก ผ่านเข้าไปตามกระแสเลือด หรือท่อน้ำเหลืองไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่ออื่นๆ ในบริเวณที่อยู่ไกลออกไป ซึ่งบางโรคมีหลักฐานยืนยันได้ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับแหล่งติดเชื้อในช่องปากโรคต่าง ๆ ได้แก่

- โรคข้ออักเสบชนิดรูมาตอยด์ ในผู้ป่วยที่เป็น โรคนี้จะตรวจพบว่ามีแอนติบอดีเชื้ออีโมลต์ดิกสเตรปโตคอกคัส กรุ๊ปเอ ซึ่งเป็นเชื้อที่พบในฟันที่มีการติดเชื้อในคลองรากฟันและรอบ ๆ ปลายรากฟัน

- เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอกคัสสวิตซิคันส์ ไปเกาะและเจริญเติบโตบนลิ้นหัวใจ โดยจะพบเชื้อนี้ในฟันที่มีการติดเชื้อในคลองรากฟันและรอบ ๆ ปลายราก

- โรคตา มีหลักฐานยืนยันได้ว่าการอักเสบของตาจะหายไปเมื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อในช่องปาก

- โรคไต โรคไตบางชนิดเกิดจากการติดเชื้อในช่องปาก แต่เนื่องจากมีเพียงบางครั้งเท่านั้นที่ตรวจพบว่าเชื้อชนิดเดียวกับเชื้อที่พบเสมอในแหล่งติดเชื้อในช่องปาก จึงยังเป็นปัญหาทางวิชาการ

- โพรงอากาศอักเสบ โดยจะพบมากบริเวณโพรงอากาศที่โหนกแก้มเพราะอยู่ใกล้ซีกกันทำให้เชื้อในช่องปากสามารถกระจายไปได้ทำให้เกิดการอักเสบ

2) ผลกระทบต่อบุคลิกภาพและจิตใจ การที่ปัญหาสุขภาพในช่องปากจะมีผลต่อบุคลิกภาพและจิตใจ เช่น ทำให้มีกลิ่นปาก มีผลต่อการออกเสียงพูด และการเสริมใบหน้าที่สวยงาม ถ้าสูญเสียฟันไปอาจทำให้ใบหน้ามีลักษณะแถมคอบ ริมฝีปากย่น ออกเสียงไม่ชัดเจน บั่นทอนความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่น และยังเกิดความเจ็บปวดทรมาน รบกวนจิตใจ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย รับประทานอาหารไม่ได้

3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียเงินเป็นค่าบำบัดรักษา ซึ่งปัจจุบันมีราคาแพง นอกจากนั้นยังทำให้เด็กเสียเวลาในการเรียนหรือการประกอบอาชีพของผู้ปกครองรวมทั้งส่งผลเสียถึงเศรษฐกิจของประเทศด้วย

2.1.2 กระบวนการเกิดโรคฟันผุ

โรคฟันผุ หมายถึง โรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อแข็งของฟัน ซึ่งได้แก่ส่วนของฟันที่โผล่ขึ้นมาในช่องปาก โดยจะมีการทำลายเนื้อฟันส่วนนั้นให้สลายตัวเปื่อยยุ่ยเป็นรูหรือเป็นโพรงเกิดขึ้นการทำลายนี้จะเป็นการทำลายที่ถาวร และพบได้ทุกเพศทุกวัย ซึ่งโรคฟันผุเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันส่วนใหญ่ โดยธรรมชาติของการเกิดโรคเป็นขบวนการที่มี 4 องค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1) ฟันและลักษณะโครงสร้างของฟัน

ฟันที่ถูกสร้างขึ้นอย่างแข็งแรงสมบูรณ์จะมีลักษณะแข็งแรงเรียบ แต่ฟันที่ถูกสร้างขึ้นมาไม่สมบูรณ์จะมีลักษณะอ่อนนุ่ม ทำให้ไม่ทนทาน เกิดฟันผุได้ง่าย ลักษณะร่องและหลุมบนตัวฟัน โดยเฉพาะด้านบดเคี้ยวที่มีลักษณะลึกและแคบขรุขระ จะยิ่งเป็นที่เก็บกักเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดโรคฟันผุได้เร็วขึ้น และปริมาณของฟลูออไรด์ที่มีอยู่ในชั้นเคลือบฟัน ถ้ามีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบอยู่มากจะทำให้เกิดความต้านทานต่อการกรด และการละลายตัวได้มากขึ้น

2) อาหาร

โดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล ซึ่งมีลักษณะที่อ่อนและเหนียวติดฟันง่ายจึงเป็นอาหารอย่างดีที่เชื้อจุลินทรีย์ใช้ในการเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีรสหวานจัดจะยิ่งเพิ่มกรดไปทำลายเนื้อฟันมากขึ้น ความบ่อยครั้งในการบริโภค เช่น การอมลูกอมตลอดเวลา การรับประทานขนมขบเคี้ยวตลอดเวลา ฟันก็จะผุมากขึ้นและเร็วขึ้น

3) แผ่นคราบจุลินทรีย์

ภายหลังการรับประทานอาหารจะมีเศษอาหารละเอียด และสารจากน้ำลายเป็นเมือกใส ซึ่งในระยะแรกเห็นได้ไม่ชัดเจนมาเกาะติดรอบตัวฟันและบนร่องฟัน ต่อมาเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากบางชนิดก็มาอาศัยอยู่เป็นคราบ เรียกว่า แผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งจุลินทรีย์จะใช้อาหารจากคราบนี้ในการเจริญเติบโต ทำให้เกิดฟันผุ

4) เวลา

การเกิดโรคฟันผุจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่จะค่อยเป็นค่อยไป ถ้าปล่อยให้กรดสัมผัสฟันตลอดเวลาจะทำให้เกิดฟันผุได้มากและรวดเร็ว

โรคฟันผุจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบดังกล่าวครบ ถ้าขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะไม่เกิดโรคฟันผุ ซึ่งขบวนการเกิดโรคฟันผุเริ่มจากเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากจะย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่รับประทานเข้าไปเกิดเป็นกรด กรดนี้เมื่อสัมผัสฟันเป็นระยะเวลาหนึ่งจะทำให้แร่ธาตุในฟันละลายหายไปกลายเป็นโพรงหรือรูขึ้น ดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 กระบวนการของการเกิดโรคฟันผุ

ลักษณะการเกิดโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (18)

ระยะที่ 1 เริ่มจากการละลายของแร่ธาตุในชั้นเคลือบฟัน หรือผิวนอกสุดของตัวฟัน โคนกรดจะทำให้บริเวณที่ถูกทำลายมีลักษณะอ่อนนุ่ม และมีสีขาวขุ่นหรือสีน้ำตาล มีความแตกต่างชัดเจนกับผิวฟันปกติ ระยะนี้จะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือเสียวแต่อย่างใด

ระยะที่ 2 เป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 1 โดยสีขาวขุ่นของเคลือบฟันจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล สีดำชัดเจน และการผุจะขยายลุกลามไปในเนื้อฟัน ระยะนี้จะเห็นรูผุชัดเจนระยะนี้รู้สึกเสียวฟันเป็นบางครั้ง เมื่อรับประทานอาหารรสหวานจัด เย็นจัด เปรี้ยวจัด หรือเมื่อมีเศษอาหารตกค้างอยู่ในโพรงฟัน

ระยะที่ 3 เป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 2 รูผุจะขยายขอบเขตกว้างขวางและลึกขึ้นจนเป็นโพรงชัดเจน ถ้าปล่อยทิ้งไว้ต่อไปโดยไม่บำบัดหรือบูรณะซ่อมแซม การผุนี้จะลึกลงทะลุโพรงประสาทฟัน มีการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน ระยะนี้จะเกิดอาการปวดอย่างรุนแรงปวดตลอดเวลาหรือเมื่อเคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยมักไปพบทันตบุคลากรในระยะนี้ เพื่อรับการรักษา

ระยะที่ 4 ถ้าฟันผุไม่ได้รับการหยุดยั้งโดยการบูรณะซ่อมแซม การผุจะลุกลามมากยิ่งขึ้นเข้าไปในโพรงฟันทำลายเนื้อเยื่อในโพรงฟัน การรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกทำลายจึงไม่เจ็บปวด แต่ถ้าทิ้งไว้ไม่รักษาจะมีการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์และเกิดการติดเชื้อมากขึ้นทำให้ฟันจะโยก และในระยะนี้เชื้อโรคจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและระบบน้ำเหลืองของร่างกายได้ ซึ่งการรักษาในระยะนี้จะรักษารากฟัน ถ้ารักษารากฟันไม่ได้ ก็จำเป็นต้องถอน

2.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน แบ่งได้เป็นระดับดังนี้ (1)

2.1.3.1 ปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล

1) ตัวฟัน

ความผิดปกติของตัวฟัน เช่น เด็กที่มีฟันสร้างไม่สมบูรณ์ (Enamel hyperplasia) จะส่งเสริมให้เชื้อยีสต์เกาะบนตัวฟันได้ดี และเกิดการสะสมของอาหารทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

2) อาหาร

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก อาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ ได้แก่ นมและอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งอาหารชนิดนี้จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อสเตรปโตค็อกคัส มิวแทนส์ (Streptococcus mutans) อย่างรวดเร็ว

3) เชื้อจุลินทรีย์

เชื้อจุลินทรีย์เชื้อสเตรปโตค็อกคัส มิวแทนส์ (Streptococcus mutans) เป็นเชื้อจุลินทรีย์หลักที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเด็กที่มีปริมาณของเชือนี้สูงจะพบฟันผุสูงด้วย

4) การดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

การทำความสะอาดช่องปากเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็ก วิธีที่ใช้เพื่อทำความสะอาดฟันเด็ก คือ การแปรงฟัน โดยที่อายุเริ่มต้นที่แปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน และการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก

2.1.3.2 ปัจจัยระดับครอบครัว

1) ผู้เลี้ยงดูเด็ก

การที่เด็กอยู่ในการดูแลของแม่จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในการดูแลของญาติ แต่ปัจจุบันเนื่องจากพ่อแม่มีความจำเป็นต้องทำมาหากิน ทำให้เด็กอยู่ในการเลี้ยงดูของญาติมากขึ้น

2) พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก

2.1) พฤติกรรมการให้นม

พฤติกรรมการให้นมขึ้นอยู่กับชนิด และวิธีเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นม การที่เด็กดื่มนมเป็นเวลานานๆ การดื่มนมมื่อดึก และการใช้ขวดนมเป็นเครื่องมือกล่อมนอนหรือการหลับคาขวดนม เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ

2.2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและขนม

ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารของเด็กไม่ถูกต้อง และบางครั้งมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก

2.3) พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

การแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียนควรแปรงโดยผู้ปกครอง ถ้าเด็กแปรงฟันด้วยตนเองผู้ปกครองควรตรวจสอบความสะอาดของช่องปาก และแปรงซ้ำในตำแหน่งที่เด็กแปรงฟันไม่สะอาด

2.1.3.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

ปัญหาการย้ายถิ่นทำงานของพ่อแม่เป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก การที่แม่ต้องออกไปทำงานต่างหมู่บ้านแต่เช้า จำเป็นต้องฝากเด็กไว้กับญาติ จึงไม่ค่อยเข้มงวดในการแปรงฟัน และการทานขนมของเด็ก อาชีพและการศึกษาของแม่ มีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุของเด็ก (19) ซึ่งพื้นที่วิจัยในตำบลโคกสูง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว มีความสำคัญต่อการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เนื่องจากพ่อแม่เด็กเป็นวัยทำงานจึงจำเป็นต้องฝากเด็กไว้กับญาติ ซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดกิจกรรม และการเลือกใช้สื่อจึงต้องคำนึงถึงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ อายุ การประกอบอาชีพ และภาระของผู้ปกครองร่วมด้วย

2.1.3.4 ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารรวดเร็วขึ้น ทำให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อของโฆษณาและไม่รู้เท่าทัน ทำให้เกิดการเลือกใช้สินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคไปตามการโฆษณา เด็กๆ ตกเป็นทาสของขนมที่ประกอบด้วยสารปรุงแต่งกลิ่นและรสซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.1.4 หลักการป้องกันโรคฟันผุ

เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเนื้อฟันอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายให้กลับเป็นปกติได้ การรักษาเป็นเพียงการยับยั้ง และบูรณะไม่ให้ลุกลามมากขึ้นเท่านั้น การป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด โดยการป้องกันโรคฟันผุนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึ่งมีหลักการดังนี้ (17)

2.1.4.1 ตัวฟัน สามารถป้องกันได้ด้วยการเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับฟัน โดยการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่าง ๆ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การรักษาความสะอาดให้ตัวฟัน โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี เพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์

2.1.4.2 อาหาร อาหารหวานและเหนียวติดฟันง่าย จุลินทรีย์จะเข้ามาเกาะทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ดังนั้นการป้องกันก็คือ การหลีกเลี่ยงอาหารพวกนี้ หรือพยายามขจัดออกโดยการแปรงฟันที่ถูกวิธี

2.1.4.3 แผ่นคราบจุลินทรีย์ สามารถจัดออกได้โดยการแปรงฟันที่ถูกวิธี

2.1.4.4 เวลา สามารถป้องกันได้โดยลดความถี่ในการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ให้รับประทานอาหาร 3 มื้อ ให้เพียงพอเพื่อเวลาในการที่อาหารมาสัมผัสฟันน้อยลงและเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยลงด้วย

2.1.5 ลักษณะของอาหารที่มีผลต่อทันตสุขภาพ

ลักษณะของอาหารที่รับประทานจะมีผลกระทบ ซึ่งมีทั้งให้ประโยชน์และให้โทษต่อทันตสุขภาพ ดังนี้ (20)

2.1.5.1 รูปแบบของอาหาร อาหารที่ได้โดยตรงจากธรรมชาติ เช่น ข้าว ข้าวโพด อ้อย ผักและผลไม้ต่าง ๆ แป้งและน้ำตาล ในอาหารเหล่านี้จะอยู่ในลักษณะหยาบจึงติดฟันน้อยและมีความหวานหรือส่วนประกอบของน้ำตาลน้อยกว่าอาหารซึ่งได้จากการสกัดหรือสังเคราะห์จากโรงงาน โดยสกัดเอาความหยาบที่มีอยู่ในธรรมชาติออกหมด เช่น น้ำตาลทราย ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำหวาน ทอฟฟี่ อาหารในลักษณะหลังนี้จะติดฟันได้ง่าย และมีรสหวานมีส่วนประกอบของน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อฟันและเหงือกมากกว่าอาหารในลักษณะแรก

2.1.5.2 ความนิ่มของอาหาร อาหารที่มีลักษณะหยาบหรือเป็นเส้นใย เช่น ผักสด ผลไม้สด เช่น ฝรั่ง อ้อย มันแกว เป็นต้น จะไม่ติดค้างบนตัวฟันและยังลดการหมักหมมของเศษอาหารบนตัวฟัน เพราะอาหารหยาบเป็นเส้นใยนั้นจะเสียดกับตัวฟันเป็นการทำความสะอาดฟัน นอกจากนี้การเคี้ยวอาหารหยาบเป็นเส้นใยจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในช่องปากทำให้ฟัน เหงือก เนื้อเยื่อที่รองรับฟัน และกระดูกขากรรไกรมีการเจริญเติบโตและแข็งแรง สารอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มจะทำให้อาหารนั้นติดค้างอยู่บนตัวฟัน ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคช่องปาก และการเคี้ยวอาหารประเภทนี้ไม่ต้องออกแรงบดเคี้ยว ทำให้กระดูกบริเวณที่ล้อมรอบรากฟันได้ไม่เต็มที่เกิดการอ่อนแอและอาจสลับได้ ดังนั้นอาหารที่รับประทานจึงไม่ควรรับประทานอ่อนหรือเหลวแต่เพียงอย่างเดียว ควรมีโอกาสขบเคี้ยวอาหารหยาบหรือเป็นเส้นใยเช่นผลไม้ต่าง ๆ ด้วย

2.1.5.3 รสชาติของอาหาร อาหารที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวจัด หรืออาหารที่มีกรด เช่น น้ำอัดลมทำให้ฟันผุ เนื่องจาก พีเอชของน้ำอัดลมต่ำประมาณ 2.4-2.5 สามารถดึงแร่ธาตุออกจากเคลือบฟันได้

2.1.5.4 ระยะเวลาที่มีอาหาร การเกิดโรคฟันผุขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อาหารอยู่ในปากนานมากเพียงใด ยิ่งรับประทานอาหารบ่อยครั้ง การเกิดปฏิกิริยาทางเคมีของแบคทีเรียกับเศษอาหารที่ติดค้างอยู่ในช่องปากบ่อยครั้ง โอกาสเกิดโรคฟันผุจะมีมากขึ้นด้วย ดังนั้นการ

รับประทานอาหารควรเป็นเวลาจำกัดอยู่ในมื้ออาหารเท่านั้น ไม่ควรอมอาหารไว้ในปากนาน ๆ ไม่รับประทานอาหารพรีแพร์หรือรับประทานอาหารบด ๆ

ลักษณะของอาหารที่รับประทาน มีลักษณะซึ่งมีทั้งให้ประโยชน์และให้โทษต่อทันตสุขภาพ ดังนั้นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจให้ถูกต้อง เพื่อที่จะเลือกลักษณะของอาหารที่รับประทานที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพฟันของเด็ก

2.1.6 การทำความสะอาดในช่องปาก

การแปรงฟันต้องมีอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่เด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ (17, 19)

1) แปรงสีฟันสำหรับเด็ก

ลักษณะแปรงฟันที่เหมาะสมจะต้องมีอุปกรณ์การแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน แปรงสีฟันที่ใช้ควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม หน้ตัดเรียบ และความยาวของแปรงควรคลุมตัวฟันประมาณ 3 ซี่ แปรงสีฟันต้องเข้าไปทำความสะอาดฟันได้ทุกซี่ สามารถกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ทุกตำแหน่ง และไม่ทำอันตรายต่อเนื้ออ่อนในช่องปาก

2) ยาสีฟัน

ยาสีฟันที่ใช้ควรเป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก เพราะยาสีฟันสำหรับเด็กจะไม่มีสารระคายเคืองต่อปากของเด็ก และยังมีปริมาณของฟลูออไรด์ที่พอเหมาะกับเด็ก การใส่ยาสีฟันไม่ควรบีบใส่มากเกินไป ควรใส่ในปริมาณเพียงเล็กน้อย เพราะเด็กวัยนี้ยังบ้วนปากได้ไม่เต็มที่ที่ผู้ปกครองใส่ยาสีฟันมากเกินไปจะทำให้เด็กกลืนยาสีฟันเข้าไป ทำให้เด็กได้รับปริมาณของฟลูออไรด์มากเกินไป ทำให้เด็กเกิดฟันตกกระได้

3) แก้วน้ำสำหรับใส่น้ำบ้วนปาก

การแปรงฟันในเด็กวัยนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องแปรงในห้องน้ำ อาจใช้วิธีให้เด็กนอนกับพื้น สิริษะหนูนตักผู้ปกครอง เด็กวัยก่อนเรียนวิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมที่สุดคือ การแปรงฟันแบบสครับ (Scrub Technique) โดยการวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันและขยี้ขนแปรงไป-มาตามแนวราบ 5-10 ครั้งต่อฟันทุก ๆ 3 ซี่ แต่ในความจริงแล้วเด็กวัยนี้จะแปรงฟันตนเองไม่สะอาด เด็กมักใช้เวลาร้อยละ 75 ของการแปรงฟัน แปรงเฉพาะบริเวณด้านติดริมฝีปากของฟันหน้า ฟันบน ด้านบนคี่ซ้าย และฟันกรามล่าง และเด็กวัยนี้จะแปรงฟันเองโดยใช้เวลาไม่ถึง 60 วินาที เด็กวัยนี้ส่วนใหญ่ผู้ปกครอง หรือโรงเรียนจะสอนให้เด็กแปรงฟันโดยวางขนแปรงให้เอียงประมาณ 45 องศา ระหว่างคอฟันกับเหงือก และแปรงฟันโดยการปิดขนแปรงขึ้นบนส่วนด้านบนคี่ซ้ายให้แปรงถูไป - มา

เรียกวิธีการแปรงฟันลักษณะนี้ว่า วิธีโรล (Roll Technique) แต่จากหลักฐานทางการวิจัยหลายแห่งการศึกษาพบว่าในเด็กวัยก่อนเรียน วิธีสครับ (Scrub Technique) เป็นวิธีที่ได้ผลดีกว่าวิธีโรล (Roll - Technique) ไม่ว่าจะเป็นเด็กแปรงเองหรือผู้ปกครองแปรงให้ แต่อย่างไรก็ตามเด็กวัยก่อนเรียนผู้ปกครองควรเป็นผู้แปรงฟันให้เด็ก หรือถ้าเด็กอยากแปรงเอง หลังจากที่เด็กแปรงฟันเสร็จแล้วผู้ปกครองควรแปรงซ้ำอีกครั้ง

สำหรับการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียนมีขั้นตอนดังนี้ (16, 18)

1) แปรงด้านติดแก้ม

โดยให้เด็กกัดฟันไว้ มือด้านซ้ายของผู้ปกครองดันแก้มเด็กออกไปให้ฟันจากทิศที่แปรงจะกระแทกถูก แล้วเริ่มแปรงฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรบนด้านซ้าย เลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้าเรื่อยไปจนถึงฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรบนด้านขวา จากนั้นเลื่อนลงมาแปรงฟันด้านติดแก้มของขากรรไกรล่างที่อยู่ด้านซ้าย เลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้าจนไปถึงสิ้นสุดที่ฟันซี่หลังสุดของขากรรไกรล่างด้านขวา

2) แปรงฟันด้านติดลิ้น

ให้เด็กอ้าปากให้กว้าง ผู้ปกครองเริ่มแปรงจากฟันบนซี่ในสุดด้านติดลิ้นด้านซ้ายเลื่อนตำแหน่งแปรงไปยังฟันหน้า บริเวณนี้กรณีขยับขนแปรงในแนวนอนไม่สะดวก ให้วางขนแปรงในแนวตั้งฉาก แล้วปิดขนแปรงออกในทิศทางจากคอฟันไปยังปลายฟัน แปรงฟันไปยังฟันด้านบนติดลิ้นขวา จากนั้นเลื่อนแปรงลงมาแปรงด้านติดลิ้นของฟันล่างด้านซ้าย จนมาถึงฟันหน้าล่างก็ใช้วิธีเดียวกับฟันหน้าบนโดยปิดขนแปรงออกจากปากจากคอฟันไปยังปลายฟัน แล้วเลื่อนตำแหน่งแปรงไปแปรงบริเวณฟันในขากรรไกรล่างด้านขวา

3) แปรงด้านบดเคี้ยว

ให้เด็กอ้าปาก ผู้ปกครองเริ่มแปรงจากด้านบดเคี้ยวของฟันบนซี่ในสุดด้านซ้าย และด้านบดเคี้ยวด้านขวา โดยขยับขนแปรงในแนวนอนระยะสั้น ๆ และปฏิบัติเช่นเดียวกันในด้านบดเคี้ยวของฟันล่างทั้งด้านซ้ายและด้านขวา

4) แปรงลิ้น

ผู้ปกครองวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับลิ้น และปิดขนแปรงออกนอกปากเบา ๆ 2-3 ครั้ง และเมื่อแปรงฟันเสร็จแล้วให้บ้วนปากให้สะอาด ผู้ปกครองจึงให้เด็กอ้าปากตรวจดูความสะอาด

หลังแปรงฟัน ซึ่งการตรวจสถานะช่องปากของเด็ก ผู้ปกครองสามารถกระทำได้ด้วยตนเองทุกวัน และกระทำตามขั้นตอนดังนี้

- ใช้นิ้วมือแหวกกระพุ้งแก้มด้านซ้ายเฉียงขึ้นข้างบน เพื่อตรวจดูฟันบนด้านติดกระพุ้งแก้มข้างซ้าย
- ให้เด็กยืนฟัน ผู้ปกครองใช้นิ้วมือทั้ง 2 ข้าง ดึงริมฝีปากบนขึ้นให้ฟันขอบเหงือก เพื่อตรวจดูฟันบนด้านหน้า
- ใช้นิ้วมือแหวกกระพุ้งแก้มข้างขวาเฉียงขึ้นข้างบน เพื่อตรวจดูฟันบนด้านติดกระพุ้งแก้มขวา
- ใช้นิ้วมือแหวกกระพุ้งแก้มด้านซ้ายเฉียงลงล่าง เพื่อตรวจดูฟันล่าง ด้านติดกระพุ้งแก้มข้างซ้าย
- ให้เด็กยืนฟัน ผู้ปกครองใช้นิ้วมือทั้ง 2 ข้าง ดึงริมฝีปากล่างลงให้ฟันขอบเหงือก เพื่อตรวจดูฟันล่างให้ด้านหน้า
- ใช้นิ้วมือแหวกกระพุ้งแก้มด้านขวาเฉียงลงล่าง เพื่อตรวจดูฟันล่างด้านติดกระพุ้งแก้มข้างขวา
- ให้เด็กอ้าปาก ผู้ปกครองตรวจฟันบนด้านซ้าย ฟันบนหน้า และฟันบนข้างขวาด้านติดลิ้น
- ให้เด็กอ้าปาก ผู้ปกครองตรวจดูฟันล่างซ้าย ฟันหน้าล่าง และฟันล่างขวาด้านติดลิ้น
- ให้เด็กอ้าปาก ผู้ปกครองตรวจดูฟันด้านบดเคี้ยวบนข้างซ้าย และข้างขวา
- ให้เด็กอ้าปาก ผู้ปกครองตรวจดูฟันด้านบดเคี้ยวล่างข้างซ้าย และข้างขวา
- ให้เด็กแลบลิ้น ผู้ปกครองตรวจลิ้น

ในการตรวจสถานะช่องปาก นอกจากจะตรวจดูความสะอาดหลังแปรงฟันแล้วยังสามารถตรวจตรวจหาโรคฟันผุให้เด็กได้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการตรวจพบฟันผุระยะแรกก็สามารถที่จะรักษาได้ทัน ไม่ปล่อยให้ลุกลามจนต้องสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดเวลา ดังนั้นการตรวจสถานะช่องปากจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันฟันผุ เช่นเดียวกับการแปรงฟัน และการควบคุมการทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

2.1.7 การพาบุตรไปพบทันตแพทย์

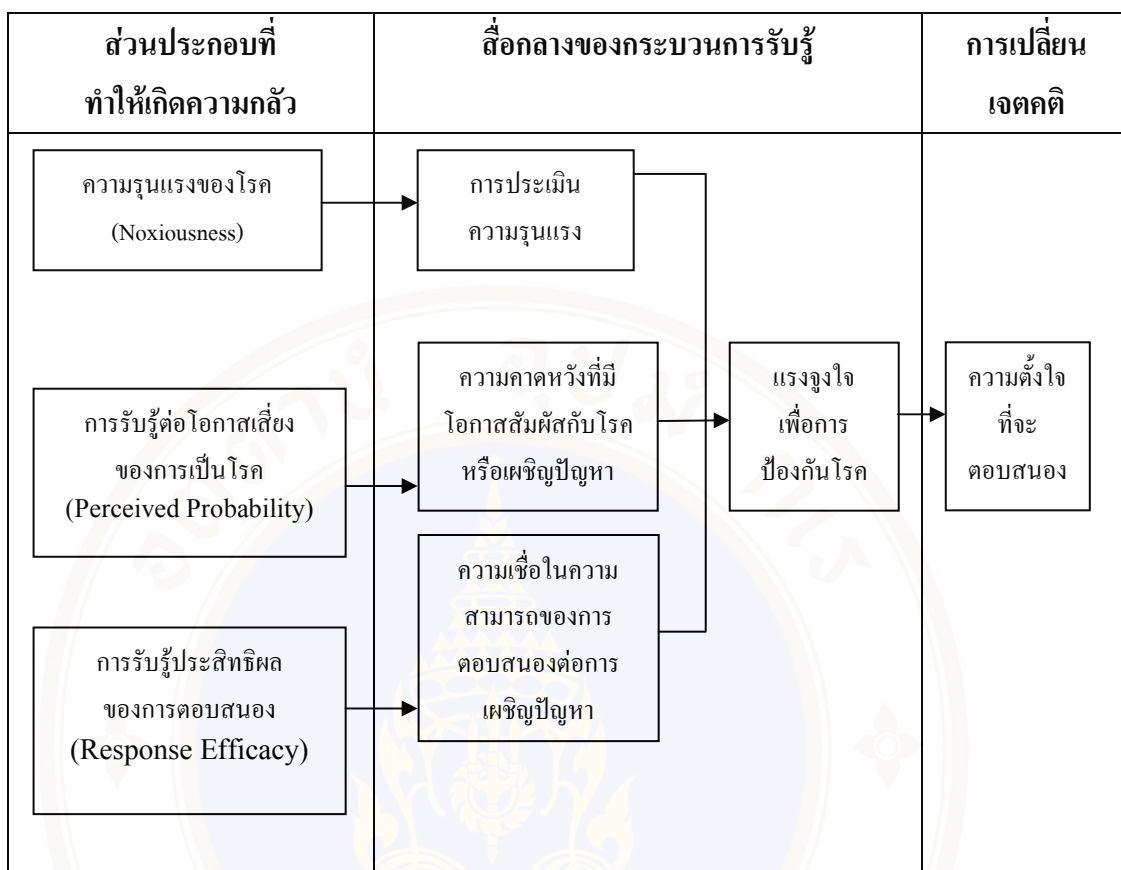
ควรพาบุตรไปพบทันตแพทย์ อย่างช้าเมื่อเด็กอายุ 6 เดือน หรือประมาณ 12 เดือน หรือเมื่อฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น และควรปฏิบัติเป็นประจำทุก 6 เดือน เพื่อเฝ้าระวังการเกิดฟันน้ำนมผุและ

ปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุหรือการเสียวของผู้ปกครอง อีกทั้งช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดี หรือมีการคุ้นเคยกับทันตแพทย์และเครื่องมือทำฟัน อันจะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาในอนาคต (20) ซึ่งในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีบริการตรวจฟันและรักษาทางทันตกรรมตามมาตรฐานสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือสถานอนามัย ซึ่งให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองในเขตพื้นที่ และใช้สิทธิอื่นๆ เช่นสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ของผู้ปกครองเด็ก หรือบัตรทองนอกเขตพื้นที่ ก็สามารถตรวจฟันได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่การรักษาต้องขึ้นอยู่กับสิทธิของเด็กและผู้ปกครอง ดังนั้นการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมที่ทางหน่วยงานสาธารณสุขจัดไว้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จึงเอื้อต่อการเข้าถึงบริการในระดับหนึ่ง

2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรก โดย Ronald W. Rogers (24) ในปี ค.ศ. 1975 หรือปี พ.ศ. 2518 มีวัตถุประสงค์ช่วยให้เกิดความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวให้ชัดเจน ต่อมาทฤษฎีนี้ได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ใหม่อีกครั้งในปี ค.ศ. 1983 หรือปี พ.ศ. 2526 โดยโรเจอร์ได้เสนอให้ทฤษฎีนี้เป็นมากกว่าการสื่อสารเพื่อโน้มน้าว ให้ความสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านกระบวนการทางความคิด ซึ่งรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ตามโมเดลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self - efficacy theory) เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม (21, 22, 23)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ โรเจอร์ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) (21) ดังแผนภาพที่ 2.2



แผนภาพที่ 2.2 รูปแบบดั้งเดิมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (24)

2.2.1 ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

การรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้ โดยใช้การขู่ว่า ถ้าการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะทำให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น (21)

2.2.3 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability)

การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละคนว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสร้ายต่อการเป็นโรคได้ (21)

2.2.4 การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

การนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและ/หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการที่บุคคลทราบถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ (21)

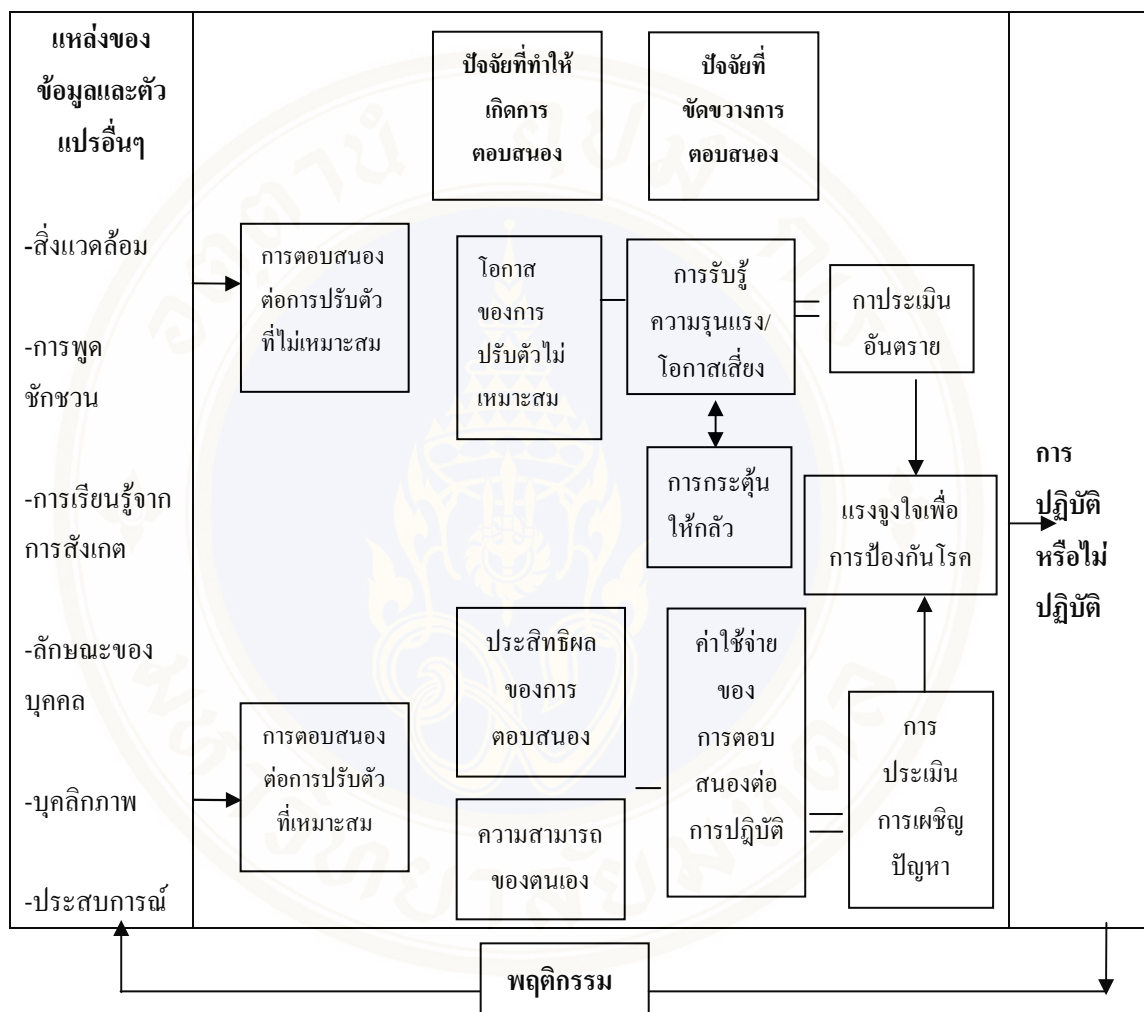
จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัว ทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งแมดดัคซ์ (Maddux) และ โรเจอร์ (Rogers) (22) ได้เพิ่มตัวแปร ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancy) ซึ่งมาจากทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (25)

ความคาดหวังความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง โดยสรุปการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ แตกต่างจากตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ และไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ (22)

วิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค โรเจอร์ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองและการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ (21) ได้แก่

- 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
- 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้ จากการสังเกตและลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ดังแผนภาพที่ 2.3



แผนภาพที่ 2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา (23)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และอาจเกิด

การปรับเปลี่ยนตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคลชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อทางศาสนาและความคิดฝันลมๆ แล้ง ๆ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) (21)

การประเมินการเผชิญปัญหา

การประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ และเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่อุปสรรคที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต ความไม่น่าชื่นชม ค่าใช้จ่าย ความสับสนยุ่งยาก และอาการแทรกซ้อน เป็นต้น (27)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะทำให้เกิดผลดีที่สุด เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ (21) ดังนี้

- 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
- 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว ตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
- 5) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
- 6) อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

การศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและเมื่อมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิธีการทางสุขศึกษา โดยมีหลักการจัดกิจกรรม 4 ประการ (24) ดังนี้

1) จัดกิจกรรมให้ผู้ปกครองเด็กประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) เมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไปนี้

1.1) เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก

1.2) การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาร่วมกันในกลุ่ม

1.3) การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

1.4) ฝึกให้ความสามารถให้กำลังใจตัวเองเป็นและช่วยตัวเองได้

2) จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่นักเรียนได้เห็นตัวอย่าง รูปแบบหรือตัวแบบที่สามารถมองเห็นหรือการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งมีปัญหาคล้ายกับตัวเอง อาจจะแสดงออกมาทางด้านลบ ทำให้มองเห็นผลเสีย หรืออาจจะแสดงออกมาทางด้านบวกที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจให้เกิดการตัดสินใจ ตั้งใจและใช้ความพยายามเพื่อมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3) จัดกิจกรรมพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นชักจูงใจให้นักเรียนเกิดการยอมรับ มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูล การอภิปราย การอบรม การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหากลุ่ม โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้บุคคลอ้างอิงพูดชักจูงใจ เป็นต้น

4) การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การรู้เร้าทางอารมณ์มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล

การกระตุ้นอารมณ์ให้แก่ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนอย่างเหมาะสม เช่น การให้เกิดความรู้ถึงความรุนแรงของโรคพื้น้ำนมและความเสี่ยงต่อการเกิดพื้น้ำนมของเด็กโดยกระตุ้นให้เกิดความกลัว จะมีผลต่อความตั้งใจและความพยายามที่จะป้องกันพื้น้ำนมให้แก่เด็ก และจำเป็นต้องใช้แนวทางการสื่อสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

2.2.5 การสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ (28) ได้แก่

1) การสื่อสารระยะแรก จะมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงหรือปัญหาสุขภาพและโอกาสที่บุคคลจะเกิดโรคนั้นๆ ในงานวิจัยนี้จะเน้นความรุนแรงของผลกระทบของการเกิดโรคพื้น น้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายไว้ในหัวข้อ 2.1.1 ความสำคัญของพื้น น้ำนม

- ลักษณะของสาร ต้องตรงกลุ่มเป้าหมาย ใช้ภาษารุนแรง โดเด่นชัด เจน

- การใช้สื่อหรือข้อมูลข่าวสารในลักษณะที่โน้มน้าวหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิด ความรู้สึกกลัว (Fear appeal) ต่อปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรงในรูปแบบต่างๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การรณรงค์จากป้ายภาพที่มีข้อความ รูปภาพที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับปานกลาง การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มเป้าหมาย

2) การสื่อสารระยะที่สอง จะมุ่งเน้นความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองหรือกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงโรคพื้น น้ำนมผุ

- ลักษณะของเนื้อหาของสื่อ จะอธิบายวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดและการแก้ไข แสดงให้เห็นตัวอย่างของการกระทำตามที่ประสบผลสำเร็จ

ข้อพึงระวังในการใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดความกลัว(28) ได้แก่

- เนื้อหาของสื่อ หรือข่าวสารจะต้องเป็นจริง

- ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะความเชื่อในอำนาจของบุคคล และประวัติในอดีตด้วย เช่น ถ้าผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเคยมีประสบการณ์ที่ล้มเหลวในการควบคุมตนเอง อาจทำให้ไม่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นได้

- การชักจูงหรือโน้มน้าวในลักษณะรุนแรง จะต้องมีการให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจน

- ผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร ควรศึกษาข้อมูลของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ก่อน เนื่องจากคุณภาพของข่าวสารที่กระตุ้นความกลัวจะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลได้รับรู้มาก่อนด้วย

2.2.6 การประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (28)
ดังตัวอย่างในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์ประกอบหลัก	คำจำกัดความ	การประยุกต์ใช้
1.การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่คิดว่าโรคนั้นมีความรุนแรง	-การใช้สื่อ/ข้อมูลข่าวสาร กระตุ้นโดยเป็นข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ เช่น “เป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ทำ จะเกิดอันตรายรุนแรง” -การให้ข้อมูลเป็นลักษณะ กระตุ้นปลุกเร้าให้เกิดความกลัว
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	การรับรู้ความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่คิดว่าตนเองสามารถที่เป็นโรคนั้นๆ ได้	-การสื่อสารโดยการชี้ที่คุกคามต่อสุขภาพของบุคคล การสื่อสารที่ชักจูง โน้มน้าวให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง
3.ความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงอันตราย	การรับรู้ หรือความเชื่อมั่นของบุคคล ว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้	-การให้ข้อมูลข่าวสาร แนวทางการปฏิบัติ -การให้ฝึกทำโดยเริ่มจากสิ่งที่สามารถทำได้ง่ายก่อน
4.ความคาดหวังในผลการตอบสนอง	การรับรู้ของบุคคลว่าถ้ากระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำแล้ว จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดผลดีต่อสุขภาพ	-การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้รับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติ -นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของปรับเปลี่ยนและลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ถึงแม้ว่าทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะใช้ในโรคที่ความรุนแรงมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องของโรคพื้นนํ้านมสุ ซึ่งอาจมีส่วนน้อยที่เกิดความรุนแรงหรือผลกระทบที่รวดเร็ว แต่จากศึกษาพบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อ

ตัวเอง ครอบครัว และสังคมได้ อีกทั้งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพในการป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการประยุกต์ทฤษฎีนี้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อไป

2.3 แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) คือ กระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อสุขภาพในด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์ของศาสตร์ด้านการสื่อสารในงานสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายรับรู้ สนใจ ตระหนัก เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ มีค่านิยมด้านสุขภาพ และจิตสำนึกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร (29)

การสื่อสารด้านสุขภาพศึกษา (Communication for Health Education) เป็นการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพด้านของการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารประการหนึ่ง คือเพื่อการสอนหรือให้การศึกษา การเรียนรู้ การจัดการความรู้ทั้งหมดที่ได้วางแผนเพื่อเป้าหมายให้เกิดการปฏิบัติที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์ของการสื่อสาร (29)

การสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Communication for Health Promotion) คือ กระบวนการสื่อสาร เพื่อโน้มน้าว ชักจูงใจ ส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการปกป้องสุขภาพจากการกระทำหรือปัจจัยที่เป็นภัย หรืออันตรายจากภายนอกร่างกาย (29)

กระบวนการสื่อสารมีรูปแบบจำลองกระบวนการสื่อสาร SMCR Model ของเดวิด เบร์โล (David K. Berlo) (29) ซึ่งเป็นผู้พิจารณากระบวนการสื่อสารในรายละเอียดของทุกองค์ประกอบของการสื่อสาร ในงานสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพจะใช้องค์ประกอบหลักของรูปแบบการสื่อสารเชิงเส้นตรง หรือ S-M-C-R-E-I ซึ่งเข้าใจง่ายและและมีช่วยในการวิเคราะห์ประสิทธิผล ปัญหาอุปสรรค ของการสื่อสารได้ค่อนข้างเด่นชัด โดยสามารถอธิบายแต่ละองค์ประกอบกระบวนการสื่อสารในการณรงค์ด้านสุขภาพ (29) ได้ดังนี้

1) **ผู้ส่งสาร (Source)** คือผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติ หรือผู้ปฏิบัติการณรงค์ด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น/ชุมชน องค์กรเอกชนหรือธุรกิจ ซึ่งมีฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย แต่มีสถานภาพ บทบาทและหน้าที่รับผิดชอบแตกต่างกัน

2) **เนื้อหาสาร (Message)** เป็นลำดับการกระทำหรือขั้นตอนที่ผู้ส่งสารได้สื่อสารผ่านสื่อหรือช่องทางไปยังผู้รับ โดยคาดหวังว่าเนื้อหาของสารนั้น จะสร้างกระบวนการเรียนรู้ ความเข้าใจ สร้างจิตสำนึก ทักษะคิด ค่านิยม ความเชื่อ เพื่อการสร้างเสริม ปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

3) **สื่อ (Channels)** คือช่องทางหรือกิจกรรมหรือรูปแบบหรือวิธีการในการสื่อสารเพื่อให้สารไปยังกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งองค์กรของรัฐจะนิยมท่อมสื่อ โดยใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับสร้างกระแสสังคม เพื่อสู่จุดหมายของการสร้างเสริม ปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งปรากฏผลการศึกษการใช้สื่อ ช่องทาง กิจกรรม รูปแบบ วิธีการและการสื่อสารสำหรับกลุ่มเป้าหมายของแต่ละองค์กร ดังนี้

3.1) องค์กรของรัฐ : กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป มีสื่อและกิจกรรมดังนี้

- สื่อมวลชน (หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ภาพยนตร์)
- สื่อสิ่งพิมพ์ (เอกสาร แผ่นพับ วารสาร จุลสาร หนังสือ คู่มือ)
- ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ ป้ายประกาศ โปสเตอร์ สติกเกอร์ แผ่นป้ายผ้า
- การจัดนิทรรศการ จัดมหกรรมระดับชาติทั่วประเทศ จัดงานพิเศษต่างๆ ในวาระพิเศษ การจัดแรลลี่ คลีน ฟู้ด กู๊ด เทส (Clean Food Good Taste)
- สื่อบุคคล (การสร้างนักรณรงค์ระดับชุมชน)
- สื่อเฉพาะกิจสนับสนุนการรณรงค์เฉพาะเรื่อง เช่น กระเป๋าสื่อ หมวกร่ม ผ้ากันเปื้อน และวัสดุตกแต่งอื่นๆ เช่น ธงญี่ปุ่น ลูกโป่ง บอลูน โลโก้ ป้ายมาตรฐาน
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ได้แก่ สไลด์มัลติมีเดีย วีดีโอ สปอตวิทยุ สปอตโทรทัศน์ การจัดทำมหกรรมรวมพลคนเสื้อเหลืองแดง มหกรรมรวมพลังอาหารปลอดภัย ฯลฯ

3.2) องค์กรธุรกิจ : กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป ลูกค้าในโรงงาน พ่อค้าแม่ค้า ผู้มาซื้อสินค้า ชาวชุมชนละแวกใกล้เคียง โดยมีสื่อและกิจกรรม ได้แก่ เสียงตามสาย การจัดทำวิทยุชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ การฝึกอบรมต่าง ๆ การเผยแพร่ข่าวสาร ภายในและภายนอกหน่วยงาน สื่อเฉพาะกิจต่าง ๆ โปสเตอร์ภายใน การจัดงานพิเศษ นิทรรศการ การจัดกิจกรรมตาม

เทศกาลสำคัญ และวันสำคัญต่าง ๆ สื่อบุคคล การจัดกิจกรรมวิชาการ อินทราเน็ต การร้องเรียน
กล่อมรับความคิดเห็น ฯลฯ

3.3) องค์การเอกชน : กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้บริจาค
บริษัทห้างร้าน นักเรียน ครู ผู้ปกครอง พื้นที่รณรงค์ ชุมชน/ชาวชุมชนเฉพาะแห่ง โดยมีสื่อและ
กิจกรรมดังนี้ หอกระจายข่าวสาร เสียงตามสาย สื่อบุคคลที่เกี่ยวกับโครงการ สื่อบุคคลบอกปาก
ต่อปาก สื่อสิ่งพิมพ์ จดหมายข่าว สารสัมพันธ์จดหมายเวียน ป้ายประกาศ แผ่นโปสเตอร์ สื่อมวลชน
ท้องถิ่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ การจัดงานพิเศษต่าง ๆ การจัดนิทรรศการเคลื่อนที่ การแสดง
การสาธิต ฯลฯ

3.4) ชุมชน : กลุ่มเป้าหมาย คือ ชาวชุมชน มีสื่อและกิจกรรม ได้แก่
สื่อบุคคลเป็นหลัก หอกระจายข่าว เสียงตามสาย แผ่นพับ ใบปลิว ป้ายประกาศในชุมชน สื่อมวลชน
ท้องถิ่น วิทยุชุมชน รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ การปั่นจักรยานรอบหมู่บ้าน เพื่อเป็นตัวอย่างการ
ออกกำลังกาย ฯลฯ

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่สื่อที่ใช้คือสื่อมวลชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และ จิตสำนึก
หรือสร้างภาพลักษณ์ของหน่วยงานเพื่อการตลาด ยกเว้นการรณรงค์ของชุมชน ที่เน้นสื่อบุคคลเป็น
ผู้สื่อสารสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการสาธิตหรือปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่เห็นได้จริง เพื่อให้
ชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวิถีชีวิตประจำวัน

4) ผู้รับสาร (Receiver) คือกลุ่มเป้าหมายรณรงค์ มีทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก
กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป สำหรับรูปแบบวิธีการสื่อสารในการรณรงค์ด้านสุขภาพของ
องค์กรภาครัฐ เป็นวิธีการที่เป็นทางการสลับซับซ้อน เป็นการสั่งการจากบนลงล่าง โดยขาดการมี
ส่วนร่วมในการสื่อสารจากระดับปฏิบัติการ (ส่วนภูมิภาค) และระดับชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงาน
แต่ละที่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบส่วนภูมิภาค รายละเอียด
จากกลุ่มตัวอย่างภาครัฐเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการ และการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพภาครัฐ
ในการดำเนินงานรณรงค์ดังนี้ คือ

4.1) การสร้างเครือข่ายการรณรงค์ให้เกิดขึ้นในพื้นที่หรือในระดับชุมชน
ด้วยวิธีการส่งเสริมสนับสนุน ความรู้ ทักษะในการวางแผน และแนวทางการจัดกิจกรรมการรณรงค์
สื่อสารให้แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เป็นผู้ริเริ่มโครงการเองให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีแนวคิดการ
รณรงค์ มีความสามารถในการค้นหาปัญหา รายงาน และดำเนินการสื่อสาร โดยใช้สื่อที่มีอยู่ในการ
แก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชนของตนเอง โดยภาครัฐทำการถ่ายทอดแนวคิดให้กับ

กลุ่มผู้นำ หรือผู้มีบทบาทในการสื่อสารทั้งตัวบุคคล และเป็นกลุ่มหรือชมรมให้มียุทธศาสตร์ความรู้ทางด้านสุขภาพ และมีกิจกรรมทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4.2) การสร้างแรงจูงใจ ด้วยการให้รางวัลแก่กลุ่มที่มีผลงาน และการพัฒนาที่ดีเด่น จากการประกวด หรือแข่งขันซึ่งรางวัลอาจจะเป็นของที่ระลึก เงินรางวัลหรือประกาศนียบัตรต่าง ๆ ที่จะได้รับจากผู้บริหารระดับสูง และมีการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบถึงผลงานการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้แก่กลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการพัฒนางานของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

4.3) การสร้างความร่วมมือกับกลุ่มพันธมิตร ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของการรณรงค์เป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยมีการประสานงานและเข้าประชุมร่วมกันในการกำหนดโครงการวางแผนการดำเนินงาน และรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการรณรงค์ หน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้จัดทำโครงการเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน และประสานงานไปสู่หน่วยงานส่วนภูมิภาคของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค ได้ดำเนินงานในระดับพื้นที่ หน่วยงานส่วนภูมิภาคแต่ละหน่วยที่เป็นกลุ่มพันธมิตรในการดำเนินงาน กิจกรรมรณรงค์ตามโครงการต่อไป

4.4) การส่งเสริมศักยภาพของชุมชน มุ่งเน้นให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าของ ให้ประชาชนและองค์กรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการรณรงค์ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

4.5) การสร้างกระแสสังคมด้วยการจัดกิจกรรมระดับชาติ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตื่นตัว และรับรู้ถึงการจัดกิจกรรม ดังเช่นการจัดมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ หรือการเดินแอโรบิกที่ท้องสนามหลวง เป็นการสร้างกระแสให้ประชาชนมาร่วมกันออกกำลังกายเพื่อสุขภาพซึ่งจะทำให้ประชาชนจำนวนมากมีการรับรู้ และเกิดการตื่นตัว

4.6) การประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนและสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบเนื้อหาของการรณรงค์ ซึ่งจะมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ และเข้ามามีส่วนร่วมกับการรณรงค์ในทุกโครงการ

เพื่อการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปตามวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายของการรณรงค์ภาครัฐ แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ ให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ดีขึ้น

2) กลุ่มที่เป็นแนวร่วม หรือเครือข่ายการณรงค์เพื่อให้เกิดการจัดกิจกรรมในพื้นที่ด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นการสร้างนักรณรงค์ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยให้บุคคลในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทางสุขภาพ แก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดำเนินงาน หรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เครือข่าย

1) ผลของการสื่อสาร (Effect) อาจเกิดขึ้นในรูปของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งได้จากการศึกษากลุ่มเป้าหมายในการณรงค์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น สทนากลุ่มในพื้นที่การดำเนินงานของโครงการ

2) ผลกระทบ (Impact) ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้นภายหลังการจัดโครงการ ที่ผู้รับสารได้รับสารที่ก่อให้เกิดการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก หรือเกิดการปฏิบัติตนอย่างใด อย่างหนึ่งแล้ว การเปลี่ยนแปลงความรู้ ความคิด และพฤติกรรมดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในเชิงบวกหรือลบต่อกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และสังคมก็ได้ ซึ่งการดำเนินงานรณรงค์ส่วนใหญ่จะมีผลกระทบในเชิงบวก หากต่างฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และกระทำในสิ่งที่สร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ส่วนผลกระทบในเชิงลบหรือโทษที่อาจเกิดขึ้นตามมา ยังไม่เห็นผลชัดเจนในระยะเวลาที่เพิ่งเริ่มดำเนินงาน หรือยังไม่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายอาจจะมองข้าม ไม่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น หากมีผลในเชิงบวกมากกว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการสื่อสารรณรงค์ด้านสุขภาพ (29) ได้แก่

- 1) ผู้นำโครงการที่รับผิดชอบ มีอุดมการณ์ และจิตสาธารณะ
- 2) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ/เอกชน/ธุรกิจ/ท้องถิ่น/ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) งบประมาณจากรัฐ เอกชน ธุรกิจหรือชุมชน
- 4) การมีส่วนร่วมและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
- 5) การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย
- 6) การสร้างสุขภาพองค์กร
- 7) ความต่อเนื่อง และการดำเนินงานครบวงจร
- 8) ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
- 9) การสื่อสารสองทาง
- 10) พลังของความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 การวิจัยด้านทัศนสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

2.4.1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เมื่อนำกรอบแนวคิดของ PRECEDE Framework มาพิจารณาพฤติกรรม การป้องกันฟันผุของผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน พบว่ามีปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ที่มีผลต่อการป้องกันเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ดังนี้

1) ปัจจัยนำของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก

กฤษฎา วุฒิสินธ์ (13) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านทัศนสุขภาพของครอบครัวและการเกิดสถานะโรคฟันน้ำนมผุในเด็กวัยก่อนเรียนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลด้านทัศนสุขภาพของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านทัศนสุขภาพ การเข้าถึงบริการและการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทัศนสุขภาพจากชุมชน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองด้านทัศนสุขภาพของครอบครัวในเชิงบวกได้ร้อยละ 28.0 สอดคล้องกับไกรสิทธิ์ ดันติสิรินทร์ และคณะบรรณาธิการ (14) รายงานสรุปผลการวิจัยโครงการแม่บทและโครงการย่อยภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย พบว่าปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวข้องกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทัศนสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก

2) ปัจจัยนำของครูพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

พันทิwa ศรีสุกุลและวิลาวัลย์ วีระอาชากุล (30) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลทัศนสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลเด็กและพี่เลี้ยง ที่มีต่อเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2542 พบว่าผู้ดูแลเด็กและครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่มีความรู้ทางทัศนสุขภาพดีพอสมควร โดยพบว่า กลุ่มที่เคยได้รับการอบรมมีความรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้านทัศนคติส่วนใหญ่ก่อนเข้าดี พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับการอบรมมีทัศนคติที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับทัศนสุขภาพในห้องเรียนรูปแบบส่วนใหญ่คือ การสอนร้องเพลงเกี่ยวกับฟัน และการสอนแปรงฟัน พบว่าการเล่านิทานเกี่ยวกับฟัน การให้ความรู้โดยใช้สื่อ และการเล่นเกมเกี่ยวกับฟัน กลุ่มที่เคยได้รับการอบรมมีการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมการให้ฟลูออไรด์และการตรวจช่องปากเด็ก พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับการอบรมปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การอบรมมีผลต่อพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและครูพี่เลี้ยง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสุนีย์ พลภาณุมาศ และพรทิพย์ เข็มมณ (31) ในการศึกษาความรู้และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครนายก ในปี พ.ศ. 2550 ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมแตกต่างกันมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีส่วนที่สอดคล้องกับการศึกษาของพันทิwa ศรีสกุลและวิลาวลัย วีระอาชากุล (30) ที่พบว่าความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ระดับปานกลาง ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน และยังพบเพิ่มเติมว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระยะเวลาทำงานแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน

Schroth Robert J, et. al. (32) ดำรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุไม่เกิน 6 ขวบ ในประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 2007 โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากชุมชนมานิโทบา (Manitoba) 4 แห่ง พบว่าเด็กที่มีฟันผุมีความเป็นไปได้มากที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กที่ไม่เห็นด้วยในเรื่องความสำคัญของฟันน้ำนม แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p > 0.05$) พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กของเด็กฟันผุ เห็นด้วยว่าฟันน้ำนมไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ถึงร้อยละ 78.3 ซึ่งเปรียบเทียบกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กที่เด็กไม่มีฟันผุ เห็นด้วยว่าฟันน้ำนมไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เพียงร้อยละ 21.7 แสดงให้เห็นว่า ความรู้และเจตคติเรื่องความสำคัญของฟันน้ำนมมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็ก ($p < 0.05$) และพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กที่มีลูกฟันผุมีความสัมพันธ์กับความไม่เห็นด้วยในเรื่องต่างๆ คือ การเลิกดูดขวดนมของเด็ก ($p < 0.05$) การให้เด็กทารนอนกินนมแม่ ($p < 0.05$) ดังนั้นความรู้และเจตคติของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับทั้งการเกิดฟันผุในเด็กและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ซึ่งการค้นพบนี้ ช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

3) ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก

นิมิต เตชะวีรกุล (11) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครอง ในอำเภอสาร์กิ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กเล็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 27.3 ค่าเฉลี่ย DMF 0.89 ซึ่ง/คน การดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในเรื่องการทำความสะอาดเหงือกและฟันให้เด็กการให้นม อาหาร ขนม แก่เด็ก และการตรวจฟันอยู่ในระดับพอใช้ส่วนการพาเด็กไปพบทันตแพทย์อยู่ในระดับไม่ดี การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน การได้รับสนับสนุนทางสังคมและการได้รับแจกแปรงสีฟัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กเล็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา วุฒิสิลปี (13) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ทันตสุขภาพจากชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลด้านทันตสุขภาพของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับปานทิพย์ เจริญวัฒนกก และฉวีวรรณ บุญเรศ (12) ในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์เด็กเล็กธนากร ตำบลช่อแล อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคขนมของเด็ก นอกจากผู้ปกครองแล้วยังมีเพื่อนและการโฆษณาผ่านทางโทรทัศน์

4) ปัจจัยอื่น

สุรางค์ เชษฐพจนท์ และคณะ (33) ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปี พ.ศ. 2550 พบว่าการแปรงฟันในศูนย์ฯ มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารทุกวัน ร้อยละ 89.8 มีการเก็บแปรงสีฟันของเด็กแยกเป็นรายบุคคล ร้อยละ 84.8 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 92.5 ผู้ดูแลเด็กบิบบยาสีฟันให้เด็กเท่าเม็ดลิ้นจี่เขียว ร้อยละ 59.7 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็ก และการดูแลเรื่องอาหารว่างของเด็กยังไม่ได้เท่าที่ควร โดยมีการเปลี่ยนแปรงสีฟันเทอมละครึ่ง ร้อยละ 38.8 เปลี่ยนปีละครึ่ง 30.5 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนใหญ่มีเด็กนำอาหารว่างที่เสี่ยงต่อฟันผุมารับประทาน คือ ขนม นมรสหวาน หรือนมรสเปรี้ยวและนมขวด เป็นร้อยละ 73.5, 74.2 และ 86.6 ตามลำดับ

จิระภา นิมสุข (34) ศึกษาศักยภาพของชุมชนในด้านทันตสาธารณสุข พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพของชุมชนในด้านทันตสาธารณสุขรวมอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.3 ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของชุมชนในด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การรับการสนับสนุนจากภายนอกด้านวัสดุ อุปกรณ์ และการบริการรักษาทางสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในงานพัฒนาของสมาชิกในชุมชน ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุขอายุของชุมชนและภาวะผู้นำของผู้ผู้นำในชุมชน และปัญหาอุปสรรคของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพด้านทันตสาธารณสุข คือ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมาแนะนำความรู้ทางทันตสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางทันตสาธารณสุข การขาดสื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ทางทันตสาธารณสุขและการขาดความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการจัดการกลุ่มกองทุนทางทันตสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา วุฒิสิลปี (13) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการและการได้รับการสนับสนุนข้อมูล

ข่าวสารทันตสุขภาพจากชุมชน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพของครอบครัวในเชิงบวกได้ ร้อยละ 28.0

5) ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

อนันตยา พลศักดิ์ และคณะ (35) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาล ไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กในและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และพฤติกรรมกรดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กในและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตที่เหมือนกันคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปาก ($p < 0.001$) และที่แตกต่างกันคือพฤติกรรมกรดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ความถี่ของการบริโภคขนม ($p < 0.01$) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กทั้งในและนอกเขตเทศบาล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้เด็กตั้งแต่ยังเล็ก และควบคุมการบริโภคขนมให้เด็กร่วมด้วย

Shang Xiao-hong, et al. (36) ศึกษาความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 2 – 6 ปี และความสัมพันธ์กับการป้องกันและกลยุทธ์การรักษา ในเมืองหางซี (Shanghe) ของจังหวัดซานตง (Shandong) ประเทศจีน ในปี ค.ศ. 2006 พบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กระหว่างเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) แต่ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน ($p < 0.01$) เมื่ออายุเด็กมากขึ้น เด็กมีฟันผุมากขึ้น โดยเขตมณฑลกำกับของรัฐจะมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนมากกว่าในเขตเมืองและชนบท และศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล ทั้ง 3 ประเภท มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ($p < 0.05$) และแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุของเขตเมืองจะสูงกว่าเขตชนบท ซึ่งการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าความชุกของโรคฟันผุ แปรผันตามการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตของผู้คน และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ในพื้นที่ชนบทควรให้ความสำคัญมาก โดยเมืองหางซี (Shanghe) เป็นเมืองที่ห่างไกลความเจริญ มีความชุกของโรคฟันผุในเด็กค่อนข้างสูง ขณะที่การได้รับการอุดฟันมีค่อนข้างน้อย เพื่อลดอัตราฟันผุและเพิ่มอัตราการได้รับการอุดฟัน และบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพของเด็ก การป้องกันจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ซึ่งสัมพันธ์กับการลงทุนและความพยายาม ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือรัฐบาลควรสนับสนุนงานด้านสุขศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งตรวจสอบศูนย์เด็กเล็กอย่างละเอียด

2.4.1.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

มาลี วันทนาศิริ (37) ศึกษาการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็กใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง และดำเนินการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องระหว่างดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การประชุม/อบรม การศึกษาดูงาน และเยี่ยมชมตามการรณรงค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง โดยทันตบุคลากรของโรงพยาบาลลำลูกกา เพื่อเก็บข้อมูล รวมถึงความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็ก กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของเด็กเล็ก แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคของเด็กเล็ก และนำเสนอผลการสำรวจแจ้งแก่ผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ส่วนการศึกษาขององค์กรบริหาร ส่วนตำบลลำไทร ครูเด็กเล็ก ผู้บริหารโรงเรียน ครูอาหารกลางวัน แม่ครัวและแม่ค้าของโรงเรียน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การพัฒนามี 2 รูปแบบ คือ การศึกษาดูงานพัฒนาเด็กเล็กที่มีประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของเด็ก ร่วมกับการอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่มีผลต่อโรคฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองแห่ง

กิจกรรมรณรงค์มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ

1) การรณรงค์ให้ความรู้โดยใช้กิจกรรมที่เด็กเล็กชอบ สนใจ เรียนรู้ง่าย ส่วนใหญ่สื่อสารด้วยนิทานซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การเล่านิทานประกอบภาพ นิทานหุ่นมือ แสดงละคร เป็นต้น

2) เน้นหาความรู้ที่ให้ง่ายในกิจกรรมแต่ละครั้ง ระบุกิจกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน กะทัดรัด และจำได้ง่าย การสื่อสารใช้เทคนิคที่น่าสนใจ และชักชวนให้เด็กพูดประโยคนั้นซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง เพื่อย้ำให้เด็กจำและเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ หรือสื่อสารด้วยการใช้ของจริงในขณะที่ทำกิจกรรม เช่น รณรงค์การดื่มนมจืดก็จะมีกิจกรรมให้ดื่มนมจืด การรณรงค์กินผักผลไม้ควรมีผลไม้มาให้เด็กกินจริง เป็นต้น

ผลการศึกษาพบว่าเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เรื่องการบริโภคของครู ผู้ปกครอง แม่ครัวและเด็กเล็ก พบว่าครูเอาใจใส่เรื่องอาหารและสุขภาพของตนเองและของเด็กมากขึ้น ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมบริโภคของเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบล ลำไทรยอมรับนโยบายศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปลอดภัย อุดม ขนมอบกรอบ และสนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันเพิ่มขึ้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดอาหารกลางวันที่มีผักผลไม้ทุกวัน ดูแลให้ เด็กเล็กกิน ผักผลไม้ให้มากขึ้นและกินขนมกรอบกรอบน้อยลง เด็กเล็กปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น คือ เด็กที่ดื่มนมจืดทุกวันเพิ่มจากร้อยละ 47.9 เป็นร้อยละ 88.5 ไม่ดื่มน้ำอัดลม เพิ่มจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 63.5 และกินผลไม้บ่อย (3-4 วัน/สัปดาห์) เพิ่มจากร้อยละ 10.4 เป็น ร้อยละ 59.4 และยังสื่อสารนโยบายนี้ไปสู่ผู้ปกครองด้วยโดยเล่ากิจกรรมที่โรงเรียนให้ผู้ปกครองฟัง แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครองโดยตรงและไม่มีกระบวนการหรือช่องทางให้ผู้ปกครองรณรงค์งานวิจัยนี้ได้เสนอแนะให้กำหนดแนวทางให้ผู้ปกครองเข้าร่วมปรับพฤติกรรมเข้าร่วมของเด็กเล็กเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคของเด็กส่วนหนึ่งอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีงานวิจัยที่เน้นจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนอยู่หลายเรื่องดังนี้

สุธรรม เขี่ยมสวัสดิ์ (38) ศึกษาการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน อำเภอ สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้องค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย

1) การบริหารจัดการ ได้แก่ กิจกรรมประชุมร่วมกับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำเสนอ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาด้านทันตสุขภาพ ร่วมกันวางแผนกำหนดนโยบาย แนวทางแก้ไข

2) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียม อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการแปรงฟัน สถานที่สำหรับแปรงฟัน ไม่ให้มีขนมหวานขายในโรงเรียน

3) ความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน โรงเรียนและชุมชน ได้แก่ ประชุมชี้แจงผู้ปกครอง การจัดอภิปรายกลุ่ม การสาธิต สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีโอด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง กำหนดบทบาทครู ผู้ปกครอง นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 จูงใจกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง

4) การพัฒนาหลักสูตรด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ ใช้แผนการสอนด้านทันตสุขภาพ โดยการใช้ละครหุ่นมือ การฝึกเด็กแปรงฟัน คู่มือการดูแลฟันน้ำนมเด็ก

5) บริการของโรงเรียนด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและบันทึกสภาวะทันตสุขภาพโดยครูทุกสัปดาห์ จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมในการตรวจและรักษาโรคในช่องปาก

การทดลองมีระยะเวลา 9 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลอง พบว่าผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรม การแปรงฟันดีขึ้น การรับประทานขนมหวาน และ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (39) ในการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็ก-วัยก่อนเรียนของมารดาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy) โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรมใน 3 สัปดาห์แรกเป็นการบรรยายให้ความรู้ มีสไลด์ประกอบการอภิปรายกลุ่ม และการใช้มุมกิจกรรมทันตสุขภาพ รวมทั้งสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นในทักษะการตรวจฟันและแปรงฟันให้เด็ก การใช้วาจาชักจูงและสัปดาห์ที่ 4-7 เป็นการใช้สมุดบันทึกทันตสุขภาพและแผ่นพับ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น พบว่าหลังการทดลองมารดา กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลที่เกิดขึ้น และ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของปริมาณ เคนรีส์ บนตัวฟันบุตร ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ โภคสุวรรณ (18) ในการศึกษาการประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนต่อพฤติกรรมมารดา ในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์แรกและการกระตุ้นเตือนโดยใช้แบบบันทึกการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนทุกสัปดาห์ 4 สัปดาห์ ซึ่งให้ครูประจำชั้นเป็นผู้มอบให้แก่มารดา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การแปรงฟันให้บุตร อย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี การตรวจฟันให้บุตรอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี และการฝึกบุตรเกี่ยวกับ รับประทานอาหารเพื่อป้องกัน โรคฟันผุถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และถูกต้องมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมสุขภาพในงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องเน้นให้เกิดประสบการณ์เรียนรู้ในมารดาหรือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จึงสามารถนำมาประยุกต์ในส่วนของแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับ องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคที่ผู้วิจัยสนใจ

สุรัตน์ มงคลชัยอริญาและคณะ (40) ศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กเล็กด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน 6 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2549 สามารถอธิบายผลการศึกษาเป็น 4 ประเด็นได้แก่

1) กระบวนการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

การอบรมบุคลากรไม่สามารถทำให้เกิดการทำงานกับชุมชนได้และที่สำคัญคือวิธีคิดหรือกระบวนการที่เปลี่ยนไม่ได้แต่พบว่า การเรียนรู้ผ่านการทำงานจริง โดยมีพี่เลี้ยงช่วยสนับสนุนในการดำเนินงาน ช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมอง วิธีคิด รวมไปถึงมีทักษะ และวิธีการทำงานได้มากกว่า

2) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชน

ทุกพื้นที่ใช้กลไกเดิมที่มีอยู่คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำ และพบว่ากลุ่มเป้าหมายหลัก เป็นผู้เลี้ยงดูหรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิดเด็กที่สุด โดยมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ เช่น ร้านค้า ผู้นำชุมชนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ร่วมคิดและแก้ปัญหา

3) ผลจากโครงการหรือกิจกรรมในชุมชน

ชุมชนทำได้เพียงแค่กระตุ้นให้การสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีเลี้ยงดูของพ่อแม่ ผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นย่า ยาย ซึ่งมีทัศนคติว่า เด็กมีฟันผุไม่เป็นไรเพราะเป็นฟันน้ำนม ส่วนปัญหาเด็กทานขนมกรุบกรอบ เกี่ยวเนื่องกับการให้คุณค่าของผู้ปกครองในการรักษาสุขภาพทางสังคม ต้องเข้าใจการแสดงออกของบุคคล

4) รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน

รูปแบบการดำเนินงานทั้ง 6 จังหวัด ไม่มีรูปแบบกลางที่ตายตัวแต่ขึ้นกับการเรียนรู้ทำความเข้าใจบริบทของชุมชนให้ชัดเจน เจ้าหน้าที่เสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และหาเจ้าภาพผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากที่สุด

อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และระวีวรรณ ปัญญางาม (41) ศึกษาการใช้กระบวนการทัศนในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน บ้านสันทราย หมู่ที่ 1 ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ดำเนินโครงการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของโรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลเด็ก 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 คน ผู้ปกครองเด็กเล็ก

36 คน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ร่วมกับกระบวนการสุนทรียสนทนา และสรุปความคิดกลุ่มด้วยแผนที่ความคิด (Mind map) มีการประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าชุมชนตัดสินใจที่จะร่วมกันแก้ปัญหาเด็กเล็กเกี่ยวกับการพัฒนาทางอารมณ์ พฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมการแปร่งฟัน น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และพฤติกรรมการกินขนมของ โดยกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเป็นนโยบาย หลังจากร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้รับผิดชอบดำเนินการและประเมินผล 6 เดือน และประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหลังจากดำเนินการแล้วหนึ่งปี ซึ่งพบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ผลการปฏิบัติงาน ในการแก้ปัญหาสูงขึ้น โดยประเด็นการแก้ไขพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งกระบวนการที่ดำเนินการพัฒนาแบบชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดำเนินการตามหลักพัฒนาคน สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด (42) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังจากผ่านกระบวนการประชุม 3 ครั้ง ชุมชนเกิดความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพชุมชน ก่อให้เกิดกลุ่มกิจกรรมทั้งเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น กลุ่มอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พิน) และกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ส่วนปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมและดำเนินการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง คือ การมีแกนนำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ วัดและโรงเรียน การมีเวทีพบปะแสดงความคิดเห็นสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการขยาย การดำเนินกิจกรรม ไปสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เทศบาลรับผิดชอบอีก 1 ศูนย์ ซึ่งได้มีการจัดสรรงบประมาณ การส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับกิจกรรมตรวจฟันเด็ก ทาฟลูออไรด์วานิช ปีละ 3 ครั้ง ประชุมผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้ปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับศิริพรรณ เลขะวิวัฒน์ (43) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อ ลดการกินนมขวด ขนมหก ขนมหอม และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟัน ในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลวังหงส์ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ พบว่าหลังกระบวนการ A-I-C ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้เด็กทานนมขวด และขนมหก ขนมหอม โดยพบว่า กลุ่มศึกษามีการเลิกนมขนม ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมเลิกนมขวด ร้อยละ 48.3 ($p < 0.001$) และกลุ่มศึกษามีการกินขนมลดลง และมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ทุกวันทุกคน ร้อยละ 100 ($p < 0.001$) กับการศึกษาของพรรณิ ผานิดานันท์ (44) ที่ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และการดำเนินงานด้วยกระบวนการ A-I-C ทำให้เกิดเครือข่ายทั้ง 4 แห่งที่ศึกษา เครือข่ายสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพพื้นฐาน ทำให้

เด็กกลุ่มเป้าหมายมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ แปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.5 เป็น 63.5 รับประทาน ขนมกรุบกรอบจากร้อยละ 93 เป็น 84 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานจากร้อยละ 75 เป็น 64 โรงเรียนลงทุนด้านสถานที่แปรงฟัน และ สนับสนุนการดื่มนมจืด อุปกรณ์การแปรงฟัน การจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และพบว่า ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดเครือข่ายและทำงานร่วมกันได้จาก

- 1) การมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ร่วมกันของทุกฝ่าย
- 2) การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อธิบายปัญหาและสาเหตุ
- 3) การมีส่วนร่วมในแนวราบ
- 4) กลุ่มมีความรู้สึกเป็นเจ้าของมีการบริหารดำเนินงาน
- 5) มีองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาหรือกลุ่มเป้าหมาย
- 6) การสื่อสารมีประสิทธิภาพ
- 7) ทีมมีที่ปรึกษาด้านวิชาการจากสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

จากการวิจัยทั้ง 4 เรื่องที่ใช้กระบวนการ A-I-C บ่งบอกได้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในระยะสั้น ไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาในระยะเวลาที่นานพอที่จะสรุปได้ว่ากระบวนการนี้จะทำให้เกิดความยั่งยืนในโครงการได้จริง และข้อจำกัดหนึ่งที่สำคัญของการนำกระบวนการ A-I-C ไปใช้ คือ กลุ่มเป้าหมายต้องพอที่จะมีระดับการศึกษาหรือระดับความรู้ที่ดี เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างวิทยากรและกลุ่มเป้าหมาย แต่เนื่องจากการมีส่วนร่วมควรมีกกลุ่มผู้ปกครองซึ่งอาจมีระดับความรู้และการศึกษาค่ำ ทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของกลุ่มเป้าหมายไม่ดี และส่งผลให้การสื่อสารในกระบวนการ A-I-C ล้มเหลวได้ ดังนั้นจึงเป็นข้อควรระวังในการนำกระบวนการนี้ไปใช้กับกลุ่มผู้ปกครอง

พัชรินทร์ เลิกสวัสดิ์ และคณะ (45) ศึกษากระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนและประเมินผลโดยประยุกต์แนวคิดแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) พบว่า การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากใช้แนวคิดส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกระบวนการจัดเกลาทางสังคม ซึ่งเป็นหลักการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มเป้าหมายคือมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้เกิดการยอมรับ ปฏิบัติเป็นนิสัย ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน ในปี พ.ศ. 2543 ทีมงานจากกลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ประยุกต์หลักการสร้างเสริมพลังชุมชน มากระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการวางแผนงาน ร่วมคิด ร่วมวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

เด็กเล็ก ซึ่งตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีการจัดทำแผนด้วยการประชุมทุกหมู่บ้าน และพัฒนานโยบายสาธารณะนานถึง 7 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2542 และปี พ.ศ. 2549 พบว่าจำนวนเด็ก กลุ่มอายุ 2 ปี ที่มีฟันผุลดลง จากร้อยละ 55.8 มาเป็นร้อยละ 25.0 ใน และกลุ่มอายุ 3 ปี ลดลงจากร้อยละ 75.9 มาเป็นร้อยละ 60.5 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเฉลี่ยต่อคนลดลง จาก 4.38 ซี่ต่อคน มาเป็น 3 ซี่ต่อคน ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ปฏิบัติอย่างปลอดภัย ใน 5 หมู่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2543 และปี พ.ศ. 2549 พบพฤติกรรมที่ต้องเร่งรัดแก้ไข คือ แปรงฟันซ้ำให้เด็กหลังจากเด็กแปรงฟันเองลดลงจากร้อยละ 42.6 มาเป็น 22.4 พฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันพบสูงขึ้นจากร้อยละ 50 มาเป็น ร้อยละ 71.6 แต่สามารถควบคุมเด็กไม่ให้นอนหลับคาขวดนมได้ ร้อยละ 80.3 และ 80.8 ตามลำดับ

องค์ประกอบสำคัญในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรส่งเสริมสุขภาพเด็ก-ก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 6 ส่วนหลัก (45) ได้แก่

- 1) การกำหนดประเด็นปัญหาความสนใจร่วมกัน
- 2) ความตระหนักในคุณค่าสุขภาพเด็กเล็กร่วมกันเกิดมากขึ้น
- 3) การประสานงานเพื่อจัดสรรทรัพยากรและพัฒนาขีดความสามารถที่แต่ละคนมีอยู่พบว่า ความไว้วางใจของผู้ปกครองที่มีต่อผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนของการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ
- 4) วิธีการสร้างความร่วมมือและการประสานผลประโยชน์ คือ พุดคุย ปรึกษาและประชุมผู้ปกครอง
- 5) ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับตำบลที่เป็นที่ยอมรับกัน ออกกฎระเบียบที่เหมาะสมคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทรายมูล ทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีก 3 แห่งที่อยู่ใกล้เคียงนำมาปฏิบัติต่อ เช่น ออมสินเพื่อเป็นทุนการศึกษาต่อในชั้นประถมศึกษาเพื่อควบคุมไม่ให้กินนมขวด ฝึกรับประทานผัก และผลไม้ ฝึกแปรงฟัน ความยั่งยืนของงานส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ปกครองเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็ก ยินดีทำตามมติของกลุ่มมีกฎกติกากำหนด
- 6) ความต่อเนื่องของนโยบายส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็ก เน้นการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบองค์รวมและบูรณาการ

กระบวนการพัฒนาสุขภาพเด็กแบบมีส่วนร่วมและอาศัยเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว เครือญาติ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำท้องถิ่นในแต่ละหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำสตรี ผู้ปกครองเด็ก คณะกรรมการ ในระยะเวลา 7 ปีที่ผ่านมาได้ผ่านการกลั่นกรอง

ในการจัดลำดับความสำคัญและเกิดการยอมรับจากผู้ปกครองเด็ก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ของไพฑูรย์ สายสงวนศักดิ์ และคณะ (46) ในบางประเด็นซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่ คือ การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กในศูนย์ฯ ตามการร้องขอของผู้นำชุมชน และร่วมรับผลประโยชน์มากกว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควบคุมประเมินผล สำหรับปัจจัยที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม เป็นปัจจัยจากการคาดหวังผลประโยชน์และการใช้สิทธิของเด็ก ที่จะต้องได้รับการบริการขั้นพื้นฐานจากรัฐ รวมทั้งผู้ดูแลเด็ก และผู้นำชุมชนที่ประชาชนยอมรับ เคารพ และเชื่อถือ ศรัทธา ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม มองว่าสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องให้การดูแล ส่วนการสนับสนุนพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กในศูนย์ฯ เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้แนวคิดจากการศึกษานี้ที่พบว่าปัจจัยที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม เกิดจากการคาดหวังผลประโยชน์และการใช้สิทธิของเด็ก ที่จะต้องได้รับการบริการขั้นพื้นฐานจากรัฐ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการที่ผู้ปกครองจะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในการรณรงค์เพื่อป้องกัน โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ตามองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

Kakudate Naoki, et al. (47) ทดลองใช้กระบวนการ 6 ขั้นตอน ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นกระบวนการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ประยุกต์กระบวนการนี้มาจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคปริทันต์ ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโรคปริทันต์ โดยมีกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน สุ่มจากการสำรวจในครั้งแรก โดยใช้ตารางเลขสุ่ม และไม่ให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองถูกทดลอง แต่ได้รับคำแนะนำเรื่องกระบวนการ 6 ขั้นตอน 10 นาที และทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสภาพช่องปาก รวมทั้งการแปรงฟัน 20 นาที ในสัปดาห์แรก และได้รับอีก 3 ครั้ง ใน 3 สัปดาห์ โดยกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอน 1: การกำหนดปัญหา (Identifying the problem) จากการสัมภาษณ์ความรู้ความเชื่อและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของแต่ละคน

ขั้นตอน 2 : การสร้างความมั่นใจและสร้างพันธะสัญญา (Creating confidence and commitment) จากการสัมภาษณ์ในคลินิก โดยทันตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจและสร้างพันธะสัญญาของผู้ป่วย

ขั้นตอน 3 : การเพิ่มความตระหนักของพฤติกรรม (Increasing awareness of behavior) โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมกำกับตัวเอง (Self-monitoring) ซึ่งจะใช้การถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการแปรงฟันและการทำความสะอาดตามซอกฟัน แล้วให้เขาบรรยายความรู้สึกของเวลาแปรงฟัน ร่วมกับสมุดบันทึกที่กระตุ้นการทำพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้แยกแยะอุปสรรคของการเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ขั้นตอน 4 : การพัฒนาแผนปฏิบัติและการนำไปใช้ (Developing and implementing the action plan) แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งแผนกำหนดโดยใช้หลักค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ป่วยจะกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยความสนใจของตนเอง

ขั้นตอน 5 : การประเมินผลแผน (Evaluating the plan) ประเมินผลเพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงแผนให้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยทำตามแผนได้สำเร็จจะถูกลดข้อและได้รับคำชม แต่ถ้าผู้ป่วยทำตามแผนไม่สำเร็จจะต้องให้เหตุผล และสร้างแผนที่จะสามารถบรรลุผลขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสม

ขั้นตอน 6 : การทำให้พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนคงอยู่ (Maintaining change and preventing relapse) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอาจมีการคืนกลับมาทำพฤติกรรมเดิม รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ซึ่งยากที่จะทำให้พฤติกรรมใหม่ยังคงอยู่ ได้แก่ การทำงานหลายชั่วโมง งานสังคมต่างๆ การเดินทาง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทันตแพทย์จึงต้องป้องกันและเสริมแรงเพื่อเป็นการกระตุ้นการคงอยู่ของพฤติกรรมใหม่โดยเฉพาะเป็นระยะๆ ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 4

การจัดกระบวนการ 6 ขั้นตอน จะนัดผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งครอบคลุมแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 จะรวม ขั้นตอน 1 และขั้นตอน 2 ในครั้งเดียว ให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะทำตามข้อตกลง

ครั้งที่ 2 จะรวม ขั้นตอน 3 และขั้นตอน 4 ครอบคลุมถึงการวางแผนการรักษา และกลยุทธ์ในการนำแผนปฏิบัติการไปใช้

ครั้งที่ 3 จะมีเพียง ขั้นตอน 5 ผู้ป่วยจะได้ประเมินผลตัวเองตามแผนที่วางไว้และหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงแผนของตนเองถ้าจำเป็น

โดยทันตแพทย์จะได้รับการอบรมจากผู้วิจัยและได้รับชมตัวอย่างให้เห็นภาพจริงแต่ละสถานการณ์ รวม 20 ชั่วโมง สำหรับการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจะดูในเรื่อง ความถี่ในการแปรงฟัน ระยะเวลาในการแปรงฟัน ความถี่ในการใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ โดย มีผู้สำรวจ 1 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำทันตสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีข้อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องการรักษา ลักษณะประชากร และพฤติกรรม แต่หลังจากกิจกรรมครั้งสุดท้าย ในกลุ่มทดลองพบว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น กราบลินทรีย์ลดลง ระยะเวลาในการแปรงฟันมากขึ้น ความถี่ในการทำความสะอาดช่องฟันมากขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) และระยะเวลาในการแปรงฟันสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแปรงฟัน ($p < 0.001$) จึงสรุปได้ว่ากระบวนการ 6 ขั้นตอน มีประสิทธิผลที่ดีกว่าการให้ทันตสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่กระบวนการ 6 ขั้นตอน เป็นการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพในช่วงเวลาสั้นๆ ในอนาคตควรจะต้องมีการประเมินผลในระยะยาว จากกระบวนการ 6 ขั้นตอน ที่นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคปริทันต์ ซึ่งเป็นโรคทางทันตกรรม เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่เหมาะสม และได้ประสิทธิผลในระดับหนึ่ง อีกทั้งกระบวนการไม่ยุ่งยากซับซ้อนและระยะเวลาศึกษามีความเหมาะสม แต่การศึกษาระบวนการ 6 ขั้นตอน ชี้ให้เห็นเพียงว่ากระบวนการใช้แก้ปัญหาในระดับบุคคล แต่ไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ในระดับกลุ่มหรือชุมชน

Seman Kamariah, et al. (48) ประเมินผลโปรแกรมการอบรมทันตสุขภาพครูที่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน ในประเทศมาเลเซีย ปี ค.ศ. 2007 การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นครูไม่มีการสุ่มเนื่องจากครูมีจำนวนจำกัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อำเภอปาเซร์-มาส (Pasir Mas) จำนวน 31 คน เป็นกลุ่มทดลองและอำเภอรันตู ฟันจิง (Rantau Panjang) จำนวน 26 คน เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการอบรมด้านทันตสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าอายุของครูกลุ่มทดลองเฉลี่ย 37.1 ปี และกลุ่มควบคุม 41.3 ปี และส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว กลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ 30.8 แต่กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับอนุปริญญาเพียงแค่ร้อยละ 9.7 ด้านความรู้ก่อนการทดลอง มากกว่าร้อยละ 80.0 รู้ว่าการป้องกันฟันผุทำได้โดยการแปรงฟัน การตรวจฟันสม่ำเสมอ และการใช้ฟลูออไรด์ แต่มีเพียงร้อยละ 29.0 ที่รู้เกี่ยวกับใช้ไหมขัดฟัน ป้องกันฟันผุ ซึ่งความรู้พื้นฐานด้านทันตสุขภาพก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ส่วนความรู้หลังการทดลอง มากกว่าร้อยละ 90.0 มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคฟันผุ โรคเหงือก ฟันสึก และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งความรู้พื้นฐานด้านทันตสุขภาพหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ($p < 0.001$) แต่เนื่องจากกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายว่าที่เป็นเช่นนั้นอาจมีผลมาจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และหนังสือต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสื่อสารมวลชนมีอิทธิพลต่อคนในสังคมสมัยใหม่มาก แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษารูปได้ว่าความรู้ในด้านทันตสุขภาพจะเกิดจากการอบรมมากกว่า การศึกษาไม่ได้มีการติดตามประเมินผลในระยะต่อมา

จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการอบรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมได้ แต่สรุปได้ว่านักทันตสุขศึกษาจำเป็นที่จะต้องได้รับการอบรมเพื่อไปกำกับและเผยแพร่ความรู้ โดยไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นทันตบุคลากร การศึกษานี้เป็นที่น่าสนใจว่า การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ก่อนและหลังการอบรม ใช้ระยะห่างเพียง 2 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาการทำแบบสอบถาม ก่อนและหลังการทดลองห่างกันไม่นาน อาจทำให้ผู้เข้าอบรมจำคำถามเดิมได้ และเลือกตอบในคำตอบที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น ทำให้คะแนนที่เพิ่มขึ้น อาจไม่ได้มีผลจากการอบรมเพียงอย่างเดียว จึงเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยพึงระวัง และหาวิธีการป้องกันปัญหาดังกล่าว

2.4.2 งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

1) การวิจัยที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

สุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โปรแกรมใช้เวลา 6 สัปดาห์ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การจัดป้ายนิเทศ การจัดนิทรรศการ การประกวด และแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง และครู เช่น การกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ด้านข้อมูลข่าวสาร สาธิตการแปรงฟัน ตรวจฟัน นวดเหงือก สนับสนุนอุปกรณ์แปรงฟันและประหมื่นผลย้อนกลับ ผลของโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ และสถานะเหงือกอักเสบ ดีวก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทวรรณ พึ่งวงศ์ญาติ (50) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครู และผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในเวลา 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการฉายวิดีโอเทปเพื่อกระตุ้นกลุ่ม การใช้โปสเตอร์และใบปลิว การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตการแปรงฟันและการตรวจช่องปากด้วยตนเอง การสำรวจอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุตามร้านค้าใกล้โรงเรียน การจัดสัปดาห์ป้องกันฟันผุ การสนับสนุนทางสังคมจากครูและผู้ปกครอง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการ

เกิดโรคฟันผุ การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

จากการวิจัย 2 เรื่องสรุปได้เพียงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในการป้องกันฟันผุ ซึ่งต่างจากงานวิจัยเรื่องนี้ ที่กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน และให้ความสำคัญกับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและครูพี่เลี้ยงเด็ก ซึ่งเป็นผู้ที่มีอิทธิพลกับเด็กมากที่สุดตามลำดับ โดยงานวิจัยที่ผ่านมาจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตัวเด็ก และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้จัดกระทำผ่านกลุ่มผู้ปกครองและครู ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าว

2) งานวิจัยด้านสุขภาพอื่นๆ

อภิญญา ผ่านพิณิจ (51) ศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคเบาหวาน โดยการชมวีดิทัศน์ สไลด์ การอภิปราย ตัวแบบด้านลบ ตัวแบบด้านบวก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากผู้วิจัย กระตุ้นพฤติกรรมด้วยไปรษณียบัตร รวมระยะเวลาในการวิจัย 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานหลังทดลอง 8 สัปดาห์ ได้แก่ ออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร สุวรรณชาติ (52) ที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของประชาชนที่เสี่ยง ต่อการป่วยเป็นไข้มาเลเรียสูง ในอำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว ซึ่งวิจัยนี้มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์แรกประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเสนอตัวแบบ และการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อกำหนดการเสริมแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันตนเอง และจัดการรณรงค์แก้ไขสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น 3

ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลโดยการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อมาลาเรียและตรวจร่างกาย ในสัปดาห์ที่ 5-12 จำนวน 5 ครั้ง สรุปผลการทดลองพบว่า โปรแกรมที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพผลเช่นเดียวกัน

จากการวิจัยทั้งสองเรื่องเป็นปัญหาสาธารณสุขที่แตกต่าง แต่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเดียวกัน ได้ประสิทธิผลคล้ายกัน ซึ่งมีงานวิจัยของสุวัฒนา เกิดม่วง (53) ที่ใช้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดนก ในเกษตรกรจังหวัดสุพรรณบุรี แต่ได้ประสิทธิผลสอดคล้องกับการวิจัยทั้ง 2 เรื่อง โดยมีกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ระหว่างเกษตรกรและตัวแทนชุมชน มีการวางแผนกิจกรรมและกำหนดบทบาทตัวแทนชุมชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผล ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 13 สัปดาห์ ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสังเกต วัดก่อนทดลอง และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ซึ่งประสิทธิผลที่งานวิจัยนี้ได้นอกเหนือจากงานวิจัย 2 เรื่องที่ผ่านมาคือ ความรู้เรื่องการป้องกันไข้หวัดนกของเกษตรกร

งานวิจัยทั้ง 3 เรื่องนี้จึงเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ได้ ซึ่งอาจประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นหลัก ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ ที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยสนใจที่จะใช้ร่วมกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) เพื่อจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

2.4.3 งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Research)

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพมีการศึกษาประเด็นแยกย่อยแต่ละองค์ประกอบ การสื่อสาร เช่น เรื่องเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารสุขภาพ กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพประสิทธิภาพของสื่อต่างๆ ในการรณรงค์ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1) กระบวนการสื่อสารสุขภาพ และกลยุทธ์ในการสื่อสารสุขภาพ

วาสนา จันทรัสว่าง และคณะ (54) ศึกษากระบวนการสื่อสารการรณรงค์ขององค์กรภาครัฐ เอกชน ธุรกิจและท้องถิ่นหรือชุมชน ผู้นำหรือผู้ปฏิบัติงานรณรงค์และกลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ ขององค์กรต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารสองทาง เนื้อหาเป็นการเผยแพร่ความรู้และจิตสำนึกเรื่องสุขภาพและเรื่อง

อาหาร สื่อที่ใช้คือสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจและสื่อมวลชน ผลของการรณรงค์คือกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่รับรู้สนใจ ตระหนัก แต่ยังขาดจิตสำนึกและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องคล้ายกับการศึกษาของปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ (55) ศึกษาเรื่องศักยภาพของสื่อมวลชนในสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญในการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน ได้แก่ องค์ประกอบเชิงบุคคล / องค์การรณรงค์ ได้แก่ แกนนำ และกลุ่มพันธมิตร องค์ประกอบเชิงกระบวนการรณรงค์ ได้แก่ เป้าหมายในการรณรงค์ กลุ่มเป้าหมาย ข้อมูล / ประเด็นในการรณรงค์ ช่องทางการสื่อสาร กลยุทธ์การสื่อสาร และการวิจัยองค์ประกอบเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ ได้แก่ การพัฒนากลไกในการเชื่อมประสานการสื่อสาร รูปแบบต่าง ๆ ในระบบสังคม การพัฒนาระบบส่งเสริมศักยภาพของชุมชนในการรณรงค์ในพื้นที่ และการร่วมมือกับกลุ่มพันธมิตรในการพัฒนามาตรการเชิงระบบอื่น ๆ ในสังคม

สื่อมวลชนเป็นเพียงช่องทางหนึ่งในการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งควรคำนึงถึงศักยภาพที่ว่าสื่อมวลชนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ แต่ต้องผนวกรวมกับสื่ออื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ ปัทมสันติวงศ์ (56) ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ และประสิทธิผลโครงการรณรงค์แยกประเภทขยะของสำนักการศึกษาความสะอาด กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2542 พบว่า กลยุทธ์หลักของโครงการรณรงค์ คือ การใช้สื่อมวลชนเป็นช่องทางในการเผยแพร่ สปอตโครงการรณรงค์ รองลงมาคือสื่อเฉพาะกิจประเภทป้ายรณรงค์ต่าง ๆ สื่อหนังสือพิมพ์ และวารสารสำนักการศึกษาความสะอาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักต่อการแยกประเภทขยะ และมีพฤติกรรมการแยกประเภทขยะ ส่วนประสิทธิผลโครงการรณรงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข่าวสารโครงการรณรงค์ระดับต่ำ มีความตระหนักต่อการแยกประเภทขยะในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมการแยกประเภทขยะในระดับต่ำ

หริสุดา ปัทมวณิช (57) ศึกษาเรื่อง การสื่อสารและเครือข่ายการรณรงค์ “เมาไม่ขับ” ในปี พ.ศ. 2544 ประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ คือ การขอการสนับสนุนด้านนโยบาย การใช้กฎหมายควบคู่กับการรณรงค์ งบประมาณ กิจกรรมการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ การประเมินโครงการ และการสร้างกระแสสังคม โดยการสื่อสารสองทาง ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ส่วนการสื่อสารกับสาธารณชนกลุ่มต่าง ๆ คือ ผู้ขับขี่ ยานพาหนะ ประชาชนทั่วไป ผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซด์ พนักงานในหน่วยงาน หรือองค์กรที่ร่วมรณรงค์ เมาไม่ขับ โดยมีวิธีการสื่อสารคือ สร้างกระแสรังเกียจคนเมาแล้วขับ สร้างผู้นำเสนอจากเหยื่อเมาแล้วขับ ใช้โบว์ฟ้าเป็นสัญลักษณ์ในการรณรงค์ จัดแถลงข่าวทางสื่อมวลชน ใช้สื่อทุกช่องทาง จัดนิทรรศการให้ความรู้แก่ประชาชน จัดกิจกรรมรณรงค์ในย่านสถานบันเทิงและหอซัด จัดกิจกรรมช่วงเทศกาล และจัดกิจกรรมตามโรงเรียนต่าง ๆ

2) ประสิทธิภาพของสื่อต่าง ๆ ในการรณรงค์ด้านสุขภาพ

ปิยรัตน์ วงศ์ทองเหลือ (58) ศึกษาประสิทธิภาพการใช้สื่อเพื่อรณรงค์สิ่งแวดล้อมของกรมโรงงานอุตสาหกรรม ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า แผนงานรณรงค์ของกรมโรงงานอุตสาหกรรมโดยส่วนใหญ่ยังคงมีประสิทธิภาพค่อนข้างน้อย การใช้สื่อรณรงค์พบว่า ความถี่ ความครอบคลุม และความต่อเนื่องการใช้สื่อยังมีน้อย และไม่สม่ำเสมอ รวมถึงการเลือกใช้สื่อกับเป้าหมายของการสื่อสาร พบการใช้สื่อเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจมากกว่าการสร้างจิตสำนึก หรือความตระหนัก ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักของการรณรงค์ สำหรับรูปแบบสารที่ใช้ในการรณรงค์ พบการใช้ในลักษณะการเน้นย้ำมากที่สุด รองลงมาได้แก่ รูปแบบสารเร้าความกลัว

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ

วาสนา จันทร์สว่าง และคณะ (54) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ ผู้นำ แรงสนับสนุนทางสังคม งบประมาณ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์กรรวม และการรณรงค์สู่ชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นสำคัญ การสร้างพลังการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลได้นั้น ผู้ส่งสารต้องมีความรับผิดชอบสูง มีจิตสาธารณะ เนื้อหาของสารควรจะเป็นเรื่องสุขภาพองค์กรรวม สื่อเป็นสื่อบุคคล และสื่อผสม ผู้รับสารต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารการรณรงค์

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ (55) พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชนไทย ประกอบด้วย

- 1) องค์ประกอบเชิงบุคคล / องค์การรณรงค์ ได้แก่ การมองการรณรงค์ เป็นกิจกรรมย่อยการทำงานต่างคนต่างทำ
- 2) องค์ประกอบเชิงกระบวนการรณรงค์ ได้แก่ การบริหารโครงการอิงระบบสั่งการ การยึดติดงบประมาณ การอิงระบบคณะกรรมการ การมีข้อมูล / ประเด็นในการรณรงค์ที่ซับซ้อน การคำนึงแต่กลยุทธ์ด้านสื่อ โดยมองข้ามกลยุทธ์ด้านสาร
- 3) องค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ สภาพปัญหาในการมุ่งเน้นประโยชน์เชิงธุรกิจในระบบสื่อสารมวลชน

การรณรงค์เรื่องสุขภาพโดยใช้ความกลัวเป็นจุดไว้วาอน (Fear appeal)

การรณรงค์เรื่องสุขภาพโดยใช้ความกลัวเป็นจุดไว้วาอน (Fear appeal) เป็นยุทธวิธีที่ใช้ส่งเสริมในการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการใช้สารเพื่อการโน้มน้าวใจ โดยเน้นการเกิดอันตราย

ต่อสุขภาพหรือผลกระทบในเชิงสังคมหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ การใช้ความกลัวเพื่อเรียกร้องความสนใจ ซึ่งนำไปใช้กันอย่างกว้างขวาง ที่รู้จักกันดี เช่น การรณรงค์เรื่องการเสพยาเสพติด ในการโฆษณาทางโทรทัศน์ชี้ให้เห็นโทษของยาเสพติดที่ทำลายสมอง การรณรงค์เรื่องเหล้า เป็นต้น (59)

จากการศึกษาในปี ค.ศ. 1992 ดิลลาร์ดและวิทเต้ (Dillard and Witte) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) รวบรวมคำอธิบาย ของการใช้ความกลัวเป็นจุดไว้วอน เป็น 3 คำอธิบาย (59, 60) คือ

1. คำอธิบายเรื่องแรงผลักดันภายในจิตใจ (Drive explanations) มีความเชื่อว่าเนื้อหาที่มีความกลัวนี้สามารถก่อให้เกิดแรงผลักดัน (Drive) แรงผลักดันเป็นสภาพของร่างกาย เช่น เกิดการตื่นตัว การกระตุ่นเร้า หรือเกิดความวิตกกังวล ซึ่งนับเป็นการตอบสนอง สิ่งเหล่านี้เกิดจากสารที่ใส่ความกลัวนี้เป็นตัวกระตุ้นเร้า กล่าวหาว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดผลกระทบเชิงลบตามมา ความกังวลใจนี้แก้ได้ทันทีหากปฏิบัติตามคำแนะนำ หรืออาจกล่าวได้ว่า ยิ่งทำให้สารนั้นมีความน่ากลัว ยิ่งมีประสิทธิภาพในการทำให้คนสนใจ ลักษณะเช่นนี้นำไปใช้ในการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีงานวิจัยพบว่าอาจเกิดแรงต้าน(Resistance) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในปี ค.ศ. 1953 โดยเจนิสและเฟสบاخ (Janis and Feshbach) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) โดยให้เด็กนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาอ่านสารที่มีความกลัวต่างระดับ เรื่องการรณรงค์ให้หันมาสนใจรักษาความสะอาดของฟัน ระดับความกลัวของข้อความ/ข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ระดับต่ำ กลาง และสูง ผลพบสารที่มีความกลัวระดับต่ำกลับทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมคล้อยตามโดยยอมรับการรักษาความสะอาดของฟันได้ง่ายกว่าคนที่ได้รับสารที่มีความกลัวในระดับปานกลางและสูง โดยนักเรียนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลางและระดับสูง จะมีพฤติกรรมปกป้องตนเองแบบหลีกเลี่ยง (Defensive avoidance) ซึ่งหมายถึง เพิกเฉยละเลยผลกระทบในเชิงลบที่สารที่มีความกลัวนั้นเตือนมา โดยนักศึกษาเหล่านั้นให้เหตุผลของการปกป้องตนเองว่า “ฟันของตนเองไม่ได้น่าเกลียดน่ากลัวเหมือนในภาพ แล้วเราก็รักษาความสะอาดอยู่แล้ว” ซึ่งตรงกันข้ามกับงานวิจัยเก่าๆที่ผ่านมา ยิ่งใช้ความกลัว ยิ่งทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำลดลง ถ้าเป็นไปตามนี้ การใช้ความกลัวเพื่อรณรงค์ความเสี่ยงในเรื่องของโรคเอดส์ ควรใช้ความกลัวเป็นจุดเรียกความสนใจในระดับที่น้อยลง

ในปี ค.ศ. 1963 มิลเลอร์ (Miller) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในเชิงเส้นโค้ง (Curvilinear relationship) ที่ระบุว่าการใช้ความกลัวในระดับต่ำไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่ทำให้คนปฏิบัติตาม เนื่องจากมีแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นไม่พอ ส่วนการใช้ความกลัวระดับสูง ก็จะก่อให้เกิดพฤติกรรมปกป้องตนเองแบบหลีกเลี่ยง ไม่มีประสิทธิภาพในการโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามเช่นกัน ที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการใช้ความกลัวระดับปานกลาง

2. การอธิบายโมเดลการตอบสนองแบบเส้นขนาน (Parallel Response Models)

ในปี ค.ศ. 1971 ลาเวนทาล (Leventhal) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) เชื่อว่าความกลัวมี 2 กระบวนการในการทำให้คนสนใจข้อมูลข่าวสารที่มีความกลัวนี้ต้องกระตุ้นให้เกิดอารมณ์กลัวและจำเป็นต้องหาทางจัดการกับความกลัวนั้น หรือเกิดความต้องการที่จะจัดการความกลัวนั้นๆ โดย 2 กระบวนการนั้น ได้แก่

- การยับยั้งความกลัว (Fear control) หมายถึง ความต้องการที่ลดอารมณ์กลัว
- การยับยั้งอันตราย (Danger control) หมายถึง ลดผลกระทบในเชิงลบ ทำให้คนปฏิบัติตามคำแนะนำ

ในขณะที่ดิลลาร์ด (Dillard) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) กลับเรียกว่าการยับยั้งภัยคุกคาม และการยับยั้งอันตราย ซึ่งดิลลาร์ดเชื่อว่าคนเรานั้นจะพยายามจัดการความกลัวหรือภัยคุกคาม เพื่อควบคุมหรือระงับยับยั้งอันตราย เช่น การดื่มเหล้า เพื่อลดความกลัวจึงต้องมีแนวทางในการยับยั้งอันตราย

3. การอธิบายเรื่องประโยชน์ที่คาดหวังในลักษณะนามธรรม (Subjective expected utilities explanations) คำอธิบายแบบนี้เชื่อว่า การจะเกิดผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการได้ต้องอาศัยหลายตัวแปร หนึ่งในคำอธิบายเป็นของ Roger ในปี ค.ศ. 1975 อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) เสนอคำอธิบายเรื่องความกลัวตามแนวทาง คำอธิบายของแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protective motivation explanation) โดยว่าการจะเกิดผลลัพธ์ในการโน้มน้าวใจได้นั้นต้องอาศัยหลายปัจจัย ได้แก่

- 1) ความร้ายแรงของการทำให้เกิดความกลัว
- 2) อันตรายที่ผู้รับสารรับรู้ได้จากสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว
- 3) การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยปัจจัยที่ว่านี้ถ้าไม่มีตัวหนึ่งตัวใด การโน้มน้าวก็ไม่ใช่ผล ตัวอย่าง ถ้าข้อมูลข่าวสารในการโน้มน้าวเรื่องโรคเอดส์ไม่เป็นผล แม้ว่าจะมีการบอกว่าเป็นเอดส์ทำให้ตายแน่นอน แต่ถ้าผู้รับสารคิดว่ามันไม่อันตรายสำหรับตนเองหรือคิดว่าตนเองไม่เสี่ยง การใช้ความกลัวเพื่อดึงดูดความสนใจ (Fear appeal) ก็ไม่เป็นผลในการโน้มน้าวใจ หรืออีกกรณีหนึ่งข้อมูลข่าวสารที่ส่งไปโน้มน้าวใจสามารถกระตุ้นให้เกิดความกลัว และพบว่าผู้รับสารคิดว่าตนเองก็มีโอกาสได้รับอันตรายจากโรคนั้นๆ แต่คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การใช้ความกลัวเพื่อการโน้มน้าวใจ โดยให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้รับสารก็ไม่มี การปฏิบัติ

ตามคำแนะนำนั้นๆ สิ่งสำคัญในการศึกษาของโรเจอร์ คือไม่พูดถึงการเกิดความรู้สึกหวาดกลัว แต่พูดถึงแง่ของความรู้สึกว่ามันเป็นภัยคุกคาม (Threat) โรเจอร์ยืนยันว่าถ้ามีความรู้สึกว่าเป็นภัยคุกคาม รวมกับความรู้สึกว่าสิ่งที่สารส่งนั้นอาจส่งผลอันตรายต่อตนเอง (Vulnerability) และมีการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ(Response efficacy) นั้นก็นับว่าเป็นการโน้มน้าวใจแล้ว โดยไม่สนใจว่าจะทำให้เกิดความรู้สึกกลัวหรือไม่ก็ตาม

ในขณะที่เบคและฟรานเคิล (Beck and Frankel) อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59) เสนอแบบจำลองที่เรียกว่าประโยชน์ที่คาดหวังในลักษณะนามธรรม (Subjective expected utilities models) ในปี ค.ศ. 1981 ที่บอกว่ามีตัวแปรอันหนึ่งเสริมขึ้นมาคือ ประสิทธิภาพในคนๆ นั้น (Personal efficacy) ซึ่งต่างจากการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในคนๆ นั้น หมายถึง ความสามารถที่กลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับสารจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การสวมถุงยางอนามัย การไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่างๆ การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ส่วนการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง ผลกระทบที่มีต่ออันตรายของโรค จากการได้ปฏิบัติตามคำแนะนำแบบจำลองนี้ต้องอาศัย 4 องค์ประกอบดังนี้ในการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดผลในการโน้มน้าวใจ (59, 60) ได้แก่

- 1) การเป็นอันตราย (Noxiousness)
- 2) ความรู้สึกว่าเป็นอันตราย (Vulnerability)
- 3) ประสิทธิภาพส่วนบุคคล (Personal efficacy)
- 4) การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ (Response efficacy) และรวมทั้งการได้รับอิทธิพลจากสารที่ส่งมาแนะนำให้ปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่ายังมี 4 องค์ประกอบข้างต้น สารที่ส่งไปโน้มน้าวใจจะยังมียุทธศาสตร์มากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาเรื่องการสื่อสารโดยใช้ความกลัวเป็นจุดเฝ้าระวัง สามารถสรุปได้ 3 ประการ ดังนี้

ประการแรก พบว่าข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยไม่เป็นไปตามคำอธิบายเรื่องการให้ความกลัวเป็นจุดเฝ้าระวังความสนใจ ทำให้นักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพอาจไม่สนใจนำเอาความกลัวเป็นจุดเฝ้าระวังไปใช้ ซึ่งอาจเป็นเพราะแนวคิดดังกล่าวยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่

ประการที่สอง แม้จะมีคำอธิบายเรื่องการให้ความกลัวหลากหลายแนวคิด แต่การรับรู้เรื่องของความกลัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติและพฤติกรรม จากการศึกษาของมอนกู (Mongeau) ในปี ค.ศ. 1984 และซัตตัน (Sutton) ในปี ค.ศ. 1982 อ้างในมลินี สมภพเจริญ (59)

พบว่าหากละเลยการใช้ความกลัวในการโน้มน้าวใจแล้ว เท่ากับว่าได้ละทิ้งยุทธวิธีในการโน้มน้าวใจที่สำคัญวิธีการหนึ่งไป

ประการที่สาม การใช้ความกลัวเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามหรือคล้อยตามได้นั้น มันมีตัวแปรอื่นประกอบเพิ่มมาอีกซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องศึกษาต่อไป เช่น เราเอาไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายแบบไหน ถ้าเป็นวัยรุ่นการทำให้เห็นภาพวาระสุดท้ายของชีวิตคือความตาย ความกลัวแบบนี้อาจไม่ได้ผล เพราะเรื่องความตายยังเป็นเรื่องที่ไกลตัวมากสำหรับวัยรุ่น เพราะฉะนั้นอาจต้องคำนึงถึงตัวแปรต่างๆที่มาจากผู้รับสารด้วย

ดังนั้นการออกแบบการใช้ความกลัวเป็นจุดเว้าวนจึงต้องคำนึงใน 2 ประเด็น ดังนี้

- จะต้องใช้ความกลัวอย่างไร
- มีตัวแปรอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องหรือไม่

ทั้งนี้เพื่อให้ประสิทธิภาพในการใช้ความกลัวเพื่อการโน้มน้าวใจดียิ่งขึ้น

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้สารในลักษณะความกลัวเป็นจุดเว้าวน (Fear appeal) เพื่อให้สอดคล้องกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่จะใช้ความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ แต่จะใช้ความกลัวเป็นจุดเว้าวน ในระดับปานกลาง เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้ปกครอง จากนั้นจะให้คำแนะนำหรือจากผู้วิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ผู้วิจัยจึงได้นำองค์ประกอบหลัก ของกระบวนการสื่อสารสุขภาพ 4 องค์ประกอบ มาอธิบายการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งสาร (Source) เนื้อสาร (Message) ช่องทาง (Channels) และผู้รับสาร (Receiver) หรือ S-M-C-R ดังตารางที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้สารและสื่อในลักษณะที่โน้มน้าวหรือกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความรู้สึกกลัว (Fear appeal) ต่อผลกระทบหรือความรุนแรงและความเสี่ยงต่อโรค โดยใช้ ภาษารุนแรง โดดเด่น ชัดเจน ในรูปแบบต่างๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะในลักษณะของสารและสื่อที่รุนแรงปานกลาง เนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงผลกระทบของความรู้สึกกลัวหรือกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีต่อโรคฟันผุมากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ ได้ อีกทั้งการชักจูงหรือ

โน้มน้าวในลักษณะรุนแรง จะต้องมีการให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ ที่ได้รับสื่อในการปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจนซึ่งถ้าบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกครั้ง ได้รับเนื้อหาสาระที่รุนแรงและไม่ได้รับฟังข้อมูลที่ชัดเจน อาจทำให้บุคคลนั้นๆ เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน จนส่งผลกระทบต่ออื่นๆ ตามมาได้เช่นกัน

สำหรับโปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) สามารถอธิบายด้วยองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร ได้ดังตารางที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การเปิดเพลงกระตุ้นพฤติกรรมทันตสุขภาพและให้ข้อมูลกระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงของการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เวลา 07.00 – 07.10 น. ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

เนื่องจาก หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีจำนวนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ซึ่งจัดเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างครอบคลุม และเป็นเวลาที่ผู้ปกครองกำลังจัดการชำระร่างกายให้เด็กเพื่อไปโรงเรียน จึงเหมาะแก่การกระตุ้นให้เกิดการแปรงฟันและดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้เสียงเพลง

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- เป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนมาก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ในเรื่องเวลา และสถานที่

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- เป็นการสื่อสารทางเดียว ไม่เกิดการมีส่วนร่วมของผู้รับสารและผู้ส่งสาร จึงควรใช้ช่องทางการสื่อสารอย่างอื่นร่วมด้วย

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ให้กับผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยและวิทยากร

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องได้ข้อมูลที่ถูกต้องและละเอียดมากขึ้น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และชักจูงให้เกิดการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม จึงควรใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อบุคคลเป็นช่องทางในการสื่อสาร

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้และแสดงออก ทางความคิดและการกระทำ เกิดเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way communication)
- ผู้ส่งสารประเมินการตอบสนองของผู้รับสารได้
- กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และฝึกทักษะ

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ภารกิจมาก ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม

3) แผ่นพับให้ความรู้ ที่มีเนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงของการเกิดโรคพื้น้ำนมผุ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้น้ำนมผุ

เนื่องจากแผ่นพับ สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการได้ครอบคลุมมากที่สุด แต่ถ้านเนื้อหาในแผ่นพับไม่น่าสนใจ และรายละเอียดมากเกินไป จะทำให้ผู้ที่ได้รับไปไม่อ่าน ซึ่งทำให้การสื่อสารไม่เกิดประสิทธิภาพ

4) ให้เด็กก่อนวัยเรียนชมวีดิทัศน์การ์ตูน นิทานต้นตสุภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 20 นาที

เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่ชอบการชมการ์ตูนหรือนิทาน ซึ่งเป็นตัวแบบที่น่าสนใจและทำให้เด็กเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กยิ่งขึ้น จึงเหมาะที่จะใช้สื่อประเภทนี้ร่วมกับสอนของครูพี่เลี้ยง เพื่อย้ำพฤติกรรมของตัวแบบให้เด็กได้ปฏิบัติ

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- ควบคุมการแสดงออกและคำพูดที่เกิดขึ้นได้
- สามารถนำมาใช้ได้หลาย ๆ ครั้ง
- ง่ายในการนำมาใช้เป็นกลุ่ม (61)

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ไม่เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว (One - way communication) จึงใช้สื่อบุคคลเข้ามาร่วมด้วย ได้แก่ ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง

5) การระบายสี ฟ.ฟันสวย ประวาดประเภทเด็กก่อนวัยเรียนแต่ละชั้น

เนื่องจากเป็นสื่อที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเด็ก ซึ่งทำให้เด็กเกิดความจำภาพ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันฟันผุตามภาพที่สื่อออกมา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการนี้

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- กระตุ้นให้เกิดจินตนาการ และการเรียนรู้
- ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ
- เป็นกิจกรรมที่สนุกสำหรับเด็ก

6) การระบายสี ฟ.ฟันสวย ประเภทครอบครัว

เนื่องจากเป็นสื่อที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและเด็ก รวมทั้งกรรมการซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องจากส่วนต่างๆ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสถานอนามัย ซึ่งเป็นกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความใส่ใจการป้องกันฟันผุในเด็กมากขึ้น จากภาพที่สื่อออกมาให้ระบายสี ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการนี้

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- กระตุ้นให้เกิดจินตนาการ และการเรียนรู้
- ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ
- เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาว่างทำได้

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นแต่ละคนไม่เท่ากัน เนื่องจากทักษะในการระบายสี และการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่ได้รับ
- ผู้ปกครองอาจจะให้ความสนใจกับกิจกรรมน้อย อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากคิดว่าเป็นงานของเด็กจึงปล่อยให้เด็กทำ แต่ผู้วิจัยใช้กิจกรรมนี้เป็นกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

7) ประวาดฟันสวย และให้รางวัลการประกวดในงานวันสำคัญต่างๆ ที่ชุมชนจัดกิจกรรม เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันลอยกระทง เป็นต้น

เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนให้ความสำคัญกับกิจกรรมรณรงค์ทางทันตสุขภาพ และเป็นการเสริมแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการนี้

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- ทำได้ง่าย แต่ประสิทธิผลสูง

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- อาจต้องใช้งบประมาณสูง

8) อภิปรายกลุ่ม

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งหาแนวทางการแก้ไขเพื่อเป็นการกระตุ้นโดยการเรียนรู้จากสื่อบุคคล

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้และแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เกิดเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way communication)

- ผู้ส่งสารประเมินการตอบสนองของผู้รับสารได้

- การเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้น มีข้อดีตรงที่น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์หรือรูปภาพในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถเปลี่ยนการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ (61)

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ภารกิจมาก ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

- ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง ก่อนข้างจะเสี่ยงต่อการควบคุมการแสดงออกและคำพูดได้อย่างที่ผู้วิจัยต้องการ (61)

9) การเสนอตัวแบบของผู้ปกครองที่ปฏิบัติตัวในการป้องกันพิษสุราให้กับเด็กได้ดี และใช้ตัวแบบนำเสนอและสาธิตการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้กับเด็ก และการให้รางวัลแก่ผู้ปกครองที่มีการพัฒนาพฤติกรรมของตนเองได้ดี

เนื่องจากการใช้สื่อบุคคลเป็นตัวแทนทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น เพราะมีผู้สามารถทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ อีกทั้งการสาธิตให้เห็นการปฏิบัติจริง จะทำให้เกิดความน่าสนใจมากกว่าการเห็นภาพจากหนังสือหรือสื่ออื่นๆ และควรจะมีการให้การเสริมแรงแก่ผู้ที่ปฏิบัติได้ดี เพื่อให้เกิดแรงจูงใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการที่จะปฏิบัติ และเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ที่ประสบความสำเร็จ

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- การเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้น มีข้อดีตรงที่น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์หรือรูปภาพในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถเปลี่ยนการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ (61)

- เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้และแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เกิดเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way communication)

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง ก่อนข้างจะเสี่ยงต่อการควบคุมการแสดงออกและคำพูดได้ อย่างที่ผู้วิจัยต้องการ (61)

10) การสำรวจและกระตุ้นเตือนโดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกวันเสาร์ เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครอง โดยใช้แบบสำรวจกิจกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันฟันผุเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในกิจกรรมต่อไป

ข้อดี ของสื่อประเภทนี้

- เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้และแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เกิดเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way communication)

- ผู้ส่งสารประเมินการตอบสนองของผู้รับสารได้

- เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ค่อยมีเวลาเข้าร่วมประชุม

ข้อเสีย ของสื่อประเภทนี้

- ต้องอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ดำเนินการได้

- ใช้ได้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีศักยภาพพอที่จะดำเนินการได้

ตารางที่ 2.2 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ผู้ส่งสาร (Source)	เนื้อหาสาร (Message)	ช่องทาง (Channels)	ผู้รับสาร (Receiver)
ผู้วิจัย อสม. และ วิทยากร	1.เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัว จากความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การขึ้นและเรียงตัวของฟันแท้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมองของเด็ก การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ โรคโพรงอากาศอักเสบ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น จนอาจส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อการรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่งยาก เช่น การถอนฟัน การรักษารากฟัน ที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาอย่างต่ำครั้งละ 200 บาท ถ้าไม่มีบัตรทอง หรือต้องเสียรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ปกครอง เป็นต้น 2.เนื้อหาแสดงให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ เมื่อผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญและมีพฤติกรรมในการป้องกันฟันผุให้เด็กไม่เหมาะสม 3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมผุให้แก่บุตรหลาน	- เปิดเพลงและให้ข้อมูลผ่านหอกระจายข่าว เวลา 07.00-07.10 น. ทุกวัน - ใช้การอบรมเชิง-ปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อน-วัยเรียน - ใช้แผ่นพับให้ความรู้ - ใช้ตัวแบบที่เป็นผู้ปกครองที่ปฏิบัติตัวในการป้องกันฟันผุให้กับเด็กได้ดี - ใช้แผ่นภาพให้ระบายสี ฟ.ฟันสวย ประเภทครอบครัว ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรม - สนทนากลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ตัวแทนอสม.ใช้แบบสำรวจกิจกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และพูดจากระตุ้นเตือนพฤติกรรม	ผู้ปกครอง

ตารางที่ 2.2 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (ต่อ)

ผู้ส่งสาร (Source)	เนื้อหาสาร (Message)	ช่องทาง (Channels)	ผู้รับสาร (Receiver)
	4. การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะป้องกันฟันน้ำนมให้แก่บุตรหลานได้ 5.พฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันน้ำนม ได้แก่ - พฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่เด็ก - พฤติกรรมการแปรงฟันให้แก่เด็ก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ถ้าเด็กแปรงฟันด้วยตนเองให้ผู้ปกครองตรวจสอบดูความสะอาด และแปรงฟันซ้ำในตำแหน่งที่เด็กแปรงไม่สะอาด - พฤติกรรมในการสำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากให้เด็กทุกสัปดาห์ - พฤติกรรมในการควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ได้ไม่เกินวันละ 2 มื้อ หรือได้เฉพาะมื้ออาหารหลัก คือ เช้า กลางวัน เย็น เนื่องจากเป็นเวลาที่เด็กควรแปรงฟันหลังอาหาร - การจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม		

ตารางที่ 2.3 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง

ผู้ส่งสาร (Source)	เนื้อหาสาร (Message)	ช่องทาง (Channels)	ผู้รับสาร (Receiver)
ผู้วิจัย อสม. และ วิทยากร	1.เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัว จากความรุนแรง และผลกระทบจากการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การขึ้นและเรียงตัวของฟันแท้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมองของเด็ก การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ โรคโพรงอากาศอักเสบ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น จนอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสูญเสียเวลาและ 2. เนื้อหาแสดงให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ เมื่อผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญและมิพฤติกรรมกรรมการป้องกันฟันผุให้เด็กไม่เหมาะสม 3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน 4. การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน 5.พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ได้แก่ - ควบคุมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - การตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันและการแปรงฟันซ้ำในตำแหน่งที่เด็กแปรงไม่สะอาด - การควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล - การจัดอาหารว่างเป็นผลไม้แทนขนม - การจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม	- ใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน - ใช้แผ่นพับให้ความรู้ - อภิปราย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ - วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ครูพี่เลี้ยง

ตารางที่ 2.4 จำแนกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร เพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน

ผู้ส่งสาร (Source)	เนื้อหาสาร (Message)	ช่องทาง (Channels)	ผู้รับสาร (Receiver)
1.นิทาน ทันต- สุขภาพ 2.วิทยากร	1.เนื้อหากระตุ้น พฤติกรรมการป้องกันฟันผุ ได้แก่ - การแปรงฟันสม่ำเสมอ - พฤติกรรมการงดการทานอาหารที่เสี่ยงต่อ การเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของ น้ำตาล ได้เฉพาะมื้ออาหารกลางวัน เนื่องจาก เป็นเวลาที่เด็กควรแปรงฟันหลังอาหาร - พฤติกรรมการเลิกลูกอม ขนม	- การเปิดเพลงกระตุ้น พฤติกรรมทันตสุขภาพผ่าน หออกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เวลา 07.00 – 07.10 น. ทุกวัน - ใช้การชมวิดีโอที่สนับสนุน ทันตสุขภาพและสอดแทรก ความรู้จากครูพี่เลี้ยง 5 ครั้ง - แผ่นภาพให้ระบายสี ฟ.ฟัน สวย ประเภทเด็กก่อนวัยเรียน แต่ละชั้น - ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง ทันตบุคลากรและผู้วิจัยให้การ ชมเชย และให้รางวัลในการ ประกวด ฟันสวย และการ ระบายสี	เด็กก่อนวัย- เรียน

สรุปได้ว่า จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา รวบรวมแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อปัญหา และได้แนวทางในการจัดโปรแกรม-
 สุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งการ
 ประยุกต์ใช้องค์ประกอบทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เป็น
 กลยุทธ์ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร-
 สุขภาพหรือ S-M-C-R มาช่วยอธิบายแนวทางการสื่อสารของทฤษฎีนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถ
 จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อ เนื้อหาและช่องทางต่างๆ ได้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง อันจะทำให้
 โปรแกรมสุขศึกษานี้เกิดประสิทธิผลต่อไป

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน

กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง ได้แก่
 - 1.1) เรื่องการดำเนินงานป้องกันฟันในชุมชนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว 1 ครั้ง
 - 1.2) เรื่องการป้องกันฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนแก่กลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง 1 ครั้ง
- 2) การสื่อสาร โดยใช้สื่อห่อกระจายข่าวชุมชน 8 สัปดาห์ๆ ละ 5 วัน โดยใช้เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม
- 3) จัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อกระตุ้นพฤติกรรม ประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์นิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากวิทยากรจำนวน 5 ครั้ง พร้อมทั้งประกวดระบายสี และหุ่นนอยฟันสวย
- 4) อภิปรายกลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เพื่อติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล พร้อมทั้งจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 5) ติดตามสำรวจและบันทึกกิจกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 6) สำรวจความสะอาดในช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยทันตบุคลากร 2 สัปดาห์/ครั้ง เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก

ตัวแปรตาม

ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงเด็ก

1. รับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนม
2. รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนม
3. รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนม
4. รับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกัน

- พฤติกรรมของผู้ปกครองและครูในการป้องกันฟันน้ำนมในเด็ก
- ทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

เด็กก่อนวัยเรียน

มีความสะอาดในช่องปากระดับดี

เด็กก่อนวัยเรียนมีอัตรา
การเกิดฟันน้ำนมผุลดลง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection-Motivation Theory) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและเด็กก่อนวัยเรียน ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมป้องกัน ฟื้นฟูและฟื้นคืนสุขภาพที่เหมาะสม

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม ซึ่งได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นและกลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม-สุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นแต่มีกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ แต่ละกลุ่มจะประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เก็บข้อมูลวัดก่อนและหลังทดลอง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยและแผนภาพการทดลองดังนี้

1) รูปแบบการวิจัย

O1 — X — O3 กลุ่มทดลอง

O2 ————— O4 กลุ่มเปรียบเทียบ

แผนภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษา

O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

2) แผนภาพการทดลอง



แผนภาพที่ 3.2 แผนภาพการทดลอง

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

X1 หมายถึง การสื่อสารโดยใช้สื่อหออกระจำข่าวชุมชน 8 สัปดาห์ๆ ละ 5 วัน โดยใช้เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ

X2 หมายถึง อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อทำความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน 11 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 22 คน

- X3 หมายถึง อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการป้องกันฟันน้ำนมผุ แก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง จำนวน 1 ครั้ง
- X4 หมายถึง จัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อกระตุ้นพฤติกรรม ประกอบด้วย การชมวิดีโอทัศนนิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 30 นาทีต่อวัน รวมทั้งสิ้น 5 วัน ประกวดระบายสี ฟันสวยประเภทครอบคร้วและประเภทเด็กก่อนวัยเรียนแต่ละชั้น รวมทั้งประกวดหนูน้อยฟันสวย
- X5 หมายถึง อภิปรายกลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เพื่อติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล พร้อมทั้งจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- S หมายถึง ติดตามสำรวจและบันทึกกิจกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ทุกวันเสาร์ โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- Y หมายถึง สำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยการข้อมสีฟันและตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในวันศุกร์ โดยทันตบุคลากร
- K หมายถึง การสังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมและกิจกรรมทางทันตสุขภาพของเด็ก โดยครูพี่เลี้ยง

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร

เด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2553 ประกอบด้วย

- 1.1) ตำบลโคกสูง เด็กและผู้ปกครอง 170 คน และครู 5 คน
- 1.2) ตำบลหนองบัวศาลา เด็กและผู้ปกครอง 180 คน และครู 5 คน

2) การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง จาก

รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n_1) 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (n_2) 38 คน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ (μ_1) เท่ากับ 26.32 (S.D. (sd_1) เท่ากับ 2.16 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ (μ_2) เท่ากับ 23.94 (S.D. (sd_2) เท่ากับ 2.86) (62) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญจากการทดสอบแบบสัณยศาสตร์เป็น 5 % และมีอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) 80 % โดยมีสูตรการคำนวณ (63) ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 \sigma^2 (Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยที่

n = จำนวนตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม

$$\sigma^2 = \text{pool variance} = \frac{(n_1 - 1) sd_1^2 + (n_2 - 1) sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{(40 - 1) 2.16^2 + (38 - 1) 2.86^2}{(40 + 38) - 2} = 6.37$$

และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 % $\alpha = 0.05$ ดังนั้นค่า $Z_{\alpha/2 (0.05)} = 1.96$

อำนาจในการทดสอบ 80 % $\beta = 0.20$ ดังนั้นค่า $Z_{\beta (0.20)} = 0.84$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{2 \times 6.37 (1.96 + 0.84)^2}{(26.32 - 23.94)^2} \\ &= 17.64 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการคำนวณจึงได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในแต่ละกลุ่ม 18 คนขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นครูพี่เลี้ยงมีจำนวนที่ให้ศึกษา 5 คน จึงทำการศึกษาทุกคน

3) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากผู้วิจัยเคยมีหน้าที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในชุมชนเขต-เมืองนครราชสีมาหลายแห่ง และพบข้อจำกัดเรื่องการติดต่อประสานงานกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในบางตำบลค่อนข้างลำบาก การวิจัยนี้จึงขอเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากเด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูง เป็นกลุ่มทดลองและเด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองบัวศาลา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่งสามารถติดต่อประสานงานได้ค่อนข้างดี อีกทั้ง 2 ตำบลมีลักษณะทางประชากรที่ศึกษาใกล้เคียงกันคือ

1. เด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีอัตราพื้นน้ำนมผุเกินร้อยละ 70 ในรอบปีที่ พ.ศ. 2551
2. ศูนย์เด็กเล็กมีจำนวนเด็ก ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมี 170 คนและกลุ่มเปรียบเทียบมี 180 คน
3. มีสภาพทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

จากนั้นสำรวจความสะอาดในช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจะมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษาโดยการสำรวจและวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันด้วยวิธีการป้ายสีย้อมคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กทุกซี่และให้เด็กบ้วนปาก จากนั้นทันตบุคลากรตรวจให้คะแนน ซึ่งประยุกต์เกณฑ์ดัชนีคราบจุลินทรีย์ของสทอลลาร์ดและคณะในปี ค.ศ. 1969 (Plaque Index by Stallard, et. al) (64) เพื่อลงบันทึกในแบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์ ซึ่งตรวจฟัน 6 ด้าน ได้แก่

ฟันซี่ 55	ด้าน Buccal (ฟันกรามน้ำนมบนขวา ด้านใกล้แก้ม)
ฟันซี่ 51	ด้าน Labial (ฟันหน้าน้ำนมบนขวา ด้านใกล้แก้ม)
ฟันซี่ 65	ด้าน Buccal (ฟันกรามน้ำนมบนซ้าย ด้านใกล้แก้ม)
ฟันซี่ 85	ด้าน Lingual (ฟันกรามน้ำนมล่างขวา ด้านลิ้น)
ฟันซี่ 71	ด้าน Labial (ฟันกรามน้ำนมล่างขวา ด้านใกล้แก้ม)
ฟันซี่ 81	ด้าน Lingual (ฟันกรามน้ำนมล่าง ด้านลิ้น)

โดยเกณฑ์การให้คะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ปรับปรุงมาใช้มีดังนี้ (64)

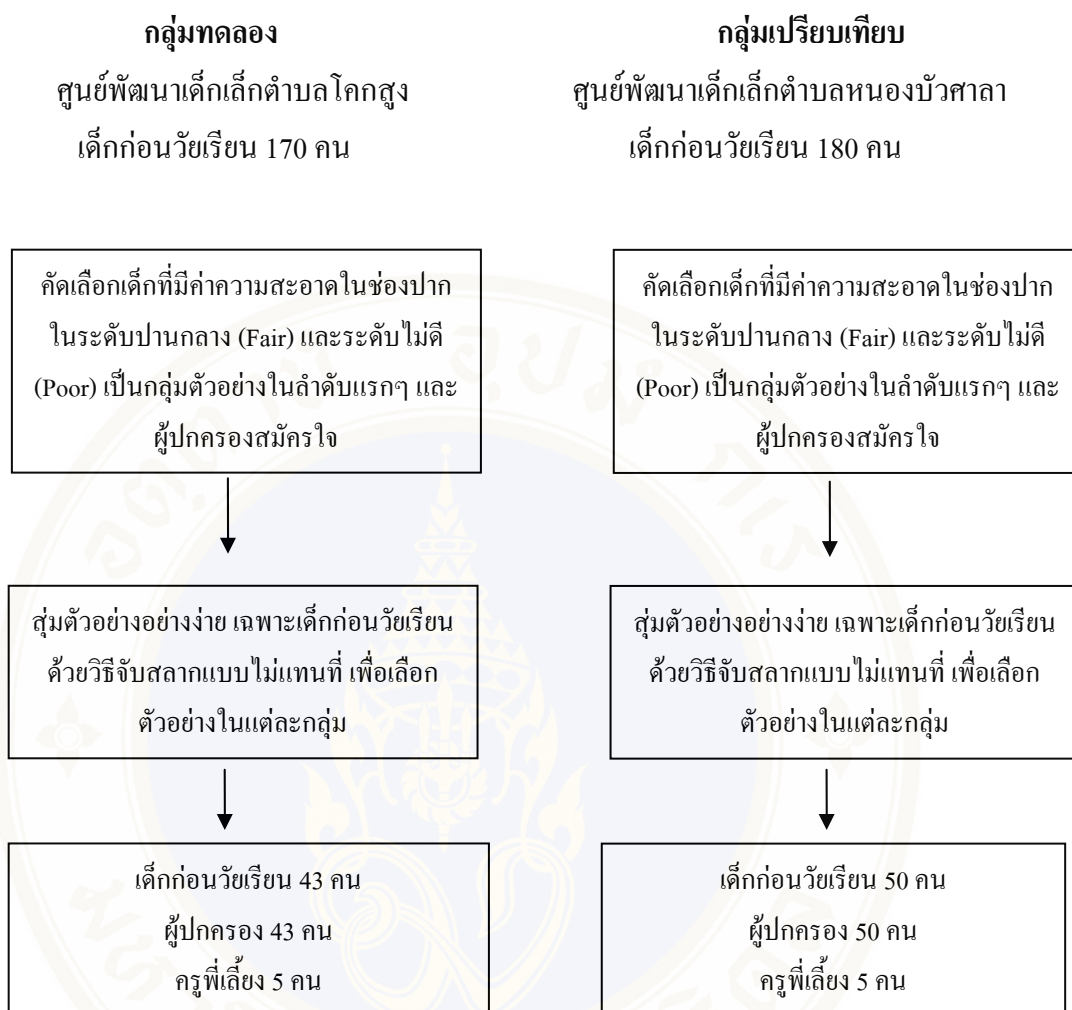
- 0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน
- 1 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามบันทึกการตรวจ
- 2 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุม 1 ใน 3 แต่ไม่เกิน 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ
- 3 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมมากกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ

จากนั้นผู้วิจัยได้แบ่งระดับความสะอาดในช่องปาก โดยใช้เกณฑ์ของโกลด์เบิร์กและคณะ ในปี ค.ศ. 1977 (Goldberg H, et al) (65) โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่าทำความสะอาดช่องปากไม่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่าทำความสะอาดฟันได้ดี ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (65)

- ระดับดี (Good) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.1 - 0.6
- ระดับปานกลาง (Fair) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.7 - 1.8
- ระดับไม่ดี (Poor) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.9 - 3.0

คัดเลือกเด็กก่อนวัยเรียนที่มีค่าความสะอาดในช่องปากในระดับปานกลาง (Fair) และระดับไม่ดี (Poor) เป็นกลุ่มตัวอย่างในลำดับแรกๆ และผู้ปกครองสมัครใจโดยยินยอมให้เด็กในปกครองของตนและตนเองเข้าร่วมการวิจัย

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวนขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละตั้งแต่ 18 คนขึ้นไป แต่เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม เด็กมีความสะอาดช่องปากในระดับปานกลาง (Fair) และระดับไม่ดี (Poor)ค่อนข้างมาก ทางผู้วิจัยจึงคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียน 43 คน ผู้ปกครอง 43 คน และครูพี่เลี้ยง 5 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียน 50 คน และผู้ปกครอง 50 คน ครูพี่เลี้ยง 5 คน ซึ่งสรุปเป็นขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดังแผนภาพที่ 6 ดังนี้



แผนภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อการป้องกันพินันมฺพูนในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ซึ่งประกอบด้วย

- 1) แผนการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อทำความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) แผนจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เรื่องการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน
- 3) สื่อหออกระบายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยใช้เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคฟันน้ำนม รวมทั้งกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน
- 4) แผ่นพับซึ่งสรุปเนื้อหาที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคฟันน้ำนม
- 5) แผนการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 6) วิดีทัศน์นิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง
- 7) กิจกรรมการประกวดและรางวัลระบายสี ฟ.ฟันสวย และหนูน้อยฟันสวย
- 8) แผนการจัดอภิปรายกลุ่ม เพื่อติดตามผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ
- 9) สื่อบุคคลที่เป็นต้นแบบพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ครูพี่เลี้ยงและเด็กก่อนวัยเรียน
- 10) แบบบันทึกพฤติกรรมและกิจกรรมทางทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 11) อุปกรณ์ย้อมสีแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กตรวจสอบภาวะความสะอาดช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ น้ำอุ่นผสมสีผสมอาหารสีชมพูหรือสีแดงและกัตเดิลบัด (Cotton - buds)

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ก่อนและหลังทดลอง สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย โดยแบบสัมภาษณ์มี 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ จำนวน 12 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 36 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย	=	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	1	คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (28.80-36.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 –79 (21.60-28.79 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (12.00-21.59 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ จำนวน 7 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-21 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกลซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความด้านบวกในข้อ 4, 5, 6 และ 7 และด้านลบในข้อ 1, 2 และ 3 โดยทุกข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย	=	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	1	คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Negative statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (16.80-21.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (12.60-16.79 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (7.00-12.59 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมสุในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเกิร์ต สเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก คือ ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

ทำได้ = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ทำไม่ได้ = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (12.00-15.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (9.00-11.99 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (5.00-8.99 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมสุในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเกิร์ต

สเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (12.00-15.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (9.00-11.99 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (5.00-8.99 คะแนน)

2) แบบสอบถามครูพี่เลี้ยง ก่อนและหลังทดลอง ทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยง ประสบการณ์อบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ จำนวน 9 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9 - 27 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (21.60-27.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (16.20-21.59 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (9.00-16.19 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ จำนวน 8 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 24 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า) โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต 5 ระดับ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความด้านบวกในข้อ 4, 5, 6 และ 7 และด้านลบในข้อ 1, 2, 3 และ 8 โดยทุกข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Negative statement)

เห็นด้วย = 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 3 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (19.20-24.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (14.40-19.19 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (8.00-14.39 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 4 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยมี

ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก คือ ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

ทำได้ = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ทำไม่ได้ = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (9.60-12.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (7.20-9.59 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (4.00-7.19 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันพิษในเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 4 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเกิร์ตสเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (9.60-12.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (7.20-9.59 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (4.00-7.19 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ของครูพี่เลี้ยง จำนวน 6 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 18 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ท สเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกวัน ที่เปิดเรียน ปฏิบัติ 3 - 4 วัน ปฏิบัติ 1-2 วัน ไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ปฏิบัติทุกวันที่เปิดเรียน	= 3 คะแนน
ปฏิบัติ 3 - 4 วัน	= 2 คะแนน
ปฏิบัติ 1 - 2 วัน	= 1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	= 0 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (14.40-18.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (10.80-14.39 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-10.79 คะแนน)

3) แบบสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองตามหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้สำรวจ จำนวน 8 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 32 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ท สเกล โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5 - 6 วัน ปฏิบัติ 3 - 4 วัน ปฏิบัติ 1 - 2 วัน ไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	= 4 คะแนน
ปฏิบัติ 5 - 6 วัน	= 3 คะแนน
ปฏิบัติ 3 - 4 วัน	= 2 คะแนน
ปฏิบัติ 1 - 2 วัน	= 1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	= 0 คะแนน

ประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (25.60-32.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (19.20-25.59 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-19.19 คะแนน)

4) แบบบันทึกความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยทันตบุคลากร

โดยการวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ด้วยวิธีการป้ายสีข้อมคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กทุกซี่และให้เด็กบ้วนปาก จากนั้นทันตบุคลากรตรวจให้คะแนน ซึ่งประยุกต์เกณฑ์ดัชนีคราบจุลินทรีย์ของสทอลลาร์ดและคณะในปี ค.ศ. 1969 (Plaque Index by Stallard, et. al) (64) เพื่อลงบันทึกในแบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์ ซึ่งตรวจฟัน 6 ด้าน ได้แก่

ฟันซี่ 55 ด้าน Buccal (ฟันกรามน้ำนมบนขวา ด้านใกล้แก้ม)

ฟันซี่ 51 ด้าน Labial (ฟันหน้าน้ำนมบนขวา ด้านใกล้แก้ม)

ฟันซี่ 65 ด้าน Buccal (ฟันกรามน้ำนมบนซ้าย ด้านใกล้แก้ม)

ฟันซี่ 85 ด้าน Lingual (ฟันกรามน้ำนมล่างขวา ด้านลิ้น)

ฟันซี่ 71 ด้าน Labial (ฟันกรามน้ำนมล่างขวา ด้านใกล้แก้ม)

ฟันซี่ 81 ด้าน Lingual (ฟันกรามน้ำนมล่างซ้าย ด้านลิ้น)

โดยเกณฑ์การให้คะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ปรับปรุงมาใช้มีดังนี้ (64)

0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน

1 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ

2 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุม 1 ใน 3 แต่ไม่เกิน 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ

3 = มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมมากกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ

จากนั้นผู้วิจัยได้แบ่งระดับความสะอาดในช่องปาก โดยประยุกต์เกณฑ์ของโกลด์เบิร์กและคณะ ในปี ค.ศ. 1977 (Goldberg H., et al) (65) โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งมีคะแนนอยู่

ระหว่าง 0-3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่าทำความสะอาดช่องปากไม่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่าทำความสะอาดฟันได้ดี ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (65)

- ระดับดี (Good) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.0 - 0.6
- ระดับปานกลาง (Fair) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.7 – 1.8
- ระดับไม่ดี (Poor) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.9 - 3.0

5) แบบประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

ประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง มี 7 ข้อ มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 14 คะแนน ซึ่งทันตบุคลากรเป็นผู้ให้คะแนน ตามลักษณะการจับแปรง การแปรงฟันบน ด้านนอก การแปรงฟันบนด้านใน การแปรงฟันล่างด้านนอก การแปรงฟันล่างด้านใน การแปรงฟัน ด้านบดเคี้ยวและการแปรงลิ้น ถ้าปฏิบัติถูกต้อง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกบ้างผิดบ้างได้ 1 คะแนน และปฏิบัติผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 14 คะแนน ประเมินผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ ของบลูม (Bloom) (66) ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (11.20-14.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (8.40 -11.19 คะแนน)

ระดับไม่ดี หมายถึงคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-8.39 คะแนน)

จากเครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งหมด สามารถสรุปผู้เก็บข้อมูลได้ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงรูปแบบและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือเก็บข้อมูล	ผู้เก็บข้อมูล			
	ผู้วิจัย	อสม.	ทันตบุคลากร	ตอบด้วยตนเอง
1. แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง	/			
2. แบบสอบถามครูพี่เลี้ยง				/
3. แบบสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองตามหมู่บ้าน		/		
4. แบบประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง			/	
5. แบบบันทึกความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน			/	

3.4 การสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาการระบาดของโรคเกิดโรคพิษุน และกลวิธีการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคพิษุน ในเด็กก่อนวัยเรียน

2. ศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมาและจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่โดยผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ และกำหนดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหา

3. กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหา นำมาสร้างแผนสุขศึกษา แก่กลุ่มตัวอย่าง และสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและถูกต้องตามหลักเกณฑ์

4. นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งอาจารย์ที่ปรึกษาในการตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย

1) ดร.มลินี สมภพเจริญ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2) รศ.ธราดล เก่งการพานิช อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย

1) ผศ.ดร. พิเชฐ เจริญเกษ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2) ทพ.ไพศาล วิไลจิตเลิศ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์ทันตกรรมชุมชน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

3) ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์ทันตกรรม-ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

5. ทำการทดสอบเครื่องมือ (Try out) แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีเด็กเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability)

จากผลการวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพิจารณารายข้อ (Corrected Item Total Correlation) ถ้าข้อใดมีค่าติดลบ (-) หรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 จะพิจารณาตัดคำถามนั้นออก หรือพิจารณาปรับปรุงคำถามนั้นใหม่ เพื่อให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ซึ่งผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ผลปรากฏดังนี้

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง จากเดิมมีคำถาม 13 ข้อ ได้ค่า $r = 0.751$ เมื่อตัดคำถามออก 1 ข้อ เหลือคำถาม 12 ข้อ ได้ค่า $r = 0.764$

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง จากเดิมมีคำถาม 8 ข้อ ได้ค่า $r = 0.611$ เมื่อตัดคำถามออก 1 ข้อ เหลือคำถาม 7 ข้อ ได้ค่า $r = 0.675$

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง มีคำถาม 5 ข้อ ได้ค่า $r = 0.410$ ไม่ได้ตัดคำถามใดๆ ออก เนื่องจากทุกคำถามเกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา จึงได้มีการปรับลักษณะภาษาที่ใช้ถามให้เหมาะสมมากขึ้น

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง จำนวน 5 ข้อ ได้ค่า $r = 0.844$ ไม่ได้ตัดคำถามใดๆ ออก เนื่องจากค่า r อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม

แบบสอบถามครูพี่เลี้ยง ไม่ได้นำมาทดสอบเครื่องมือ (Try out) เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงได้มีการทดลองใช้แบบสอบถามกับครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และจัดเวทีอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับคำถามรายข้อในแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

3.5 วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

การประชุมชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 4 คน ซึ่งปฏิบัติงานในสถานอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง) ณ ห้องประชุมสถานอนามัยโคกสูง (ดังตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 แผนการจัดประชุมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรมการ เรียนการสอน	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การ ประเมินผล
ก่อนการ ทดลอง 1 สัปดาห์	1.การบรรยาย ชี้แจงการใช้ เครื่องมือเก็บ ข้อมูลโดยผู้วิจัย 2. การฝึกปฏิบัติ ในการย้อมสีฟัน การตรวจฟัน และประเมิน ทักษะการแปร ฟันให้เด็กโดย ผู้ปกครองและ การบันทึกผล การตรวจและ การประเมิน	1.ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) การชี้แจงวัตถุประสงค์ 2) การขออนุญาตทางจริยธรรม 3) การตรวจและประเมิน 4) การบันทึกผล 2. วิธีการประเมินทักษะการแปรฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะการจับแปรง การแปรงฟันบนด้านนอก การแปรงฟันบนด้านใน การแปรงฟันล่างด้านนอก การแปรงฟันล่างด้านใน การแปรงฟันด้านบดเคี้ยว และการแปรงลิ้น 3. การย้อมสีฟันและตรวจคราบ-จุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยการใช้สีผสมอาหารสีแดงทาบนตัวฟันเด็ก และให้เด็กบ้วนน้ำออก จากนั้นตรวจคราบสีที่ติดบนตัวฟัน ถ้าพบสีติดแสดงว่ามีคราบจุลินทรีย์และบันทึกผลตามระดับที่พบบนตัวฟัน ซึ่งใช้เกณฑ์ดัชนีคราบ-จุลินทรีย์ที่ประยุกต์มาจากสทอลลาร์ด และคณะในปี ค.ศ. 1969 (Plaque Index by Stallard, et. al) (64)	-วิทยากร 1 คน - คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก 1 เครื่อง -โปรเจคเตอร์ 1 เครื่อง -โมเดลแปรงฟัน 1 ชุด - สีย้อมฟันที่ผสมจากน้ำและสีผสมอาหาร - แบบประเมินทักษะการแปรฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง -แบบบันทึกความสะอาดช่องปากเด็ก-ก่อนวัยเรียน	1.วัดความเข้าใจจากการตอบคำถามของวิทยากร 2.วัดทักษะจากความสามารถในการลงข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อทำความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน 11 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 22 คน ระยะเวลา 1 วัน (7 ชั่วโมง) ณ ห้องประชุมสถานีนานาชาติโลกสูง (ดังตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 แผนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การ ประเมินผล
สัปดาห์ ที่ 1	1.การ บรรยาย ให้ความรู้ ด้าน การป้องกัน พื้น้ำนม โดย วิทยากร และผู้วิจัย 2. การฝึก ปฏิบัติ ในการ ตรวจพื้น การให้ ทันตสุข ศึกษาและ การสำรวจ พฤติกรรม ผู้ปกครอง ตามแบบ สำรวจของ งานวิจัย	1.ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดพื้นน้ำนม ในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การขึ้นและเรียงตัวของ พื้นแท้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมองของ เด็ก การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เชื้อหุ้ม-หัวใจอักเสบ โรคโพรงอากาศอักเสบ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น จนอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อการ รักษาทันตกรรมที่ยุ่งยาก 2. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนม เมื่อ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมป้องกันพื้นน้ำนมที่ไม่ เหมาะสมให้แก่เด็ก 3.ความรู้และทักษะในการป้องกันพื้นน้ำนม ได้แก่ การแปรงพื้นให้เด็กอย่างถูกวิธี อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การสำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากให้เด็กทุก สัปดาห์ การควบคุมการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด พื้นได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ไอศกรีม ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มี ส่วนผสมของน้ำตาล การให้เด็กดื่มนมโดยใช้ หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม 4. วิธีการสัมภาษณ์และติดตามพฤติกรรมของ ผู้ปกครองในการป้องกันพื้นน้ำนม ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) การชี้แจงวัตถุประสงค์ 2) การขออนุญาต สัมภาษณ์ตามจริยธรรม 3) การสัมภาษณ์ตาม เนื้อหาในแบบสำรวจพฤติกรรมผู้ปกครอง	-วิทยากร 2 คน - คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก 1 เครื่อง -โปรเจค- เตอร์ 1 เครื่อง - โมเดลพื้น 1 ชุด - โมเดลแปรง พื้น 1 ชุด -แบบสำรวจ พฤติกรรม การป้องกัน พื้นน้ำนม ของ ผู้ปกครอง ตามหมู่บ้าน โดย อาสาสมัคร- สาธารณสุข- ประจำ หมู่บ้าน	1.วัดความ เข้าใจจาก การตอบ คำถามของ วิทยากร 2. สังเกต การฝึก ปฏิบัติใน การให้ คำแนะนำ ความรู้ด้าน ทันต สุขภาพ 3.วัดทักษะ จากความ สามารถใน การลง ข้อมูลได้ ถูกต้อง ครบถ้วน

2) การสื่อสารโดยใช้สื่อกระจายข่าวชุมชน 8 สัปดาห์ๆ ละ 5 วัน โดยใช้เนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวจากความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนม เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของพื้นน้ำนมและกระตุ้นพฤติกรรมผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในการป้องกันพื้นน้ำนม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการจัดกิจกรรม) ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูง และภายในชุมชน (ดังตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.4 แผนการจัดกิจกรรมสื่อสารเรื่องการป้องกันพืชน้ำนม

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/ อุปกรณ์	การ ประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1- 8	1. ประชาสัมพันธ์ผ่านหอ- กระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และเปิดเพลงแปรงฟัน และ การดูแลฟัน ในช่วงเช้า เวลา 07.00 น. ทุกวันจันทร์ถึง ศุกร์ วันละ 10 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งจัดรายการโดย อสม. 2. เปิดเพลงมาแปรงฟันกัน- เถอะ ในช่วงหลัง รับประทานอาหารกลางวัน ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ วันละ 10 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งจัดรายการโดยครูพี่เลี้ยง 3. แผ่นพับเนื้อหาที่ กระตุ้นให้เกิดความกลัวจาก ความรุนแรงหรือผลกระทบ และโอกาสเสี่ยงจากการเกิด โรคพืชน้ำนม รวมทั้ง กระตุ้นพฤติกรรมผู้ปกครอง ในการป้องกันพืชน้ำนม	1. การกระตุ้นให้เกิดความกลัว จากความรุนแรงและผลกระทบ จากการเกิดพืชน้ำนมในเด็ก- ก่อนวัยเรียน ได้แก่ การขึ้นและ เรียงตัวของฟันแท้ การเจริญเติบโต ด้านร่างกายและสมองของเด็ก การ เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เยื่อหุ้ม- หัวใจอักเสบ โรคโพรงอากาศ อักเสบ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น จนอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อ การรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่ยยาก 2. เนื้อหาแสดงให้เห็นโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคพืชน้ำนม เมื่อผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญ และมีพฤติกรรมในการป้องกันพื นุให้เด็กไม่เหมาะสม 3. เนื้อหาในเพลงแปรงฟันอย่างถูก วิธีอย่างสม่ำเสมอวันละอย่างน้อย 2 ครั้ง และการดูแลฟันโดยการทาน อาหารที่มีประโยชน์ งดเว้นอาหาร ที่มีเสี่ยงต่อโรคพืชน้ำนมได้ง่าย เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ฯลฯ	- หอ กระจาย ข่าวประจำ หมู่บ้าน - ผู้จัด รายการ ได้แก่ อสม. และ ครูพี่เลี้ยง - วิดีทัศน์ เพลงแปรง- ฟัน และ การดูแล ฟัน	1.วัดการรับรู้ ความรุนแรง และการรับรู้ โอกาสเสี่ยง จากการเกิด โรคและการ รับรู้ข้อมูล ข่าวสาร จากแบบ สัมภาษณ์ 2.บันทึก พฤติกรรมเด็ก ลงใน แบบสังเกต พฤติกรรมเด็ก โดยครูพี่เลี้ยง

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เรื่องการป้องกันโรคพืชน้ำนม
เด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพืชน้ำนม การรับรู้ความเสี่ยงต่อการ
เกิดพืชน้ำนม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันพืชน้ำนม การรับรู้ความคาดหวัง
ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันพืชน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน และมีพฤติกรรม
การป้องกันโรคพืชน้ำนมให้เด็กก่อนวัยเรียนอย่างเหมาะสม ระยะเวลา 1 วัน (7 ชั่วโมง)
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลโคกสูง (ดังตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.5 แผนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เรื่องการป้องกันโรคฟัน-
น้ำนม

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรมการ เรียนการสอน	เนื้อหา	สื่อ/ อุปกรณ์	การ ประเมินผล
สัปดาห์ที่ 2	บรรยายและ ฝึกปฏิบัติ เรื่องการดูแล สุขภาพช่อง ปากเด็กก่อน วัยเรียนตาม องค์ประกอบ ของทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรค	1. ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดฟันน้ำนมใน เด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การขึ้นและเรียงตัวของฟันแท้ การเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมองของเด็ก การเกิด โรคแทรกซ้อน เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ โรคโพรง อากาศอักเสบ โรคขาดสารอาหารเป็นต้น จนอาจส่งผล กระทบทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่งยาก 2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม เมื่อมี พฤติกรรมในการป้องกันฟันน้ำนมที่ไม่เหมาะสมให้แก่เด็ก 3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน 4. การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมซึ่งเป็น ความเชื่อ ในเรื่องการป้องกันฟันน้ำนมให้แก่เด็กได้ 5. การป้องกันโรคฟันน้ำนม ได้แก่ การแปรงฟันให้ เด็กอย่างถูกวิธี วันละ 2 ครั้งต่อวัน การตรวจความ สะอาดหลังแปรงฟัน และแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรง ไม่สะอาด การสำรวจปัญหาสุขภาพช่องปากให้เด็ก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ การแจ้งปัญหาให้ผู้ปกครอง พาไปปรึกษา การจัดการและควบคุมการทานอาหารที่ เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนม-กรุบกรอบ ขนม หวาน ไอศกรีมลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล คือทานได้เฉพาะมื้อ อาหารเช้า กลางวันและเย็น เนื่องจากเป็นเวลาที่เด็ก ควรแปรงฟันหลังอาหาร การจัดอาหารว่างเป็นผลไม้ ให้เด็กรับประทาน การให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูด หรือคัมจากแก้วแทนการดูดขวดนม 6. การเข้าใจพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อการ เลี้ยงดูเด็กและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม มากขึ้น	สื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยากร สื่อบุคคล วีดิทัศน์ โมเดล แปรงฟัน โมเดลฟันผุ ระยะต่างๆ และ แผ่นพับ ให้ความรู้	1. แบบ สัมภาษณ์ ผู้ปกครอง 2. แบบสำรวจ พฤติกรรม ผู้ปกครอง โดย อสม. 3. แบบสอบ ถามครูพี่- เลี้ยง

4) จัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อกระตุ้นให้เด็กก่อนวัยเรียนมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของตนเอง ระยะเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3) ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลตำบลโลกสูง (ดังตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.6 แผนการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรมการเรียนการสอน	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 3	1.การชมวีดิทัศน์นิทานทันตสุขภาพและสวดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 30 นาทีต่อวัน ก่อนทานอาหารกลางวัน 2.การประกวดระบายสีฟันสวยประเภทครอบครัว และประเภทเด็กก่อนวัยเรียนแต่ละชั้น 3.ประกวดหนูน้อยฟันสวย	การป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ได้แก่ การแปรงฟันที่ถูกวิธี อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน การงดทานอาหารหลังแปรงฟัน การงดหรือหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำอัดลม น้ำหวาน และนมหวาน การแปรงฟันทันทีที่เด็กทานอาหารเสร็จ การเลิกลดขนม และการพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันรักษาฟันผุ	1.เครื่องเล่น วีดิทัศน์ 2.แผ่นวีดิทัศน์นิทานทันตสุขภาพ 3.แผ่นภาพระบายสี 4.สีชอล์ก สีไม้ 5.ของรางวัล 6.ครูพี่เลี้ยงและผู้วิจัย	จากการสังเกตการตอบสนองของเด็กในการชมวีดิทัศน์ และการสวดแทรกความรู้ด้านทันตสุขภาพจากครูพี่เลี้ยง และจากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง

5) อภิปรายกลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 4) ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลโลกสูง (ดังตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.7 แผนการจัดอภิปรายกลุ่ม

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรมการเรียนการสอน	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 4	อภิปรายกลุ่มผู้ปกครองครูพี่เลี้ยง และผู้วิจัย	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุ ที่ได้ผล และจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง	- กระดาษ - ดินสอ/ปากกา - วิทยากรกลุ่มซึ่งเป็นผู้วิจัย - สื่อนุคลิก ตัวแบบพฤติกรรม	จากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกระบวนการอภิปรายกลุ่ม

6) การสังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมและกิจกรรมทางทันตสุขภาพของเด็ก โดยครูพี่เลี้ยง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูง (ดังตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.8 แผนการจัดกิจกรรมสังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1-8	- ตรวจสอบสะอาดหลังการ แปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยครูพี่เลี้ยง - สังเกตและบันทึกพฤติกรรม เด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย การแปรงฟัน หลังอาหารกลางวัน พฤติกรรมทานอาหารว่าง และพฤติกรรมการดูแล ความสะอาดของเด็ก โดยครูพี่เลี้ยง	การแปรงฟัน หลังอาหารกลางวัน พฤติกรรม ทานอาหารว่าง และ พฤติกรรมการดูแล ความสะอาดของเด็ก	แบบสังเกต พฤติกรรมป้องกัน ฟันน้ำนมผุของเด็ก ก่อนวัยเรียน โดย ครูพี่เลี้ยง	ความครอบคลุม กลุ่มตัวอย่าง

7) ติดตามสำรวจและบันทึกพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง (ดังตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.9 แผนการติดตามสำรวจและบันทึกพฤติกรรม

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 5-8	สำรวจพฤติกรรม ป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในหมู่บ้านโดย อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	พฤติกรรมป้องกัน- ฟันน้ำนมผุ ได้แก่ การ แปรงฟันให้เด็ก การดูแลสุขภาพ การทานอาหารเสี่ยงต่อ ฟันผุและการให้เด็กเลิ ดูดขวดนม	แบบสำรวจพฤติกรรม การป้องกันโรคฟัน- น้ำนมผุของผู้ปกครอง โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	ความครอบคลุม การสำรวจข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง

8) สํารวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมกำรป้องกันฟันน้ำนมของ เด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูง (ดังตารางที่ 3.9)

ตารางที่ 3.10 แผนการสำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เด็กก่อนวัยเรียน

ช่วงเวลา (สัปดาห์)	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 5 และ 7	ย้อมสีฟันเพื่อ ตรวจแผ่นคราบ จุลินทรีย์บนตัว ฟันเด็ก โดย ทันตบุคลากร	วิธีการย้อมสีฟันได้แก่ 1. ใช้คัตเติลบัด (Cotton buds) จุ่มน้ำสีแดง ซึ่งผสมระหว่างน้ำ และสีผสมอาหาร และทาลง บนตัวฟันเด็กทุกซี่ 2. ให้เด็กบ้วนปาก โดยไม่ต้อง แปรงฟันออก 3. ตรวจสอบภาวะความสะอาด- ช่องปากเด็กและบันทึกผลการ ตรวจ โดยทันตบุคลากร	- สีย้อมฟัน - คัตเติลบัด (Cotton buds) - แบบบันทึกความ สะอาดช่องปากเด็ก ก่อนวัยเรียนใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ความครอบคลุม การสำรวจใน กลุ่มตัวอย่าง

สามารถสรุปช่องทางการสื่อสาร (Channels) เพื่อการป้องกันฟันน้ำนมในเด็ก-
ก่อนวัยเรียน ได้ดังนี้ (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.11 สรุปช่องทางการสื่อสาร (Channels) เพื่อการป้องกันฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน

ช่องทาง/ประเภทสื่อ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ส่งสาร	ช่วงเวลา	ความถี่	ระยะเวลา รณรงค์	สถานที่
1. การอบรมเชิง- ปฏิบัติการเรื่องการ ดำเนินงานทันตสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียนใน ชุมชน	- อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน	ผู้วิจัย	08.30 น.- 15.30 น.	1 ครั้ง	1 วัน	ห้อง ประชุม สถานี อนามัย โคกสูง
2. การอบรมเชิง- ปฏิบัติการเรื่องการดูแล สุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนวัยเรียน	- ผู้ปกครอง - ครูพี่เลี้ยง	วิทยากรและ ผู้วิจัย	08.30 น.- 15.30 น.	1 ครั้ง	1 วัน	ห้อง ประชุม เทศบาล

ตารางที่ 3.11 สรุปช่องทางการสื่อสาร (Channels) เพื่อการป้องกันพื้นน้ำนมมุในเด็กก่อนวัยเรียน
(ต่อ)

ช่องทาง/ประเภทสื่อ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ส่งสาร	ช่วงเวลา	ความถี่	ระยะเวลา รณรงค์	สถานที่
3.หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	-เด็กก่อนวัยเรียน -ผู้ปกครอง	อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน	07.00 น.- 07.10 น.	1 ครั้ง ต่อวัน	8 สัปดาห์	ทุกหมู่บ้าน
3.แผ่นพับความรู้ด้าน ทันตสุขภาพ	-ผู้ปกครอง -ครูพี่เลี้ยง	ผู้วิจัย	ระหว่าง อบรม	1 ครั้ง	1 วัน	ห้อง ประชุม เทศบาล
4. การสอน ชมวีดิทัศน์ และการใช้ หอกระจายเสียงใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	-เด็กก่อนวัยเรียน	ครูพี่เลี้ยงและ ผู้วิจัย	10.00 น. - 10.30 น. ก่อนเด็กได้รับ ประทาน อาหาร กลางวัน	1 ครั้ง ต่อวัน	1 ครั้ง ๆ ละ 5 วัน	ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก

3.5.3 ขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 9

- ตรวจสอบภาวะช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
- เก็บข้อมูลหลังการทดลองในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้วิจัย ครูพี่เลี้ยงตอบแบบสอบถาม การประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยทันตบุคลากร และการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันพื้นน้ำนมมุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.6 จริยธรรมในงานวิจัย

การวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจในการเข้าร่วม ไม่มีการบังคับและมีการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง และเด็กก่อนวัยเรียนที่ต้องได้รับการยินยอมเพื่อเข้าร่วมทำการวิจัยโดยผู้ปกครอง หลังจากที่ได้รับแจ้งรายละเอียดในการวิจัยครบถ้วนแล้ว หากการให้สัมภาษณ์ข้อมูลใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบได้เนื่องจากเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะไม่มีการบังคับให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัยสามารถทำได้ และผู้วิจัยรับรองว่าการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบในทางที่เสียหายใดๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง และต่อสังคมแต่ประการใด

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง 7 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-181

3.7 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครองและความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

- เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง และความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ด้วยสถิติ Independent t-test



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection - Motivation Theory) เพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุที่เหมาะสม จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ จำนวนขนาดตัวอย่างในกลุ่มผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน แต่เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เด็กมีความสะอาดช่องปากในระดับปานกลาง (Fair) และระดับไม่ดี (Poor) ค่อนข้างมาก ทางผู้วิจัยจึงคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ได้ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียน 50 คน ผู้ปกครอง 50 คน และครูพี่เลี้ยง 5 คน แต่ผู้วิจัยได้คัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นเด็กและผู้ปกครองออกกลุ่มละ 7 คน เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูล ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านหอกระจายข่าวซึ่งเป็นสื่อหลักที่ใช้ใน โปรแกรมสุขศึกษานี้ โดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่า เสี่ยงจากหอกระจายข่าวฟังไม่ชัดเจน และบาง หลังคาเรือนไม่ได้ยินเสียง ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียน 43 คน ผู้ปกครอง 43 คน ส่วน กลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียน 50 คน และผู้ปกครอง 50 คน ครูพี่เลี้ยง 5 คน ซึ่งสามารถนำเสนอผลการศึกษาที่วิเคราะห์ได้เป็นส่วนๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 7 ทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

ส่วนที่ 8 ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 10 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 11 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 12 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 13 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 14 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน ได้จากการทำแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยสามารถวิเคราะห์และสรุปผลได้ดังนี้

1.1 อายุเด็ก

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองพบว่ามีอายุเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 3 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0

1.2 เพศเด็ก

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0

1.3 อายุผู้ปกครอง

ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุมากที่สุด 63 ปีอายุน้อยสุด 21 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26–35 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 และรองลงมาคืออายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 32 ปี อายุมากที่สุด 54 ปีอายุน้อยสุด 21 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26–35 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 และรองลงมาคืออายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34

1.4 ความเกี่ยวข้องกับเด็ก

กลุ่มทดลอง ความเกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดามีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาเป็นยาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 กลุ่มเปรียบเทียบความเกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดามีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 และรองลงมาเป็นบิดา จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

1.5 ระดับการศึกษา

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมาคือระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

1.6 อาชีพหลัก

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 69.8 รองลงมาคืออาชีพ ค้าขาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 และรองลงมาคืออาชีพค้าขาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

1.7 รายได้ของครอบครัว

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 รองลงมารายได้ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และรองลงมารายได้ไม่เกิน 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0

1.8 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวต่อค่าครองชีพ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคือเพียงพอและเหลือเก็บ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมาคือเพียงพอและเหลือเก็บ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(n = 43)		(n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เด็กก่อนวัยเรียน				
อายุ (ปี)				
3	16	37.2	11	22.0
4	14	32.6	18	36.0
5	13	30.2	21	42.0
Mean, S.D., Min, Max	4, 0.82, 3, 5		4, 0.78, 3, 5	
เพศ				
ชาย	25	58.1	22	44.0
หญิง	18	41.9	28	56.0
ผู้ปกครอง				
อายุ (ปี)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25	2	4.6	10	20.0
26 – 35	20	46.5	21	42.0
36 – 45	12	27.9	17	34.0
46 – 55	6	14.0	2	4.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 56	3	7.0	0	0.0
Mean, S.D., Min, Max	38, 10.44, 21, 63		32, 7.52, 21, 54	
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก				
เกี่ยวข้องเป็นบิดา	4	9.3	16	32.0
เกี่ยวข้องเป็นมารดา	28	65.1	27	54.0
เกี่ยวข้องเป็นยาย	6	14.0	1	2.0
เกี่ยวข้องเป็นญาติ	5	11.6	6	12.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 1-4	8	18.6	2	4.0
ประถมศึกษาปีที่ 5-6	18	41.9	12	24.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	9.3	18	36.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	9	20.9	10	20.0
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	4	9.3	8	16.0
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	4	9.3	3	6.0
รับจ้างทั่วไป	30	69.8	29	58.0
ค้าขาย	7	16.3	12	24.0
พนักงานของรัฐ/เอกชน	1	2.3	6	12.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	2.3	0	0.0
รายได้ของครอบครัว				
ไม่เกิน 5,000 บาท	8	18.6	7	14.0
5,001 – 10,000 บาท	29	67.4	25	50.0
10,001 - 15,000 บาท	3	7.0	17	34.0
มากกว่า 15,000 บาท	3	7.0	1	2.0
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว				
เพียงพอและเหลือเก็บ	11	25.6	10	20.0
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	28	65.1	31	62.0
ไม่เพียงพอ	4	9.3	9	18.0

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของการได้รับการคำแนะนำหรือความรู้ด้านทันตสุขภาพ
ซึ่งได้จากแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 72.1 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 23.3 โดยไม่พบการได้รับผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ภายหลังการทดลอง มีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 100.0 หอกระจายข่าว ร้อยละ 100.0 โทรทัศน์ ร้อยละ 78.0 และทันตแพทย์/ทันตภิบาล ร้อยละ 74.4 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลอง ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 38.0 และทันตแพทย์/ทันตภิบาล ร้อยละ 32.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง มีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ได้แก่ ทันตแพทย์/ทันตภิบาล ร้อยละ 62.0 โทรทัศน์ ร้อยละ 50.0 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 44.0

สรุปได้ว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ที่ชัดเจน ได้แก่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหอกระจายข่าว ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่องทางการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทัศนสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ช่องทางการได้รับคำแนะนำ/ ความรู้ด้านทัศนสุขภาพ จาก สื่อ/บุคคล*	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(n=43)		(n=50)		(n=43)		(n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	31	72.1	24	48.0	33	76.7	25	50.0
วิทยุ	2	4.7	2	4.0	2	4.7	3	6.0
หอกระจายข่าว	0	0.0	0	0.0	43	100.0	0	0.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล	10	23.3	19	38.0	10	23.3	22	44.0
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล	4	9.3	16	32.0	32	74.4	31	62.0
อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	11	18.6	5	10.0	43	100.0	13	26.0

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครอง

2.1 ระดับของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม

ระดับของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 44.2 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.8

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 42.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับดี ร้อยละ 72.0 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.0 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.0 (ดังตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง						
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	19	44.2	20	46.5	4	9.3
หลังการทดลอง	43	100.0	0	0.0	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	21	42.0	24	48.0	5	10.0
หลังการทดลอง	36	72.0	13	26.0	1	2.0

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.27 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 32.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.38 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.72 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.4) เมื่อวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 8 ข้อ จาก 12 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพื้นนํ้านมผุ คือ ทำให้พื้นแท่งขึ้นไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก อาจทำให้เกิดโรคเหงือก โรคปริทันต์ และพื้นแท่งตามมา ได้ง่าย อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร อาจเกิดเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบซึ่งมีสาเหตุหนึ่งมาจากโรคพื้นนํ้านมผุ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ประเทศไทยสิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมากในการรักษาพื้นผุ และส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของชุมชน (ดังตารางที่ 1 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.02 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.46 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.08 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ดังตารางที่ 4.4) เมื่อวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 6 ข้อ จาก 12 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพื้นนํ้านมผุ คือ ทำให้พื้นแท่งขึ้นไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก อาจเกิดเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบซึ่งมีสาเหตุหนึ่งมาจากโรคพื้นนํ้านมผุ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่นอาจทำให้เด็กขาดเรียนบ่อย ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ประเทศไทยสิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมากในการรักษาพื้นผุ และส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของชุมชน (ดังตารางที่ 6 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้ความรุนแรง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	27.67	4.27	7.29	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	32.40	1.38			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		4.72				
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	27.38	4.02	3.28	49	0.002
หลังการทดลอง	50	30.46	4.67			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		3.08				

2.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.27 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.02 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย เท่ากับ 0.29 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.733$) (ดังตารางที่ 4.5) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่ามี 5 ข้อ จาก 12 ข้อ ที่พบความแตกต่างกันของระดับคะแนน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนม คือ อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร อาจทำให้เด็กขาดเรียนบ่อย อาจทำให้เด็กอ้วนเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา และเสียเวลาในการประกอบอาชีพ (ดังตารางที่ 11 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.38 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.46 คะแนน ส่วน-

เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.94 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) (ดังตารางที่ 4.5) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่ามี 3 ข้อ จาก 12 ข้อ ที่พบระดับคะแนนของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดพื้นน้ำนมผุ ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ประเทศไทยต้องสิ้นเปลืองงบประมาณการรักษา โรคพื้นน้ำนมผุอย่างมาก และเด็กในชุมชนพื้นน้ำนมผุมากส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของชุมชน (ดังตารางที่ 16 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	27.67	4.27	0.34	91	0.733
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	27.38	4.02			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.29				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	32.40	1.38	2.79	58.79	0.007
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	30.46	4.67			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.94				

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ ของผู้ปกครอง

3.1 ระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ

1) ระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นน้ำนมผุ ของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27.9 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.7 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.9

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีร้อยละ 78.0 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับดี ร้อยละ 66.0 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.0 (ดังตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	30	69.8	12	27.9	1	2.3
หลังการทดลอง	42	97.7	1	2.3	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	39	78.0	10	20.0	1	2.0
หลังการทดลอง	33	66.0	16	32.0	1	2.0

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.39 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.74 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เท่ากับ 1.39 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.84 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.7) เมื่อวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่า มีข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 1 ข้อ จาก 7 ข้อ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปล่อยไข่เด็กแปร่งฟันด้วยตนเอง ซึ่งอาจไม่สะดวกเท่าการที่ผู้ปกครองแปร่งฟันให้เด็ก (ดังตารางที่ 2 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.18 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.02 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.729$) (ดังตารางที่ 4.7) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่า มีความแตกต่างระหว่างระดับคะแนนก่อนและหลังทดลอง 1 ข้อ จาก 7 ข้อ คือ การแปร่งฟันให้เด็กก่อนนอน (ดังตารางที่ 7 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	17.39	2.74	3.82	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	19.23	1.39			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.84				
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	17.92	2.18	0.35	49	0.729
หลังการทดลอง	50	17.72	3.00			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-0.20				

3.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.74 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.18 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.52 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.308$) (ดังตารางที่ 4.8) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อไม่พบความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มเช่นกัน (ดังตารางที่ 12 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.39 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.51 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ดังตารางที่ 4.8) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อ พบความแตกต่างของระดับคะแนน 2 ข้อจาก 7 ข้อ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ซึ่งอาจไม่สะดวกเท่าการที่ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก และการแปรงฟันให้เด็กก่อนนอน (ดังตารางที่ 17 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง	43	17.40	2.74	1.03	91	0.308
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ	50	17.92	2.18			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.52				
หลังการทดลอง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง	43	19.23	1.39	3.18	71.41	0.002
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ	50	17.72	3.00			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.51				

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครอง

4.1 ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม

1) ระดับของการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 41.9 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 ซึ่งสรุปได้ว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 58.1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ ระดับดี ร้อยละ 82.0 ซึ่งสรุปได้ว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.0 (ดังตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	18	41.9	21	48.8	4	9.3
หลังการทดลอง	43	100.0	0	0.0	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	33	66.0	14	28.0	3	6.0
หลังการทดลอง	41	82.0	7	14.0	2	4.0

4.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.40 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.65 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.10) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 2 ข้อจาก 5 ข้อ คือ การรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล และความสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ (ดังตารางที่ 3 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.19 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.98 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.84 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.88 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$) (ดังตารางที่ 4.10) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อพบข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 2 ข้อจาก 5 ข้อ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ การรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ และความสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ (ดังตารางที่ 3 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกัน
พืชน้ำนมผุ ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง
การทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	11.34	2.40	6.69	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	14.00	0.65			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		2.65				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	12.10	2.19	-2.07	49	0.043
หลังการทดลอง	50	12.98	1.84			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.88				

4.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ
พฤติกรรมป้องกันพืชน้ำนมผุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกัน
พืชน้ำนมผุ ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 2.40 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 2.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย เท่ากับ 0.76 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.118$) (ดังตารางที่ 4.11) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อไม่พบข้อใดแตกต่างกัน
ของระดับคะแนนทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 13 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.00 คะแนนส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 0.65 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.98 คะแนนส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 1.94 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.02 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) (ดังตารางที่ 4.11) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อไม่พบข้อใดแตกต่างกันของระดับคะแนนทั้งสองกลุ่ม เช่นเดียวกับก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 18 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อนการทดลอง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง	43	11.34	2.40	1.58	91	0.118
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ	50	12.10	2.19			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.76				
หลังการทดลอง						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง	43	14.00	0.65	3.49	61.54	0.001
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ	50	12.98	1.94			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-1.02				

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครอง

5.1 ระดับของการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม
การป้องกันฟันน้ำนม

1) ระดับของการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม
การป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีร้อยละ 86.0
ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 ซึ่งสรุปได้ว่า หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.0

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับดี ร้อยละ 94.0 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 (ดังตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	37	86.0	3	7.0	4	7.0
หลังการทดลอง	43	100.0	0	0.0	0	0.0
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	45	90.0	5	10.0	0	0.0
หลังการทดลอง	47	94.0	3	6.0	0	0.0

5.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.12 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.35 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.13) เมื่อวิเคราะห์รายข้อไม่พบข้อใดมีความแตกต่างของระดับคะแนน เนื่องจากอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังทดลอง (ดังตารางที่ 4 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.29 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.14 คะแนน และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.604$) (ดังตารางที่ 4.13) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า หลังทดลองมีระดับคะแนนรายข้อดีขึ้น 1 ข้อ จาก 5 ข้อ คือ ถ้าผู้ปกครองสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ จะสามารถป้องกันฟันผุได้ (ดังตารางที่ 9 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	13.12	2.12	3.98	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	14.47	0.50			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.35				
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	13.72	1.29	0.52	49	0.604
หลังการทดลอง	50	13.86	1.43			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.14				

5.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.63 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.29 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.60 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.109$) (ดังตารางที่ 4.14) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อไม่พบข้อใดแตกต่างกันของระดับคะแนนทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 14 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.50 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 0.61 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) (ดังตารางที่ 4.14) แต่ผลการวิเคราะห์รายข้อไม่พบความแตกต่างกันของระดับคะแนนทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 19 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	13.12	2.12	1.63	67.35	0.109
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	13.72	1.29			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.60				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	14.47	0.50	2.80	62.71	0.007
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	13.86	1.43			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-0.61				

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

6.1 ระดับของพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม

1) ระดับของการพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.7 รองลงมาก็คือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.9 ภายหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เท่ากับระดับไม่ดี คือร้อยละ 41.9 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.6

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.0 รองลงมาก็คือระดับปานกลาง ร้อยละ 16.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 68.0 รองลงมาก็คือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.0 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.0 (ดังตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม						
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	1	2.3	9	20.9	33	76.7
หลังการทดลอง	18	41.9	7	16.3	18	41.9
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	4	8.0	8	16.0	38	76.0
หลังการทดลอง	2	4.0	14	28.0	34	68.0

6.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.71 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 21.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 7.76 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.16) เมื่อวิเคราะห์ผลรายชื่อ หลังทดลองพบข้อที่เปลี่ยนแปลงระดับคะแนนดีขึ้น 5 ข้อจาก 8 คือ การแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง การแปรงฟันซ้ำให้เด็กในตำแหน่งที่ยังแปรงไม่สะอาด การจัดการไม่ให้เด็กดูนมจากขวดนม และการฝึกเด็กให้ทานของว่างเป็นผลไม้แทนขนม ส่วนข้อที่มีระดับคะแนนไม่ดี ทั้งก่อนและหลังทดลองมี 3 ข้อ คือ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนแล้วให้เด็กกินอาหารทุกชนิดแม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล ผู้ปกครองสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต เมื่อเด็กอยู่บ้าน และไม่ให้นมหรือน้ำนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดังตารางที่ 5 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.17 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.30 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) (ดังตารางที่ 4.16) เมื่อวิเคราะห์ผลรายชื่อ หลังทดลองพบข้อที่เปลี่ยนแปลงระดับคะแนนดีขึ้น 3 ข้อจาก 8 คือ ผู้ปกครองควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดการไม่ให้เด็กดูนมจากขวดนม และการฝึกเด็กให้ทานของว่างเป็นผลไม้แทนขนม (ดังตารางที่ 10 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม						
ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	13.86	6.71	5.24	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	21.63	8.05			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		7.76				
ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	15.54	6.17	3.70	49	0.001
หลังการทดลอง	50	18.84	3.50			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		3.30				

6.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 6.71 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 6.17 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่ม
เปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 1.84 คะแนน และไม่พบความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.212$) (ดังตารางที่ 4.17) แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบความ
แตกต่างของระดับคะแนน ระหว่างกลุ่ม จำนวน 2 ข้อจาก 8 ข้อ คือ การแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อย
วันละ 2 ครั้ง การจัดการไม่ให้เด็กดูคนมาจากขวดนม (ดังตารางที่ 20 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 8.05 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน เท่ากับ 3.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 2.42 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p=0.040$) (ดังตารางที่ 4.17) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ

คะแนนที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3 ข้อจาก 8 ข้อ ได้แก่ การแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง และการแปรงฟันซ้ำให้เด็กในตำแหน่งที่ยังแปรงไม่สะอาด และระดับคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มทดลอง จำนวน 3 ข้อจาก 8 ข้อ คือ ผู้ปกครองควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดการไม่ให้เด็กดูอนิเมะจากขวดนม และการฝึกเด็กให้ทานของว่างเป็นผลไม้แทนขนม (ดังตารางที่ 20 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
พฤติกรรมกำรป้องกันฟันน้ำนมผุ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	13.86	6.71	1.26	91	0.121
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	15.54	6.17			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.84				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	21.63	8.05	2.11	55.5	0.040
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	18.84	3.50			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-2.42				

ส่วนที่ 7 ทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

7.1 ระดับทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

ระดับทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.5 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 23.2 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.4 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 18.6 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.2

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 66.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 68.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ซึ่งสรุปได้ว่า ทั้งก่อนและหลังทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ดังตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง						
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	10	23.2	7	16.3	26	60.5
หลังการทดลอง	32	74.4	8	18.6	3	7.0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	7	14.0	10	20.0	33	66.0
หลังการทดลอง	1	2.0	15	30.0	34	68.0

7.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.58 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.95 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.24 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4.19) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าทักษะ การแปร่งฟันให้เด็กโดยผู้ปกครองในด้านบดเคี้ยวอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง (ดังตารางที่ 21 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.05 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.62 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.317$) (ดังตารางที่ 4.19) ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าผู้ปกครองมีลักษณะการจับแปรงสีฟันในระดับไม่ดีเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 22 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	7.16	4.58	7.12	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	12.40	1.95			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		5.24				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	6.54	4.05	1.01	49	0.317
หลังการทดลอง	50	7.16	2.20			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.62				

7.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.58 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย เท่ากับ 0.62 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.488$) (ดังตารางที่ 4.20) ซึ่งไม่พบความแตกต่างในระดับคะแนนรายชื่อระหว่างสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 23 ภาคผนวก)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.95 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 5.24 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ดังตารางที่ 4.20) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกข้อ ยกเว้นเรื่องการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว (ดังตารางที่ 24 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ทักษะการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	7.16	4.58	0.70	91	0.488
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	6.54	4.05			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-0.62				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	12.40	1.95	12.08	91	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	7.16	2.19			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		-5.24				

ส่วนที่ 8 ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

8.1 ระดับความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ระดับความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 30.2 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 18.6 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ร้อยละ 20.9

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 24.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 ซึ่งสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากในระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 36 (ดังตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระดับความสะอาดในช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง (n=43)						
ก่อนการทดลอง	6	14.0	24	55.8	13	30.2
หลังการทดลอง	8	18.6	33	76.7	2	4.7
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)						
ก่อนการทดลอง	12	24.0	32	64.0	6	12.0
หลังการทดลอง	30	60.0	15	30.0	5	10.0

8.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.52 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.68 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนความสะอาดช่องปากหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.51 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.58 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนความสะอาดช่องปากหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.56 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ความสะอาดในช่องปาก						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	43	9.77	3.52	4.86	42	<0.001
หลังการทดลอง	43	6.26	2.68			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		3.51				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	50	7.12	3.58	4.75	49	<0.001
หลังการทดลอง	50	5.56	4.20			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		1.56				

8.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.58 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.65 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.68 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.353$) ดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่ม-ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
ความสะอาดในช่องปาก						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	9.77	3.52	3.59	91	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	7.12	3.58			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		2.65				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	6.26	2.68	0.93	91	0.353
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	5.56	4.20			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.70				

เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยความสะอาดช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ผู้วิจัยจึงนำค่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองของทั้งสองกลุ่ม มาทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดช่องปากดีกว่า กลุ่มทดลองเล็กน้อย เท่ากับ 0.24 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.101$) ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	n	Mean	S.D	t	df	p-value
Difference						
ความสะอาดในช่องปาก						
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43	0.50	0.86	1.67	56.53	0.101
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	0.36	0.39			
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย		0.26				

ส่วนที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยง ได้จากการทำแบบสอบถามจากครูพี่เลี้ยง โดยสามารถวิเคราะห์และสรุปผลได้ดังนี้

ครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม มีอายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี ระดับการสอนในระดับชั้นอนุบาล 1, 2 และ 3 มีจำนวนเท่าๆ กัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ในกลุ่มทดลอง จำนวน 5 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 คน และระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยง กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี เท่ากันคือจำนวนกลุ่มละ 2 คน และกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลา 4-6 ปี ทั้ง 5 คน (ดังตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	(n=5)	(n=5)
	จำนวน	จำนวน
เพศ		
ชาย	1	0
หญิง	4	5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	1	2
31-35	2	3
มากกว่าหรือเท่ากับ 36	1	0
ระดับชั้นที่สอนเด็ก		
อนุบาล 1	1	2
อนุบาล 2	2	2
อนุบาล 3	2	1
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	1
อนุปริญญาหรือปวส.	0	1
ปริญญาตรี	5	3
ระยะเวลาการเป็นครูที่เลี้ยง (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	2	0
4 – 6 ปี	0	5
7-9 ปี	1	0
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	2	0
ประสบการณ์อบรมด้านเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็ก		
ไม่เคยอบรม	0	1
1 ครั้ง	3	3
2 ครั้ง	1	0
มากกว่า 2 ครั้ง	1	1

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของการได้รับการคำแนะนำหรือความรู้ด้าน
ทันตสุขภาพ ซึ่งได้จากแบบสอบถามครูพี่เลี้ยง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ผ่านทาง
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล มากถึง 4 คน รองลงมาคือ จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จำนวน 2 คน
โดยไม่พบการได้รับผ่านทางโทรทัศน์ และหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง ครูพี่เลี้ยง
ทั้ง 5 คน ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จากหอกระจายข่าว
จำนวน 4 คน ซึ่งมี 1 คน ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในตำบลที่ศึกษาจึงไม่ได้รับข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว
และได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งนอกเหนือจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัย
จัดขึ้น จำนวน 3 คน เนื่องจากครูพี่เลี้ยงทั้ง 3 คน ได้มีโอกาสพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับเรื่องทันตสุขภาพในระหว่างช่วงโปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุดถึง
4 คน รองลงมาผ่านทางทันตแพทย์/ทันตภิบาล และการฝึกอบรมจากโรงพยาบาลมหาราช
นครราชสีมา จำนวน 2 คน หลังการทดลอง มีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพ
เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผ่านทางทันตแพทย์/ทันตภิบาล เพิ่มขึ้น 2 คนเป็น 3 คน

สรุปได้ว่าครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้
ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ได้แก่ ทันตแพทย์/ทันตภิบาล หอกระจายข่าว
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามลำดับ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดังตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของครูพี่เลี้ยง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม
ช่องทางการได้รับคำแนะนำ/ด้านทัศนสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ช่องทางการได้รับคำแนะนำ/ ความรู้ด้านทัศนสุขภาพ ผ่านสื่อ/บุคคล *	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	จำนวน (n=5)	จำนวน (n=5)	จำนวน (n=5)	จำนวน (n=5)
โทรทัศน์	0	4	0	4
หอกระจายข่าว	0	0	4	0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล	4	1	4	1
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล	2	2	5	3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1	0	3	0
การฝึกอบรมจากโรงพยาบาล	1	2	1	2
มหาราชนครราชสีมา				

หมายเหตุ * เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 10 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยง

ระดับของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี จำนวน 3 คน และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ครบทั้ง 5 คน ซึ่งเพิ่มขึ้น 2 คน (ดังตารางที่ 4.27) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อพบว่าหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี จำนวน 2 ข้อ จาก 9 ข้อ คือ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเด็กมีฟันน้ำนมผุมาก อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น และผลกระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อมีเด็กก่อนวัยเรียนฟันน้ำนมผุจำนวนมาก (ดังตารางที่ 25 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน และระดับดี จำนวน 2 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับดีเพิ่มเป็น 4 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 2 คน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ดังตารางที่ 4.27) เมื่อ

วิเคราะห์ผลรายข้อพบว่าหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี จำนวน 1 ข้อ จาก 9 ข้อ คือ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเด็กมีฟันน้ำนมผุมาก อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น (ดังตารางที่ 25 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.27 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
การรับรู้ความรุนแรง			
กลุ่มทดลอง (n=5)			
ก่อนการทดลอง	3	2	0
หลังการทดลอง	5	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=5)			
ก่อนการทดลอง	2	3	0
หลังการทดลอง	4	1	0

ส่วนที่ 11 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยง

ระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีทั้ง 5 คน จากการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับดีตั้งแต่ก่อนทดลอง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยงได้ (ดังตารางที่ 4.28) และผลวิเคราะห์รายข้อไม่พบระดับคะแนนที่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 26 ภาคผนวก)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับปานกลางจำนวน 3 คน และระดับดี จำนวน 2 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับดี เพิ่มขึ้น 2 คน เป็น 4 คน (ดังตารางที่ 4.28) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อพบว่าหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนจากระดับที่ต่ำขึ้น จำนวน 2 ข้อ จาก 8 ข้อ คือ การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อปล่อยให้เด็ก

แปรงฟันด้วยตนเอง และการแปรงฟันก่อนนอนกลางวัน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดังตารางที่ 31 ภาคผนวก)

ตารางที่ 4.28 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
กลุ่มทดลอง (n=5)			
ก่อนการทดลอง	5	0	0
หลังการทดลอง	5	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=5)			
ก่อนการทดลอง	2	3	0
หลังการทดลอง	4	1	0

ส่วนที่ 12 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยง

ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ถึง 4 คน รองลงมาคือระดับปานกลาง เพียง 1 คน ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ทั้ง 5 คน ซึ่งสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย (ดังตารางที่ 4.29) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี 1 ข้อ คือ ครูพี่เลี้ยงคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมซองกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกเลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ เมื่อเด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดังตารางที่ 27 ภาคผนวก)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีจำนวน 3 คน และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น 1 คน เป็น 4 คน ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผู้ดีกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อยเช่นกัน (ดังตารางที่ 4.29) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับไม่ดีเป็นระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ ครูพี่เลี้ยงคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ เมื่อเด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดังตารางที่ 32 ภาคผนวก)

ผลการศึกษาจึงไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ครูพี่เลี้ยง (ดังตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผู้ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
กลุ่มทดลอง (n=5)			
ก่อนการทดลอง	4	1	0
หลังการทดลอง	5	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=5)			
ก่อนการทดลอง	3	2	0
หลังการทดลอง	4	1	0

ส่วนที่ 13 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผู้ ของครูพี่เลี้ยง

ระดับของการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผู้ ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับดีทั้ง 5 คน (ดังตารางที่ 4.30) เมื่อวิเคราะห์รายข้อไม่พบความแตกต่างของระดับคะแนนเช่นกัน (ดังตารางที่ 28) จึงไม่สามารถบ่งบอกความแตกต่างของระดับคะแนนก่อนและหลังทดลองจากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองได้

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีจำนวน 3 คน และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น 1 คน เป็น 4 คน (ดังตารางที่ 4.30) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อพบว่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับไม่ดีเป็นระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ ครูพี่เลี้ยงคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมซอง กรูบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ เมื่อเด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะสามารถป้องกันฟันผุได้ (ดังตารางที่ 33 ภาคผนวก)

สรุปได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้จึงบอกไม่ได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง (ดังตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30 จำนวนของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม			
กลุ่มทดลอง (n=5)			
ก่อนการทดลอง	5	0	0
หลังการทดลอง	5	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=5)			
ก่อนการทดลอง	3	2	0
หลังการทดลอง	4	1	0

ส่วนที่ 14 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง

ระดับของการพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 4 คน และระดับดี จำนวน 1 คน ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้น 3 คน เป็น 4 คน และไม่มีระดับไม่ดี (ดังตารางที่ 4.31) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อ พบว่า ระดับคะแนนรายข้อมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 5 ข้อ จาก 6 ข้อ คือ พฤติกรรมการตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก ในระดับดี การแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาดในระดับปานกลาง การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กที่มีปัญหาในช่องปากไปรักษาในระดับปานกลาง การจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม ปานกลางและการควบคุมไม่ให้เด็กทานของว่าง ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ในระดับปานกลาง ส่วนการให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนม ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนระดับดีทั้งก่อนและหลังการทดลอง (ดังตารางที่ 29 ภาคผนวก)

สรุปได้ว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนม ภายหลังการทดลองในระดับดีมากขึ้น

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน ระดับไม่ดีและระดับดีอย่างละ 1 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น 1 คน เป็น 4 คน (ดังตารางที่ 4.31) และผลการวิเคราะห์รายข้อ ไม่พบความแตกต่างของระดับคะแนน (ดังตารางที่ 34)

การศึกษานี้บ่งบอกได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยงดีขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดังตารางที่ 4.31)

ตารางที่ 4.31 จำนวนของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับของพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ			
กลุ่มทดลอง (n=5)			
ก่อนการทดลอง	1	0	4
หลังการทดลอง	4	1	0
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=5)			
ก่อนการทดลอง	1	3	1
หลังการทดลอง	1	4	0

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สามารถทำให้ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค พฤติกรรมในการป้องกันโรค และทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ได้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้ ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอภิปราย-ผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

5.1 ลักษณะทางประชากร

5.1.1 เด็กก่อนวัยเรียน

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุ 3 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบอายุ 5 ปี จากการที่เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุนานกว่ากลุ่มทดลอง พบว่ามีผลต่อระดับความสะอาดในช่องปาก ซึ่งเด็กที่มีอายุนานกว่าจะมีพัฒนาการและทักษะการดูแลทันตสุขภาพที่ดีกว่า ส่งผลให้ก่อนทดลอง ความสะอาดในช่องปากของกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มทดลอง

5.1.2 ผู้ปกครอง

จากความแตกต่างของลักษณะทางประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลต่อผลการวิจัยดังนี้

ผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และไม่พบผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี แต่ในกลุ่มทดลองมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปีถึง 3 คน และการที่

กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่า สอดคล้องกับโอกาสการได้รับการศึกษาของกลุ่มเปรียบเทียบที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.0 แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 ถึงร้อยละ 41.9 และจากการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเด่นในเรื่องระดับการศึกษา จึงส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้และโอกาสรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื่น้ำนมนม การรับรู้สามารถของตนเองต่อการป้องกันพื่น้ำนมนม และมีพฤติกรรมการป้องกันพื่น้ำนมนมที่ดีขึ้นได้ง่ายกว่ากลุ่มทดลอง ถึงแม้ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา แต่อาจได้รับรู้จากสื่อประเภทอื่น เช่น จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล ข้อค้นพบนี้ สุธณี วงศ์คงคาเทพ (1) ได้อธิบายว่า ระดับการศึกษาของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดสภาวะโรคพื่น้ำนมนมของเด็กก่อนวัยเรียน

การได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากทางสื่อและบุคคล ในกลุ่มทดลองประสบปัญหาเรื่องการไม่ได้รับข้อมูล ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านหอกระจายข่าวซึ่งเป็นสื่อหลักที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษานี้ โดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่า เสียงจากหอกระจายข่าวฟังไม่ชัดเจน และบางหลังคาเรือนไม่ได้ยินเสียง ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียน 7 คน และผู้ปกครอง 7 คน ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียน 43 คน จาก 50 คน และผู้ปกครอง 43 คน จาก 50 คน โดยพบประเด็นการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากทางสื่อและบุคคลดังนี้

การได้รับสื่อผ่านทางโทรทัศน์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสื่อประเภตนี้นี้มากเป็นอันดับต้นๆ แต่ถึงอย่างไรสื่อประเภทโทรทัศน์ไม่ได้เจาะจงให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื่น้ำนมนม ดังนั้นเมื่อผลของระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพื่น้ำนมนมก่อนการทดลอง จึงพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

การได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากสื่อและบุคคลผ่านทางโปรแกรมสุขศึกษาที่งานวิจัยนี้จัดทำขึ้น มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากหอกระจายข่าว และจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล ซึ่งเนื้อหาของสื่อสารเน้นการกระตุ้นให้ผู้ปกครองเกิดความกลัว จากความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื่น้ำนมนมในเด็กก่อนวัยเรียนถ้าผู้ปกครองดูแลพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กได้ไม่ดี จากข้อค้นพบด้านการได้รับสื่อหลายช่องทาง รวมทั้งได้รับความถี่มากพอ พบว่ามีผลต่อการรับรู้ตามองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันพื่น้ำนมนม และการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง

ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิมิต เตชะวีรกุล (11) การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน การได้รับสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเล็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา วุฒิสิตป์ (13) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทันตสุขภาพจากชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแล ด้านทันตสุขภาพของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.1.3 ครูพี่เลี้ยง

ครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31 - 35 ปี พบความแตกต่างของลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อผลการวิจัย ได้แก่ การที่กลุ่มทดลองจบปริญญาตรีทุกคน และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2 คน และกลุ่มทดลองผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากทุกคน และอบรมมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 2 คน ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ที่ไม่ได้อบรม 1 คน และส่วนใหญ่ผ่านการอบรม 1 ครั้ง รวมทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยงนานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากข้อแตกต่างทางลักษณะประชากรทั้งหมดข้างต้น เมื่อวัดระดับการรับรู้ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่าระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุ และพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าครูพี่เลี้ยงที่มีโอกาสทางการศึกษา การอบรมด้านทันตสุขภาพ และระยะเวลาการทำงานเป็นครูพี่เลี้ยง มีผลต่อการรับรู้ ที่สูงกว่าผู้มีโอกาสน้อย และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพันทิวา ศรีสุกุลและวิลาวัลย์ วีระอาชากุล (30) โดยพบว่าครูพี่เลี้ยงที่เคยได้รับการอบรมมีความรู้ ทศนคติทางทันตสุขภาพที่ดี และการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพในห้องเรียน มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสุนีย์ พลภาณุมาศ และพรทิพย์ เข็มนาถ (31) ที่พบว่า ครูพี่เลี้ยงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน และครูพี่เลี้ยงที่มีระยะเวลาทำงานแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านสื่อและบุคคลของครูพี่เลี้ยงภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล จากหอกระจายข่าว และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน รวมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางอื่นที่นอกเหนือจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เนื่องจากครูพี่เลี้ยง 3 คน ได้มีโอกาสพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับเรื่องทันตสุขภาพในระหว่างช่วงโปรแกรมสุขศึกษา โดยการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านสื่อและบุคคลของครูพี่เลี้ยง ส่งผลให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุและพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่เหมือนกับกลุ่มผู้ปกครอง

ข้อค้นพบหนึ่งที่สำคัญ คือการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ครูพี่เลี้ยงให้ความร่วมมือจดจำนำขงนมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกชนิด แต่การจดจำนำขงนมและนำหวานจากรถขายเร่ในช่วงเย็น ด้านหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังคงมีอยู่ ซึ่งก่อนการทดลองครูพี่เลี้ยงมีการจดจำนำขงนมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น ขนมหอง-กรูปกรอบ ช็อกโกแลต ฯลฯ และมีการจดจำนำขงนมและนำหวานในช่วงเย็น จากรถขายเร่ด้านหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เข้าไปณรงค์และขอความร่วมมือจากทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายครั้ง แต่ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เพราะครูพี่เลี้ยงมีรายได้จากการจำหน่าย ซึ่งการจำหน่ายขงนมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถือเป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน แต่ได้รับการปรับปรุงจากโปรแกรมสุขศึกษานี้ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงได้อภิปรายกลุ่มร่วมกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ช่วยสื่อสารกับครูพี่เลี้ยงให้เห็นความสำคัญของปัญหาและให้ความร่วมมือดังกล่าว

5.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

5.2.1 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) โดยผลวิเคราะห์รายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนในระดับดี ซึ่งมี 4 ข้อจาก 12 ข้อที่มีระดับดีตั้งแต่ก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ภายหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง ($p = 0.002$) เกิดจากการที่กลุ่มเปรียบเทียบเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่างๆ ในพื้นที่ระหว่างการศึกษา ได้แก่ การมีโอกาสพบทันตแพทย์/ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามลำดับ จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบมีมากขึ้น

โดยสรุปแล้วโปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพรณ โภคสุวรรณ (18) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุของมารดาสูงขึ้น สอดคล้องกับสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) และนันทวรรณ พึ่งวงศ์ญาติ (50) ในประเด็นที่ว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น แต่เป็นการศึกษาในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยที่ศึกษาในผู้ปกครอง

5.2.1 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยง

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในระดับสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี คือ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเด็กมีฟันน้ำนมผุมาก อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น และผลกระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อมีเด็กก่อนวัยเรียนฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ซึ่งค้นพบว่าการที่ครูพี่เลี้ยงได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆ มีผลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคของครูพี่เลี้ยงที่สูงขึ้น

5.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

5.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.002$) ซึ่งผลวิเคราะห์รายข้อ พบความแตกต่างของระดับคะแนน 2 ข้อ จาก 7 ข้อ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ซึ่งไม่สะดวกเท่าการที่ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก และการแปรงฟันให้เด็กก่อนนอน

โดยสรุปแล้ว โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ โภคสุวรรณ (18) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้เกิดการรับรู้

ความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคฟันผุของมารดาสูงขึ้น สอดคล้องกับ สุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) และนันทวรรณ พึ่งวงศ์ญาติ (50) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดฟันน้ำนมผุสูงขึ้น แต่เป็นการศึกษาในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยที่ศึกษาในผู้ปกครอง

5.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยง

ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในระดับที่สูงเท่ากัน แต่ในกลุ่มทดลองจะมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย จึงไม่สามารถบอกได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยง

5.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ

5.4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.043$) ซึ่งเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรับคำแนะนำหรือข้อมูลจากทันตแพทย์หรือทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้นทำให้ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = 0.001$) และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนรายชื่อทุกข้อในระดับดี ยกเว้นเรื่องการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ มีระดับคะแนนในระดับปานกลาง ซึ่งการวางแผนการดำเนินงานป้องกันฟันน้ำนมผุโดยผู้ปกครองครั้งต่อไป ต้องเน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมประเด็นการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ ให้มากขึ้น

โดยสรุปแล้วโปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (39) ในประเด็นที่ว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กของผู้ปกครองสูงขึ้นได้ และสอดคล้องกับ Kakudate Naoki, et al. (47) ในประเด็นที่ว่า กระบวนการ 6 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคปริทันต์กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งสอดคล้องกับสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) ในประเด็นที่ว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงขึ้นได้ แต่เป็นการศึกษาในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยที่ศึกษาในผู้ปกครอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนม ที่สูงกว่าก่อนทดลอง อาจเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ในพื้นที่ระหว่างทำการทดลอง

5.4.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อยเช่นกัน เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี คือ ครูพี่เลี้ยงคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ เมื่อเด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากครูพี่เลี้ยงได้ให้พันธะสัญญาในเรื่องนี้กับผู้ปกครองและผู้วิจัยในการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งตามโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดทำขึ้น

5.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนม

5.5.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$, $p = 0.001$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์รายข้อกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งก่อนและหลังทดลองมี 3 ข้อที่มีระดับไม่ดี คือ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนแล้วให้เด็กกินอาหารทุกชนิดแม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล

ผู้ปกครองสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต เมื่อเด็กอยู่บ้าน และไม่让孩子นำขนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งการวางแผนการดำเนินงานป้องกันฟันน้ำนมผุโดยผู้ปกครองครั้งต่อไป ต้องเน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมประเพณีดังกล่าวให้มากขึ้น

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.04$) เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อระหว่างกลุ่ม พบจุดสังเกตคือระดับคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มทดลองทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง จำนวน 3 ข้อจาก 8 ข้อ คือ ผู้ปกครองควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดการไม่ให้เด็กดูนมจากขวดนม และการฝึกเด็กให้ทานของว่างเป็นผลไม้แทนขนม ซึ่งเกิดจากการคัดเลือกรายการตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในเรื่องระดับพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ

โดยสรุปแล้วโปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรรณ เลขะวิวัฒน์ (43) ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (39) ประภาพรรณ โภคสุวรรณ (18) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองดีขึ้น และสอดคล้องกับ สุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) และนันทวรรณ พึ่งวงศ์ญาติ (50) สุธรรม เข้มสวัสดิ์ (38) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กสูงขึ้น แต่เป็นการศึกษาที่ตัวเด็ก ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยที่ศึกษาในผู้ปกครอง รวมทั้งสอดคล้องกับ Kakudate Naoki, et al. (47) ในประเด็นที่ว่า กระบวนการ 6 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคปริทันต์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กระบวนการ 6 ขั้นตอน ชี้ให้เห็นเพียงว่ากระบวนการใช้แก้ปัญหาในระดับบุคคล แต่ไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ในระดับกลุ่มหรือชุมชน

5.5.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเกิดจากการที่ครูพี่เลี้ยงได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษานี้ จึงทำให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กดีขึ้น เมื่อวิเคราะห์ผลรายข้อในกลุ่มทดลองพบว่า ข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับไม่ดีเป็นระดับกลาง ได้แก่ การแปรงฟันช่วยให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กที่มีปัญหาในช่องปากไปรักษา การจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม และการควบคุมไม่ให้เด็กทานของว่าง ระหว่างมื้ออาหารหลัก

(เข้า-เที่ยง) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรขอความร่วมมือจากครูที่เลี้ยงต่อไป

5.6 ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง

ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันให้เด็กดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) โดยผู้ปกครองยังมีปัญหาเรื่องการแปรงฟันด้านบดเคี้ยว ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการแปรงฟันให้เด็กได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (39) ประภาพรรณ โภคสุวรรณ (18) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้มารดามีทักษะการแปรงฟันให้เด็กได้ดีขึ้น

5.7 ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) ซึ่งการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสะอาดในช่องปากที่ดีขึ้น เกิดจากในระหว่างการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีการจัดโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กประจำภาคการศึกษา ซึ่งมีการแนะนำให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากแก่เด็ก จึงเป็นสาเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้ความสะอาดในช่องปากเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบดีขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลอง ($p < 0.001$) เนื่องจากเรื่องข้อแตกต่างของอายุเด็ก โดยเด็กในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 3 ปีและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่โตกว่ากลุ่มทดลองและมีทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ดีกว่าเด็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีระดับความสะอาดที่ดีกว่าตั้งแต่ก่อนการทดลอง

หลังทดลองพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดจากการให้คะแนนของทันตบุคลากรทั้ง 4 คน ในการเก็บข้อมูลการตรวจความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบอุปสรรคในเรื่องช่วงเวลาในการตรวจความสะอาดช่องปากให้แก่เด็ก เนื่องจากข้อแตกต่างเรื่องกิจกรรมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่ง ทำให้การเก็บข้อมูลโดยการตรวจความสะอาดแต่ละครั้งทั้ง 2 กลุ่มใช้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งถ้าตรวจหลังจากแปร่งฟันนานเท่าใด ก็มีโอกาที่จะพบระดับความสะอาดในช่องปากน้อยลง จึงมีผลให้คะแนนเฉลี่ยความสะอาดของเด็กก่อนวัยเรียนของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน และการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่านั้นเนื่องจากความแตกต่างเรื่องอายุของเด็กซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุมากกว่าและระดับคะแนนความสะอาดในช่องปากที่ดีกว่าตั้งแต่ก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทวรรณ พึงวงศ์ญาติ (50) สุรวุฒิ สุขสวัสดิ์ (49) ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (39) ในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ความสะอาดของช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือทราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธรรม เขียมสวัสดิ์ (38) เนื่องจากการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของบุคคลที่กล่าวมาข้างต้นในประเด็นที่ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ความสะอาดของช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา โดยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกสูงประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี จำนวน 43 คน ผู้ปกครอง จำนวน 43 คน และครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 คน และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองบัวศาลา มีเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี จำนวน 50 คน ผู้ปกครอง จำนวน 50 คน และครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 คน

กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนดขึ้นได้แก่ การสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ และกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน การอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง การจัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์นิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง 5 ครั้ง จัดประกวดระบายสี ฟ.ฟันสวย และประกวดเด็กฟันสวย จัดอภิปรายกลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง 1 ครั้ง สังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็กก่อนวัยเรียนโดยครูพี่เลี้ยง 8 สัปดาห์ ติดตามสำรวจและบันทึกกิจกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง 4 ครั้งโดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 ครั้งต่อสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กแบบสอบถามครูพี่เลี้ยง แบบสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองตามหมู่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อน-

วัยเรียนโดยผู้ปกครองและแบบบันทึกความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยทันตบุคลากร ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการได้รับโปรแกรม- สุขศึกษา และครั้งที่ 2 ก่อนการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ พฤติกรรม และความสะอาดช่องปาก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนน เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบไว้ที่ระดับ 0.05 โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลัง การทดลองในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันฟันน้ำนมผุ การรับรู้ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการ ป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครอง ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง และความสะอาดใน ช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 ลักษณะทางประชากร

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 3 ปีและเพศชาย และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อายุ 5 ปีและเพศหญิง

ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26 – 35 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 32 ปี เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นมารดามากที่สุด ระดับการศึกษากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อและบุคคล ได้แก่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จาก หอกระจายข่าว และจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ครูพี่เลี้ยงทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31- 35 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี ผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 1 ครั้ง ระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาเกิน 6 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบไม่เกิน 6 ปี

ครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ได้แก่ จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล จากหอกระจายข่าว ตามลำดับ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6.1.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = 0.007$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ในครูพี่เลี้ยง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในระดับสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย

6.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = 0.002$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ในครูพี่เลี้ยง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในระดับที่สูงเท่ากัน แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย

6.1.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ในครูพี่เลี้ยง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อยเช่นกัน

6.1.5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.007$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ในครูพี่เลี้ยง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมอยู่ในระดับที่สูงเท่ากัน แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย

6.1.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผู้ให้เด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างเหมาะสม

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.04$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ในครูพี่เลี้ยง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6.1.7 ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง

ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันให้เด็กดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6

6.1.8 ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังทดลองพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.353$)

6.2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

6.2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพโดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาฟันผุในเด็ก การร่วมกิจกรรมทางทันตสุขภาพ เป็นต้น

1.2 การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเน้นกลวิธีทางสุศึกษาเพื่อพัฒนาการรับรู้ และการให้ความสำคัญในการป้องกันฟันน้ำนมผุให้กับผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

1.3 ทันตบุคลากรในพื้นที่ตำบลโคกสูง ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันฟันน้ำนมผุให้กับผู้ปกครองในเรื่องแปรงฟันให้เด็กก่อนนอน การงดกินอาหารทุกชนิดแม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาลก่อนนอน การควบคุมการทานขนมทั้งที่บ้านและนำขนมไปทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทักษะการแปรงฟันด้านบดเคี้ยวให้เด็กอย่างถูกวิธี เนื่องจากผลการศึกษายังพบว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหา

1.4 ครูพี่เลี้ยงควรพัฒนางิจกรรมทางทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ การแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กที่มีปัญหาในช่องปากไปรักษาทางทันตกรรม การจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม การควบคุมไม่ให้เด็กทานของว่าง ระหว่างมื้ออาหารหลัก และควรจัดการเรื่องการจำหน่ายขนมภายในและรอบบริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนได้มีโอกาสได้ทานขนมบ่อยครั้ง

1.5 ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ควรผลักดันให้คนในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่และผู้บริหารของเทศบาล ผู้ปกครอง ฯลฯ เข้ามามีบทบาทในการกำหนดมาตรการหรือนโยบายศูนย์เด็กเล็กปลอดขนม ลดหวาน ลดเสี่ยง

1.6 ทันตบุคลากรควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะทำให้เกิดทีมสุขภาพในชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องต่อไป

1.7 การใช้สื่อรณรงค์ด้านทันตสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดในการใช้ในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการเลือกใช้สื่อรณรงค์ ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรวิเคราะห์บริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ก่อนเลือกใช้ทุกครั้ง

1.8 การใช้สื่อที่มีเนื้อหาสื่อถึงความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค-
พื้นน้ำนมผุ ก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง ผู้ใช้ควรวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากเนื้อหาที่
กลุ่มเป้าหมายได้รับ เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจที่ผิด หรือความวิตกกังวลมากเกินไป

1.9 ช่องทางการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวเหมาะกับการที่จะให้
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดรายการ แต่ทันตบุคลากรควรมี
การควบคุมเรื่องเนื้อหาที่ใช้ในการสื่อสาร

1.10 ช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงได้ง่ายและควร
เลือกใช้ในการรณรงค์ป้องกันฟันผุในชุมชนทั้งเมืองทั้งชนบท ได้แก่ หอกระจายข่าว อาสาสมัคร-
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการพบทันตบุคลากร

1.11 ควรสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันฟันน้ำนมผุ โดยวิธีพูดคุยและอภิปรายกลุ่มร่วมกันระหว่างทันตบุคลากร ผู้ปกครองและ
ครูพี่เลี้ยง ซึ่งใช้ตัวแบบที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ผล และการให้กำลังใจใน
กระบวนการกลุ่ม

1.12 การจัดกิจกรรมกับผู้ปกครองที่ส่วนใหญ่มีภารกิจของตนเอง
ค่อนข้างมาก ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างไม่ครบถ้วนหรือให้ความร่วมมือได้ไม่เต็มที่ ดังนั้น
การกำหนดกิจกรรมที่ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
พื้นที่ควรปรับเรื่องระยะเวลาการจัดกิจกรรมที่สั้น แต่ได้เนื้อหาความรู้ทางทันตสุขภาพที่ดีและ
เหมาะสมที่สุด

1.13 การจัดกิจกรรมในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณ อาจนำ
บางกิจกรรมในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ได้คือ

- 1) การสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กและพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ
ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง
- 2) การอภิปรายกลุ่มระหว่างทันตบุคลากร ผู้ปกครองเด็ก และครูพี่เลี้ยง
จำนวน 2 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง
- 3) การสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวเรื่องการป้องกันฟันน้ำนมผุโดย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 10 นาที

1.14 โปรแกรมสุขศึกษานี้ เหมาะสมกับพื้นที่ในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท
หรือเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ซึ่งอาจนำกลวิธีบางส่วนไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ หรือ
การกำหนดเป็นนโยบายรณรงค์ด้านสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

6.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งมีความเหมาะสมในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและประชากรที่ศึกษา มากกว่าแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)

2.2 การศึกษาในกลุ่มครูพี่เลี้ยง อาจใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ควรคำนึงถึงลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด

2.4 การเก็บข้อมูลวิจัยควรมีการประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งเน้นความเข้าใจในเครื่องมือ ข้อคำถาม และวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ

2.5 ควรศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันพินัยกรรมในผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

2.6 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนโดยตรง

2.7 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อประเด็นสุขภาพอื่นๆ ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น การป้องกันโรคหัดใหญ่ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น

2.8 ควรศึกษาในประเด็นของสื่อและช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.9 ควรศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตเมืองกึ่งชนบท

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

AN APPLICATION OF THE PROTECTION MOTIVATION THEORY ON PRIMARY
TOOTH DECAY PREVENTION THROUGH PRESCHOOL CHILDREN PARENTS AT
MUEANG DISTRICT, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

ธีระวุธ ธรรมกุล 5136453 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: มลีนี สมภพเจริญ, Ph.D., ทรายชล เก่งการพานิช, พบ.ม.,
มณฑา เก่งการพานิช, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มของปัญหาฟันผุในเด็กกลุ่มปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) เพิ่มขึ้น เป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กที่มีปัญหาฟันผุนรุนแรง นอกจากจะเกิดอาการบวมเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ การพัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของเด็ก เป็นอย่างมาก (1) จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ 5 (ปี พ.ศ. 2543-2544) ครั้งที่ 6 (ปี พ.ศ. 2549-2550) และการสำรวจปี พ.ศ. 2551 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีอัตราฟันผุร้อยละ 65.7, 61.3 และ 63.8 ตามลำดับ ซึ่งปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กมีการสูญเสียฟันมากที่สุด และในจังหวัดนครราชสีมา ผลสำรวจในปี พ.ศ. 2547, 2548, 2549, 2550 และ 2551 พบเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 75.3, 64.3, 58.1, 62.9 และ 63.7 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาฟันผุของเด็กวัยนี้อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับสถานการณ์ของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (2, 3, 4, 5) โดยตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 พบว่า เด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 84.5 และ 85.4 ตามลำดับ (6) ซึ่งปัญหาอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้ร้อยละ 40 ของเด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากดี (7)

จากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคฟันผุที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3-5 ปี) ที่อยู่ในขั้นรุนแรง เกิดจากพฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก ได้แก่ คูดขนมคาปาก อมลูกอมเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารหวาน ขนมกรุบกรอบ/ขนมเคี้ยว ดื่มน้ำหวาน แปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้งหรือไม่แปรงเลย และไม่เคยพบทันตบุคลากร (8, 9, 10) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเลี้ยงดูของครอบครัวหรือผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด จำเป็นต้องมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมแก่เด็ก โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทักษะเกี่ยวกับทันตสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลด้านทันตสุขภาพของครอบครัว นอกจากนี้เด็กยังได้รับอิทธิพลจากครูพี่เลี้ยง และสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพจากชุมชน (11,12,13,14) รวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาของครอบครัว ความเครียด การมีวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว ปัญหาชีวิตสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งสื่อโฆษณาทำให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อการอุปโภคบริโภคอาหาร ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน (1) และเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก แต่เนื่องจากผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเด็กมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุมป้องกันโรคฟันผุให้แก่เด็ก จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมทางทันตสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) 3 วิธี ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครองซึ่งเด็กมีฟันผุมาก สามารถสรุปได้ว่า ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันน้ำนมผุ ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ และไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection-Motivation Theory) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อรณรงค์โดยใช้การสื่อสารที่มีเนื้อหากระตุ้นเตือน ผ่านช่องทางสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงและเด็กก่อนวัยเรียน โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ และการกระตุ้น ติดตามพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุมและลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน และเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริม ป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในเรื่อง

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 4) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง
- 6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีโดยผู้ปกครอง
- 7) ความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม ซึ่งได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นและกลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2553 ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียน 43 คน ผู้ปกครอง 43 คน และครูพี่เลี้ยง 5 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียน 50 คน และผู้ปกครอง 50 คน ครูพี่เลี้ยง 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แบบสอบถามครูพี่เลี้ยง แบบสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองตามหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบบันทึกความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยทันตบุคลากร และแบบประเมินทักษะการแปรงฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

การประชุมชี้แจงเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการ

สัปดาห์ที่ 1 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เรื่องการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์นิทานทันตสุขภาพและสอดแทรกความรู้จากครูพี่เลี้ยง การประกวดระบายสี ฟ.ฟันสวย และประกวดหนูน้อยฟันสวย

สัปดาห์ที่ 4 อภิปรายกลุ่มผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลและจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ

สัปดาห์ที่ 1 - 8 สือสารโดยใช้สื่อหอกระจายข่าวชุมชน จัดรายการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 1 - 8 สังเกตและกระตุ้นพฤติกรรมเด็ก พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมและกิจกรรมทางทันตสุขภาพของเด็ก โดยครูพี่เลี้ยง

สัปดาห์ที่ 5 - 8 สสำรวจพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครอง ในหมู่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 และ 7 สสำรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 3 ปีและเพศชาย และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุ 5 ปีและเพศหญิง

ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26 – 35 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 32 ปี เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นมารดามากที่สุด ระดับการศึกษากลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อและบุคคล ได้แก่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหอกระจายข่าว และจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ครูพี่เลี้ยงทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31- 35 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี ผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 1 ครั้ง ระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาเกิน 6 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบไม่เกิน 6 ปี

ครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีการได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากทางสื่อต่างๆ ได้แก่ จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จากเจ้าหน้าที่-สาธารณสุข/พยาบาล จากหอกระจายข่าว ตามลำดับ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.007$) ในครูพี่เลี้ยง พบว่ามีภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ในระดับสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.002$) ในครูพี่เลี้ยง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในระดับที่สูงเท่ากัน แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและ ครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.001$) ในครูพี่เลี้ยง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อยเช่นกัน

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.007$) ในครูพี่เลี้ยง พบว่ามีก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในระดับที่สูงเท่ากัน แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุให้เด็กก่อนวัยเรียน

ผู้ปกครอง ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.04$) ในครูพี่เลี้ยง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 7 ทักษะการแปร่งฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง

ภายหลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการแปร่งฟันให้เด็กดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$)

ส่วนที่ 8 ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังทดลองพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.353$)

อภิปรายผล

1) ลักษณะทางประชากร

เด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุ 3 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบอายุ 5 ปี จากการที่เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุมากกว่ากลุ่มทดลอง พบว่ามีผลต่อระดับความสะอาดในช่องปาก ซึ่งเด็กที่มีอายุมากกว่าจะมีพัฒนาการและทักษะการดูแลทันตสุขภาพที่ดีกว่า ส่งผลให้ทำความสะอาดในช่องปากของกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังทดลองดีกว่ากลุ่มทดลอง

ผู้ปกครอง กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และไม่พบผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี แต่ในกลุ่มทดลองมี 3 คน และการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่าสอดคล้องกับโอกาสการได้รับการศึกษาของกลุ่มเปรียบเทียบที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง จึงส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้และโอกาสรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ การรับรู้สามารถของตนเองต่อการป้องกันฟันน้ำนมผุ และมีพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุที่ดีขึ้นได้ง่ายกว่ากลุ่มทดลอง แม้ว่าไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา แต่อาจได้รับรู้จากสื่อประเภทอื่น เช่น จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล

ภายหลังการทดลองของผู้ปกครองกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากทางสื่อและบุคคลมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหอกระจายข่าว และจากทันตแพทย์/ทันตภิบาล ซึ่ง

การได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม และคะแนนเฉลี่ยทักษะการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครูพี่เลี้ยง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 31 - 35 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบปริญญาตรีและผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยงนานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันฟันน้ำนม และพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม ของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองครูพี่เลี้ยงได้รับคำแนะนำ/ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านสื่อและบุคคลมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากทันตแพทย์/ทันตภิบาล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล จากหอกระจายข่าว ส่งผลให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมและมีพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนม หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่เหมือนกับกลุ่มผู้ปกครอง

ข้อค้นพบหนึ่งที่สำคัญ คือการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ครูพี่เลี้ยงให้ความร่วมมือจดจำนำขงนมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกชนิด แต่การจำหน่ายนมและน้ำหวานจากรถขายเร็วในช่วงเย็น ด้านหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังคงมีอยู่ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงได้อภิปรายกลุ่มร่วมกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ช่วยสื่อสารกับครูพี่เลี้ยงให้เห็นความสำคัญของปัญหาและให้ความร่วมมือดังกล่าว

2) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

2.1) การรับรู้ความรุนแรงของผู้ปกครองต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม ภายหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p=0.002$) ซึ่งเกิดจากการที่กลุ่มเปรียบเทียบเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่างๆ ในพื้นที่ระหว่างการวิจัย ได้แก่ การพบทันตแพทย์/ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามลำดับ จึงทำให้มีการรับรู้ของผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบมีมากขึ้น

2.2) การรับรู้ความรุนแรงของครูที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในระดับสูง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ซึ่งค้นพบว่าการที่ครูที่เสี่ยงได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆ มีผลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคของครูที่เสี่ยงที่สูงขึ้น

3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ปกครอง พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.002$) ในกลุ่มครูที่เสี่ยง ก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในระดับที่สูงเท่ากัน แต่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย จึงไม่สามารถบอกได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุของครูที่เสี่ยง

4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ

4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของ

ผู้ปกครอง

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.043$) ซึ่งเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรับคำแนะนำหรือข้อมูลจากทันตแพทย์หรือทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้นทำให้ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนรายข้อทุกข้อในระดับดี ยกเว้นเรื่องการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ มีระดับคะแนนในระดับปานกลาง ซึ่งการวางแผนการดำเนินงานป้องกันฟันน้ำนมผุโดยผู้ปกครองครั้งต่อไป ต้องเน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมประเด็นดังกล่าวให้มากขึ้น

4.2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของ

ครูที่เสี่ยง

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพียงเล็กน้อย

เช่นกัน เนื่องจากครูพี่เลี้ยงได้ให้คำแนะนำในเรื่องนี้กับผู้ปกครองและผู้วิจัยในการอภิปรายกลุ่มตามโปรแกรมสุขศึกษา

5) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนม

5.1) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองที่อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนแล้วให้ดื่มน้ำทุกชนิดแม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล ผู้ปกครองสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต เมื่อเด็กอยู่บ้าน และไม่让孩子นำขนมมาทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งการแผนการดำเนินงานป้องกันฟันน้ำนมผู้ปกครองครั้งต่อไป ต้องเน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมประเด็นดังกล่าวให้มากขึ้น

5.2) พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง

ครูพี่เลี้ยง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมทางทันตสุขภาพที่ครูพี่เลี้ยงควรพัฒนาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ การแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กที่มีปัญหาในช่องปากไปรักษา การจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม และการควบคุมไม่ให้เด็กทานของว่าง ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง)

6) ทักษะการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง

ผู้ปกครองยังมีความรู้เรื่องการแปรงฟันด้านบดเคี้ยว ซึ่งการให้สุขศึกษาควรเน้นวิธีการแปรงฟันด้านบดเคี้ยวให้เด็กมากยิ่งขึ้น

7) ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ภายหลังทดลองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) ซึ่งการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสะอาดในช่องปากที่ดีขึ้น เกิดจากในระหว่างการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีการจัดโครงการ

ส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กประจำภาคการศึกษา ซึ่งมีการแนะนำให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากแก่เด็กก่อนวัยเรียน จึงเป็นสาเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้ความสะอาดในช่องปากเด็กดีขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลอง ($p < 0.001$) และภายหลังทดลองพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อแตกต่างของอายุเด็ก โดยเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 3 ปีและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่โตกว่ากลุ่มทดลองและมีทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ดีกว่าเด็กเล็ก เด็กในกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีระดับความสะอาดที่ดีกว่าตั้งแต่ก่อนการทดลอง และเกิดจากการให้คะแนนการตรวจความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของทันตบุคลากรทั้ง 4 คน พบอุปสรรคในเรื่องช่วงเวลาในการตรวจความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กเนื่องจากข้อแตกต่างเรื่องกิจกรรมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่ง ทำให้การเก็บข้อมูลโดยการตรวจความสะอาดแต่ละครั้งทั้ง 2 กลุ่มใช้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน จึงมีผลให้คะแนนเฉลี่ยความสะอาดในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพโดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาฟันผุในเด็ก การร่วมกิจกรรมทางทันตสุขภาพ เป็นต้น

1.2) การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียนทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเน้นกลวิธีทางสุขศึกษาเพื่อพัฒนาการรับรู้ และการให้ความสำคัญในการป้องกันฟันน้ำนมผุให้กับผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

1.3) ทันตบุคลากรในพื้นที่ตำบลโคกสูง ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันฟันน้ำนมผุให้กับผู้ปกครองในเรื่องแปรงฟันให้เด็กก่อนนอน การงดกินอาหารทุกชนิดแม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาลก่อนนอน การควบคุมการทานขนมทั้งที่บ้านและนำขนมไปทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ

ทักษะการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยวให้เด็กอย่างถูกวิธี เนื่องจากผลการศึกษายังพบว่าพฤติกรรมเหล่านี้ผู้ปกครองยังมีอุปสรรคในการปฏิบัติ

1.4) ครูพี่เลี้ยงควรพัฒนากิจกรรมทางทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ การแปร่งฟันซ้ำให้เด็กที่แปร่งฟันไม่สะอาด การแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กที่มีปัญหาในช่องปากไปรักษาทางทันตกรรม การจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม การควบคุมไม่ให้เด็กทานของว่าง ระหว่างมื้ออาหารหลัก และควรจัดการเรื่องการจำหน่ายขนมภายในและรอบบริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนได้มีโอกาสได้ทานขนมบ่อยครั้ง

1.5) ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ควรผลักดันให้คนในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่และผู้บริหารของเทศบาล ผู้ปกครอง ฯลฯ เข้ามามีบทบาทในการกำหนดมาตรการหรือนโยบายศูนย์เด็กเล็กปลอดขนม ลดหวาน ลดเสี่ยง

1.6) ทันตบุคลากรควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะทำให้เกิดทีมสุขภาพในชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องต่อไป

1.7) การใช้สื่อรณรงค์ด้านทันตสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดในการใช้ในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการเลือกใช้สื่อรณรงค์ ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรวิเคราะห์บริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ก่อนเลือกใช้ทุกครั้ง

1.8) การใช้สื่อที่มีเนื้อหาสื่อถึงความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง ผู้ใช้ควรวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากเนื้อหาที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจที่ผิด หรือความวิตกกังวลมากเกินไป

1.9) ช่องทางการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวเหมาะกับการที่จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดรายการ แต่ทันตบุคลากรควรมีการควบคุมเรื่องเนื้อหาที่ใช้ในการสื่อสาร

1.10) ช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงได้ง่ายและควรเลือกใช้ในการรณรงค์ป้องกันฟันผุในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ หอกระจายข่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการพบทันตบุคลากร

1.11) ควรสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันฟันน้ำนมผุ โดยวิธีพูดคุยและอภิปรายกลุ่มร่วมกันระหว่างทันตบุคลากร ผู้ปกครองและ

ครูพี่เลี้ยง ซึ่งใช้ตัวแบบที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ผล และการให้กำลังใจในกระบวนการกลุ่ม

1.12) การจัดกิจกรรมกับผู้ปกครองที่ส่วนใหญ่มีภารกิจของตนเองค่อนข้างมาก ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างไม่ครบถ้วนหรือให้ความร่วมมือได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมที่ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรปรับเรื่องระยะเวลาการจัดกิจกรรมที่สั้น แต่ได้เนื้อหาความรู้ทางทันตสุขภาพที่ดีและเหมาะสมที่สุด

1.13) การจัดกิจกรรมในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณ อาจนำบางกิจกรรมในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ได้คือ

1) การสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กและพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง

2) การอภิปรายกลุ่มระหว่างทันตบุคลากร ผู้ปกครองเด็ก และครูพี่เลี้ยง จำนวน 2 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง

3) การสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวเรื่องการป้องกันฟันน้ำนมสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 10 นาที

1.14) โปรแกรมสุขศึกษานี้ เหมาะสมกับพื้นที่ในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบทหรือเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ซึ่งอาจนำกลวิธีบางส่วนไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ หรือการกำหนดเป็นนโยบายรณรงค์ด้านสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งมีความเหมาะสมในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและประชากรที่ศึกษา มากกว่าแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)

2.2) การศึกษาในกลุ่มครูพี่เลี้ยง อาจใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.3) การเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ควรคำนึงถึงลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด

2.4) การเก็บข้อมูลวิจัยควรมีการประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งเน้นความเข้าใจเครื่องมือ ข้อคำถาม และวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ

2.5) ควรศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันพื้นน้ำนมผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง

2.6) ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนโดยตรง

2.7) ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อประเด็นสุขภาพอื่นๆ ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น การป้องกันโรคหัดใหญ่ การป้องกันโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น

2.8) ควรศึกษาในประเด็นของสื่อและช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.9) ควรศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตเมืองกึ่งชนบท

AN APPLICATION OF THE PROTECTION MOTIVATION THEORY ON
PRIMARY TOOTH DECAY PREVENTION THROUGH PRESCHOOL CHILDREN
PARENTS AT MUEANG DISTRICT, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

THEERAWUT THAMMAKUN 5136453 PHPH/M

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

THESIS ADVOSORY COMMITTEE: MALINEE SOMPHOBCHAROEN, Ph.D.,
THARADOL KENGGANPANICH, M.A., MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

Current trend of teeth decay in preschool children (newborn-5 years) is more increased. For children with problem on teeth decay, it is only a symptom of chronic inflammation but also effects to nutritional status, learning and personal development of children. (1) From The 5th National Dental Health Survey (2000-2001), The 6th National Dental Health Survey (2006-2007) and survey of the year 2008, it was found that 3-year old children had the percentage of teeth decay at 65.7, 61.3 and 63.8, respectively and this problem had increased trend. In the northeastern region, there was the highest number of children who lost their teeth. Survey results in Nakhon Ratchasima Province in 2004, 2005, 2006, 2007 and 2008 indicated that 3-year old children had the percentage of teeth decay at 75.3, 64.3, 58.1, 62.9 and 63.7, respectively. Problem on teeth decay in this age of children was in high level and similar to national situation that also had increased trend (2, 3, 4, 5). Survey in 2008 and 2009 at Kok Sung Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

found that children between 3-5 years old had teeth decay at the percentage of 84.5 and 85.4, respectively (6). This problem was in high level compared with indicators of Nakhon Ratchasima Province in 2010 that specified the good oral health of children at the percentage of 40 (7).

From operations of primary teeth decay protection that was not still in accomplishment, the previous studies found that problems on primary teeth decay in preschool children (newborn-5 years) were in severity. They were caused by children behaviors such as; nursing bottle caries, permanent keeping candies in their mouths, preference of sweets, snacks and sweet beverages, teeth brushing less than twice a day or never and never meet dentists (8,9,10). It was found that factors affecting such behaviors consisted of reinforcing factors. Family or parental nurturing was the highest influence on children and needed to have proper behavior on dental health for children. It was that knowledge on dental health, attitude on dental health and motivation of self-care on dental health were factors affected to competency of dental health care for family. Moreover, children were influenced through child dependents and TV ads. Enabling factors were services accession and information on dental health from communities (11,12,13,14) as well as economic, social and environmental factors. It was found that occupation, income, family educational background, stress, family crises, married life problem, family relationship and advertisement that made people as victims of consumption. All of these were factors related to primary teeth decay in preschool children (1) and were difficult-to-control factors. Parents had their highest influence on children behaviors and important roles in primary teeth decay control in children, therefore, importance and attention should be paid on dental health.

From 3 methods of pilot studies as; parental behaviors survey on dental healthcare in preschool children, stakeholders focus group discussion with and parent in-dept interview; it was concluded that parents and child dependents did not have the perceived severity and perceived probability on primary teeth decays as well self-confidence on controlling of risk behavior on dental health in preschool children. These were in conformity with elements of Protection-Motivation Theory for behavioral modification of parents and child dependents on primary teeth decays

prevention. Thus, the researcher applied such theory to campaign by using media with contents for stimulating awareness via communication channels that were suitable for samples of parents and preschool children. This research used roles of village health volunteer to convey information and suggestion on dental health, to stimulate and monitor of parental behaviors on primary teeth decays prevention in communities. This should be useful for preventing, controlling and reducing the ratio of primary teeth decays in preschool children and for being a guideline for further development, promotion and prevention of primary teeth decay in other areas with similar contexts.

Objectives

This research aimed to study effectiveness of an application of the Protection Motivation Theory on primary teeth decay prevention through preschool children parents and child attendants in aspects of;

- 1) Perceived severity on primary teeth decay through parents and child attendants.
- 2) Perceived probability on primary teeth decay through parents and child attendants.
- 3) Perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention through parents and child attendants.
- 4) Perception of response efficacy on primary teeth decays prevention through parents and child attendants.
- 5) Behaviors of primary teeth decay prevention through parents and child attendants.
- 6) Skills of tooth brushing for children through parents.
- 7) Cleanliness of oral cavities in preschool children.

Methodology

Research Design. This study is a quasi-experimental research that had 1 experimental group with health education program created by the researcher and 1 control group without health education program.

Population and Samples. Population were preschool children (newborn-5 years), parents and child attendants at child development centers in the area of Mueang District, Nakhon Ratchasima Province in the academic year of 2010. Samples were an experimental group was consisted of 43 parents, 43 preschool children and 5 child attendants, while a control group was consisted of 50 parents, 50 preschool children and 5 child attendants.

Research Tools. Tools for collecting data both of pre and post experiment were consisted of parents interview form by the researcher, child attendant questionnaire, behaviors observation form for parents in villages conducted village health volunteers, record form on cleanliness of preschool children' oral cavities in child development centers by dental personnel and evaluation form on tooth brushing skill for preschool children by their parents.

Research Process

Preparation

There were briefing meetings with dental health officers for good understating and skill practicing on research tools.

Operation

Week 1 – Providing a workshop on dental health promotion in preschool children of representatives of village health volunteer.

Week 2 – Providing a workshop on primary teeth decays prevention for parents and child attendants.

Week 3 – Providing dental health activities for preschool children in child development centers that consisted of tales VDO about dental health with knowledge from child attendants, painting contest about beautiful teeth and contest of children with beautiful teeth.

Week 4 – Focus group discussion among parents and child attendants to monitor their behavioral changing and to exchange practical methods of behavioral changing and coping with problems.

Week 1 – 8 Communication via community broadcasting towers organized by village health volunteers.

Week 1 – 8 Observation and stimulation of children behaviors as well as recording their behaviors and dental health by child attendants.

Week 5 – 8 Surveying of parental behaviors on primary teeth decay prevention in villages that conducted by village health volunteers.

Week 5 and 7 – Surveying on quantity of bacterial plaques to stimulate behaviors of primary teeth decay prevention in preschool children at child development centers.

Research Results

Part 1 Demography

Most of preschool children in the experimental group were male with 3 years old, while the control group was female with 5 years old.

Most of parents in both groups aged between 26-35 years old, average age in the experimental group was years old while the control group was 32 years old, related with children as their mother, educational background of the experimental group was in Pathomsuksa 5-6 while the control group was in junior secondary education, Most of both groups were general employee with monthly income between 5,001-10,000 baths that was enough but not for saving.

In the post experiment, parents in the experimental group obtained new suggestions/knowledge on dental health via media and persons as; village health volunteers, community broadcasting towers and dentists/ dental auxiliaries; more than the control group.

Most of child dependents in both groups were female, aged between 31-35 years old, graduated in bachelor's degree, and passed dental health care training for 1 time. Duration of being child dependents in the experimental group was more than 6 month, while in the control was not more than that.

In the post experiment, child dependents in the experimental group obtained new suggestions/knowledge on dental health via media as; dentists/ dental auxiliaries, public health officers/ nurses and community broadcasting towers, respectively and more than the control group.

Part 2 Perceived severity on primary teeth decay prevention through parents and child attendants.

In the post experiment, parents in the experimental group had their perceived severity on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment ($p < 0.001$) and also higher than the control group ($p = 0.007$). In aspect of child dependents, it was found that at the post experiment they had their perceived severity on primary teeth decay prevention in high level that higher than the pre experiment and a little higher than the control group.

Part 3 Perceived probability on primary teeth decay prevention through parents and child attendants.

In the post experiment, parents in the experimental group had their perceived probability on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment ($p < 0.001$) and also higher than the control group ($p = 0.002$). In aspect of child dependents, it was found that at both of the pre and post experiment they had their perceived probability on primary teeth decay prevention in the same high level, but a little higher than the control group.

Part4 Perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention through parents and child attendants.

In the post experiment, parents in the experimental group had their perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment ($p<0.001$) and also higher than the control group ($p=0.001$). In aspect of child dependents, it was found that at the post experiment they had their perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention in a little higher than the pre experiment and a little higher than the control group as well.

Part5 Perception of response efficacy on primary teeth decay prevention through parents and child attendants.

In the post experiment, parents in the experimental group had their perception of response efficacy on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment ($p<0.001$) and also higher than the control group ($p=0.007$). In aspect of child dependents, it was found that at both of the pre and post experiment they had their perception of response efficacy on primary teeth decay prevention in the same high level, but a little higher than the control group.

Part6 Behaviors of primary teeth decay prevention through parents and child attendants.

In the post experiment, parents in the experimental group had their behaviors on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment ($p<0.001$) and also higher than the control group ($p<0.04$). In aspect of child dependents, it was found that at the post experiment they had their behaviors on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment and higher than the control group.

Part7 Skills of tooth brushing for children through parents.

In the post experiment, parents in the experimental group had their skills of tooth brushing for children better than the pre experiment ($p<0.001$) and better than the control group ($p<0.001$).

Part 8 Cleanliness of oral cavities in preschool children.

In the post experiment, preschool children both in the experimental and control group had mean score in their cleanliness of oral cavities better than the pre experiment ($p < 0.001$). Comparison of the both groups in the post experiment, it was found that the control group had mean score in their cleanliness of oral cavities better than the experiment with statistical significance ($p = 0.353$).

Discussion

1) Demography

Preschool children. Most of the experimental group was 3 years old, while the control group was 5 years old. From ages of the control group were more than the experimental group, it was found that ages were effected to level of oral cavities cleanliness. Children with more age would had their development and skills on dental health higher than the younger that effected to cleanliness of oral cavities in the control group better than the experimental group both in the pre and post experiment.

Parents. The control group had average age less than the control and did not find those with equal or more than 56 years old, but found 3 persons in the experimental group. This less age of the control group was in accordance with education opportunity of the control that was higher than the experimental. This caused the control had their educational level and opportunity of their perception of noxiousness, self-efficacy and behaviors on primary teeth decay prevention better and easier than the experimental group. Even if they were not provided with health education program, but they might perceived from other kinds of media as from dentists/ dental auxiliaries.

In the post experiment, parents in the experimental group obtained new suggestions/knowledge on dental health via media and persons more than in the pre experiment and also more than the control group. These came from village health volunteers, community broadcasting towers and dentists/ dental auxiliaries that gained more suggestions/knowledge on dental health. These were in conformity with results

of health education program that made the mean score of the perceptions of protection motivation theory, behaviors on primary teeth decay prevention and skills of tooth brushing for children through parents better than the post experiment and also better than the control group with statistical significance.

Child dependents. Most of them were female, aged between 31-35 years old. Those in the experimental group graduated in bachelor's degree, and passed dental health care training more than the control group. Most of them in the experimental group had their duration being child dependents more than the control group. These factors were affected to the level of the perceptions of Protection Motivation Theory and behaviors on primary teeth decay prevention through child dependents in the experimental group better than the post experiment and also better than the control group.

In the post experiment, child dependents gained suggestions/knowledge on dental health via media and persons more than in the pre experiment and also more than the control group. These came from dentists/ dental auxiliaries, public health officers/ nurses and community broadcasting towers. These factors were affected to the level of the perceived severity on primary teeth decay and behaviors on primary teeth decay prevention in the post experiment more than the pre experiment and also more than the control group as the same finding as the parent group.

An important finding was the providing of health education program that created child dependents collaboration for not selling all kinds of confection effected to oral health in child development centers. Unfortunately, in the evening, there were till many of mobile stalls selling candies and sweet soft drinks in front of the centers. Parents and child dependents had focus group discussions, while village health volunteers communicated to child dependents for placing their importance on such problems.

2) Perceived severity on primary teeth decay.

2.1) Perceived severity on primary teeth decay prevention through parents.

Comparison in each group found that the control group had perceived severity on primary teeth decay in the post experiment was higher than the pre experiment ($p=0.002$). This was caused by media accession of the control group in the research area as; dentists/ dental auxiliaries, public health officers or nurses and village health volunteers, respectively. This made more perception of parents in the control group.

2.2) Perceived severity on primary teeth decay prevention through child attendants.

In the post experiment, the experimental group had their perceived severity on primary teeth decay prevention higher than the pre experiment and a little higher than the control group. It was found that child dependents participated in activities affected to higher level of their perceived severity on primary teeth decay prevention.

3) Perceived probability on primary teeth decay.

Comparison in the group of parents, it was found that in the pre experiment there was no significant statistical differences in both groups. In the post experiment, the experimental group had their perceived probability on primary teeth decay higher the control group ($p=0.002$). In the group of child dependents they had their perceived probability on primary teeth decay in the same high level, but a little higher than the control group. Thus, it could not be concluded that health education program effected to their perceived probability on primary teeth decay of child dependents.

4) Perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention.

4.1) Perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention through parents.

Comparison in each group found that the control group had perception of self-efficacy on primary teeth decay higher than the pre experiment ($p<0.043$). This came from the control group obtained more suggestions or information from dentists or dental auxiliaries and public health officers in the area and found that

both groups had their scores in each item in good level, except the perception of self-efficacy on controlling children not to eat foods that risked on primary teeth decay that gained medium level. Operation planning on primary teeth decay prevention through parents in next times should be emphasized on activities that more promoted in such issue.

4.2) Perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention through child attendants.

In the post experiment, the experimental group had their perception of self-efficacy on primary teeth decay prevention a little higher than the pre experiment and also a little higher than the control group. For results analysis in each item, it was found that the experimental group changed their scores for medium to good level. Child dependents thought that they could control children not to eat snacks, ice-cream, sweet beverage, soft drink, chocolate, candy and sweetened milk while they were in child development centers. This came from the commitment that child dependents gave to parents and the researcher according to health education program.

5) Behaviors of primary teeth decay prevention.

5.1) Behaviors of primary teeth decay prevention through parents.

The study revealed that there were parental behaviors on primary teeth decay prevention in no good level such as; teeth brushing for children and stop eating sweetened foods even milks before sleeping, parents could control their children not to eat snacks, ice-cream, sweet beverage, soft drink, chocolate, candy, sweetened or four or chocolate milk while they were at home and not brought snacks for eating in child development centers. Operation planning on primary teeth decay prevention through parents in next times should be emphasized on activities that more promoted in such issue.

5.2) Behaviors of primary teeth decay prevention through child attendants.

The study revealed that dental health activities that child dependents should developed in child development centers were such as; teeth brushing for children, informing parents to bring their children who had oral problems for dental treatment, providing children with fruits instead of sweet snacks and controlling children not to eat snacks between main meals (breakfast-lunch).

6) Skills of tooth brushing for children through parents.

Parents still had problems about teeth brushing on occlusal surface. Health education should more emphasized on teeth brushing on occlusal surface for children.

7) Cleanliness of oral cavities in preschool children.

In the post experiment, preschool children both in the experimental and control group had mean score in their cleanliness of oral cavities better than the pre experiment ($p < 0.001$). This was caused by having the annual dental health promotion project in child development centers during the experiment. Providing preschool children with knowledge about oral health made them had better behaviors on their oral healthcare and this was affected to better cleanliness of oral cavities. Comparison among groups found that the control group had mean score better than the experiment in the pre experiment ($p < 0.001$). In the post experiment, it was found that the control group had mean score in their cleanliness of oral cavities better than the experimental group with no statistical significance due to different age of children. Most of the experimental group was 3 years old, while the control group was 5 years old that older than the first group, so they had more skills of dental healthcare than the younger. Children in the control group had better level of cleanliness before the experiment. Another reason was caused by scoring method of 4 dental personnel during examination of cleanliness in preschool children. There was a problem in cleanliness examination because difference of activities in 2 child development centers that made different time for collecting data in both 2 groups and caused different of mean scores of cleanliness in such s groups

Suggestions

Suggestions were divided into 2 aspects as; suggestions from research results and suggestions for further researches.

1) Suggestions from the research.

1.1) Child development centers should provide dental health activities with more participation of parents as; prevention planning and solving problems on primary teeth decay in preschool children, dental health activities, etc.

1.2) For the promotion of behaviors on primary teeth decay prevention in preschool children, dental personnel of public health officers should focused on health educational strategies to develop learning processes and to place importance on primary teeth decay prevention through parents and child dependents.

1.3) Dental personnel in the area of Kok Sung Sub-district should provide parents with campaign on primary teeth decay prevention in teeth brushing for children, stop eating sweetened foods even milks before sleeping, controlling their children about eating sweet at home, not bringing snacks for eating in child development centers and also correct skills about teeth brushing on occlusal surface. This came from studied result revealed that parents still had problems in practice about these behaviors.

1.4) Child dependents should develop dental health activities in their child development centers such as; teeth brushing for children again in case of children with dirty teeth, informing parents to bring their children who had oral problems for dental treatment, providing children with fruits instead of sweet snacks and controlling children not to eat snacks between main meals and managing on selling sweet snacks in and around child development centers. These were main factors that caused preschool children had their frequent opportunities for eating sweet snacks.

1.5) Dental personnel and public health officers in the area should drive persons in communities as; village health volunteers, municipal

administrators and officers, parents and etc. to play their roles on making policies or standard of free sweet snacks in child development centers.

1.6) Dental personnel should provide workshops for village health volunteers to develop their knowledge and skills on dental health promotion and let them to participate in operation planning with officers for establishing health teams in communities for further continuous operations.

1.7) Using media to campaign in dental health might have limitation of each of area, selection of media for campaigning, therefore, dental personnel or public health officers should analyze contexts and limitations of each area before using.

1.8) Before using media with contents of risks and severity of on primary teeth decay, users should analyze all effects that would be happened and received by media receivers to avoid misunderstanding or excessive anxiety.

1.9) Communication channel via community broadcasting towers were suitable for village health volunteers for participating in performing programs, but the contents of information should be controlled by dental personnel.

1.10) Communication channels that were easily accessed to parents and child dependents and should be selected to campaign primary teeth decay in urban were community broadcasting towers, village health volunteers and dental personnel.

1.11) Confidence should be created for parents for changing their behaviors on campaign primary teeth decay prevention by conversation and focus group discussion among dental personnel, parent and child dependents. They were models of successful changing of behaviors by themselves and also encouraged in group process.

1.12) For activities for parents, most of them rather had many of their works that made incomplete participation or having not enough coordination. Dental personnel or public health officers in each area, therefore, should adjust all activities for parent participation with short period, but impacted with good and appropriate knowledge contents on dental health.

1.13) Providing of activities in each area had limitation in time and budget, some activities in this research could be applied;

1) Survey on oral health of children and parental behaviors on primary teeth decay prevention of preschool children by village health volunteers for once a month.

2) Focus group discussion among dental personnel, parents, children and child dependents for 2 times with 1 hour for each.

3) Communication channel via community broadcasting towers on primary teeth decay prevention by village health volunteers for once a week with 10 minutes for each.

1.14) This health education program was more suitable for semi-urban or rural area than urban area. Some tactics might be applied to fit for each area or as further policy of health campaign in child development centers.

2) Suggestions for further researches.

2.1) Action research should be used due to suitability in methodology and studied population better than the quasi – experimental research.

2.2) Collecting of qualitative data may be used to study groups of child dependents.

2.3) Sampling between experimental group and control group should be considered on the most similarity of population.

2.4) Briefing meetings should be provided for all collectors before research data collecting for good understanding in tools, questions and collecting methods as well as for obtaining good quality of data.

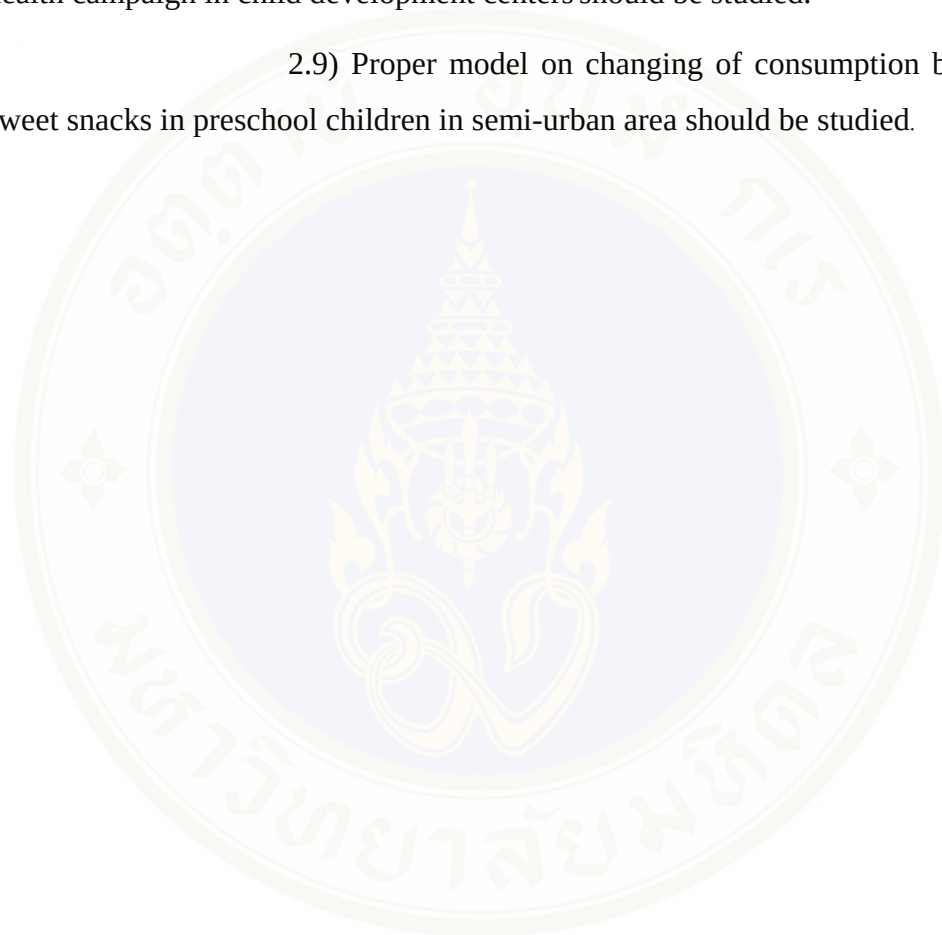
2.5) Effectiveness of an application of the Protection Motivation Theory on primary teeth decay prevention and social support theory should be studied in parents and child dependents.

2.6) Effectiveness of health education program that applied with Protection Motivation Theory on changing of direct health behaviors of preschool children should be studied.

2.7) Effectiveness of health education program that applied with Protection Motivation Theory should be studied on other health issues in groups of those who related to children such as flu prevention, diarrhea prevention, etc.

2.8 Issues of proper media and communication channels of health campaign in child development centers should be studied.

2.9) Proper model on changing of consumption behaviors on sweet snacks in preschool children in semi-urban area should be studied.



บรรณานุกรม

1. สุณี วงศ์กนกเทพ, นุปผา ไตรโรจน์, สาลิกา เมธนาวิน, บรรณาธิการ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: ออนพรีนซ์ออฟ, 2548.
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์, 2545.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550. นนทบุรี: ไบโร่งพิมพ์, 2551.
4. สุรางค์ เชษฐพจน์. การสำรวจเพื่อประเมินสถานการณ์ทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี (ออนไลน์). 2551 (สืบค้นวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2552). เข้าถึงได้จาก http://dental.anamai.moph.go.th/more_downloads.php?cat_id=1ผล.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในเขตชุมชนเมือง นครราชสีมา ครั้งที่ 1 ณ ห้องประชุมพิมาย โรงแรมสีมาธานี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วันที่ 30 มีนาคม 2552.
6. ธีระวุธ ธรรมกุล. รายงานผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2552. (เอกสารอัดสำเนา).
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารการประชุมหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุม สดช.ย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วันที่ 28 มกราคม 2553.
8. จรรยา อยู่เย็น. ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เปรียบเทียบระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนแออัด 8 แห่งกับโรงเรียนอนุบาลเอกชน 3 แห่ง ในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2540, 6(1) : 97-109.

9. พรทิพย์ ภูพัฒนากุล, ก้องเกียรติ เต็มเกษมสานต์, สุรศักดิ์ ชีระรังสิกุล, กรุณา สุขแท้. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนนครสวรรค์. ชมรมทันตสาร 2539, 17(2): 92- 101.
10. วิลาวัลย์ วีระอาชากุล, วิบูลย์ วีระอาชากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กอายุ 6-30 เดือนในคลินิกเด็กดี. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2551, 23(2): 165-71.
11. นิमित เตชะวีรกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 2549. วารสารทันตสาธารณสุข 2551, 13(2): 106-117.
12. ปานทิพย์ เจียรวัฒนกกนก, ฉวีวรรณ บุญเรศ. พฤติกรรมการบริโภค ขนมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์เด็กเล็กชนบท ตำบลช่อแล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารทันตสาธารณสุข 2551, 13(4): 97-112.
13. กฤษณา วุฒิสินธุ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพของครอบครัวและการเกิดสภาวะโรคฟันน้ำนมผุในเด็กวัยก่อนเรียน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์, ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
14. ไกรสิทธิ์ ดันติสิรินทร์, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, ลินดา วงสานุพันธ์, บรรณาธิการ. รายงานสรุปผลการวิจัยโครงการแม่บทและโครงการย่อยภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย: การวิจัยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและระบบบดเคี้ยว. บทคัดย่อสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548: 531-532.
15. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ฟันดี ชีวิตมีสุข : ตอนที่ 2 โรคในช่องปากและการรักษาทางทันตกรรมที่ท่านควรรู้, ฟันน้ำนมสำคัญอย่างไร. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท, 2548: 58.
16. ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล. ทำอย่างไรให้ลูกฟันสวย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์, 2533.
17. พิศาล เทพสิทธิ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน หน่วยที่1-8 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: “ปัญหาสุขภาพในช่องปากที่มีผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย”. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535 : 171-172.

18. ประภาพรณ โกละสุวรรณ. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มและการกระตุ้นเตือนต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยก่อน-เรียน. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกพยาบาล สาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
19. หฤทัย สุขเจริญโกศล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ใน ตำบลออนกลาง กิ่งอำเภออนกลาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ทันตกรรมป้องกัน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545. อ้างใน : สุณี วงศ์คงคาเทพ, บุปผา ไตรโรจน์, สาลิกา เมธนาวัน, บรรณาธิการ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย. นนทบุรี : ออนพรีนซ์, 2548.
20. กรณี พิรานนท์. ในเอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน หน่วยที่ 1-8 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช: ก “ สารอาหารที่มีผลต่ออนามัยช่องปาก” ข “ ความสำคัญของโภชนาการต่ออนามัยช่องปาก”. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535: 203.
21. จุฬารณีย์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552 : 211-216.
22. Mackay, Bruce Cambell. AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effect of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms. Michigan: bell and Howell Information Company, 1992. อ้างใน : จุฬารณีย์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552 : 211-216.
23. Henk Boer, Erwin R. Seydel. Protection Motivation Theory. http://doc.utwente.nl/34896/1/k465_PDF. (Accessed: June 1, 2010).
24. Roger Ronald W. A Protection Motivation of Fear Appeal and Attitude Change. The Journal of Psychology 1975, 91: 93 -114. อ้างใน : จุฬารณีย์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552 : 211-216.

25. Bandura, A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall, 1977. อ้างใน : สุรวดี สุขสวัสดิ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
26. Rogers Ronald W. Cognitive and physiological processes in Fear appeals and attitude change, Arevised Theory of Protection Motivation, Social Psychology. New York : in Cacioppo,j and Patty. R.(Eds) Social Psychology Guilford Press, 1983. อ้างใน : สุรวดี สุขสวัสดิ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
27. Rogers Ronald W. Protection Motivation Theory, Health Education Research Theory and apactice, 1986 : 153-161. อ้างใน : จุฬารักษ์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552 : 211-216.
28. มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์. ในเอกสารการสอน: ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค. ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 21ธันวาคม 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
29. วาสนา จันทรสว่าง. การสื่อสารสุขภาพ : กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์, 2550.
30. พันทิwa ศรีสุกุล และ วิลาวัลย์ วีระอาชากุล. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลเด็กและพี่เลี้ยงที่มีต่อเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542 : บทคัดย่อ.
31. สุนีย์ พลภาณุมาศ และ พรทิพย์ เข้มนาค. ความรู้และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครนายก 2550. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 มีนาคม – เมษายน, 13(2): 118-127.
32. Schroth Robert J, Brothwel Douglas J B 1, Moffatt Michael EK. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). International Journal of Circumpolar Health 2007; 66(2): 153-167.

33. สุรางค์ เชษฐพจนท์, บุปผา ไตรโรจน์, สุภาวดี พรหมมา, วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปี 2550. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 มิถุนายน, 13(4): 69-78.
34. จิระภา นิมสุข. ศักยภาพของชุมชนในด้านทันตสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์, ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาการพัฒนา), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544: 196.
35. อนันตยา พลสักขวา, สุพรรณิ ศรีอำพร, วรานุช ปิติพัฒน์, สุพจน์ คำสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารทันตสาธารณสุข 2550 มกราคม-มิถุนายน, 12(1): 38-49.
36. Shang Xiao-hong, Li Da-lu, Huang Yi, Chen Hui, Sun Ruo-peng. Prevalence of dental caries among preschool children in Shanghe County of Shandong Province and relevant prevention and treatment strategies. Chin Med J 2008; 121(22): 2246-2249.
37. มาลี วันทนาศิริ. การประเมินผลการปรับพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 มีนาคม – เมษายน, 13(2): 7-32.
38. สุธรรม เขียมสวัสดิ์. การส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
39. ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนของมารดา. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
40. สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา และ คณะ. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กเล็กด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
41. อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และระวีวรรณ ปัญญางาม. การใช้กระบวนการทัศน์ในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 มีนาคม-เมษายน, 13(2): 74-84.
42. จอนสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 พฤษภาคม, 13(3): 72-80.

43. ศิริพรรณ เลขะวิวัฒน์. ประสิทธิภาพของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อลดการกินนมขวด ขนมหุ่นกบ และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟัน ในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลวังหงส์ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่. วารสารทันตสาธารณสุข 2551 พฤษภาคม, 13(3): 114-123.
44. พรณี พานิฉานนท์. การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตสาธารณสุข 2550 ตุลาคม-ธันวาคม, 12(3): 7-10.
45. พัทธินันท์ เลิกสวัสดิ์, อู๊ด ปินตาเครือ, อรุณศักดิ์ ปัญญาเย็น, อำไพ ดันตาปูล. กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ตำบลเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารทันตสาธารณสุข 2550 มกราคม-มิถุนายน, 12(1): 7-26.
46. ไพฑูรย์ สายสวนสัตย์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารทันตสาธารณสุข 2550 ตุลาคม-ธันวาคม, 12(3): 51-61.
47. Kakudate Naoki, Morita Manabu, Sugai Makoto, Kawanami Masamitsu. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction : A short-term study. Patient Education and Counseling 2009; 74: 191-196. At : www.elsevier.com/locate/pateducou. (Accessed: October 12, 2009).
48. Seman Kamariah, Yaacob Habibah, Hamid Abd. Hj Mamaf., Ismail Abdul Rashid, Yusoff Azizah. Evaluation of training programme for non-health professionals as oral health education. Malaysian Journal of Medical Sciences 2008 April; 15(2) : 33-36.
49. สุรวุฒิ สุขสวัสดิ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
50. นันทวรรณ พึ่งวงศ์ญาติ. โปรแกรมทันตสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

51. อภิญญา ผ่านพิณิจ. ผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
52. จำเนียร สุวรรณชาติ. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันไข้มาเลเลียของประชาชนที่เสี่ยง ต่อการป่วยเป็นไข้มาเลเลียสูงในอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
53. สุวัฒนา เกิดม่วง. ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ในเกษตรกร จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
54. วาสนา จันทน์สว่าง, นาดยา เกรียงชัยฤกษ์, ยุทธพงษ์ ขวัญชื่น, วิทยา เทียนจวง, พงศ์พันธ์ อันตะริกานนท์, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. กระบวนการสื่อสารการณรงค์ด้านสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา 2548, ปีที่ 28, เล่มที่ 100.
55. ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ. การสื่อสารสุขภาพ ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เอ็ดดิสันเพรสโปรดักส์, 2546.
56. พิมพ์ใจ ปัทมสันติวงศ์. กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ และประสิทธิผลของโครงการณรงค์ แยกประเภทขยะ ของสำนักศึกษาความสะอาด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์, นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
57. หริสุตา ปิ่นทวนันท์. การสื่อสาร และเครือข่ายการณรงค์ “เมาไม่ขับ”. วิทยานิพนธ์, นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
58. ปิยรัตน์ วงศ์ทองเหลือ. ประสิทธิภาพการใช้สื่อเพื่อรณรงค์สิ่งแวดล้อมของกรมโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์, นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
59. มลีนี สมภพเจริญ. ในเอกสารการสอน : การสื่อสารสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 24 เมษายน 2552. (เอกสารอัดสำเนา).

60. Hale, Jerold L., James Price Dillard. "Fear appeals in health promotion campaigns: Too much, too little, or just right?," in *Designing health messages : Approaches from communication theory and public health practice*, ed. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott, Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1995: 65-80.
61. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม : กระบวนการเสนอตัวแบบ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550: 257.
62. ปรียานุช เพ็ญระ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
63. อรุณ จิรวัดนกุล, บรรณาธิการ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544.
64. Stallard RD, Volpe AR, Orban JE, King WJ. The Effect of an Antimicrobial Mouth Rinse on Dental Plaque, Calculus and Gingivitis. *J Periodontal* 1969; 40 : 683.
65. Goldberg H, Ripa L. Oral hygiene in oral health. Springfield : Charles C. Thomas, 1977 : 17-41.
66. Bloom, B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study Learning. New York: David MacKay. 1975. อ้างใน : ปรียานุช เพ็ญระ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

งานวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันพื้นน้ำนมสุก
ในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินผลก่อนและหลังการการวิจัย ให้
ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือขีดเครื่องหมาย/ลงใน () ที่ตรงกับ
ความจริงเกี่ยวกับตัวผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด โดยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก

1. อายุของท่านปัจจุบัน.....ปี
2. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก () พ่อ () แม่ () ญาติ ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ.....
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () 1. ไม่ได้ศึกษา
 - () 2. ประถมศึกษาปีที่ 1-4
 - () 3. ประถมศึกษาปีที่ 5-6
 - () 4. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 5. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.
 - () 6. อนุปริญญาหรือปวส.
 - () 7. ปริญญาตรี
 - () 8. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพหลักของท่าน
 - () 1. เกษตรกร
 - () 2. รับจ้างทั่วไป
 - () 3. ค้าขาย
 - () 4. พนักงานของรัฐ/เอกชน
 - () 5. อื่นๆ ระบุ.....
5. ครอบครัวยของท่านมีรายได้ต่อเดือนเท่าใด
 - () ไม่เกิน 5,000 บาท
 - () 5,001– 10,000 บาท
 - () 10,001 - 15,000 บาท
 - () มากกว่า 15,000 บาท

6. รายได้ของครอบครัวท่านเพียงพอต่อการครองชีพหรือไม่

- () 1. เพียงพอและเหลือเก็บ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
() 3. ไม่เพียงพอ

7. ท่านเคยได้รับคำแนะนำหรือความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากที่ไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. โทรทัศน์ () 2. วิทยุ
() 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล () 4. หมอฟัน
() 5. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก			
2.	ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อเด็กโต ขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ			
3.	เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ			
4.	เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร			
5.	การที่เด็กขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้พัฒนาการทางสมองช้า			
6.	ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน เช่น ทำให้ ขาดเรียนบ่อย			
7.	ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน			
8.	เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น			
19.	โรคฟันน้ำนมผุ ท่านจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพาเด็กไปรักษา ครั้งละ 200 – 1,000 บาท			
10.	โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ			
11.	ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลือง งบประมาณอย่างมาก			
12.	เด็กในชุมชนของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อ ชื่อเสียงของชุมชน			

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ผู้ปกครองและเด็ก สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอๆ กัน จึงควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง			
2.	ก่อนนอนไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้เด็ก ถ้าเด็กได้แปรงฟันที่โรงเรียนแล้ว			
3.	การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดได้พอๆ กับการแปรงฟัน			
4.	การที่จะรักษาฟันผุได้ทันเวลาที่ ผู้ปกครองควรตรวจสอบสภาพช่องปากให้เด็กทุกสัปดาห์			
5.	การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม เป็นอาหารว่าง ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย			
6.	ทราบจุลินทรีย์หรือเชื้อฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ			
7.	โรคฟันน้ำนมผุสามารถป้องกันได้ ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์			

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุ

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความสามารถ	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้
1.	ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี			
2.	ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือแปรงเช้าให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด			
3.	เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล โดยกินได้เฉพาะหลังกินข้าว			
4.	ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์			
5.	เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้			

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกัน พืชน้ำนม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างถูกวิธี จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
2.	ท่านคิดว่าถ้าแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
3.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรอบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล โดยกินได้เฉพาะหลังกินข้าว จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
4.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
5.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			

แบบสอบถามครูพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

งานวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุ
ในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองการ
วิจัย ให้ผู้สอบถามเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือขีดเครื่องหมาย/ลงใน () ที่
ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวผู้ถูกสอบถามมากที่สุด โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6
ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครูพี่เลี้ยงเด็ก

1. อายุของท่านปัจจุบัน.....ปี
2. เป็นครูพี่เลี้ยงเด็ก ในชั้น อ...../.....
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () 1. ประถมศึกษา
 - () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - () 4. อนุปริญญาหรือปวส. สาขา.....
 - () 5. ปริญญาตรี สาขา.....
 - () 6. อื่นๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยงเด็ก ปี.....เดือน
5. ประสบการณ์อบรมด้านเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 - () ไม่เคยอบรม
 - () 1 ครั้ง
 - () 2 ครั้ง
 - () มากกว่า 2 ครั้ง
6. ท่านเคยได้รับคำแนะนำหรือความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. โทรทัศน์
 - () 2. วิทยู
 - () 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล
 - () 4. หมอฟัน
 - () 5. การฝึกอบรม/ประชุม จาก.....
 - () 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก			
2.	ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ			
3.	เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจาก โรคฟันน้ำนมผุ			
4.	เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาด สารอาหาร จนสมองเติบโตช้า			
5.	ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน			
6.	เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น			
7.	การที่ศูนย์ฯ มีเด็กที่ฟันน้ำนมผุมาก ส่งผลกระทบต่อการ ทำงานอย่างอื่นของครู เช่น การสอน			
8.	ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลือง งบประมาณอย่างมาก			
9.	เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	เด็กวัย 3-5 ปี ควรให้เขาแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อความอิสระ			
2.	ก่อนนอนกลางวัน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่จำเป็นต้องให้เด็กแปรงฟัน ถ้าเด็กแปรงฟันมาจากบ้านตอนเช้าแล้ว			
3.	การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดเหมือนการแปรงฟัน			
4.	การตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก โดยครูพี่เลี้ยงทุกสัปดาห์ ช่วยป้องกันการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรได้			
5.	การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ไม่เป็นเวลา ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย			
6.	คราบจุลินทรีย์หรือขี้ฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ			
7.	การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน มีผลต่อการเกิดฟันผุได้			
8.	การป้องกันฟันน้ำนมผุเป็นสิ่งที่ท่านช่วยไม่ได้ เพราะเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องป้องกันให้ดี อีกทั้งเป็นกรรมพันธุ์			

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันผุเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความสามารถ	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้
1.	เมื่ออยู่ที่ศูนย์ฯ ท่านคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้			
2.	ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์			
3.	ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาดได้			
4.	ท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้			

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีข้อพิจารณาว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	ความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
2.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
3.	ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาด ได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			
4.	ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้			

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมของครูที่เลี้ยงเด็กในการป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องการปฏิบัติในแต่ละข้อเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีตัวเลือกให้พิจารณา ได้แก่ ปฏิบัติทุกวันที่เปิดเรียน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 วัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน ไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ	พฤติกรรม	ปฏิบัติ ทุกวันที่เปิด เรียน	ปฏิบัติ สัปดาห์ ละ 3-4 วัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ ละ 1-2 วัน	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1.	ท่านตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก				
2.	ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด				
3.	เมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ หินปูน ท่าน แจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กไปรักษา				
4.	ท่านจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม				
5.	ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ท่านไม่ให้เด็กกินของ ว่าง เช่น ขนมหวาน ขนมของกรอบกรอบ ขนมปัง ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต นมที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม				
6.	ท่านให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้ว แทนการดูดขวดนม				

แบบสำรวจพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครอง

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป

เด็กอายุ.....ปี ชั้น อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ปกครอง อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....กับเด็ก

หมายเหตุ : ผู้ปกครองที่ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ที่ได้ดูแลเด็กมากที่สุดและเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วม

โปรแกรมสุขศึกษา ในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

สำรวจครั้งที่ สำรวจวันที่...../เดือน...../ปี.....

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องการปฏิบัติในแต่ละข้อเพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมี
ตัวเลือกให้พิจารณา ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 วัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ
1-2 วัน ไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ	พฤติกรรมในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ละ 5-6 วัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ละ 3-4 วัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ละ 1-2 วัน	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1.	เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านแปรงฟันให้เด็กได้ อย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง (ตอนเช้าและก่อนนอน)					
2.	ท่านตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง					
3.	ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ในตำแหน่งที่ยังไม่ สะอาด					
4.	เมื่อเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้วท่านให้เด็กด กินอาหารทุกชนิด แม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล					
5.	เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านได้ควบคุมไม่ให้เด็กกิน ขนมซองกรอบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน เปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต					
6.	ท่านควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมากินที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					
7.	ท่านจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม					
8.	ท่านฝึกให้เด็กกินผลไม้เป็นของว่างแทนขนม					

โดยทันตบุคลากร

การให้คะแนน	0	=	ไม่มีกราบจุลินทรีย์ชั้นตัวฟัน
	1	=	มีกราบจุลินทรีย์ปกคลุมน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ
	2	=	มีกราบจุลินทรีย์ปกคลุม 1 ใน 3 แต่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ
	3	=	มีกราบจุลินทรีย์ปกคลุมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ใน 3 ของผิวฟันเฉพาะด้านตามแบบบันทึกการตรวจ

[illegible]

แบบประเมินผู้ปกครองในการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....ตำบล.....อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประเมินครั้งที่.....

วิธีการแปร่งฟัน	ถูกต้อง	ถูกบ้างผิดบ้าง	ผิด	คะแนน
1.ลักษณะการจับแปร่ง				
2.วิธีการแปร่งฟันบนด้านนอก				
3.วิธีการแปร่งฟันบนด้านใน				
4.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านนอก				
5.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านใน				
6.วิธีการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว				
7.วิธีการแปร่งลิ้น				
รวมคะแนน				

การให้คะแนน 0 = ไม่ถูกต้อง
 1 = ถูกบ้าง ผิดบ้าง
 2 = ถูกต้อง

Copyright by Mahidol University

Copyright by Mahidol University

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์รายข้อ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟัน
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้นไม่ ถูก ตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.18	กลาง	2.86	ดี
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อเด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.70	กลาง	3.0	ดี
3. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.14	กลาง	2.52	ดี
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร	2.34	กลาง	2.58	ดี
5. การที่เด็กขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้พัฒนาการทางสมองช้า	2.70	ดี	2.48	ดี
6. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน เช่น ทำให้ ขาดเรียนบ่อย	2.66	ดี	2.88	ดี
7. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน	2.46	ดี	2.64	ดี
8. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	1.90	กลาง	2.86	ดี
9. โรคฟันน้ำนมผุ ท่านอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ครั้งละ 200 – 1,000 บาท	2.26	กลาง	2.92	ดี
10. โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.46	ดี	2.74	ดี
11. การรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณ อย่างมาก	2.04	กลาง	2.62	ดี
12. เด็กในชุมชนของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบ ต่อชื่อเสียง ของชุมชน	1.84	กลาง	2.26	ดี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟัน
น้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ผู้ปกครองและเด็ก สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอๆ กัน จึงควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง	1.88	กลาง	2.40	ดี
2.ก่อนนอนไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้เด็ก ถ้าเด็กได้แปรงฟันที่โรงเรียน แล้ว	2.62	ดี	2.66	ดี
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดได้พอๆ กับการแปรงฟัน	2.44	ดี	2.66	ดี
4.การที่จะรักษาฟันผุได้ทันทั่วๆ ที่ ผู้ปกครองควรตรวจสอบสภาพช่องปาก ให้เด็กทุกสัปดาห์	2.76	ดี	2.94	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ลูกอม เป็นอาหารว่าง ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	2.52	ดี	2.98	ดี
6.ทราบจุลินทรีย์หรือเชื้อฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือก อักเสบ	2.76	ดี	2.92	ดี
7.โรคฟันน้ำนมผุสามารถป้องกันได้ ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์	2.48	ดี	2.72	ดี

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ
พฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการ
ทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี	2.50	ดี	2.98	ดี
2.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือแปรง ซ้ำให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด	2.42	ดี	2.84	ดี
3.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด ฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	1.78	ไม่ดี	2.36	กลาง
4.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.16	กลาง	2.80	ดี
5.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจาก แก้วแทนการดูดขวดนมได้	2.52	ดี	2.98	ดี

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างถูกวิธี จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.88	ดี	3.00	ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.82	ดี	2.94	ดี
3.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.66	ดี	2.74	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.62	ดี	2.86	ดี
5.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.50	ดี	3.00	ดี

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	2.92	กลาง	3.34	ดี
2.ท่านตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง	1.60	ไม่ดี	3.00	กลาง
3.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ในตำแหน่งที่ยังไม่สะอาด	1.00	ไม่ดี	2.54	กลาง
4.เมื่อเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้วท่านให้เด็กดื่มน้ำหรืออาหารทุกชนิด แม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล	1.40	ไม่ดี	2.26	ไม่ดี
5.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านได้ควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต	1.28	ไม่ดี	2.22	ไม่ดี
6.ท่านควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมากินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1.36	ไม่ดี	2.30	ไม่ดี
7.ท่านจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม	2.16	ไม่ดี	3.12	กลาง
8.ท่านฝึกให้เด็กกินผลไม้เป็นของว่างแทนขนม	1.98	ไม่ดี	2.48	กลาง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค-
ฟันน้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.36	กลาง	2.52	ดี
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.44	ดี	2.92	ดี
3. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.14	กลาง	2.50	ดี
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร	2.40	ดี	2.60	ดี
5. การที่เด็กขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้พัฒนาการทางสมองช้า	2.44	ดี	2.82	ดี
6. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ เช่น ทำให้ ขาดเรียนบ่อย	2.30	กลาง	2.54	ดี
7. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน	2.36	กลาง	2.70	ดี
8. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.02	กลาง	2.40	ดี
9. โรคฟันน้ำนมผุ ท่านอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ครั้งละ 200 – 1,000 บาท	2.62	ดี	2.20	กลาง
10. โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.36	กลาง	2.52	ดี
11. การรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณ อย่างมาก	2.02	กลาง	2.28	กลาง
12. เด็กในชุมชนของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง ของชุมชน	1.92	กลาง	2.38	กลาง

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ผู้ปกครองและเด็ก สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอๆ กัน จึงควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง	1.92	กลาง	2.16	กลาง
2.ก่อนนอนไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้เด็ก ถ้าเด็กได้แปรงฟันที่โรงเรียนแล้ว	2.62	ดี	2.38	กลาง
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดได้พอๆ กับการแปรงฟัน	2.40	ดี	2.50	ดี
4.การที่จะรักษาฟันผุได้ทันทั่วทั้งที่ ผู้ปกครองควรตรวจสอบสุขภาพช่องปากให้เด็กทุกสัปดาห์	2.72	ดี	2.72	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม เป็นอาหารว่าง ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	2.88	ดี	2.62	ดี
6.คราบจุลินทรีย์หรือฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ	2.86	ดี	2.82	ดี
7.โรคฟันน้ำนมผุสามารถป้องกันได้ ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์	2.52	ดี	2.52	ดี

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี	2.70	ดี	2.78	ดี
2.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือแปรงซ้ำให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด	2.58	ดี	2.70	ดี
3.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	1.78	ไม่ดี	2.16	กลาง
4.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.36	กลาง	2.56	ดี
5.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้	2.68	ดี	2.78	ดี

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของ
การตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างถูกวิธี จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.90	ดี	2.90	ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.76	ดี	2.90	ดี
3.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูก อม นมที่มีน้ำตาล	2.38	กลาง	2.44	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.82	ดี	2.80	ดี
5.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทน การดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.86	ดี	2.82	ดี

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครอง
ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	2.04	ไม่ดี	2.12	ไม่ดี
2.ท่านตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง	1.66	ไม่ดี	2.02	ไม่ดี
3.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ในตำแหน่งที่ยังไม่สะอาด	1.58	ไม่ดี	1.58	ไม่ดี
4.เมื่อเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้วท่านให้เด็กกินอาหารทุกชนิด แม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล	1.34	ไม่ดี	1.84	ไม่ดี
5.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านได้ควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รส เปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต	1.62	ไม่ดี	1.84	ไม่ดี
6.ท่านควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมากินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1.96	ไม่ดี	2.68	กลาง
7.ท่านจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม	3.18	กลาง	3.68	ดี
8.ท่านฝึกให้เด็กกินผลไม้เป็นของว่างแทนขนม	2.16	ไม่ดี	3.08	กลาง

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค-
ฟันน้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.18	กลาง	2.36	กลาง
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อเด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.70	ดี	2.44	ดี
3. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.14	กลาง	2.14	กลาง
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร	2.34	กลาง	2.40	ดี
5. การที่เด็กขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้พัฒนาการทางสมองช้า	2.70	ดี	2.44	ดี
6. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ เช่น ทำให้ขาดเรียนบ่อย	2.66	ดี	2.30	กลาง
7. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน	2.46	ดี	2.36	กลาง
8. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	1.90	กลาง	2.02	กลาง
9. โรคฟันน้ำนมผุ ท่านอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ครั้งละ 200 – 1,000 บาท	2.26	กลาง	2.62	ดี
10. โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.46	ดี	2.36	กลาง
11. การรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณ อย่างมาก	2.04	กลาง	2.02	กลาง
12. เด็กในชุมชนของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบ ต่อชื่อเสียง ของชุมชน	1.84	กลาง	1.92	กลาง

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค-
ฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ผู้ปกครองและเด็ก สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอๆ กัน จึงควรปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง	1.88	กลาง	1.92	กลาง
2.ก่อนนอนไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้เด็ก ถ้าเด็กได้แปรงฟันที่โรงเรียนแล้ว	2.62	ดี	2.62	ดี
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดได้พอๆ กับการแปรงฟัน	2.44	ดี	2.40	ดี
4.การที่จะรักษาฟันผุได้ทันทั่วทั้งที่ ผู้ปกครองควรตรวจสอบสภาพช่องปากให้เด็กทุกสัปดาห์	2.76	ดี	2.72	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม เป็นอาหารว่าง ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	2.52	ดี	2.88	ดี
6.คราบจุลินทรีย์หรือฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ	2.76	ดี	2.86	ดี
7.โรคฟันน้ำนมผุสามารถป้องกันได้ ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์	2.48	ดี	2.52	ดี

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี	2.50	ดี	2.70	ดี
2.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือแปรง ซ้ำให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด	2.42	ดี	2.58	ดี
3.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด ฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ชีสโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	1.78	ไม่ดี	1.78	ไม่ดี
4.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.16	กลาง	2.36	กลาง
5.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจาก แก้วแทนการดูดขวดนมได้	2.52	ดี	2.68	ดี

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพ
ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันการฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างถูกวิธี จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.88	ดี	2.90	ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะสามารถ ป้องกันฟันผุได้	2.82	ดี	2.76	ดี
3.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ชีสโกแลต ลูก อม นมที่มีน้ำตาล โดยกินได้เฉพาะหลังกินข้าว จะสามารถป้องกันฟันผุ ได้	2.26	กลาง	2.38	กลาง
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถ ป้องกันฟันผุได้	2.62	ดี	2.82	ดี
5.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทน การดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.50	ดี	2.86	ดี

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	2.92	กลาง	2.04	ไม่ดี
2.ท่านตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง	1.60	ไม่ดี	1.66	ไม่ดี
3.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ในตำแหน่งที่ยังไม่สะอาด	1.00	ไม่ดี	1.58	ไม่ดี
4.เมื่อเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้วท่านให้เด็กงดกินอาหารทุกชนิด แม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล	1.40	ไม่ดี	1.34	ไม่ดี
5.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านได้ควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต	1.28	ไม่ดี	1.62	ไม่ดี
6.ท่านควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมากินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1.36	ไม่ดี	1.96	ไม่ดี
7.ท่านจัดการไม่ให้เด็กดูขวดนม	2.16	ไม่ดี	3.18	กลาง
8.ท่านฝึกให้เด็กกินผลไม้เป็นของว่างแทนขนม	1.98	ไม่ดี	2.16	ไม่ดี

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ฟันน้ำนมผุจะต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้นไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.86	ดี	2.52	ดี
2.ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อเด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	3.00	ดี	2.92	ดี
3.เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.52	ดี	2.50	ดี
4.เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร	2.58	ดี	2.60	ดี
5.การที่เด็กขาดสารอาหาร อาจส่งผลให้พัฒนาการทางสมองช้า	2.48	ดี	2.82	ดี
6.ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน เช่น ทำให้ขาดเรียนบ่อย	2.88	ดี	2.54	ดี
7.ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัดเจน	2.64	ดี	2.70	ดี
8.เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.86	ดี	2.40	ดี
9.โรคฟันน้ำนมผุ ท่านจะต้องเสียค่าใช้จ่ายพาเด็กไปรักษา ครั้งละ 200-1,000 บาท	2.92	ดี	2.28	กลาง
10.โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	2.74	ดี	2.52	ดี
11.การรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมาก	2.62	ดี	2.28	กลาง
12.เด็กในชุมชนของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผลกระทบ ต่อชื่อเสียงของชุมชน	2.26	ดี	2.38	กลาง

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค-
ฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ผู้ปกครองและเด็ก สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอๆ กัน จึงควรปล่อย ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง	2.40	ดี	2.16	กลาง
2.ก่อนนอนไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้เด็ก ถ้าเด็กได้แปรงฟัน ที่โรงเรียนแล้ว	2.66	ดี	2.38	กลาง
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดได้พอๆ กับการแปรงฟัน	2.66	ดี	2.50	ดี
4.การที่จะรักษาฟันผุได้ทันทั่วๆ ทั่ว ผู้ปกครองควรตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ให้เด็กทุกสัปดาห์	2.94	ดี	2.72	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม เป็นอาหารว่าง ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	2.98	ดี	2.62	ดี
6.คราบจุลินทรีย์หรือฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือก อักเสบ	2.92	ดี	2.82	ดี
7.โรคฟันน้ำนมผุสามารถป้องกันได้ ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์	2.72	ดี	2.52	ดี

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี	2.98	ดี	2.78	ดี
2.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือแปรง ซ้ำให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด	2.84	ดี	2.70	ดี
3.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด ฟันผุได้ เช่น ขนมซองกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	2.36	กลาง	2.16	กลาง
4.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.80	ดี	2.56	ดี
5.เมื่ออยู่บ้านท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจาก แก้วแทนการดูดขวดนมได้	2.98	ดี	2.78	ดี

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างถูกวิธี จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	2.90	ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าแปรงฟันให้เด็กได้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.94	ดี	2.90	ดี
3.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ เช่น ขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	2.64	ดี	2.44	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.86	ดี	2.80	ดี
5.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	2.82	ดี

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านแปรงฟันให้เด็กได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.34	ดี	2.12	ไม่ดี
2.ท่านตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกครั้ง	3.00	กลาง	2.02	ไม่ดี
3.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ในตำแหน่งที่ยังไม่สะอาด	2.54	กลาง	1.58	ไม่ดี
4.เมื่อเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้วท่านให้เด็กกินอาหารทุกชนิด แม้กระทั่งนมที่มีน้ำตาล	2.26	ไม่ดี	1.84	ไม่ดี
5.เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านท่านได้ควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีรสหวาน รสเปรี้ยวหรือรสช็อกโกแลต	2.22	ไม่ดี	1.84	ไม่ดี
6.ท่านควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมมากินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.30	ไม่ดี	2.68	กลาง
7.ท่านจัดการไม่ให้เด็กดูดขวดนม	3.12	กลาง	3.68	ดี
8.ท่านฝึกให้เด็กกินผลไม้เป็นของว่างแทนขนม	2.48	กลาง	3.08	ดี

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการแปร่งฟันให้เด็ก รายข้อภายในกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะการแปร่งฟัน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ลักษณะการจับแปรง	0.60	ไม่ดี	1.90	ดี
2.วิธีการแปร่งฟันบนด้านนอก	0.28	ไม่ดี	1.52	กลาง
3.วิธีการแปร่งฟันบนด้านใน	0.40	ไม่ดี	1.46	กลาง
4.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านนอก	0.16	ไม่ดี	1.22	กลาง
5.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านใน	0.56	ไม่ดี	1.50	กลาง
6.วิธีการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว	0.42	ไม่ดี	1.04	ไม่ดี
7.วิธีการแปร่งลิ้น	0.30	ไม่ดี	1.55	กลาง

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการแปร่งฟันให้เด็กรายข้อ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะการแปร่งฟัน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ลักษณะการจับแปรง	0.48	ไม่ดี	1.28	กลาง
2.วิธีการแปร่งฟันบนด้านนอก	0.36	ไม่ดี	0.42	ไม่ดี
3.วิธีการแปร่งฟันบนด้านใน	0.56	ไม่ดี	0.90	ไม่ดี
4.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านนอก	0.38	ไม่ดี	0.44	ไม่ดี
5.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านใน	0.62	ไม่ดี	0.84	ไม่ดี
6.วิธีการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว	0.32	ไม่ดี	0.30	ไม่ดี
7.วิธีการแปร่งลิ้น	0.36	ไม่ดี	0.56	ไม่ดี

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการแปร่งฟันให้เด็กรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ทักษะการแปร่งฟัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ลักษณะการจับแปรง	0.60	ไม่ดี	0.48	ไม่ดี
2.วิธีการแปร่งฟันบนด้านนอก	0.28	ไม่ดี	0.36	ไม่ดี
3.วิธีการแปร่งฟันบนด้านใน	0.40	ไม่ดี	0.56	ไม่ดี
4.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านนอก	0.16	ไม่ดี	0.38	ไม่ดี
5.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านใน	0.56	ไม่ดี	0.62	ไม่ดี
6.วิธีการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว	0.42	ไม่ดี	0.32	ไม่ดี
7.วิธีการแปร่งลิ้น	0.30	ไม่ดี	0.36	ไม่ดี

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการแปร่งฟันให้เด็กรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ทักษะการแปร่งฟัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	mean	ระดับ	mean	ระดับ
1.ลักษณะการจับแปร่ง	1.90	ดี	1.28	กลาง
2.วิธีการแปร่งฟันบนด้านนอก	1.52	กลาง	0.42	ไม่ดี
3.วิธีการแปร่งฟันบนด้านใน	1.46	กลาง	0.90	ไม่ดี
4.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านนอก	1.22	กลาง	0.44	ไม่ดี
5.วิธีการแปร่งฟันล่างด้านใน	1.50	กลาง	0.84	ไม่ดี
6.วิธีการแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว	1.04	ไม่ดี	0.30	ไม่ดี
7.วิธีการแปร่งลิ้น	1.55	กลาง	0.56	ไม่ดี

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟัน
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อยๆ ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.00	กลาง	2.00	กลาง
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.80	ดี	2.80	ดี
3.เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากฟันน้ำนมผุ	2.60	ดี	2.60	ดี
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหาร จนสมองเติบโตช้า	3.00	ดี	3.00	ดี
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน	2.80	ดี	2.80	ดี
6. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.20	กลาง	2.80	ดี
7. การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีเด็กที่ฟันน้ำนมผุมาก ส่งผลกระทบต่อการทำงานอย่างอื่นของครู เช่น การสอน	2.40	ดี	3.00	ดี
8. ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมาก	1.8	ดี	2.80	ดี
9. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผล กระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.20	กลาง	2.80	ดี

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เด็กอายุ 3-5 ปี ควรให้เขาแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อความอิสระ	2.20	กลาง	2.20	กลาง
2.ก่อนนอนกลางวันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่จำเป็นต้องให้เด็ก แปรงฟัน ถ้าเด็กแปรงฟันมาจากบ้านตอนเช้าแล้ว	3.00	ดี	3.00	ดี
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดเหมือนการแปรงฟัน	3.00	ดี	3.00	ดี
4.การตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก โดยครูที่เลี้ยงทุกสัปดาห์ ช่วยป้องกันการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรได้	2.80	ดี	2.80	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ไม่เป็นเวลา ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	3.00	ดี	3.00	ดี
6.การบาดเจ็บหรือฟันผุเล็กน้อยๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ	2.80	ดี	2.80	ดี
7.การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน มีผลต่อการเกิดฟันผุได้	2.00	กลาง	2.00	กลาง
8.การป้องกันฟันน้ำนมผุเป็นสิ่งที่ท่านช่วยไม่ได้ เพราะเป็น หน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องป้องกันให้ดี อีกทั้งเป็นกรรมพันธุ์	2.60	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของครูที่เลี้ยงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เมื่ออยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนม ของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้	2.20	กลาง	3.00	ดี
2.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.80	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาดได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้	3.00	ดี	3.00	ดี

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.60	ดี	2.60	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาด ได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.80	ดี	2.80	ดี

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก	1.20	ไม่ดี	2.40	ดี
2.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด	0.80	ไม่ดี	1.80	กลาง
3.เมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ หินปูน ท่านแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กไปรักษา	1.20	ไม่ดี	2.20	กลาง
4.ท่านจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม	0.80	ไม่ดี	2.00	กลาง
5.ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ท่านไม่ให้เด็กกินของว่าง เช่น ขนมหวาน ขนมของกรุบกรอบ ขนมปัง ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต นมที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม	1.40	ไม่ดี	2.20	กลาง
6.ท่านให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนม	3.00	ดี	3.00	ดี

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟัน
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยงภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อยๆ ทำให้ฟันแท้ ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.40	ดี	2.60	ดี
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.40	ดี	2.60	ดี
3. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.00	กลาง	2.20	กลาง
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหาร จน สมองเติบโตช้า	2.40	ดี	2.60	ดี
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียน	2.60	ดี	2.80	ดี
6. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.00	กลาง	2.40	ดี
7. การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก ส่งผลกระทบต่อการ ทำงานอย่างอื่นของครู เช่น การสอน	3.00	ดี	3.00	ดี
8. ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมาก	2.00	กลาง	2.00	กลาง
9. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผล กระทบต่อ ชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.40	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟัน
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยงภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. เด็กอายุ 3-5 ปี ควรให้เขาแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อความอิสระ	2.20	กลาง	2.40	ดี
2. ก่อนนอนกลางวันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่จำเป็นต้องให้เด็ก แปรงฟัน ถ้าเด็กแปรงฟันมาจากบ้านตอนเช้าแล้ว	1.60	ไม่ดี	1.80	กลาง
3. การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดเหมือนการแปรงฟัน	1.80	กลาง	2.00	กลาง
4. การตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก โดยครูที่เลี้ยงทุกสัปดาห์ ช่วยป้องกัน การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรได้	3.00	ดี	3.00	ดี
5. การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ไม่เป็นเวลา ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	3.00	ดี	3.00	ดี
6. คราบจุลินทรีย์หรือจี้ฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุและ โรค เหงือกอักเสบ	3.00	ดี	3.00	ดี
7. การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน มีผลต่อการเกิดฟันผุได้	2.40	ดี	2.60	ดี
8. การป้องกันฟันน้ำนมผุเป็นสิ่งที่ท่านช่วยไม่ได้ เพราะเป็น หน้าที่ของ ผู้ปกครองที่ต้องป้องกันให้ดี อีกทั้งเป็นกรรมพันธุ์	2.00	กลาง	2.00	กลาง

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยงภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เมื่ออยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้	1.60	ไม่ดี	1.80	กลาง
2.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	3.00	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาดได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้	2.40	ดี	2.40	ดี

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยงภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคิดเห็น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	1.60	ไม่ดี	2.00	กลาง
2.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาด ได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มนมจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.60	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 34 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง
ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก	2.60	ดี	2.60	ดี
2.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด	1.00	ไม่ดี	1.60	ไม่ดี
3.เมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ หินปูน ท่านแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กไปรักษา	2.60	ดี	2.60	ดี
4.ท่านจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม	2.00	กลาง	2.00	กลาง
5.ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ท่านไม่ให้เด็กกินของว่าง เช่น ขนมหวาน ขนมซองกรุบกรอบ ขนมปัง ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต นมที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม	1.80	กลาง	1.80	กลาง
6.ท่านให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม	2.60	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนม
ผู้ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูพี่เลี้ยง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อยๆ ทำให้ฟันแท้ ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.00	กลาง	2.40	ดี
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.80	ดี	2.40	ดี
3.เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.60	ดี	2.00	กลาง
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากอาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหาร จนสมองเติบโตช้า	3.00	ดี	2.40	ดี
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้	2.80	ดี	2.60	ดี
6. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.20	กลาง	2.00	กลาง
7. การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีเด็กที่ฟันน้ำนมผุมาก ส่งผลกระทบต่อการทำางอย่างอื่นของครู เช่น การสอน	2.40	ดี	3.00	ดี
8. ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลืองงบประมาณอย่างมาก	1.80	กลาง	2.00	กลาง
9. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผล กระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.20	กลาง	2.40	ดี

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เด็กอายุ 3-5 ปี ควรให้เขาแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อความอิสระ	2.20	กลาง	2.20	กลาง
2.ก่อนนอนกลางวันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่จำเป็นต้องให้เด็ก แปรงฟัน ถ้าเด็กแปรงฟันมาจากบ้านตอนเช้าแล้ว	3.00	ดี	1.60	ไม่ดี
3.การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดเหมือนการแปรงฟัน	3.00	ดี	1.80	กลาง
4.การตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก โดยครูที่เลี้ยงทุกสัปดาห์ ช่วยป้องกันการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรได้	2.80	ดี	3.00	ดี
5.การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ไม่เป็นเวลา ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	3.00	ดี	3.00	ดี
6.คราบจุลินทรีย์หรือฟันสีเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุและ โรคเหงือกอักเสบ	2.80	ดี	3.00	ดี
7.การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน มีผลต่อการเกิดฟันผุได้	2.00	กลาง	2.40	ดี
8.การป้องกันฟันน้ำนมผุเป็นสิ่งที่ท่านช่วยไม่ได้ เพราะเป็น หน้าที่ของ ผู้ปกครองที่ต้องป้องกันให้ดี อีกทั้งเป็นกรรมพันธุ์	2.60	ดี	2.00	กลาง

ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมผุของครูที่เลี้ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เมื่ออยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนม ของกรูบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้	2.20	กลาง	1.60	ไม่ดี
2.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.80	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงไม่สะอาดได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้	3.00	ดี	2.40	ดี

ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมผุ ของครูพี่เลี้ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	1.60	ไม่ดี
2.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.60	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาด ได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.80	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของครูพี่เลี้ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก	1.20	ไม่ดี	2.60	ดี
2.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด	0.80	ไม่ดี	1.00	ไม่ดี
3.เมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ หินปูน ท่านแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กไปรักษา	1.20	ไม่ดี	2.60	ดี
4.ท่านจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม	0.80	ไม่ดี	2.00	กลาง
5.ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ท่านไม่ให้เด็กกินของว่าง เช่น ขนมหวาน ขนมของกรุบกรอบ ขนมปัง ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต นมที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม	1.40	ไม่ดี	1.80	กลาง
6.ท่านให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม	3.00	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 40 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟัน-
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลัง
การทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่เด็กอายุน้อยๆ ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือเรียงตัวซ้อนเก	2.00	กลาง	2.60	ดี
2. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ง่าย เมื่อ เด็กโตขึ้น เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ และฟันแท้ผุ	2.80	ดี	2.60	ดี
3. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.60	ดี	2.20	กลาง
4. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กมีภาวะขาดสารอาหาร จนสมองเติบโตช้า	3.00	ดี	2.60	ดี
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษา	2.80	ดี	2.80	ดี
6. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากๆ อาจทำให้เด็กไม่กล้าพบปะผู้อื่น	2.80	ดี	2.40	ดี
7. การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีเด็กที่ฟันน้ำนมผุมาก ส่งผลกระทบต่อการทำงานอย่างอื่นของครู เช่น การสอน	3.00	ดี	3.00	ดี
8. ในการรักษาโรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ประเทศไทย สิ้นเปลือง งบประมาณอย่างมาก	2.80	ดี	2.00	กลาง
9. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กของเราฟันน้ำนมผุจำนวนมาก ส่งผล กระทบต่อชื่อเสียงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.80	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 41 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟัน-
น้ำนมผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนของครูที่เลี้ยง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1. เด็กอายุ 3-5 ปี ควรให้เขาแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อความอิสระ	2.20	กลาง	2.40	ดี
2. ก่อนนอนกลางวันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่จำเป็นต้องให้เด็ก แปรงฟัน ถ้าเด็กแปรงฟันมาจากบ้านตอนเช้าแล้ว	3.00	ดี	1.80	กลาง
3. การบ้วนปาก ทำให้ฟันสะอาดเหมือนการแปรงฟัน	3.00	ดี	2.00	กลาง
4. การตรวจสุขภาพช่องปากให้เด็ก โดยครูที่เลี้ยงทุกสัปดาห์ ช่วยป้องกันการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรได้	2.80	ดี	3.00	ดี
5. การปล่อยให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ไม่เป็นเวลา ทำให้ฟันน้ำนมผุง่าย	3.00	ดี	3.00	ดี
6. คราบจุลินทรีย์หรือฟันสีเหลืองๆเป็นสาเหตุของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ	2.80	ดี	3.00	ดี
7. การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน มีผลต่อการเกิดฟันผุได้	2.00	กลาง	2.60	ดี
8. การป้องกันฟันน้ำนมผุเป็นสิ่งที่ท่านช่วยไม่ได้ เพราะเป็น หน้าที่ของ ผู้ปกครองที่ต้องป้องกันให้ดี อีกทั้งเป็นกรรมพันธุ์	2.60	ดี	2.00	กลาง

ตารางที่ 42 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.เมื่ออยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านคิดว่าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้	3.00	ดี	1.80	กลาง
2.ท่านคิดว่าท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	3.00	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาดได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้	3.00	ดี	2.40	ดี

ตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามส่วนที่ 5 การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของ
การตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยงระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความคิดเห็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านคิดว่าถ้าสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินขนมของกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม และนมที่มีน้ำตาลได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	2.00	กลาง
2.ท่านคิดว่าถ้าสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.60	ดี	3.00	ดี
3.ท่านคิดว่าสามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันเองไม่สะอาด ได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	3.00	ดี	3.00	ดี
4.ท่านคิดว่าถ้าสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนมได้ จะสามารถป้องกันฟันผุได้	2.80	ดี	2.60	ดี

ตารางที่ 44 ผลการวิเคราะห์รายข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันน้ำนมของครูพี่เลี้ยง
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
1.ท่านตรวจฟันเพื่อดูความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก	2.40	ดี	2.60	ดี
2.ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาด	1.80	กลาง	1.60	ไม่ดี
3.เมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ หินปูน ท่านแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้พาเด็กไปรักษา	2.20	กลาง	2.60	ดี
4.ท่านจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กแทนขนม	2.00	กลาง	2.00	กลาง
5.ระหว่างมื้ออาหารหลัก (เช้า-เที่ยง) ท่านไม่ให้เด็กกินของว่าง เช่น ขนมหวาน ขนมซองกรุบกรอบ ขนมปัง ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต นมที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม	2.20	กลาง	1.80	กลาง
6.ท่านให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม	3.00	ดี	2.60	ดี

ภาคผนวก ก

เนื้อหาข้อสอบประเภทต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร

- หอกระจายข่าว

- เพลงทันตสุขภาพ

- นิทานทันตสุขภาพ

- แผ่นพับ

เนื้อหาที่ใช้ในการพูดออกอากาศผ่านหอกระจายข่าว โดยอาสาสมัครสาธารณสุข -

ประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ : เพื่อรณรงค์ให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงในความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน

เวลาออกอากาศ : วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 07.00-07.10 น. เป็นเวลา 8 สัปดาห์

วันจันทร์

“สวัสดีคะ พบกับดิฉัน (ชื่อ).....ในยามเช้าที่สดใส กับสาระดีๆ จากสถานีอนามัยโลกสูง คุณหมออนามัยเราฝากมาบอกว่าตำบลโลกสูงของเรามีเด็กฟันน้ำนมผุกันเยอะมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนของเรา ซึ่งโรคฟันน้ำนมผุในเด็กนั้น เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดฟันซ้อนเก และการสบฟันผิดปกติเมื่อเด็กโตขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาฟันแท้ผุได้ง่าย อีกทั้งยังเกิดโรคปริทันต์อักเสบหรือร่าเมนาดได้ง่ายอีกด้วย เมื่อเป็นเช่นนั้นผู้ปกครองอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่าเดินทางไปหาหมอที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่ารักษารากฟันแท้ หรืออาจต้องเสียเงินจำนวนมากเพื่อจัดฟัน ผ่าตัดขากรรไกร ซึ่งยุ่งยากและเสียเวลาทำมาหากินของท่าน และประเทศของเรายังสูญเสียงบประมาณมหาศาลในการรักษาเด็กที่ฟันน้ำนมผุมากอีกด้วย ทางที่ดีที่สุดคือเรามาช่วยกันดูแลป้องกัน ไม่ให้ลูกหลานของเรามีฟันน้ำนมผุกันดีกว่าคะ วันพรุ่งนี้ดิฉันจะมาเล่าถึงผลเสียของฟันน้ำนมผุที่คุณหมออนามัยของเราเป็นห่วงเป็นอย่างมาก ให้ทุกท่านได้ฟังอีกคะ ด้วยความปรารถนาดีจากสถานีอนามัยโลกสูง”

วันอังคาร

“สวัสดีคะ พบกับดิฉัน (ชื่อ).....ในยามเช้าที่สดใส กับสาระดีๆ จากสถานีอนามัยโลกสูง คุณหมออนามัยเราเป็นห่วงเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก ตั้งแต่อายุน้อยๆ เด็ก

มักจะทราบมาจากการปวดฟัน ทานอาหารไม่ได้หรือทานได้น้อย อาจทำให้เป็นโรคขาดสารอาหาร สมอเดิบโตช้า พัฒนาการช้า อาจเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน หงุดหงิดง่าย อาจทำให้สุขภาพจิตเสียทั้งเด็กและผู้ปกครอง และเด็กที่ต้องถอนฟันน้ำนมเร็ว เด็กมักออกเสียงพูดไม่ชัดเจน เสียบุคลิก ซึ่งทำให้เด็กอาย เงิน หรือไม่กล้าแสดงออกมากนัก ทางที่ดีที่สุดคือเราต้องช่วยกันดูแลป้องกัน ไม่ให้ลูกหลานของเรามีฟันน้ำนมผุกันดีกว่าคะ วันพรุ่งนี้ดิฉันจะมาเล่าถึงผลเสียของฟันน้ำนมผุที่คุณหมอของเราเป็นห่วงเป็นอย่างมากให้ทุกท่านได้ฟังอีกคะ ด้วยความปรารถนาดีจากสถานีนามัยโคกสูง”

วันพุธ

“สวัสดีคะ พบกับดิฉัน (ชื่อ).....ในยามเช้าที่สดใส กับสาระดีๆ จากสถานีนามัยโคกสูง คุณหมอฟ้ากมาบอกว่าโรคฟันน้ำนมผุติดเชื้อในเด็กนั้น อาจทำให้เกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ โพรงอากาศอักเสบ ตาอักเสบ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ ซึ่งเป็นโรคที่น่ากลัว แต่เราป้องกันได้ ถ้ามีปัญหาเรื่องฟันน้ำนมผุให้รีบพาเด็กไปหาหมอและรับคำปรึกษาได้ที่สถานีนามัยของเราได้เลยคะ ที่สำคัญที่สุดคือเราต้องช่วยกันดูแลป้องกัน ไม่ให้ลูกหลานของเรามีฟันน้ำนมผุกันดีกว่าคะ ด้วยความปรารถนาดีจากสถานีนามัยโคกสูง”

วันพฤหัสบดี

“สวัสดีคะ พบกับดิฉัน (ชื่อ).....ในยามเช้าที่สดใส กับสาระดีๆ จากสถานีนามัยโคกสูง ท่านรู้หรือไม่ว่าการปล่อยให้เด็กที่อายุไม่เกิน 5 ขวบ แปรงฟันด้วยตนเอง เขาอาจแปรงฟันไม่สะอาดพอ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุได้ง่าย และถ้าไม่แปรงฟันก่อนนอน หรือแปรงฟันตอนเช้าเพียงครั้งเดียว หรือบ้วนปากแทนการแปรงฟัน ก็ถือว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุได้ง่ายเช่นกัน เพราะการแปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะก่อนเข้านอน สามารถลดปริมาณเชื้อโรคจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของฟันน้ำนมผุได้ จึงป้องกันฟันน้ำนมผุได้ดีที่สุด คุณหมอของเราเป็นห่วงอย่างมาก จึงมาบอกเล่าให้ฟัง ด้วยความปรารถนาดีจากสถานีนามัยโคกสูง”

วันศุกร์

สวัสดีคะ พบกับดิฉัน (ชื่อ).....ในยามเช้าที่สดใส กับสาระดีๆ จากสถานีนามัยโคกสูง ท่านรู้หรือไม่ว่าการปล่อยให้เด็กซึ่ขนมกินเอง หรือปล่อยให้เด็กกินนมหวาน ขนมหอมเคี้ยว ลูกอม น้ำหวานน้ำอัดลม ซ็อกโกแลต นมที่มีรสหวาน เป็นประจำ บุตรหลาน

ของท่านจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคฟันผุมากค่ะ คุณหมอของเราเป็นห่วงเป็นอย่างมากเพราะ ฟันน้ำนมผุ ไม่ใช่เกิดจากกรรมพันธุ์หรือธรรมชาติ มันสามารถป้องกันได้ ขอให้ทุกท่านเอาใจใส่ บุตรหลานให้มากๆค่ะ ด้วยความปรารถนาดีจากสถานีนามัยโลกสูง”

เพลงฟันนั้นสำคัญนัก

ฟันนั้นสำคัญนัก ถ้าไม่รักฟันแล้วจะรักใคร
ถ้าขาดฟันแล้วจะเกียวยังไง ก็ต้องเจ็บใจอดกินทั้งปี
ฟันนั้นสำคัญนัก ถ้าไม่รักฟันแล้วจะรักใคร
ถ้าขาดฟันแล้วจะพูดยังไง พูดเท่าไรไม่มีใครรู้เรื่อง
ถ้าคนไหนไม่มีฟัน ทุกวันคงจะเหมือนผี เจอใครยิ้มให้เขาที
โถ! ก็นี้กว่าผี เพราะเธอไม่มีฟัน
ฟันนั้นสำคัญนัก ถ้าไม่รักฟันแล้วจะรักใคร
ฟันนั้นสำคัญนัก ถ้าไม่รักฟันแล้วจะรักใคร

เพลงปวดฟัน

มันเจ็บมันปวดจนนอนไม่หลับ กระส่ายกระสับจนทนไม่ได้
ปวดฟันประจำทุกวันไม่หาย ไม่น่าจะเกิด ไม่น่าจะโยเย
ก็เกิดจากฟันที่มันผุ เป็นร่องเป็นรู ไม่ดูแล ลูกกลามนานไปก็คงแย่
ฟันผุเหงๆ ฟันผุเหงๆ เป็นรู
ก็อยากไม่ดูแลเสียก่อน ตอนแรกก็เป็นแค่เพียงรูดำ ปล่อยไปยิ่งลามเป็นโพรงต่าง ๆ
กินของเย็นจัด หวานจัดยิ่งเสียว จะทำยังไง
ป้องกันรักษามันเสียก่อน ก็อยากอ่อนหวานเรื่องของหวาน กินแล้วอ้วนเปล่า
แล้วต้องป้องกัน เพื่อให้ฟันขาวแข็งแรง
แปรงฟันถูกวิธียัง แปรงทุกๆ วันต้องจำเอาไว้ ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ป้องกันฟันผุ ช่วยให้
ฟันแข็งแรง สุดท้ายก็ต้องไปหาหมอฟัน ตรวจฟันประจำปีละ 2 คน
โรคฟันผุร้ายทุรน คนหมอเป็นคน อุดฟันให้เรา
โรคฟันผุร้ายทุรน คนหมอเป็นคน...อุดฟันให้เรา

เพลงทำไมต้องแปรงฟัน

ทำไมต้องแปรงฟัน ตัวฉันซึ้งใจ แปรงทำไม ทำไมต้องแปรง

เธอต้องเปรงฟัน ไม่งั้นยุ่งตาย อาหารมากมาย ติดตามซอกฟัน
ไม่นานเท่าไร จะกลายบอกลี เกิดเรื่องไม่ดี ทำให้ปวดฟัน
เธอต้องเปรงฟัน ไม่งั้นโดนตี เชื้อโรคโจมตี ย้ายเหงือกฟัน
ที่มันเกิดเหตุ เพราะเศษอาหาร ค้างอยู่เมื่อวาน ต้องจัดการกับมัน

เพลงอย่าลืมแปรงฟัน

หกโมงเช้าแล้วอย่ารอช้า ดันขึ้นมาอาบน้ำแปรงฟัน
แต่งตัวเร็วไวรีบทานอาหาร เสร็จแล้วอย่าลืมแปรงฟัน
ไปโรงเรียนได้เจอเพื่อนฉัน พูดด้วยกันสนุกสนานเฮฮา
อ้าว! ทำไมไม่ยอมพูดจา (หนูลืมแปรงฟัน)
บอกเตือนไว้ก่อน ดันตอนเช้า อย่าลืมแปรงฟัน
บอกบอกเตือนไว้ก่อน ก่อนเข้านอน และหลังอาหาร...อย่าลืมแปรงฟัน

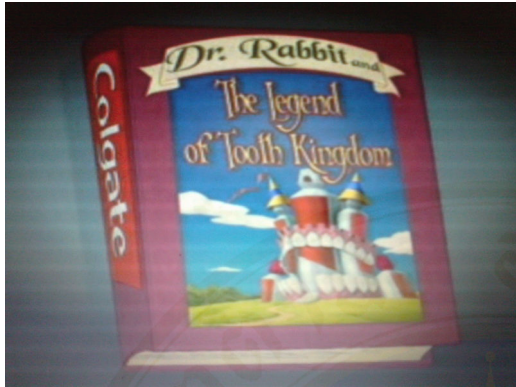
เพลงมาแปรงฟันกันเถอะ

มา มา มา พวกเรา มาพร้อมกัน หลังอาหารกลางวัน
มา มา มา ตามเวลาที่นัดกันนะ ต้องทำทุกวัน
อย่าลืม อย่าลืมเลย อย่าลืมอย่าลืมเลย จำไว้หลังมี๊อกกลางวัน
ไม่ลืม ไม่ลืมเธอ ไม่ลืม ไม่ลืมเธอ เรามาแปรงฟันกันนะ
เตรียมแปรงสีฟัน เตรียมยาสีฟัน มาแปรงพร้อมกันเพื่อฟันแข็งแรง
พอตื่นขึ้นมา ก่อนจะเข้านอน อย่าลืมแปรงฟันให้แข็งแรง

เพลง กินอะไรถึงฟันสวย

เธอกินอะไรฟันถึงได้สะอาด แลดูขาว อยากให้ฟันสวยแล้วเราช่วยบอกได้ไหม
เรากินอาหารเช่นพวกเนื้อสัตว์ ผลไม้ ชอบดื่มนมแล้วก็ไข่ ทุกวันเสมอ
แค่ฟลูออไรด์ที่อยู่ในอาหาร ร่างกายเราต้องการสร้างกระดูกและฟันนะ
ลองดูตั้งแต่วันนี้ เธอจะมีฟันแข็งแรงจะ รู้แล้วต้องทานแต่อาหารดี
แต่คนจะคิดว่าเพียงแค่ประโยชน์คงไม่พอ ต้องคำนึงถึงลักษณะ ว่าอะไรเหมาะสม
มีแต่อาหาร หลากสีล้วน และมีแต่ความหวาน ส่วนชื่อนี้ก็สำคัญเปรี้ยวไปก็ไม่ได้

นิทานเรื่องอาณาจักรฟัน จากบริษัทคอลเกต ปาล์มโอลีฟ จำกัด



ด็อกเตอร์เรบบิท : เธอดูแลเหงือกและฟันของเธอได้ดีมากนะ แอน่า

แอน่า : ขอบคุณค่ะ ด็อกเตอร์เรบบิท หนูแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์

ด็อกเตอร์เรบบิท : ฉันทึ่งใจนะ ที่หนูและเพื่อน ๆ พวกกันมาตรวจสุขภาพฟันอย่างสม่ำเสมอ



ด็อกเตอร์เรบบิท : โรเบิร์ต เธอต้องปรับปรุงในเรื่องการแปรงฟันนะ: จริงหรือ?

แต่ฟันโรเบิร์ตก็ดูแข็งแรงดีครับ

พยาบาลเรบบิท : แค่ดูจากภายนอกก็ดูเหมือนฟันแข็งแรงดีแล้ว แต่ฟลูออไรด์ในยาสีฟันจะ

เคลือบฟันทำให้ฟันแข็งแรงขึ้นอีกมาเลย ทำให้ฟันไม่ผุ และปกป้องฟันจากพลัคด้วยนะ

ซำร่า : จากอะไรนะค่ะ ?

พยาบาลเรบบิท : พลัคจ้า มันเป็นจุลินทรีย์ที่จับกับน้ำตาลายเป็นคาบติดแน่นบนผิวฟันอยู่ในปากเรา



ค็อกเตอร์เรบิท : เมื่อเจ้าจุลินทรีย์มาเจอกับของหวานกรูบกรอบ อย่างมันฝรั่ง หรือน้ำอัดลม ก็จะ
ทำให้เกิดเป็นกรอกขึ้นมา ซึ่งจะเป็นตัวการทำให้เกิดฟันผุ



พยาบาลเรบิท : นั่นเป็นเหตุผลที่เราจะต้องดกกินขนมและของหวานระหว่างมื้อ

โรเบิร์ต : เวลาผมดูกระจกหน้า ผมไม่เห็นมีอะไรติดอยู่ที่ฟันเลย

พยาบาลเรบิท : เราไม่สามารถเห็นพลัคได้ด้วยตาเปล่าหรอก !

ซาร่า : แต่สิ่งที่เรามองไม่เห็น ก็ไม่สามารถทำอะไรเราได้ไม่ใช่หรือคะ ?

พยาบาลเรบิท : พลัคอาจจะไม่ทำอันตรายเราโดยตรง แต่ก็ เป็นสาเหตุของอะไรหลาย ๆ อย่าง



พยาบาลเรบบิท : ซึ่งทำให้ฉันนึกถึงนิทานเรื่องหนึ่งขึ้นมาได้



กาลครั้งหนึ่งนานมาแล้ว มีอาณาจักรมหัศจรรย์แห่งหนึ่งมีชื่อว่า อาณาจักรฟัน



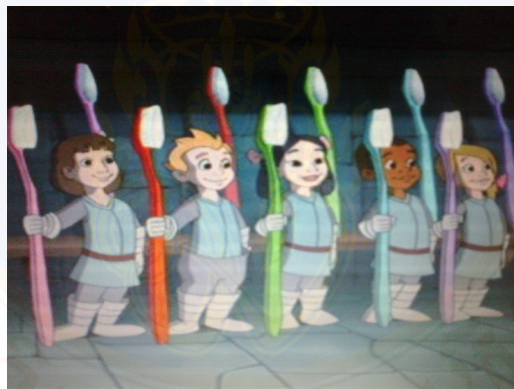
ทหารฟัน : ขณะนี้เรากำลังตกอยู่ในวงล้อมของพวกอสูรพลัค



ราชินี : อาณาจักรของเราจะไม่มีฟันและเหงือกที่มีสุขภาพดีหลงเหลืออยู่ รอยยิ้มที่จะมีความสุขก็จะหายไป น่ากลัวจริง ๆ อาณาจักรที่ไม่มีรอยยิ้ม เราจะปกป้องแผ่นดินของเราอย่างไร ?



เหล่าผู้กล้าพวกนี้รับอาสามาแก้สถานการณ์



ทอม : แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่มพร้อม

ซาร่า : ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มาทำความสะอาดฟัน ช่วยให้ลมหายใจหอมสดชื่น และยังป้องกันจากพลัคทำให้ฟันเราแข็งแรงอีกด้วย

โรเบิร์ต : ไหมขัดฟัน ต้องขัดเอาพลัคบริเวณซอกฟัน และบริเวณที่เราแปรงไม่ถึง

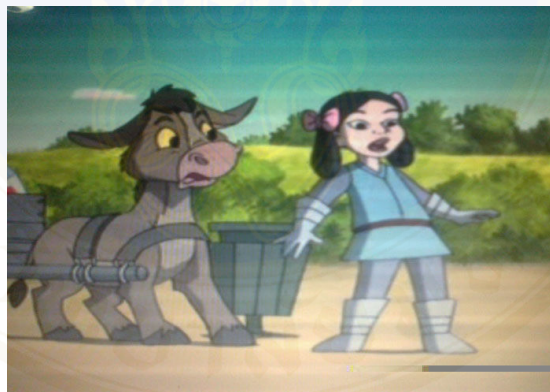


ซาร่า : อันนี้ใช้ทำอะไรคะ ค็อกเตอร์แรบบิท

ค็อกเตอร์แรบบิท : อันนี้คือตะเกียงวิเศษ ใช้สำหรับส่องหาเจ้าพลัคล่องหน



อสุรพลัค : เจ้าพวกเด็กโง่ ไม่ช้าเราจะยึดภูเขาผืนหน้าได้ และตามด้วยน้ำตกฟลูออไรด์ และในที่สุด ดินแดนพื้นอันล้ำค่า ก็จะตกเป็นของเรา



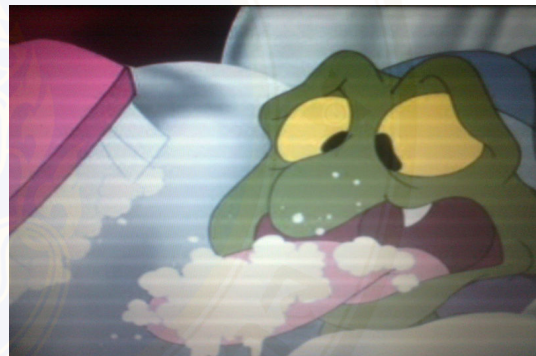
แอน่า : ฮะ ! ค็อกเตอร์ ค่ะคุณัน



ค็อกเตอร์เรบิท : พวกเธอรู้ใช่ไหมว่าต้องทำอะไร!



ทอม : ยาสีฟันผสมสามารถกำจัด เจ้าสุรพลัดได้ และมันจะทำให้ฟันของเธอแข็งแรงด้วย



เพลงประกอบนิทาน

แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครา ปะปะแปรงฟัน ปะปะแปรงฟัน อยากมีฟัน
แข็งแรงก็ต้องแปรงฟัน เราแปรงข้างหน้า ตรงกลาง ตามด้วยข้างหลัง อย่าลืมแปรงลิ้น เพราะมัน
เป็นแหล่ง เพราะมันเป็นแหล่งอาศัยของพลัด แปรงแปรง เป็นประจำ ทำให้ลมหายใจหอม ดูจาก
รอยยิ้มของเธอหลังจากแปรงฟัน ปะปะ แปรงฟัน ปะปะ แปรงฟัน อยากมีฟันแข็งแรงก็ต้อง

แปรงฟัน ถ้าแปรงมันเริ่มบานก็โยนมันทิ้งไป (ใช้แปรงร่วมกับเพื่อนได้ไหมครับ ?) คำตอบก็คือ
ไม่! ช่วยให้ฟันและเหงือกแข็งแรงพร้อมรอยยิ้มที่สดใส อย่าลืมล้างอาหารและก่อนนอน



ณ ถ้ำฟันผุ

ด็อกเตอร์เรบิท : เอาละ ไปบุกถ้ำฟันผุกันเถอะ



ทอม : เฮ้! คุณนี่สิ

ซาร่า : ระวังนะ มันอาจจะเป็นกับดักก็ได้



ระหว่างที่ด็อกเตอร์และพยาบาลไปเดินสำรวจรอบๆ บริเวณ เด็กๆ ก็พากันกินขนมอันหลากหลาย
ในถ้ำฟันผุ เพราะอดใจไม่ได้



ทันใดที่ค็อกเตอร์และพยาบาลมาเห็นเด็กๆ

ค็อกเตอร์ : อย่างนี้มันไม่ถูกนี่นา ฉันหวังว่าเธอคงไม่ได้กินขนมทั้งวันหรอกนะ

แอนา : เอ่อ! ค็อกเตอร์ค่ะ เราทานค่ะ เราทานขนมทั้งวันเลยค่ะ

ค็อกเตอร์ : โอ้ว! ทั้งวันเลยหรอ กินขนมหวานแล้วไม่ยอมแปรงฟัน ฟันของพวกเขา

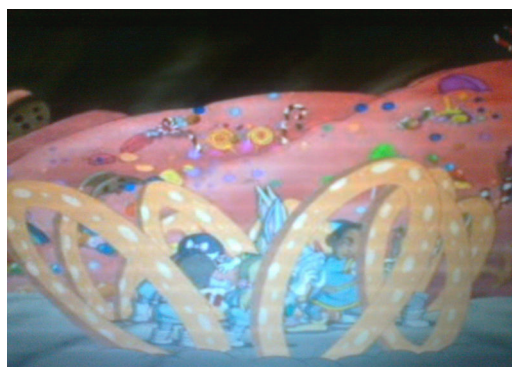
กำลังตกอยู่ในอันตรายนะเข้าใจไหม เร็วเข้า ไปที่รถเข็นกัน ทุกคนรีบแปรงฟัน

ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ แล้วอย่าลืมแปรงฟันด้านในด้วยนะ



ทันใดนั้นเจ้าอสูรพลั๊กก็ปรากฏตัวขึ้น

อสูรพลั๊ก : ใจเจ้าหมอฟันตัวดี ใครจะช่วยเจ้าได้ล่ะทีนี้ พวกเจ้าต้องเจอฉัน...เพียง!



ค็อกเตอร์ : ถ้าเรายอมแพ้ รอยยิ้มทั้งหลายในอาณาจักรจะตกอยู่ในอันตราย

เราต้องปกป้องรักษาอาณาจักรของเรา

แอนา : ยังคงเรายังไม่แพ้ พวกทหารฟันอาจจะช่วยเราได้



ค็อกเตอร์ : เหล่าทหารฟันของเราอ่อนล้า และถูกรอบคลุมจากพวกอสูรพลัคทั้งหมด

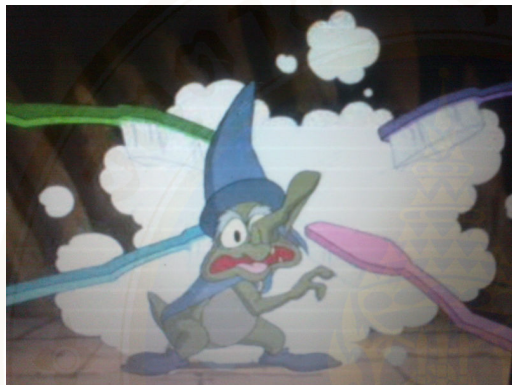
ซาร่า : ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยให้เราได้อะไรไหมคะ ?

ค็อกเตอร์ : แน่นอนจะ แต่เราจะเอามาได้อย่างไร



โรเบิร์ต : เฮ้! ทอมมี! ไขมันที่รังแกเราอยู่นี่นา เราเอามาผูกกับแปรงสีฟันแล้วช่วยเหล่าทหารกันเถอะ

ค็อกเตอร์ : ลุยจ้าฟันผุ



อสูรพลัค : ไม่เอาแล้ว ไม่แปรงฟัน ไม่เอายาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ไม่เอาไหมขัดฟัน
ไม่เอา ไม่เอา!



เด็กทุกคน : เย้! เย้! เย้! สุดท้ายพวกเรา ก็ปราบเจ้าอสูรพลัคได้
ราชินี : ขอบคุณมากเด็กๆ
และแล้วอาณาจักรฟันก็กลับมาสงบสุขอีกครั้ง

รู้ไหมว่า... ฟันน้ำนมสำคัญไฉน?

ทำไมผู้ปกครอง และครู
จึงต้องดูแล?



จัดทำโดย

นายธีระวุธ ธรรมกุล

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร วท.ม.

(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา

และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

และทีมงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ฟันน้ำนมผุมากและสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด

ทำให้เกิดผลเสีย



อย่างไร ?

1. การที่เด็กฟันน้ำนมผุมาก ทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้ ส่งผลให้ไม่
อยากทานอาหาร ซึ่งอาจทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหาร
พัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติได้

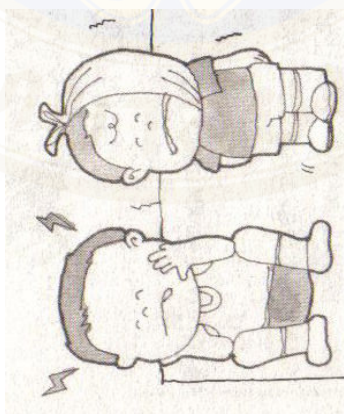
2. อาจส่งผลให้ฟันแท้ที่เกิดขึ้นมาซ้อนเก การสบฟันผิดปกติ ทำให้
เกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบได้ง่าย

3. เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดฟันผุสามารถแพร่กระจายไปตามกระแส
เลือดสู่อวัยวะต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ได้
เช่น

- โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ
- โรคข้ออักเสบชนิดรูมาตอยด์
- ไพรองากาต์อักเสบ

4. ผลกระทบต่อบุคลิกภาพและจิตใจ เช่น ทำให้มีกลิ่นปาก พูดไม่ชัด บั่นทอนความมั่นใจ ซึ่งอาจทำให้เด็กขี้อาย และความเจ็บปวดทรมานยังรบกวนจิตใจ ทำให้นอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย สนใจเรียนรู้น้อยลง

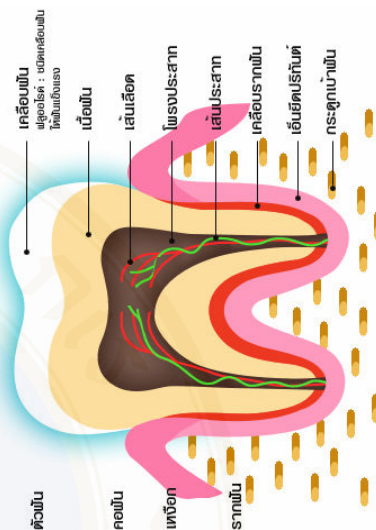
สาเหตุที่ทำให้เกิดฟันน้ำนมผุได้ง่าย ?



1. การทำความสะอาดโดยให้เด็กบ้วนปากเพียงอย่างเดียว ทำให้เศษอาหารและดราบนจุลินทรีย์หรือเชื้อฟันยังคงติดค้าง
2. การละเลยการแปรงฟันให้เด็ก ซึ่งการปล่อยให้เด็กแปรงเองมักไม่สะอาดและทั่วถึงทุกซี่ทุกด้านของฟัน

3. การละเลยการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันและแปรงฟันซ้ำในตำแหน่งที่เด็กยังไม่สะอาด
4. การปล่อยให้เด็กทานขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อคโกแลต ลูกอม บ่อยๆ
5. การให้เด็กดื่มนมที่มีรสหวาน รสน้ำผึ้ง รสช็อคโกแลตและรสเปรี้ยว รวมทั้งให้เด็ก ดูดขวดนมและหลัับดาขวดนม
6. การละเลยการตรวจฟันเพื่อสำรวจสุขภาพช่องปาก
7. การไม่เคยพาเด็กไปพบหมอฟัน

วิธีสังเกตลักษณะอาการของฟันน้ำนมผุ



ระยะที่ 1 ผู้ที่ผิวเคลือบฟัน มีสีขาวขุ่นหรือสี ระยะเวลาจะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือเสียว

ระยะที่ 2 สีขาวขุ่นจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือสีดำเห็นเป็นรูชัดเจน และการผุจะขยายลุกลามไปในเนื้อฟัน จะรู้สึกเสียวฟัน ซึ่งระยะนี้ควรไปอุดฟัน

ระยะที่ 3 รูผุจะขยายขอบเขตกว้างขวางและลึกขึ้นจนถึงโพรงประสาทฟัน มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ ระยะนี้จะเกิดอาการปวดอย่างรุนแรง

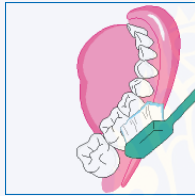
ระยะที่ 4 การผุจะลุกลามมากยิ่งขึ้นเข้าไปในโพรงฟันทำลายเนื้อเยื่อในโพรงฟัน อาจจะไม่เจ็บปวด แต่ถ้าไม่รักษาจะเกิดการติดเชื้อมากขึ้น และลุกลามเข้าสู่กระดูกและเลือดได้ ซึ่งการรักษาจะรักษารากฟัน แต่ถ้ารักษารากฟันไม่ได้ ก็จำเป็นต้องถอน

การดูแลป้องกันฟันน้ำนมผุ ทำง่าย ๆ ดังนี้

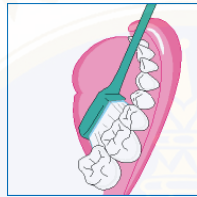
1. การแปรงฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ทานอาหารหรือขนม

2. แปรงฟันให้เด็กอย่างถูกวิธี โดยการขยับไปมาตามแนวนอนให้ครบทุกซี่ทุกด้าน ซึ่งถ้าเด็กแปรงฟันเองมักแปรงไม่สะอาด ผู้ปกครองจึงควรตรวจและแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง

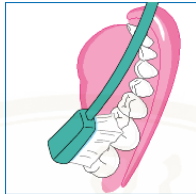
1. ด้านนอก



2. ด้านใน



3. ด้านบดเคี้ยว



3. ควรใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และแต่ละครั้งที่ใช้ควรบีบใบปริมาณเท่าเม็ดถั่วเขียว เพื่อป้องกันการได้รับฟลูออไรด์เกิน



4. หมั่นตรวจหาฟันผุหรือโรคเหงือกให้เด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
5. ควบคุมการทานขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ซีสต์โกเลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาลผสม โดยทานหลังอาหารมื้อหลักและหมั่นแปรงฟันทุกครั้งที่ทำ
6. ฝึกให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้วแทนการดูดขวดนม ตั้งแต่อายุ 1 ขวบ
7. กล่าวคำชมเชย ปรบมือ เพื่อให้รางวัลเด็ก เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

“เพียงเท่านี้ บุตรหลานของท่านก็จะมี
สุขภาพช่องปากที่ดี...ได้แน่นอน”





เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2010-181

ชื่อโครงการ การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

รหัสโครงการ 118/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายธีระวุธ ธรรมกุล

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
..... (รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล) (ลงนามในรูป)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
..... (รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 8 ตุลาคม 2553

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 7 ตุลาคม 2554



**Documentary Proof of Ethical Clearance
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University**

Proof Number MUPH2010-181

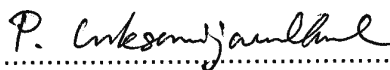
Project Title An Application of the Protection Motivation Theory on Primary
Teeth Decay Prevention Through Preschool Children Parents at
Muang District, Nakhonratchasima Province

Project Number 118/2553

Principal Investigator Mr. Theerawut Thammakun

Official Address Master of Science (Public Health) Program in Health Education
and Behavioral Sciences
Faculty of Public Health, Mahidol University
420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved
by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.



(Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul)

Chairman of Ethics Committee for Human Research



(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

Date of Approval : 8 October 2010

Date of Expiration : 7 October 2011

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายธีระวุธ ธรรมกุล
วัน เดือน ปีเกิด	26 กุมภาพันธ์ 2527
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา, 2545-2547: ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547 - 2549: สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 - 2554: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนบางส่วนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา และสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 5 นครราชสีมา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ 044-212900 ต่อ 115 E-mail: theerawut_sb7@hotmail.com