

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพร้ทอง จังหวัดอ่างทอง



วิหุตา คงเหมือนเพชร

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณทิท

บัณทิทวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

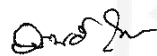
สารนิพนธ์

เรื่อง

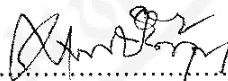
พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

อัญญา คงหมื่นเพชร

นางสาววิชุดา คงหมื่นเพชร  
ผู้วิจัย



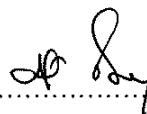
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรินทร์ กิตติพิชัย,  
วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกชัช ปิติกุลตั้ง,  
M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,  
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์มธุรส ทิพยมงคลกุล,  
Ph.D. (Epidemiology)  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2560

จิตตา คงเดชะนรินทร์

นางสาวจิตตา คงเหมือนเพชร  
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์จิ่งคินันท์ อินทรกำแหง,  
ค.ค. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน)  
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภชัย ปิติกุลตั้ง,  
M.D., ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรินทร์ กิตติพิชัย,  
วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,  
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ประยูร ฟองสถิตย์กุล,  
Ph.D. (Environmental engineering)  
คณบดี  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัช กิตติพิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ศุภชัย ปิติกุลตั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งให้กำลังใจเสมอมา

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ.ดร.ณัฐวศ แก้วสุทธา และทันตแพทย์หญิงปรารถนา สู้ผลเอิบ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ เจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานอย่างดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ คุณนัฐญา แซ่มเฉย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ครูผู้ดูแลเด็กทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชน และขอขอบคุณ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจ

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณแม่ฮ้วน ทองสอง พี่สาว พี่เขย หลานๆ ที่สนับสนุนการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณที่ร้อยเอก มณฑลรัฐ พรหมคงบุญ รวมทั้งเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 1 ทุกคนที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนสามารถจัดทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง  
DENTAL CARIES PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG GUARDIANS OF PRESCHOOL-CHILDREN IN  
CHILD DEVELOPMENT CENTERS, POTHONG DISTRICT, ANGTHONG PROVINCE

วิชาดา คงเหมือนเพชร 5836773 PHMP/M

ส.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : วิริณรัช กิตติพิชัย, วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) ,  
ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, M.D., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)

#### บทคัดย่อ

ปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในเด็กปฐมวัยคือโรคฟันผุ ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุในบุตรหลาน การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 172 คน การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 61.6 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง โดยผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการทำความสะอาดช่องปากในระดับสูง (ร้อยละ 66.9) ด้านการเป็นแบบอย่างและด้านอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.9, 47.7) และด้านการเฝ้าระวังในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.9) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $p < 0.001$ ) อาชีพ ( $p < 0.05$ ) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.26, 0.22, 0.20, 0.19$  ตามลำดับ)

จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานทันตสาธารณสุข ของโรงพยาบาลโพธิ์ทองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุ และมีอาชีพทำงานนอกบ้าน รวมทั้งเพิ่มทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากและการค้นหาฟันผุของเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองได้เฝ้าระวังโรคฟันผุในบุตรหลานต่อไป

คำสำคัญ : โรคฟันผุ / เด็กปฐมวัย / ผู้ปกครอง / พฤติกรรมการป้องกันโรค

DENTAL CARIES PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG GUARDIANS OF PRESCHOOL-CHILDREN IN CHILD DEVELOPMENT CENTERS, PHOTHONG DISTRICT, ANGTHONG PROVINCE

VICHUTA KONGMUEANPHET 5836773 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), SUPACHAI PITIKULTANG, M.D., DIP.THAIBOARD OF PEDIATRICS

ABSTRACT

The major dental health problem in the early childhood is caries. Guardians had the important roles in taking care of the oral health and preventing their children from having caries. This cross sectional research aimed to study the early childhood caries preventive behaviors of the guardians and the related factors. Samples consisted of 172 guardians of preschool children in the Child Development Center, Pho Thong District, Ang Thong Province. Data collection were accomplished with self-administered questionnaire. The descriptive statistics and inferential statistics were used for data analysis.

The research findings found that 61.6% of the guardians had a moderate level of overall dental caries preventive behaviors. Among the preventive behaviors, 66.9% of taking care of oral hygiene behavior was at a high level, 52.9% of being role model and 47.7% of taking care of food consumption were at a moderate level while 41.9% of stay alerted for the oral health was at a low level. Six factors related to the dental caries preventive behaviors of the guardians were the experience of preventing early childhood caries ( $p < 0.001$ ), the guardians' occupation ( $p < 0.05$ ), perceived response efficacy, perceived self-efficacy, perceived severity and perceived susceptibility of the dental caries preventive behaviors ( $r = 0.26, 0.22, 0.20, 0.19$ , respectively).

The dental health agency of Pho Thong Hospital and Health Promotion Hospitals should organize the training to enable the guardians who work outside the home and those who do not have an experience in preventing caries to stay alerted for preschool children's oral health. Moreover, training to increase the skills in examining oral health and looking for the signs of caries to keep the guardians stay alerted for the oral health in their children.

KEY WORDS : DENTAL CARRIES / PRESCHOOL CHILDREN / GUARDIANS /  
PREVENTIVE BEHAVIORS

104 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย	4
1.6 ตัวแปรการวิจัย	5
1.7 นิยามศัพท์	5
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>10</b>
2.1 เด็กปฐมวัย	11
2.2 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	12
2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	18
2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	21
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>30</b>
3.1 รูปแบบการวิจัย	30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	35
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	36
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	36
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	<b>38</b>
4.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์	38
4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	41
4.3 การประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง	43
4.4 การสนับสนุนจากครอบครัว	46
4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง	47
4.6 การวิเคราะห์เพิ่มเติม	52
4.7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	53
<b>บทที่ 5 การอภิปรายผล</b>	<b>55</b>
<b>บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ</b>	<b>61</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย</b>	<b>65</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ</b>	<b>77</b>
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>90</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>95</b>
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>104</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
4.1	ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์	39
4.2	ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	42
4.3	พฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายข้อ	42
4.4	ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	44
4.5	การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายข้อ	44
4.6	ระดับการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	45
4.7	การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายข้อ	46
4.8	ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว	46
4.9	การสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกตามรายข้อ	47
4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยสถิติที	48
4.11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรม กำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	51
4.12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยตามความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย และฟันผุของเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติที	52
4.13	สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	54

## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง	9
2.1	การแปรงฟันด้านนอก	17
2.2	การแปรงฟันด้านในและด้านบดเคี้ยว	17
2.3	พ่อแม่แปรงฟันให้ลูก	17
2.4	องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค	23

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
3.1 แบบแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	33



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ฟันผุเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในเด็ก โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early childhood caries) เป็นปัญหาสำคัญของเด็กไทย โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หรือโรคฟันผุจากการเลี้ยงดูนมขวดหรือของเหลวอย่างอื่นที่ไม่ถูกวิธี (Nursing caries) ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลเสียต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและระยะยาว อาจมีผลกระทบไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญาของลูกหลานได้<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อการขึ้นของฟันแท้ เนื่องด้วยฟันน้ำนมที่เสีย ถูกลอน หรือหลุดไปก่อนที่ฟันแท้จะขึ้นแทนที่ จะทำให้ฟันที่อยู่ติดกันรวน เก ล้ม เอียง เข้าหาช่องว่าง มีผลให้ฟันแท้ที่จะขึ้นแทนตำแหน่งนั้น ไม่สามารถขึ้นได้อย่างปกติ อาจจะขึ้นมาในลักษณะบิด ซ้อนกันหรือมีขนาดใหญ่ไม่เหมาะสมกับใบหน้าของเด็ก การที่เด็กมีฟันที่ไม่เหมาะสมกับรูปหน้า อาจทำให้เด็กรู้สึกเป็นปมด้อย ไม่กล้าแสดงออก นอกจากนี้ปัญหาโรคฟันผุยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับส่วนตัวและส่วนรวม กล่าวคือ การรักษาเสียทั้งเงินและเวลา และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการใช้จ่ายเพื่อการบรรเทาและแก้ปัญหา ดังนั้นผู้ปกครองควรใส่ใจดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียแก่เด็กตามมาในอนาคต<sup>(2)</sup>

มีผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.8 ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ที่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.7 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ อุด ถอน (dmft) 2.7 ซี่/คน แม้จะเพิ่มมีฟันน้ำนมขึ้นครบแต่ร้อยละ 3.2 ของเด็กเริ่มมีประสบการณ์ในการสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์โรคฟันผุเกือบทั้งหมด จะเป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา คือ ร้อยละ 50.6 หรือเฉลี่ย 2.6 ซี่/คน อัตราการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กเล็กนี้พบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคกลาง คือ ร้อยละ 61.0 และ 59.6 ค่าเฉลี่ย dmft 3.1 และ 3.0 ซี่/คน ตามลำดับ<sup>(2)</sup> จังหวัดอ่างทองเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครองคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม แล้วปล่อยให้ลูกหลับโดยมีขวดนมค้างในปาก

ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือเรื่องการแปรงฟัน เพราะผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง นอกจากนี้การค้ำนมเป็นปัจจัยสำคัญประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ แม้ว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะจัดนมจืดให้แก่เด็กแล้วก็ตาม แต่ก็พบว่าเด็กเล็กอายุ 3 ปี ยังค้ำนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านสูงถึงร้อยละ 48.9 รวมทั้งยังมีการใช้นมขวดอยู่ถึงร้อยละ 39.4<sup>(2)</sup> และการศึกษาของ ฉลองชัย สกลวสันต์ และคณะ<sup>(4)</sup> พบว่าเด็กเล็ก ร้อยละ 97.9 ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน และส่วนใหญ่เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง โดยมีเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้น ที่ได้รับการแปรงฟันซ้ำโดยผู้ปกครอง สำหรับความถี่ของการแปรงฟันในเด็กเล็ก พบว่า ร้อยละ 90.9 มีการแปรงฟันเพียงหนึ่งครั้งต่อวัน และร้อยละ 91.3 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า และพบเพียงร้อยละ 38.9 ที่แปรงฟันก่อนนอน สอดคล้องกับ นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ<sup>(5)</sup> ที่พบว่าผู้ปกครอง ร้อยละ 32 ที่แปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ

จากข้างต้นดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เสนอว่าเมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดการตอบสนองทางความคิด 2 แบบคือ การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทั้งสองแบบมีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Response efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

จากระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุข พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ในจังหวัดอ่างทอง ปี พ.ศ.2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 56.5, 53.5 ตามลำดับ สำหรับในอำเภอโพธิ์ทอง ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 52.53 และ 52.01 ตามลำดับ<sup>(7)</sup> ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ถึงแม้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชจากทันตบุคลากรทุกปีแต่ฟันผุในเด็กปฐมวัยก็ยังไม่ลดลง เนื่องจากเด็กปฐมวัยยังไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองได้ดีเพียงพอ ผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เพื่ออธิบายพฤติกรรม

การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

- 1) พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

- 1) เพื่ออธิบายพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 2) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์กับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 3) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย) กับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 4) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวัง

ในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย) กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

5) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

#### 1.4 สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดสมมติฐานการวิจัยจำนวน 3 ข้อ ดังนี้

1) ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

2) การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

3) การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

4) การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

#### 1.5 ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยเก็บข้อมูลระหว่าง 28 พฤศจิกายน ถึง 2 ธันวาคม 2559

## 1.6 ตัวแปรการวิจัย

### 1.6.1 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระที่จะนำมาใช้ในศึกษามี 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
- 2) การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
- 3) การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
- 4) การสนับสนุนจากครอบครัว

### 1.6.2 ตัวแปรตาม

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

## 1.7 นิยามศัพท์

### 1.7.1 นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ปกครอง** หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผูกพันทางสายเลือดหรือในทางกฎหมายกับเด็ก เช่น พ่อแม่ ลุงป้า น้าอา ปู่ย่าตายาย ที่ใช้เวลาทำหน้าที่ในการดูแลเด็กในแต่ละวันมากที่สุด

**เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีอายุระหว่าง 2 ขวบ 6 เดือน ถึง 3 ขวบ 11 เดือน 29 วัน

### 1.7.2 นิยามปฏิบัติการ

**พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง การปฏิบัติของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

ด้านอาหาร หมายถึง การที่ผู้ปกครองจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กปฐมวัย โดยการลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารเหนียวติดฟัน และนมที่ไม่ไขมันรสจืด

ด้านการทำความสะอาดช่องปาก หมายถึง การที่ผู้ปกครองดูแลการทำความสะอาดช่องปากของเด็กปฐมวัย โดยการแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และเหมาะกับอายุของเด็ก การเลือกขนาดแปรงสีฟันให้เหมาะกับเด็ก

ด้านการเฝ้าระวัง หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีการสังเกตสภาวะช่องปากเด็ก โดยหากพบว่าเด็กแปรงฟันฟันไม่สะอาดมีการแปรงฟันซ้ำให้เด็ก และการพาเด็กไปพบหมอฟันตั้งแต่ฟันผุระยะเริ่มแรก

ด้านการเป็นแบบอย่าง หมายถึง การที่ผู้ปกครองปฏิบัติตนเพื่อเป็นตัวอย่างในการดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารเหนียวติดฟัน และการไปพบหมอฟันอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยใช้ข้อคำถามโดยให้ประเมินว่าตนเองปฏิบัติมากน้อยเพียงใด โดยมีตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ประจำ (3) ถึงไม่เคย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**เพศ** หมายถึง ความเป็นชายหรือหญิงที่ถูกกำหนดโดยสรีระร่างกายของบุคคลนั้นๆ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

**อายุ** หมายถึง อายุจำนวนปีเต็มของผู้ปกครอง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเติมข้อความสั้นๆ

**ระดับการศึกษา** หมายถึง การได้รับการศึกษาในระบบสูงสุดของผู้ปกครอง จำแนกเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

**อาชีพ** หมายถึง อาชีพของผู้ปกครองที่ทำเป็นหลัก ซึ่งเป็นแหล่งมีมาของรายได้ในครอบครัว จำแนกเป็น แม่บ้าน/พ่อบ้าน ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ พนักงานโรงงาน ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

**ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว** หมายถึง การประเมินระหว่างรายได้เฉลี่ยและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของผู้ปกครอง จำแนกเป็น ไม่เพียงพอ เพียงพอ และมีเหลือเก็บ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

**ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง การที่ผู้ปกครองเคยเป็นผู้ดูแลหลักให้แก่เด็กปฐมวัยมาก่อนที่จะมาดูแลเด็กปฐมวัยคนปัจจุบัน จำแนกเป็น มีประสบการณ์ และไม่มีประสบการณ์ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

**การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลกระทบจากการเกิดโรคฟันผุต่อสุขภาพ รูปลักษณ์ และบุคลิกภาพของเด็กปฐมวัย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการควบคุมในการบริโภคอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน และการตรวจหาฟันผุให้เด็กปฐมวัย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการป้องกันการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่ความเชื่อมั่นถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**การสนับสนุนจากครอบครัว** หมายถึง ผู้ปกครองได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว โดยให้การสนับสนุนในด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ในลักษณะการแสดงความเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและให้การดูแลจัดหาอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดช่องปากเด็ก โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) โดยผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่ได้รับการ

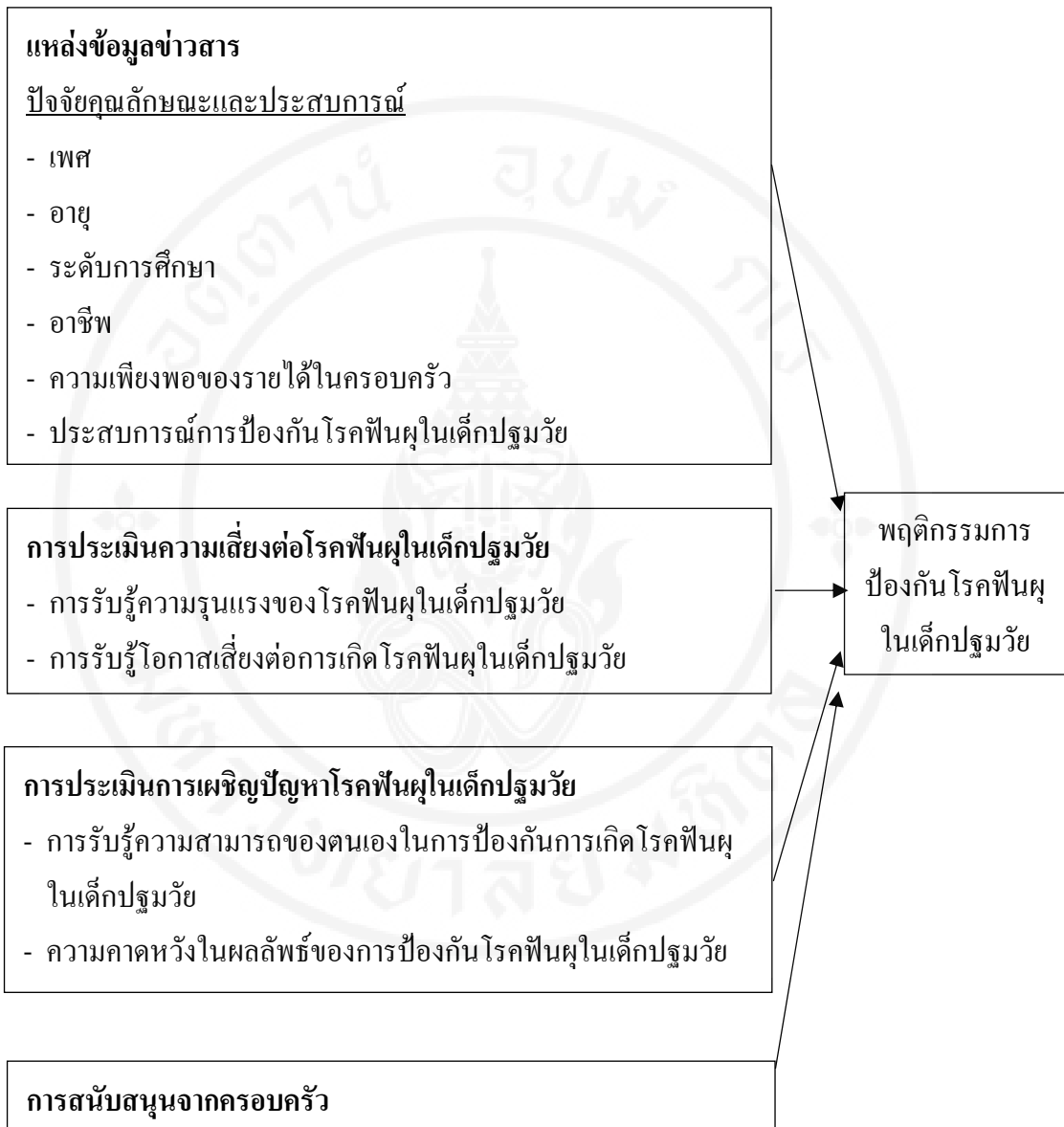
สนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

## 1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

ฟันผุเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในเด็ก ส่งผลเสียต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและระยะยาว อาจมีผลกระทบไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญาของลูกหลานได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นตัวแปรตามในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ โดย Ronald W. Roger<sup>(6)</sup> มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ (1) แหล่งข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (2) การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (3) การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (4) การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งทั้ง 4 กลุ่มปัจจัย จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1

**ตัวแปรอิสระ**

**ตัวแปรตาม**



**ภาพที่ 1.1** กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามหัวข้อ ดังนี้

#### 2.1 เด็กปฐมวัย

2.1.1 ความหมายของเด็กปฐมวัย

2.1.2 พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย

#### 2.2 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2.2.1 ความหมายของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2.2.2 สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2.2.3 ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2.2.4 บทบาทของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

#### 2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ของผู้ปกครอง

2.3.2 การวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

#### 2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 แรงจูงใจในการป้องกันโรค

2.4.2 การสนับสนุนทางสังคม

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 เด็กปฐมวัย

### 2.1.1 ความหมายของเด็กปฐมวัย

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้นิยาม เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กตั้งแต่ ๒ ปี ถึง ๖ ปี ๖ เดือน ๖ วัน สำหรับการดำเนินงานพัฒนา/จัดบริการสำหรับเด็กปฐมวัย จำแนกเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 0 – 3 ปี และ กลุ่มอายุ 3 – 5 ปี<sup>(8)</sup>

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงชีวิตที่ละเอียดอ่อนที่สุด เป็นช่วงวัยที่ทอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ขวบ ซึ่งมีพัฒนาการไปอย่างรวดเร็วในทุกด้าน ผู้ปกครองหรือผู้ให้การเลี้ยงดูเด็กจำเป็นต้องพิถีพิถัน เอาใจใส่ เพื่อให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างถูกต้องเหมาะสมตามวัย และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคม<sup>(9)</sup>

กระทรวงศึกษาธิการ<sup>(10)</sup> นิยามเด็กปฐมวัยว่าเป็นเด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๒ ปี ถึง ๖ ปี บริบูรณ์ การอบรมเลี้ยงดูแก่เด็กปฐมวัยมีความสำคัญอย่างมาก ด้วยเป็นวัยที่ต้องการการเรียนรู้ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน จาก บิดา มารดา คนรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพัฒนาการที่เป็นรากฐานของบุคลิกภาพ อุปนิสัย และการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ สมอง สติปัญญา และความสามารถ

สำหรับในงานวิจัยนี้ เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ที่มีอายุระหว่าง 2 ขวบ 6 เดือน ถึง 3 ขวบ 11 เดือน

### 2.1.2 พัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการทางด้านร่างกาย หมายถึง ความเจริญเติบโตเกี่ยวกับร่างกายทั้งหมด เป็นวัยที่มีความสูงและน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าทางด้านข้าง กล้ามเนื้อและกระดูกจะเริ่มแข็งแรงขึ้น แต่กล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวยังไม่เต็มที่ การประสานงานของอวัยวะต่างๆ ยังไม่ดีพอ เด็กอายุ 3-5 ขวบ มีพัฒนาการทางกายแตกต่างกัน บางคนสามารถทรงตัวได้ดี วิ่งได้เร็วขึ้น ควบคุมการเดิน วิ่งให้ช้าลงและเร็วได้ กระโดดไกลได้ เต้น และกายบริหารได้ตามจังหวะดนตรี การประสานงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น<sup>(11)</sup> ดังนี้

น้ำหนักและส่วนสูงเด็กปฐมวัย โดยจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 -2 กิโลกรัมต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กผู้ชายจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่าเด็กผู้หญิง เมื่ออายุประมาณ 6 ปี น้ำหนักตัวประมาณ 19-20 กิโลกรัม เมื่อสิ้นสุดวัยนี้ความสูงจะอยู่ระหว่าง 110-120 เซนติเมตร ความสูง และ น้ำหนักจะขึ้นอยู่กับอาหารและการเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย

การใช้กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว ระบบการใช้กล้ามเนื้อแขนและขา สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้ตามความต้องการในอิริยาบถต่างๆ มีความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว เด็กผู้ชายจะมีกล้ามเนื้อใหญ่และแข็งแรงกว่าเด็กผู้หญิง เช่น การกระโดดสูง การกระโดดขาเดียว การใช้มือหยิบอาหาร และการตัดกระดาษ<sup>(1)</sup>

พัฒนาการของกระดูกและฟัน กระดูกจะเพิ่มความแข็งแรงขึ้น พัฒนาการทางกระดูกของเด็กผู้หญิงดีกว่าของเด็กผู้ชาย และประสาทสัมผัสทำหน้าที่ดีขึ้น เมื่ออายุ 3 ขวบ ฟันน้ำนมจะขึ้นครบ 20 ซี่ และฟันน้ำนมจะเริ่มโยกและหลุด เมื่ออายุประมาณ 6 ขวบ ในระยะนี้ควรดูแลสุขภาพฟันเพื่อให้ฟันแท้ที่ขึ้นมาแทนที่ อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง<sup>(1)</sup> เมื่อเด็กอายุ 2-3 ปีควรฝึกให้เด็กแปรงฟันเอง แต่เด็กยังไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาด ผู้ปกครองจึงยังควรแปรงซ้ำให้เด็ก

## 2.2 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

### 2.2.1 ความหมายของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีลักษณะสำคัญคือ มีรอยผุเริ่มต้นที่ฟันหน้าบนและเขี้ยวล่างที่ด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น ฟันกรามซี่ที่หนึ่งบนและล่าง โดยส่วนใหญ่ฟันหน้าล่างมักไม่ผุ สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเกิดจากการให้เด็กหลับคาขวดนม คุณนมในช่วงนอนกลางคืน หรือคุณนมมารดาทุกเวลาที่ต้องการในขณะนอน เพราะในเวลาอนน้ำลายจะแห้งน้อยจึงทำให้การชะล้างของเหลวที่ค้างอยู่ในปากไม่ดี เมื่อแยกโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยออกไป จะสามารถแบ่งกลุ่มเด็กที่เหลือตามลักษณะการผุของฟันเป็น 3 ชนิด คือ ไม่มีฟันผุเลย ฟุที่หลุมและร่องฟัน และผุด้านประชิดในฟันกราม ด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่หนึ่งจะผุยากกว่าฟันกรามซี่ที่สอง แม้ว่าฟันกรามซี่ที่หนึ่งจะขึ้นก่อนก็ตามเนื่องจากฟันทั้งสองมีลักษณะทางกายวิภาคที่ต่างกัน โดยฟันกรามซี่ที่สองมักจะมีหลุมและร่องฟันที่ลึกกว่า ด้านประชิดของฟันน้ำนมจะผุเมื่อสัมผัสกัน การผุด้านประชิดจะลุกลามเร็วกว่าด้าน บดเคี้ยวและเกิดการผุเนื้อเยื่อใน (Pulp exposure) ได้มากกว่า ดังนั้นจึงต้องถ่ายภาพรังสี กัดปีก (Bitewing) เป็นระยะเมื่อฟันน้ำนมมาประชิดกัน

### 2.2.2 สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุขึ้นกับหลายปัจจัย เมื่อกินแป้งและน้ำตาลซูโครสรวมกันจะมีโอกาสทำให้เกิดโรคฟันผุสูงมาก ซึ่งเป็นผลมาจาก อัตราการชะล้างที่ช้า ผิวรากฟันจะสูญเสียแร่ธาตุได้ง่ายจากอาหารประเภทแป้ง นอกจากปัจจัยภายในของอาหารแล้ว

วิธีการรับประทานอาหารยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ การเกิดโรคฟันผุมาก เป็นที่ทราบกันว่า ปริมาณของคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำตาลเพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่จะทำให้เกิด โรคฟันผุ แต่สำคัญที่ความถี่ของการรับประทาน ดังนั้นทันตแพทย์ จำเป็นต้องประเมินค่าบอกล่า เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารจากผู้ป่วยอย่างละเอียด รอบคอบ ปริมาณของน้ำตาล ที่รับประทานมีผลต่อโรคฟันผุที่หลุมและร่องฟัน เมื่อพิจารณาในระดับประเทศจะพบว่าปริมาณ การใช้น้ำตาลต่อประชากรในประเทศอุตสาหกรรมที่มีอุบัติการณ์ผู้ต่ำ มีผล ต่อความชุกของโรค เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในเด็กที่มีอนามัยช่องปากดีจะมีฟันผุเพิ่มขึ้นน้อย การรับประทานน้ำตาล ปริมาณมากจะเพิ่มความชุกของโรคฟันผุเฉพาะในกลุ่มที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี นมส่วนใหญ่จะมี น้ำตาลแลคโตสเป็นส่วนประกอบ ซึ่งแบคทีเรียนำไปสร้างเป็นกรดได้ เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่นๆ แต่นมแม่มีสารประกอบที่ช่วยในการป้องกันฟันผุ ได้แก่ โพรตีนและ ฟอสเฟต ช่วยปรับสภาพกรด ที่เกิดขึ้น แคลเซียมและฟอสเฟตจะส่งเสริมให้เกิดการคืนแร่ธาตุบนผิวฟัน โพรตีนในนมที่เคลือบ บนผิวเคลือบฟันช่วยลดการละลายของผิวเคลือบฟันจากกรด พบว่านมผสมทำให้ฟันผุน้อยกว่า น้ำตาลซูโครส จึงไม่อาจสรุปได้ว่านมเป็นอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ แต่พฤติกรรมการให้นมเด็ก ไม่ถูกวิธี เช่น การให้เด็กดูดนมคาปากขณะหลับ จะทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการ สูญเสียแร่ธาตุและการคืนแร่ธาตุบนผิวฟัน เนื่องจากขณะนอนหลับ อัตราไหลของน้ำลายจะช้าลง การชะล้างอาหารน้อยลง ความสามารถในการบัฟเฟอร์ของน้ำลายลดลง จึงส่งเสริมให้เกิดฟันผุง่าย ขึ้น นอกจากนี้การเติมน้ำตาลชนิดต่างๆ ลงในนม ซึ่งมักพบในนมสูตรต่อเนื่อง จะทำให้ฟันผุได้ มากขึ้น<sup>(12)</sup>

การทำความสะอาดช่องปาก เป็นการกำจัดการเศษอาหารที่ตกค้าง ทำให้ปากสะอาด และ ช่วยลดการเกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และ โรคในช่องปากต่างๆ การทำความสะอาดในช่องปาก เช่น การเช็ดปาก เป็นวิธีการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก โดยใช้ผ้ากอซชิ้นเล็กๆ ชุบน้ำอุ่น หมาดๆ เช็ดสันเหงือก เพดาน ลิ้น และกระพุ้งแก้มเด็ก วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อให้เด็กมีปาก ที่สะอาด ไม่เกิดเชื้อรา ช่วยให้ความเค็มขึ้นกับการมีช่องปากที่สะอาด และมีนิสัยรักการแปรง ฟัน เมื่อเด็กโตขึ้น การเช็ดทำความสะอาดช่องปากเด็ก ควรเริ่มตั้งแต่เด็กยังไม่มีฟัน คือ อายุประมาณ 4 เดือน จนถึงเมื่อมีฟันกรามขึ้นแล้ว เมื่ออายุประมาณ 1½-2 ขวบ การเช็ดฟันจะไม่สามารถทำ ความสะอาดได้เพียงพอ เพราะฟันกรามมีร่อง และหลุมฟันที่ลึก ผู้ปกครองเด็กจึงควรแปรงฟัน ให้เด็ก แทนการเช็ดปาก การแปรงฟัน การแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ทำให้ฟันสะอาด และ ไม่เป็นโรค วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธี ซึ่งจะเสนอแนะวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ในกลุ่มเด็กเล็กที่มี แต่ฟันน้ำนม และกลุ่มเด็กที่มีฟันผสม หรือมีแต่ฟันแท้ การแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยนี้ ไม่สามารถแปรงฟันให้สะอาด ได้เอง เนื่องจากกล้ามเนื้อมือยังพัฒนาการได้ไม่เต็มที่ ดังนั้น พ่อแม่

หรือผู้ปกครองจึงควรเป็นผู้ที่แปรงฟันให้เด็ก การแปรงฟันให้เด็กเล็กๆ วิธีที่นิยมใช้ คือ วิธีถูไปมา (Scrub technique) ซึ่งมีวิธีการแปรงที่ง่ายๆ โดยการวางจนแปรง ให้ตั้งฉากกับผิวฟัน ถูไปมาสั้นๆ ในแนวนอน และการทำความสะอาดแต่ละพื้นที่ ควรทำซ้ำกันประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงขยับแปรงไป บริเวณที่ยังไม่ได้แปรง แปรงให้ครบทุกซี่ และทุกด้านของฟัน โดยแปรงให้เป็นระบบ<sup>(11)</sup>

### 2.2.3 ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยต่อสุขภาพ

ฟันน้ำนมมีการสร้างตัวฟันตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา และเริ่มทยอยขึ้นมา ในช่องปาก เมื่อเด็กมีอายุประมาณ 6 เดือน จนถึงอายุ 3 ปี เด็กจึงมีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ ถ้าไม่มี ปัญหาฟันผุในช่วง 6 ปี ถึง 12 ปี ฟันน้ำนมจะทยอยหลุด และมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ การมีฟันน้ำนม อยู่ครบและ โยงหลุดตามธรรมชาติ ช่วยให้เด็กออกเสียงได้ชัดเจน การใช้ฟันบดเคี้ยวอาหาร เป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกรของเด็กเติบโตสมส่วน มีใบหน้าสวยงาม ฟันถาวรขึ้นได้ตรงไม่ซ้อนเก จะทำให้เด็กมีระบบการบดเคี้ยวที่ดี เด็กสามารถรับประทานอาหารได้ ทุกประเภท ทำให้ได้สารอาหารครบถ้วน ร่างกายเติบโตมีพัฒนาการที่ดี เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ การปล่อยให้เด็กมีฟันผุ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หลายประการดังนี้<sup>(1)</sup>

เกิดการอักเสบติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ โรคฟันผุที่ลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน และมีการ อักเสบติดเชื้อเป็นหนองที่รากฟัน เชื้อโรคอาจแพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย ทั้งบริเวณคอ และ ใบหน้า หรือเข้าสู่กระแสโลหิตไปทำให้เกิดการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ เช่น สมอ่ง หัวใจ ปอด ไต ทำให้เด็กเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และอาจมีอันตรายถึงชีวิต

มีปัญหาด้านโภชนาการ เด็กที่ฟันน้ำนมผุจะมีปัญหาการบดเคี้ยว จึงเลือกกินเฉพาะ อาหารที่นุ่ม อ่อน เหลว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เด็กบางคนกินแต่นม น้ำอัดลม และขนม ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วน พฤติกรรมการกินเช่นนี้ในที่สุดจะกลายเป็น ความเคยชินต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ มีไขมันใน เลือดสูง และความดันโลหิตสูง

ปัญหาด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ การเคี้ยวมีผลต่อ IQ ของเด็ก เด็กที่มีปัญหาการบดเคี้ยวมักขาดสารอาหารที่มาจากเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ จากการศึกษาพบเด็กที่มี ฟันน้ำนมผุมีเส้นรอบวงสมอ่งเล็ก และมีภาวะแคระแกร็นกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหานี้ รวมทั้งพบว่าเด็ก ที่มีภาวะแคระแกร็นมีระดับสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้เมื่ออายุ 8 และ 11 ปี น้อยกว่า เด็กปกติ

ปัญหาพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ สุขภาพช่องปากมีผลต่อ EQ ของเด็ก การนอน หลับมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีพัฒนาการและสมอ่งที่ดี แต่ความเจ็บปวดจาก

ฟันน้ำนมที่ผุและอักเสบทำให้เด็กมีปัญหานอนไม่หลับ นอกจากนี้ความเจ็บปวดเรื้อรังจากฟันผุยังทำให้เด็กหงุดหงิด ไม่อยากเล่น ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้ เด็กฟันหลอเมื่อถูกเพื่อนล้อจะขาดความสุข และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลเสียต่อพัฒนาการและ สุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและระยะยาว ปัจจุบันยังมีผู้ปกครองเด็กจำนวนหนึ่ง ไม่เคยแปรงฟันให้บุตรหลาน เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่รู้ว่าการปล่อยให้ลูกหลานฟันน้ำนมผุ อาจมีผลกระทบไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญาของลูกหลานได้ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาฟันน้ำนมผุสูงมาจากพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2.2.4 บทบาทของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ควรเลือกนมสดจืดให้เด็กไม่ควรให้นมหวานกับเด็กเพราะจะทำให้เด็กติดหวานไม่ควรให้เด็กหลับคาขวด เนื่องจากขณะหลับมีการหลั่งน้ำลายน้อย นมที่ค้างในช่องปากจะทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ไม่ใส่เครื่องดื่มที่มีรสหวาน หรือน้ำผลไม้ในขวดให้เด็กดูด เด็กควรเลิกดื่มนมจากขวดได้เมื่ออายุประมาณ 1 ปี อย่างช้าไม่ควรเกิน 2 ปี<sup>(1)</sup>

อาหารที่ไม่ทำให้เด็กฟันผุ และอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายของเด็ก โดยทั่วไปเป็นอาหารแบบเดียวกัน เด็กปฐมวัยจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาด้านร่างกาย สติปัญญา ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีพฤติกรรมบริโภคเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ปกครองควรพัฒนานิสัยการรับประทานที่เหมาะสมให้เด็ก โดยปรับอาหารให้มีส่วนประกอบของน้ำตาลลดลง เพื่อให้เด็กเคยชินและอรรถกับอาหารที่ไม่หวานมากเลือกอาหารที่มีคุณค่าให้กับเด็กไม่ให้อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลหรือเกลือมากเกินไปและไม่ควรมีสารปรุงแต่งรส ระหว่างมื้อไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน และควรเป็นผักผลไม้ หลีกเลี่ยงการให้ขนม น้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นอาหารระหว่างมื้อ ฝึกเด็กกินเป็นเวลา ไม่กินจุบจิบ และให้กินน้ำตามหลังอาหารทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อที่ทำให้เกิดฟันผุทางน้ำลาย เช่น การเคี้ยวอาหารป้อนเด็ก การชิมอาหาร การใช้ช้อนหรือถ้วยน้ำร่วมกับเด็ก

ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมกับเด็ก 3 ขวบคือ เท่าเมล็ดข้าวโพด โดยให้เด็กแปรงฟันแบบถูไปมาสั้นๆ ตามแนวนอน ซ้ำอยู่ที่เดิมประมาณ 5 วินาที (ประมาณจากการนับ 1-10) แล้วค่อยเคลื่อนแปรงสีฟันไปบริเวณอื่น การวางแปรงควรให้ขนแปรงคลุมถึงบริเวณคอฟันและขอบเหงือก การแปรงฟันควรใช้เวลาประมาณ 2 นาที เพื่อให้ฟลูออไรด์มีผลดีต่อการป้องกันฟันผุ

และเด็กแปร่งฟันได้ทั่วปาก ทั้งด้านนอก ด้านใน และด้านบดเคี้ยว การควบคุมเวลาอาจจะใช้วิธีต่างๆ เช่น ใช้เพลงส่งเสียงสัญญาณการเริ่มต้นและสิ้นสุดการแปร่งฟัน หรือใช้การฝึกเด็กให้แปร่งฟันอย่างเป็นระบบทั่วทั้งปาก

การฝึกเด็กแปร่งฟันทั่วทั้งปากอย่างเป็นระบบ จากรายงานเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไป สามารถแปร่งฟันอย่างเป็นระบบได้ดี แต่อาจยังไม่สามารถแปร่งฟันได้สะอาด ผู้ปกครองยังควรแปร่งซ้ำให้เด็ก การฝึกเด็กแปร่งฟันอย่างเป็นระบบมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แปร่งฟันด้านนอก แบ่งบริเวณแปร่งฟันในขากรรไกรบนออกเป็น 3 ส่วน ขากรรไกรล่าง 3 ส่วน ใช้เวลาแปร่งฟันแต่ละส่วนโดยการนับ 1-10 แล้วจึงให้เด็กขยับมือแปร่งส่วนต่อไป เริ่มจากฟันบนด้านที่เด็กถนัด แล้วค่อยๆ ขยับแปร่งวนเป็นวงกลม เช่น จากบนขวา → บนกลาง → บนซ้าย → ล่างซ้าย → ล่างกลาง → ล่างขวา หรือจากบนซ้าย วนเป็นวงกลมไปสิ้นสุดที่ล่างซ้าย

ขั้นตอนที่ 2 แปร่งฟันด้านใน แบ่งบริเวณแปร่งฟันเป็น 6 ส่วน และแปร่งแบบเดียวกันกับขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 แปร่งด้านบดเคี้ยว

จากฟันบน → ฟันล่าง → จากด้านขวา → ด้านซ้าย (หรือกลับกันก็ได้)

หลังจากแปร่งฟันควรให้เด็กบ้วนยาสีฟันออก บอกเด็กไม่ให้กลืนยาสีฟัน ในขณะที่เด็กแปร่งฟัน ผู้ปกครองควรดูแลไม่ให้เด็กแปร่งฟันแรงเกินไป หรือแปร่งฟันเฉพาะบางส่วน บางส่วนไม่แปร่ง ทำให้ช่วงเวลาการแปร่งฟันเป็นช่วงเวลาที่ดีของเด็ก ไม่คว่ำเมื่อเด็กทำผิดทำไม่ได้ หรือทำเปื่อยเลอะ เพราะจะทำให้เด็กรู้สึกว่าการแปร่งฟันเหมือนการถูกลงโทษ ควรชื่นชมเด็กหลังการแปร่งฟันทุกครั้ง เพื่อให้เด็กรับรู้ว่าการแปร่งฟันเป็นพฤติกรรมที่ควรกระทำ เช่น หลังจากเด็กแปร่งฟันแล้วให้เด็กยิ้มกว้างๆ และผู้ปกครองชมเด็กว่า “ปากสะอาดจัง” หรือ “ปากหอมจัง” เนื่องจากเด็กปฐมวัยยังไม่สามารถแปร่งฟันได้สะอาด ผู้ปกครองจึงควรแปร่งซ้ำให้เด็ก โดยผู้ปกครองนั่งฟันให้เด็กนอนหนุนคอก หรือนั่งเก้าอี้ให้เด็กยืนหันหลังให้ ถ้าเด็กคืนใจควบคุมแขนและขาของเด็กไว้หนึ่ง ใช้นิ้วแหวกกระพุ้งแก้มเด็ก เพื่อให้มองเห็นฟันที่จะแปร่งได้ชัดเจน วางขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟันให้ขนแปรงคลุมถึงบริเวณคอฟัน ขยับแปร่งไปมาสั้นๆ บริเวณละ 10 ครั้ง จึงเปลี่ยนที่ใหม่ให้ทับซ้อนกับบริเวณเดิมเล็กน้อย ขยับไปเรื่อยๆ จนครบทุกซี่ทั้งด้านในและด้านนอก



ภาพประกอบ 2.1 การแปรงฟันด้านนอก



ภาพประกอบ 2.2 การแปรงฟันด้านในและด้านบดเคี้ยว



ภาพประกอบ 2.3 พ่อแม่แปรงฟันให้ลูก

## 2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

### 2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ดังนี้

#### 1) ด้านอาหาร

หมายถึง การที่ผู้ปกครองจัดหาและปลูกฝังนิสัยการรับประทานอาหารของเด็ก โดยคำนึงทั้งปริมาณและคุณภาพ ควรฝึกให้เด็กรับประทานอาหารให้เป็นเวลา สิ่งสำคัญคือ ระวังการรับประทานอาหารเช้าที่เคี้ยวไม่ละเอียด เพราะจะทำให้ติดนิสัยรับประทานอาหารเช้า ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย<sup>(12)</sup>

ลือจรรยา สวยสม<sup>(14)</sup> กล่าวว่า การปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ด้านการบริโภคอาหาร การดื่มนม การรับประทานผลไม้สดฟัน

หทัยกาญจน์ โสตรดี และอัมพร ฉิมพลี<sup>(15)</sup> ให้ความหมายไว้ว่า การแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหาร รับประทานอาหารอย่างไร จำนวนมือที่รับประทานอาหาร ตลอดจนชนิดของอาหาร

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านอาหาร หมายถึง การที่ผู้ปกครองจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กปฐมวัย โดยการลด อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารเหนียวติดฟัน และนมที่ไม่ไขมันรสจืด

#### 2) ด้านการทำความสะอาดช่องปาก

ศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตร ของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่

เมธินี คุปพิทยานันท์<sup>(17)</sup> ได้เสนอว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งที่เป็นวิถีชีวิตของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ อันเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี

นฤมล สีประโคน และ รุ่งทอง ทั้งเหล็ก<sup>(18)</sup> กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันฟันผุ ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ได้แก่ การศึกษาความรู้เรื่องโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การเลือกใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟัน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการใช้ฟลูออไรด์

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการทำความสะอาดช่องปาก หมายถึง การที่ผู้ปกครองดูแลทำความสะอาดช่องปากของเด็กปฐมวัย โดยการแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละสองครั้ง การให้เด็กใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ การใช้ยาสีฟันที่เหมาะสมกับอายุของเด็ก การเลือกขนาดแปรงสีฟันที่เหมาะสมกับเด็ก

### 3) ด้านการเฝ้าระวัง

ธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> กล่าวว่า เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่พึ่งพาตนเองได้น้อย ทักษะสุขภาพของเด็กเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ การเฝ้าระวังทักษะสุขภาพของผู้ปกครองเป็นสำคัญ

วรวรรณ อัสวกุล<sup>(20)</sup> ได้เสนอว่า พฤติกรรมของมารดาในการเฝ้าระวังทำให้เกิดโรคในช่องปากบุตรก่อนวัยเรียนนั้น มารดาควรพาบุตรไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่บุตรยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆหรือยังไม่มีปัญหาในช่องปาก

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย<sup>(21)</sup> ได้ให้ความหมายของการเฝ้าระวังทักษะสุขภาพ คือ การติดตามสถานะสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถป้องกันหรือควบคุมได้อย่างทันท่วงที ก่อนโรคจะลุกลามจนยากจะแก้ไขได้

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการเฝ้าระวัง หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีการสังเกตสถานะช่องปากเด็ก โดยหากพบว่าเด็กแปรงฟันไม่สะอาด มีการแปรงฟันช้าให้เด็ก และการพาเด็กไปพบหมอฟันตั้งแต่ฟันผุระยะเริ่มแรก

### 4) ด้านการเป็นแบบอย่าง

ฉลองชัย สกลสันต์ และคณะ<sup>(4)</sup> ได้เสนอว่า การปลูกฝังพฤติกรรมการแปรงฟันในเด็กก่อนวัยเรียนต้องเริ่มจากสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อกระบวนการหล่อหลอมพฤติกรรมเด็ก การหล่อหลอมมีทั้งในลักษณะของการอบรมสั่งสอนและการเป็นแบบอย่าง โดยผ่านทางวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัว เด็กจะเลียนแบบซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกลายเป็นค่านิยมและนิสัย

ธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> กล่าวว่า เด็กจะเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขจะต้องมาจากครอบครัวที่พ่อแม่เป็นแบบอย่างที่ดี

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการเป็นแบบอย่าง หมายถึง การที่ผู้ปกครองปฏิบัติตนเพื่อเป็นตัวอย่างในการดูแลช่องปาก โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารเหนียวติดฟันและการไปพบหมอฟันอย่างสม่ำเสมอ

### 2.3.2 การวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

การวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมี 4 ด้าน ดังนี้

#### 1) ด้านอาหาร

วีรุฒิ วงศ์วันดี<sup>(22)</sup> ศึกษาเรื่องพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลอากาศอำนวย อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร โดยใช้แบบสอบถามการบริโภคนมและขนมของเด็ก ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 14 ข้อ แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

วิชา คมขำ<sup>(23)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดการบริโภค ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ทำ (2) ไม่ทำ (0) จำนวน 6 ข้อ แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.73

#### 2) ด้านการทำความสะอาดช่องปาก

วัชรารักษ์ เชื่อมกลาง<sup>(24)</sup> ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนพิทักษ์ภูเบนทร์ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบวัดการปฏิบัติตนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการทำความสะอาดช่องปาก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ระบุว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมามีการทำความสะอาดช่องปากมากน้อยเพียงใด จำนวน 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (0) จนถึงปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ (3) จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

กัลยา อินวาทย์<sup>(25)</sup> ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าคา อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน โดยใช้แบบสอบถามการทำความสะอาดช่องปาก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ระบุว่า ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมามีการทำความสะอาดช่องปากมากน้อยเพียงใด จำนวน 3 ตัวเลือกตั้งแต่ทำทุกครั้ง (3) จนถึง ไม่เคยทำ (1) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

#### 3) ด้านการเฝ้าระวัง

ธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตัว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเล็กของผู้ปกครอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1) และไม่ใช่ (0) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.73

นริศรา ศรทรง<sup>(26)</sup> ศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ปกครอง

ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือก ตั้งแต่เป็นประจำ (2) จนถึง ไม่เคย (0) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

#### 4) ด้านการเป็นแบบอย่าง

ธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตัว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเล็กของผู้ปกครอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1) และไม่ใช่ (0) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.73

นริศรา ศรทรง<sup>(26)</sup> ศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือก ตั้งแต่เป็นประจำ (2) จนถึง ไม่เคย (0) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบสอบถามการบริโภคนมและขนมของเด็กของ วีรุติ วงศ์วันดี<sup>(22)</sup> แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ของนริศรา ศรทรง<sup>(26)</sup> และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเล็กของผู้ปกครอง ของธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> โดยให้ผู้ตอบระบุว่าตนเองปฏิบัติตามรายการมากน้อยเพียงใด โดยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (3) โดยมีข้อคำถามด้านอาหาร 7 ข้อ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก 6 ข้อ ด้านการเฝ้าระวัง 3 ข้อ และด้านการเป็นแบบอย่าง 4 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 20 - 60 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า นอกจากนี้ยังจำแนกคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

## 2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 2.4.1 แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The protection motivation theory) มีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดย Rogers ต่อมาได้ปรับปรุงและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการ

นำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) คือ การรวมปัจจัยให้เกิดการรับรู้ในภาพของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยง ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าว ในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้โดยมีตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ<sup>(6)</sup>

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) พัฒนาจาก การขู่ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง

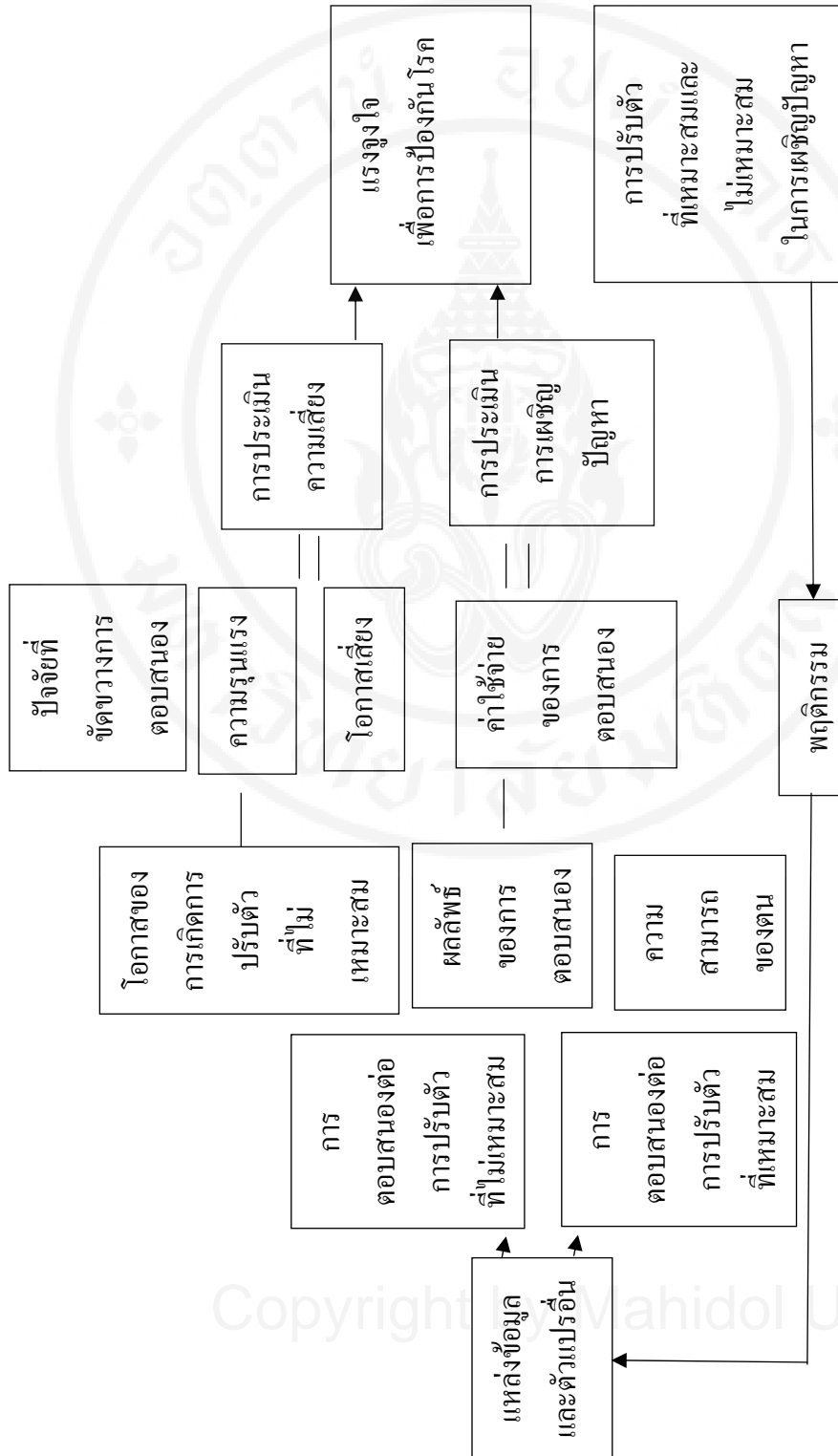
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) ใช้การสื่อสาร โดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนอยู่ในภาวะเสี่ยง

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) การนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สรุปลักษณะการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา (ภาพประกอบ 2.4)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ มีความตั้งใจปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Response efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต



ภาพประกอบ 2.4 องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค<sup>(6)</sup>

### การวัดแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

ธีรวิฑู ธรรมกุล<sup>(27)</sup> ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็ก่อนวัยเรียน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็ก่อนวัยเรียนโดยให้ผู้ตอบระบุว่า โรคฟันผุมีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ได้มากน้อยเพียงใด และเด็มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็ได้มากน้อยเพียงใด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วย (2) ถึง ไม่เห็นด้วย (0) โดยมีข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็ก่อนวัยเรียน จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และมีข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็ก่อนวัยเรียน จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67

ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมอนามัยช่องปาก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ โดยให้ผู้ตอบระบุว่า โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบมีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้มากน้อยเพียงใด และมีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้มากน้อยเพียงใด โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) โดยมีข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ปฐมวัย ซึ่งดัดแปลงมาจาก ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่ามีความเชื่อมั่นหรือคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพช่องปากเด็ได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด และเชื่อมั่นถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็มากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) ซึ่งมีข้อคำถามการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็ปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 10 – 30 คะแนน และการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็ปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 10 – 30 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคฟันผุในเด็ปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

#### 2.4.2 การสนับสนุนทางสังคม

House<sup>(29)</sup> ได้ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรักความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเองโดยได้แบ่งออกการสนับสนุนจากสังคมออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ ความรัก และความไว้วางใจจากบุคคลในครอบครัว เมื่อกำลังเผชิญความเครียดหรือปัญหา

2) การสนับสนุนทางการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็น เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อประเมินตนเอง

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ ในลักษณะการแสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจ พร้อมทั้งจะให้คำปรึกษา

สำหรับงานวิจัยนี้ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนสิ่งของ การเงินและแรงงาน โดยการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ผู้ปกครองได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว โดยให้การสนับสนุนในด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ในลักษณะการแสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจ ให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการดูแลจัดหาอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากเด็ก

### การวัดการสนับสนุนจากครอบครัว

วิชา คมขำ<sup>(23)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนจากญาติ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เคย (2) ไม่เคย (0) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

รพีพรรณ เพชรรัตน์<sup>(30)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบวัดการได้รับข่าวสารและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ มากกว่า 3 ครั้ง (2) น้อยกว่า 3 ครั้ง (1) และ ไม่เคย (0) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

วิชา คงเหมือนเพชร<sup>(31)</sup> ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง วัดโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ แบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวของ วิชา คงเหมือนเพชร<sup>(31)</sup> โดยให้ผู้ตอบระบุว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมากน้อยเพียงใด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ไม่แน่ใจ (2) ไม่เห็นด้วย (1) จำนวน 6 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 6 - 18 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางของ ปรารธนา ผู้ผลเอิบ<sup>(3)</sup> มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็ก 1-3 ปี จำนวน 369 คน ใช้แบบสอบถามซึ่งครอบคลุมเนื้อหาข้อมูลทั่วไปของเด็ก และข้อมูลของผู้เลี้ยงดูหลัก ประกอบด้วยคุณลักษณะทั่วไป ความรู้ ทักษะคิด และการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็ก 1-3 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ศึกษาพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตรก่อนวัยเรียนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า มารดามีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง และมารดาที่มีลำดับที่ของบุตร และลักษณะของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ้านดิว อำเภอลำมดสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอายุของผู้ปกครอง และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิชุดา คมขำ<sup>(23)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านพบว่า ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการทำความสะอาดช่องปาก การตรวจฟันเด็ก และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์ อยู่ในระดับไม่ดี อีกทั้งยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

กัณทิมา เหมพรหมราช<sup>(32)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่าการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 สิ่งที่คุณปกครองปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องคือ การซื้อขนมหวานให้เด็กรับประทานในบางครั้ง และหลังรับประทานอาหารไม่ได้แปรงฟันให้เด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย

นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ<sup>(5)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กอายุ 1 – 5 ปี ของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 32.0 ของผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็ก โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และถ้าเด็กแปรงฟันด้วยตนเองผู้ปกครองก็จะแปรงฟันซ้ำให้ทุกครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษาทำให้มีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ยังไม่ถูกต้อง

Schroth R J, et al<sup>(33)</sup> สำรวจสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ ในประเทศแคนาดา ปี พ.ศ. 2551 ศึกษาแบบภาคตัดขวางในชุมชนมานิโทบา พบว่าผู้ดูแลเด็กฟันผุเห็นด้วยว่าฟันน้ำนมผุไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ถึงร้อยละ 78.3 ซึ่งเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กที่ไม่มีฟันผุ เห็นด้วยว่าฟันน้ำนมผุไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กเพียงร้อยละ 21.7

Shang XH, et al<sup>(34)</sup> ศึกษาความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 2 – 6 ปี ที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันและกลยุทธการรักษา ศึกษาในเมืองซางซี จังหวัดชานตง ประเทศจีน ปี พ.ศ.2550 พบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน เมื่ออายุเด็ก มากขึ้นเด็กจะมีฟันผุมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดฟันผุของเด็กในเขตเมืองสูงกว่า ในเขตชนบท การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าความชุกของโรคฟันผุแปรผันตามการเปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตของผู้คน

Perera PJ, et al<sup>(35)</sup> ศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 2 – 5 ปี อำเภอกำพาหา ประเทศศรีลังกา ปี พ.ศ.2555 พบว่า ความชุกของโรคฟันผุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ของมารดา และรายได้ของครอบครัว โดยกลุ่มมารดาที่การศึกษาน้อยและกลุ่มที่มีรายได้ ของครอบครัวปานกลาง จะมีความชุกของโรคฟันผุสูงกว่ากลุ่มที่มารดาที่มีการศึกษาสูงกว่า และกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวสูง และกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ในส่วนของพฤติกรรม การแปรงฟันพบว่า มารดาร้อยละ 49 แปรงฟันให้เด็ก โดยมีร้อยละ 14 ที่เด็กแปรงฟันเอง ส่วนที่เหลือแปรงฟันภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง ร้อยละ 37 ซึ่งสะท้อนว่าการแปรงฟันให้เด็ก เพียงอย่างเดียวก็ไม่ทำให้ความชุกของโรคฟันผุลดลงหากไม่ดูแลเรื่องการบริโภคอาหารของเด็ก ไปด้วยกัน

Prakash P, et al<sup>(36)</sup> ศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์ในเขตชุมชนเมืองบังกาลอร์ ประเทศอินเดีย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน มีความชุกของโรคฟันผุถึงร้อยละ 27.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน คือ 0.854 อายุของเด็กมีความสัมพันธ์ กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มารดาไม่ได้เรียนหนังสือและมีเศรษฐกิจฐานะต่ำ จะมีความชุกของโรคฟันผุสูงกว่า ปัจจัยที่ทำให้เด็กมีฟันผุสูงคือ การดื่มนมในตอนกลางคืน และฟัน ผุสูงขึ้นก็เกิดจากการกินอาหารระหว่างมือ อย่างไรก็ตามการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ การกำกับดูแล ของผู้ปกครอง ใช้น้ำสีฟันสำหรับเด็ก และการใช้น้ำสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ทำให้เด็กมีฟันผุลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

Olatosi OO, et al<sup>(37)</sup> ศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์กับการส่งต่อไปยังสถานบริการตติยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 6 – 71 เดือน จำนวน 302 คน ในโรงพยาบาลโลกอส ประเทศไนจีเรีย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน มีความชุกของโรคฟันผุถึงร้อยละ 21.25 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน คือ 0.735 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญ สูงสุดคือ การดื่มนมคาขวดในตอนกลางคืน และวิธีการทำความสะอาดช่องปาก การใช้น้ำสีฟันผสม ฟลูออไรด์ ทำให้ความชุกของฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุของเด็กมีความสัมพันธ์

กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบฟันผุสูงสุดในเด็กอายุ 61-71 เดือน ถึงร้อยละ 35.4

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยศึกษาตัวแปรต้น 4 กลุ่มตัวแปรคือ (1) แหล่งข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (2) การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (3) การประเมินการเผชิญ ปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (4) การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามชนิดที่ตอบด้วยตนเอง

#### 3.2 ประชากรและตัวอย่าง

##### 3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 31 ศูนย์ รวมทั้งสิ้น 725 คน<sup>(7)</sup>

##### 3.2.2 ตัวอย่าง

ตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ขนาดตัวอย่างคำนวณแบบการประมาณค่าเฉลี่ย เมื่อทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา โดยใช้สูตรในหนังสือของ Daniel<sup>(38)</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง พฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตรก่อนวัยเรียน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี<sup>(16)</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของมารดาเท่ากับ 1.09 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2\sigma^2}{[d^2(N-1)] + [Z^2\alpha_2\sigma^2]} = \frac{725 \times 1.96^2 \times 0.38^2}{[0.05^2(725-1)] + [1.96^2 \times 0.38^2]} = 170.074$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติมาตรฐาน สำหรับการทดสอบสองทาง เท่ากับ 1.96

$N$  = จำนวนเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอโพธิ์ทองจังหวัดอ่างทอง จำนวน 725 คน

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมรับให้เกิดได้สูงสุด เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณตัวอย่าง ต้องมีจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 171 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล และข้อมูลในแบบสอบถามที่ตอบกลับไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลจากตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลกับตัวอย่างทั้งสิ้น 210 ตัวอย่าง

#### เกณฑ์คัดเข้า

- 1) สัญชาติไทย
- 2) สามารถพูดสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 4) สม่ักรใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

#### เกณฑ์คัดออก

ไม่ได้มาในวันที่เก็บข้อมูล

### 3.2.3 การเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ โดยการจับสลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) จำแนกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น 3 กลุ่ม ตามจำนวนเด็กปฐมวัย คือ ขนาดเล็ก มีเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 20 คนหรือต่ำกว่า มีจำนวน 16 แห่ง ขนาดกลาง มีเด็กปฐมวัย 21 – 40 คน มีจำนวน 12 แห่ง และขนาดใหญ่ มีเด็กปฐมวัย 41 คนขึ้นไป มีจำนวน 3 แห่ง

2) กำหนดจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเป็นพื้นที่สำหรับเก็บข้อมูล ดังนี้ ขนาดเล็ก 5 แห่ง ขนาดกลาง 5 แห่ง และขนาดใหญ่ 2 แห่ง

3) สุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยวิธีจับสลาก และกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ดังนี้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดเล็ก ได้แก่

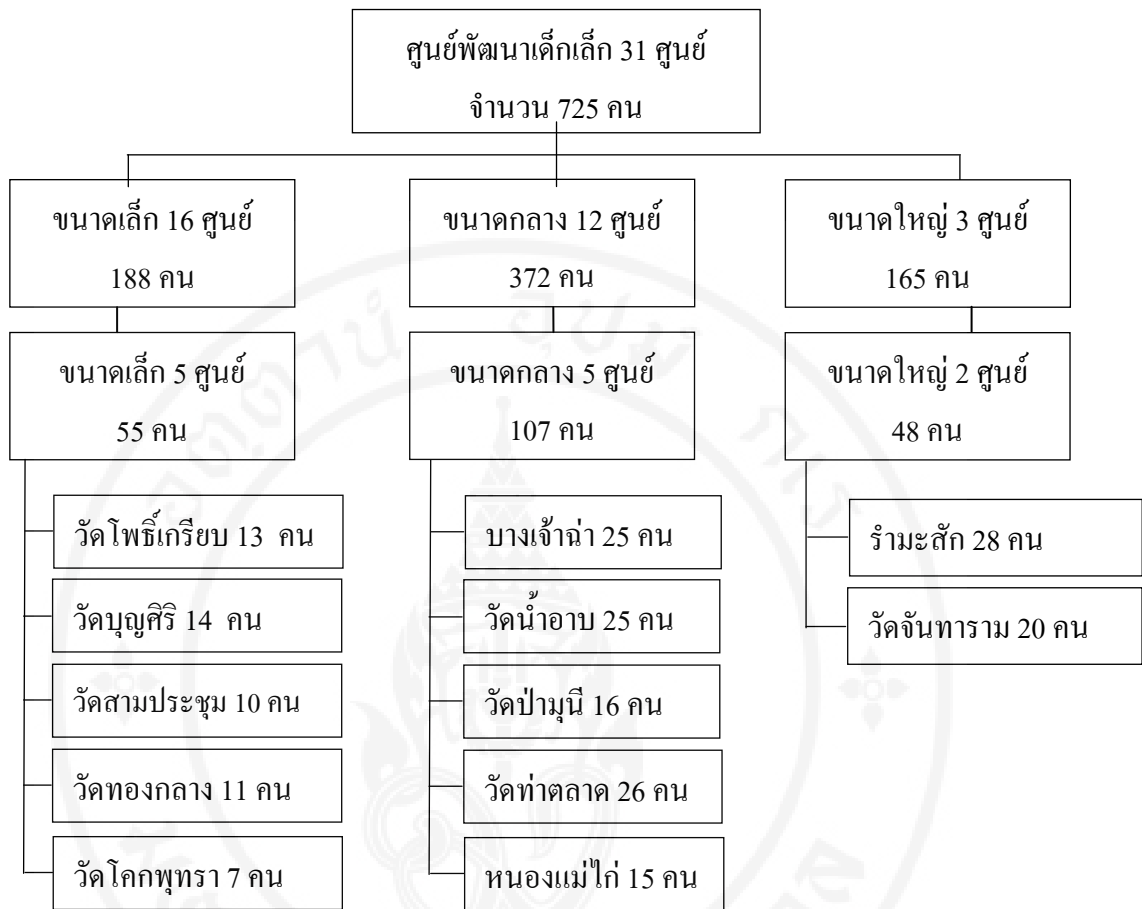
วัดโพธิ์เกรียบ	จำนวนเด็กปฐมวัย 18 คน จำนวนตัวอย่าง 13 ตัวอย่าง
วัดบุญศิริ	จำนวนเด็กปฐมวัย 19 คน จำนวนตัวอย่าง 14 ตัวอย่าง
วัดสามประชุม	จำนวนเด็กปฐมวัย 14 คน จำนวนตัวอย่าง 10 ตัวอย่าง
วัดทองกลาง	จำนวนเด็กปฐมวัย 16 คน จำนวนตัวอย่าง 11 ตัวอย่าง
วัดโลกพุทธา	จำนวนเด็กปฐมวัย 10 คน จำนวนตัวอย่าง 7 ตัวอย่าง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดกลาง ได้แก่

บางเจ้าฉ่า	จำนวนเด็กปฐมวัย 37 คน จำนวนตัวอย่าง 25 ตัวอย่าง
วัดน้ำอวบ	จำนวนเด็กปฐมวัย 37 คน จำนวนตัวอย่าง 25 ตัวอย่าง
วัดป่ามณี	จำนวนเด็กปฐมวัย 25 คน จำนวนตัวอย่าง 16 ตัวอย่าง
วัดท่าตลาด	จำนวนเด็กปฐมวัย 39 คน จำนวนตัวอย่าง 26 ตัวอย่าง
หนองแม่ไก่	จำนวนเด็กปฐมวัย 21 คน จำนวนตัวอย่าง 15 ตัวอย่าง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ ได้แก่

รามะสัก	จำนวนเด็กปฐมวัย 71 คน จำนวนตัวอย่าง 28 ตัวอย่าง
วัดจันทาราม	จำนวนเด็กปฐมวัย 52 คน จำนวนตัวอย่าง 20 ตัวอย่าง



แผนภูมิที่ 3.1 แบบแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามชนิดที่ตอบด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ฟันผุของผู้ปกครอง ฟันผุของเด็กปฐมวัย โรคประจำตัวของเด็กปฐมวัย การใช้ยาสีฟันของผู้ปกครอง และการใช้ยาสีฟันของเด็กปฐมวัย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความสั้นๆ

**ส่วนที่ 2** พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในวัยปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการบริโภคนมและขนมของเด็ก ของวิรุฒิ วงศ์วันดี<sup>(22)</sup> แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ปกครองของ นริศรา ศรีทรง<sup>(26)</sup> และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ของเด็กเล็กของผู้ปกครอง ของธิดารัตน์ แร่นาค<sup>(19)</sup> โดยให้ผู้ตอบระบุว่าตนเองปฏิบัติตามรายการ มากน้อยเพียงใด มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1) ถึง ปฏิบัติ เป็นประจำ (3) โดยมีข้อคำถามด้านอาหารจำนวน 7 ข้อ และด้านการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 6 ข้อ ด้านการเฝ้าระวัง จำนวน 3 ข้อ และด้านการเป็นแบบอย่าง จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 20-60 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า นอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนรวม ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom<sup>(39)</sup> โดยคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ (20 -35 คะแนน) ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง (36 - 48 คะแนน) และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง (48 – 60 คะแนน)

**ส่วนที่ 3** การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ทงทิพย์ สละวงษ์ลักษณะ<sup>(28)</sup> โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าโรคฟันผุมีความรุนแรงหรือส่งผล กระทบต่อสุขภาพของเด็กมากน้อยเพียงใด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กมากน้อย เพียงใด โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) มีข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจำนวน 5 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 10 – 30 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็ก ปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า นอกจากนี้ยังแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom<sup>(39)</sup> โดยคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ (10 – 18 คะแนน) ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง (19 – 24 คะแนน) และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง (25- 30 คะแนน)

**ส่วนที่ 4** การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ทงทิพย์ สละวงษ์ลักษณะ<sup>(28)</sup> โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่ามีความเชื่อมั่นหรือคาดหวังว่าตนเอง มีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด และเชื่อมั่นถึงผลที่จะ เกิดขึ้นจากการ ป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กมากน้อยเพียงใด โดยข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) มีข้อคำถามการรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 6 ข้อ และความ คาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 10 – 30 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการประเมิน การเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า นอกจากนี้ยังแบ่งระดับ คะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom<sup>(39)</sup> โดยคะแนนรวมน้อยกว่า

ร้อยละ 60 ระดับต่ำ (10 – 18 คะแนน) ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง (19 – 24 คะแนน) และตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง (25 – 30 คะแนน)

**ส่วนที่ 5** การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยได้คัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุน จากครอบครัวของ วิชุตตา กงเหมือนเพชร<sup>(31)</sup> วัดโดยให้ผู้ตอบระบุว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจาก สมาชิกในครอบครัวมากน้อยเพียงใด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) จำนวน 6 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 6-18 คะแนน โดยผู้ที่ได้ คะแนนสูงกว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า นอกจากนี้ยัง แบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom<sup>(39)</sup> โดยคะแนนรวม น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ (6 – 11 คะแนน) ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง (12 – 14 คะแนน) และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง (15 – 18 คะแนน)

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในด้านความตรงและความ เหมาะสมของเนื้อหา แล้วจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

- การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 0.35 – 0.64 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.78

- การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 0.50 – 0.89 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.81

- การสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 0.60 – 0.91 และมีค่า ความเชื่อมั่น 0.91

### 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ติดต่อขอหนังสือลงนามบัณฑิตวิทยาลัยถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
- 2) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่
- 3) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามพื้นที่ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก และมีการชี้แจงรายละเอียดให้ทราบก่อนการเก็บข้อมูล
- 4) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

### 3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2016-144 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดโครงการและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร หากตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะมีการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่ศึกษา
- 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติที (Independent samples t-test) และการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ การประเมิน

ความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 172 คน นำเสนอผลการวิจัยเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์
- 4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.3 การประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.4 การสนับสนุนจากครอบครัว
- 4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- 4.6 การวิเคราะห์เพิ่มเติม
- 4.7 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์

จากการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 172 ตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุ 20 ถึง 76 ปี เฉลี่ย  $37.94 \pm 12.65$  ปี โดยมีอายุ 30-39 ปี มากที่สุด รองลงมา 20-29, 40-59 และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1, 29.7, 27.9, 9.3 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.3) และมีประมาณ 1 ใน 3 เป็นพนักงานโรงงาน (ร้อยละ 32.6) โดยพบว่าประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 68.6) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัยพบว่า ร้อยละ 55.2 เป็นมารดา ซึ่งผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 58.7) และไม่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 62.8) เกือบครึ่งหนึ่งของเด็กปฐมวัยมีฟันผุ 4-6 ซี่ (ร้อยละ 44.6) เด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.6) ใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก (ร้อยละ 90.1) และผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (ร้อยละ 81.4) รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	123	71.5
ชาย	49	28.5
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-29	51	29.7
30-39	57	33.1
40-59	48	27.9
≥ 60	16	9.3
Min = 20, Max = 76, Mean $\pm$ SD = 37.94 $\pm$ 12.65		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.6
ประถมศึกษา	33	19.2
มัธยมศึกษา	90	52.3
อนุปริญญา	24	14.0
ปริญญาตรี	21	12.2
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.7
<b>อาชีพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย</b>		
<u>ทำงานในบ้าน</u>		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	43	25.0
<u>ทำงานนอกบ้าน</u>		
พนักงานโรงงาน	56	32.6
เกษตรกร	26	15.1
ค้าขาย	15	8.7
รับจ้างทั่วไป	14	8.1
ธุรกิจส่วนตัว	11	6.4
รับราชการ	7	4.1

**ตารางที่ 4.1** ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	36	20.9
เพียงพอ	118	68.6
มีเหลือเก็บ	18	10.5
<b>ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย</b>		
แม่	95	55.2
พ่อ	30	17.4
ย่า/ยาย	27	15.7
ปู่/ตา	12	7.0
น้ำ/อา/ลุง/ป้า	8	4.7
<b>ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>		
ไม่มี	101	58.7
มี	71	41.3
<b>ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาของผู้ปกครอง</b>		
ไม่มีฟันผุ	108	62.8
ฟันผุ 1 ซี่	16	9.3
ฟันผุ 2 ซี่	31	18.0
ฟันผุ 3 ซี่ขึ้นไป	17	9.9
<b>ฟันผุของเด็กปฐมวัย</b>		
ไม่มีฟันผุ	63	36.6
มีฟันผุ 1-3 ซี่	19	11.0
มีฟันผุ 4-6 ซี่	77	44.8
มีฟันผุ 7 ซี่ขึ้นไป	13	7.6
<b>โรคประจำตัวของเด็กปฐมวัย</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	161	93.6
โรคภูมิแพ้	10	5.8
สมาธิสั้น	1	0.6

#### ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ยาสีฟันของผู้ปกครอง</b>		
ผสมฟลูออไรด์	140	81.4
ไม่ผสมฟลูออไรด์	32	18.6
<b>การใช้ยาสีฟันของเด็กปฐมวัย</b>		
ใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก	155	90.1
ไม่ได้ใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก	17	9.9

#### 4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.6) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 34.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปกครองเกือบครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการทำความสะอาดช่องปากในระดับสูง (ร้อยละ 66.9) เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการเฝ้าระวังในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.9) และครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้านการเป็นแบบอย่างในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.9) รายละเอียดดังตารางที่ 4.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเป็นรายด้าน พบผลดังนี้

ด้านอาหาร ผู้ปกครองให้เด็กดื่มนมรสจืด มากที่สุด รองลงมาคือ การให้เด็กดื่มนมจากแก้วและใช้หลอดดูด และการไม่ให้เด็กดื่มนมคาขวดจนหลับไป ตามลำดับ

ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ผู้ปกครองให้เด็กใช้แปรงสีฟันสำหรับเด็ก โดยเฉพาะมากที่สุด รองลงมาคือ ดูแลให้เด็กแปรงฟันในตอนเช้าและก่อนนอน และบิบบยาสีฟันให้เด็กเท่าแม่ลีด ข้าวโพด ตามลำดับ

ด้านการเฝ้าระวัง ผู้ปกครองจะแปรงฟันให้เด็กทันทีหากเจอคราบเศษอาหารสะสมมากที่สุด รองลงมาคือ เมื่อคอฟันเด็กมีการเปื้อนอยู่ผู้ปกครองจะพาเด็กไปพบหมอฟันทันที และเมื่อเด็กมีฟันผุเพียงเล็กน้อยผู้ปกครองพาเด็กไปพบหมอฟันทันที ตามลำดับ

ด้านการเป็นแบบอย่าง ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่าง มากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ปกครองแปรงฟันไปพร้อมกับเด็ก และผู้ปกครองไม่รับประทานขนมของ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

**ตารางที่ 4.2** ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ระดับ		
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
ด้านอาหาร	77 (44.7)	82 (47.7)	13 (7.6)
ด้านการทำความสะอาดช่องปาก	115 (66.8)	55 (32.0)	2 (1.2)
ด้านการเฝ้าระวัง	31 (18.0)	69 (40.1)	72 (41.9)
ด้านการเป็นแบบอย่าง	56 (32.6)	91 (52.9)	25 (14.5)
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	<b>60 (34.9)</b>	<b>106 (61.6)</b>	<b>6 (3.5)</b>

**ตารางที่ 4.3** พฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายชื่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	Mean ± SD
<b>ด้านอาหาร</b>	
1. ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืด	2.58 ± 0.52
2. ท่านให้เด็กดื่มนมจากแก้ว หรือใช้หลอดดูด	2.48 ± 0.63
3. ท่านให้เด็กดื่มนมคาขวดจนหลับไป*	2.43 ± 0.73
4. ท่านให้เด็กดื่มนมจากขวด*	2.28 ± 0.78
5. เมื่อเด็กงอแง ท่านซื้อขนมขบเคี้ยวให้เด็กกิน*	2.17 ± 0.53
6. ท่านให้เด็กกินผลไม้แทนขนมหวาน	2.12 ± 0.47
7. ท่านให้เด็กกินขนมของ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ลูกอม*	1.90 ± 0.48
<b>ด้านการทำความสะอาดช่องปาก</b>	
1. ท่านให้เด็กใช้แปรงสีฟันสำหรับเด็ก โดยเฉพาะ	2.89 ± 0.35
2. ท่านดูแลเด็กให้แปรงฟันในตอนเช้า และก่อนนอน	2.73 ± 0.45
3. ท่านบิขาสีฟันให้เด็กเท่าเมล็ดข้าวโพด	2.59 ± 0.64
4. หากเด็กงอแงไม่ยอมแปรงฟัน ท่านก็จะปล่อยให้เด็กไม่แปรงฟัน*	2.48 ± 0.59
5. หากเด็กแปรงฟันไม่สะอาด ท่านแปรงฟันให้เด็กซ้ำ	2.28 ± 0.62
6. หลังเด็กแปรงฟันเสร็จแล้ว ท่านตรวจฟันเด็กเพื่อดูความสะอาด	2.26 ± 0.55

\* ข้อคำถามเชิงลบ

**ตารางที่ 4.3** พฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	Mean ± SD
<b>ด้านการเฝ้าระวัง</b>	
1. ท่านจะรีบให้เด็กแปรงฟันทันที หากเจอคราบเศษอาหารสะสม	2.13 ± 0.58
2. เมื่อคอฟันเด็กมีการเปื่อยยุ่ย ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทันที	1.92 ± 0.78
3. เมื่อเด็กมีฟันผุเพียงเล็กน้อย ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทันที	1.77 ± 0.73
<b>ด้านการเป็นแบบอย่าง</b>	
1. ท่านแปรงฟันให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่าง	2.59 ± 0.53
2. ในขณะที่เด็กแปรงฟัน ท่านก็แปรงฟันไปพร้อมๆ กัน	2.36 ± 0.53
3. ท่านรับประทานขนมของ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต*	2.00 ± 0.51
4. ท่านไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	1.86 ± 0.63

\* ชื่อคำถามเชิงลบ

**4.3 การประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง**

**4.3.1 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย**

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเกือบครึ่งหนึ่ง มีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยและการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในระดับสูง (ร้อยละ 49.4) และเมื่อพิจารณาพบว่าผู้ปกครองเกือบครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.9) โดย 2 ใน 3 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 79.1) รายละเอียดดังตารางที่ 4.4 เมื่อพิจารณาการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเป็นรายชื่อ พบผลดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้ปกครองรับรู้ว่าการที่ฟันน้ำนมผุ จะต้องถอนตั้งแต่อายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้น ไม่ถูกตำแหน่งหรือฟันซ้อนเกมากที่สุด รองลงมาคือ เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร และฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายนเพราะ ออกเสียงพูดไม่ชัด ตามลำดับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้ปกครองรับรู้ว่าการให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม จะทำให้ฟันผุมากที่สุด รองลงมาคือ รับประทานอาหาร

หรือจี้ฟันเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ และการดื่มนมคาขวดในตอนกลางคืน ทำให้เด็กฟันผุได้ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

**ตารางที่ 4.4** ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ระดับ		
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	59 (34.3)	72 (41.9)	41 (23.8)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	136 (79.1)	35 (20.3)	1 (0.6)
<b>การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	<b>85 (49.4)</b>	<b>82 (47.7)</b>	<b>5 (2.9)</b>

**ตารางที่ 4.5** การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายชื่อ

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	Mean ± SD
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่อายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้นไม่ถูกตำแหน่งหรือฟันซ้อนเก	2.33 ± 0.64
2. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร	2.28 ± 0.67
3. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอวยเพราะออกเสียงพูดไม่ชัด	2.21 ± 0.71
4. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ	2.10 ± 0.49
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษา เช่น ทำให้ขาดเรียนบ่อย	1.91 ± 0.79
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	
1. การให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม จะทำให้ฟันผุ	2.84 ± 0.42
2. คราบจุลินทรีย์หรือจี้ฟันเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ	2.74 ± 0.48
3. โรคฟันน้ำนมผุ สามารถป้องกันได้	2.72 ± 0.49
4. การดื่มนมคาขวดในตอนกลางคืน ทำให้เด็กฟันผุได้	2.65 ± 0.50
5. โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ	1.78 ± 0.81

#### 4.3.2 การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 82.6) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 86.0) และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 58.1) รายละเอียดดังตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเป็นรายข้อ พบผลดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ปกครองสามารถเลือกแปรงสีฟันที่เหมาะสมกับเด็กได้มากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ปกครองสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้ว และผู้ปกครองสามารถตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันของเด็กได้ ตามลำดับ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้ปกครองเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะมีฟันแข็งแรงมากที่สุด รองลงมา เชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีปัญหาทุกข์ทรมานจากการรักษาโรคฟันผุ และเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีฟันผุและไม่มีอาการปวดฟัน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.6 ระดับการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัย	ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	148 (86.0)	24 (14.0)	0 (0.0)
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	100 (58.1)	66 (38.4)	6 (3.5)
การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	142 (82.6)	30 (17.4)	0 (0.0)

**ตารางที่ 4.7** การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองจำแนกตามรายชื่อ

การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	Mean ± SD
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	
1. ท่านสามารถเลือกซื้อแปรงสีฟันที่เหมาะสมกับเด็กได้	2.85 ± 0.38
2. ท่านสามารถให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้ว	2.82 ± 0.42
3. ท่านสามารถควบคุมให้เด็กแปรงฟันได้ถูกวิธี	2.81 ± 0.41
4. ท่านสามารถตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันของเด็กได้	2.80 ± 0.40
5. ท่านสามารถควบคุมไม่ให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ซ็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล	2.70 ± 0.49
6. ท่านสามารถตรวจหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์	2.69 ± 0.49
<b>ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>	
1. ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะมีฟันแข็งแรง	2.59 ± 0.49
2. ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีความทุกข์ทรมานจากการรักษาโรคฟันผุ	2.56 ± 0.52
3. ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีอาการปวดฟัน	2.49 ± 0.55
4. ท่านเชื่อมั่นว่าเด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีฟันผุ	2.49 ± 0.56

**4.4 การสนับสนุนจากครอบครัว**

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.4) และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า สมาชิกในครอบครัวชื่นชมเมื่อดูแลการแปรงฟันของเด็กให้สะอาด สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลไม่ให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลการแปรงฟันของเด็ก เมื่อผู้ปกครองไม่อยู่บ้าน ในสัดส่วนที่เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.8 – 4.9

**ตารางที่ 4.8** ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว

ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สูง	121	70.3
ปานกลาง	47	27.3
ต่ำ	4	2.4

#### ตารางที่ 4.9 การสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกตามรายชื่อ

การสนับสนุนจากครอบครัว	Mean $\pm$ SD
1. สมาชิกในครอบครัวท่านชื่นชมท่าน เมื่อท่านดูแลการแปรงฟันของเด็กให้สะอาด	2.67 $\pm$ 0.47
2. สมาชิกในครอบครัวท่านช่วยกันดูแลไม่ให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอมนมที่มีน้ำตาล	2.67 $\pm$ 0.54
3. สมาชิกในครอบครัวท่านช่วยดูแลการแปรงฟันของเด็ก เมื่อท่านไม่อยู่บ้าน	2.67 $\pm$ 0.54
4. สมาชิกในครอบครัวท่านให้กำลังใจท่านในการแปรงฟันให้เด็กในวันที่เด็กงอแง	2.66 $\pm$ 0.53
5. สมาชิกในครอบครัวท่านจัดหาเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมาให้ท่าน	2.58 $\pm$ 0.55
6. สมาชิกในครอบครัวท่านพูดชักชวนให้ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทุก 6 เดือน	2.52 $\pm$ 0.56

#### 4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยใช้การวิเคราะห์ 1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ (Independent samples t-test) ในตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ 2) การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในตัวแปร อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว ผลการศึกษาดังนี้

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ พบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามเพศพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทั้งด้านรวม และรายด้าน

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามความระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทั้งด้านรวม และรายด้าน

3) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในด้านรวม และด้านการเป็นแบบอย่าง แต่ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ในด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก และด้านการเฝ้าระวัง

4) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทั้งด้านรวม และรายด้าน

5) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่ามีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านรวม ( $p < 0.01$ ) และรายด้าน คือ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง ด้านการเป็นแบบอย่าง ( $p < 0.01$ ) และด้านอาหาร ( $p < 0.05$ )

รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยสถิติที

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean ± SD	t-value	Sig.
<b>พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>					
เพศ	หญิง	123	46.07 ± 4.51	1.07	0.29
	ชาย	49	45.20 ± 4.41		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	34	45.38 ± 5.16	0.59	0.55
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	138	45.93 ± 4.70		
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	43	46.25 ± 4.88	2.05	<b>0.04</b>
	ทำงานนอกบ้าน	129	45.20 ± 4.41		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอเพียง	36	44.61 ± 5.27	1.71	0.09
	พอเพียง/มีเหลือเก็บ	136	46.14 ± 4.62		
ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ไม่มี	101	44.69 ± 4.32	3.82	<b>&lt;0.001</b>
	มี	61	45.20 ± 4.41		

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยสถิติที (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t-value	Sig.
<b>ด้านอาหาร</b>					
เพศ	หญิง	123	15.94 $\pm$ 2.28	0.15	0.88
	ชาย	49	16.00 $\pm$ 2.29		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	34	15.76 $\pm$ 2.39	0.56	0.58
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	138	16.01 $\pm$ 2.26		
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	43	15.58 $\pm$ 1.99	1.26	0.21
	ทำงานนอกบ้าน	129	16.09 $\pm$ 2.36		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอเพียง	36	15.72 $\pm$ 2.25	0.70	0.48
	พอเพียง/มีเหลือเก็บ	136	16.02 $\pm$ 2.29		
ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ไม่มี	101	15.67 $\pm$ 2.21	1.98	<b>0.049</b>
	มี	61	16.37 $\pm$ 2.33		
<b>ด้านการทำความสะอาดช่องปาก</b>					
เพศ	หญิง	123	15.36 $\pm$ 1.77	1.31	0.20
	ชาย	49	14.90 $\pm$ 2.20		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	34	15.00 $\pm$ 2.19	1.07	0.44
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	138	15.28 $\pm$ 1.83		
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	43	14.91 $\pm$ 2.04	1.27	0.21
	ทำงานนอกบ้าน	129	15.33 $\pm$ 1.85		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอเพียง	36	14.67 $\pm$ 2.11	2.00	0.47
	พอเพียง/มีเหลือเก็บ	136	15.38 $\pm$ 1.83		
ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ไม่มี	101	14.90 $\pm$ 1.87	2.73	<b>0.007</b>
	มี	61	15.68 $\pm$ 1.86		
<b>ด้านการเฝ้าระวัง</b>					
เพศ	หญิง	123	5.85 $\pm$ 1.59	0.43	0.67
	ชาย	49	5.73 $\pm$ 1.71		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	34	5.82 $\pm$ 1.68	0.02	0.98
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	138	5.82 $\pm$ 1.62		

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยสถิติที (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean ± SD	t-value	Sig.
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	43	5.65 ± 1.34	0.79	0.43
	ทำงานนอกบ้าน	129	5.88 ± 1.71		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอเพียง	36	5.53 ± 1.52	0.89	0.23
	พอเพียง/มีเงินเก็บ	136	5.90 ± 1.65		
ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ไม่มี	101	5.53 ± 1.47	2.80	<b>0.006</b>
	มี	61	6.23 ± 1.76		
เพศ	หญิง	123	8.91 ± 1.31	1.52	0.13
	ชาย	49	8.57 ± 1.34		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	34	8.79 ± 1.43	1.10	0.92
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	138	8.82 ± 1.30		
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	43	8.40 ± 1.78	2.43	<b>0.02</b>
	ทำงานนอกบ้าน	129	8.95 ± 1.35		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอเพียง	36	8.69 ± 1.67	0.61	0.54
	พอเพียง/มีเงินเก็บ	136	8.85 ± 1.22		
ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	ไม่มี	101	8.58 ± 1.31	2.77	<b>0.006</b>
	มี	61	9.14 ± 1.29		

จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านรวม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.26$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.22$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.20$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.19$ )

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

**พฤติกรรมกรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านการทำความสะอาดช่องปาก** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.23$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.18$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.16$ )

**พฤติกรรมกรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านการเฝ้าระวัง** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.33$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.17$ ) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.16$ )

**พฤติกรรมกรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านการเป็นแบบอย่าง** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปร การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.19$ ) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $r = 0.18$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 4.11

**ตารางที่ 4.11** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมกรป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ตัวแปรต้น	ด้านรวม	รายด้าน			
		อาหาร	ทำความสะอาด	การเฝ้าระวัง	การเป็นแบบอย่าง
อายุ	-0.02	-0.01	-0.15	0.09	0.04
การรับรู้ความรุนแรง	0.19*	0.02	0.08	0.33**	0.12
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.20*	0.10	0.16*	0.17*	0.11
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.22**	0.12	0.18*	0.12	0.19*
ความคาดหวังในผลลัพธ์	0.26**	0.14	0.23**	0.16*	0.18*
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.05	-0.03	0.08	0.02	0.08

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

#### 4.6 การวิเคราะห์เพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมของผู้ปกครองกับ (1) ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย และ (2) ฟันผุ ของเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติที่ ผลการทดสอบ พบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามความ เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย พบว่ามีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในด้านการ เฝ้าระวัง แต่ไม่มีความแตกต่างในด้านรวม ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก และด้าน การเป็นแบบอย่าง ( $p > 0.05$ )

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเมื่อจำแนกตามฟันผุของ เด็กปฐมวัย พบว่ามีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในด้านรวม และด้านการ ทำความสะอาดช่องปาก แต่ไม่มีความแตกต่างในด้านอาหาร ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็น แบบอย่าง ( $p > 0.05$ )

รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ตามความเกี่ยวข้องกับ เด็กปฐมวัย และฟันผุของเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติที่

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean ± SD	t-value	Sig.
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</b>					
ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย	มารดา	95	45.81 ± 4.40	0.03	0.99
	ไม่ใช่มารดา	77	45.83 ± 5.25		
ฟันผุของเด็กปฐมวัย	ไม่มีฟันผุ	63	46.84 ± 5.05	2.15	<b>0.03</b>
	มีฟันผุ	109	45.23 ± 4.55		
<b>ด้านอาหาร</b>					
ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย	มารดา	95	15.99 ± 2.25	0.19	0.85
	ไม่ใช่มารดา	77	15.92 ± 2.33		
ฟันผุของเด็กปฐมวัย	ไม่มีฟันผุ	63	16.40 ± 2.08	1.93	0.05
	มีฟันผุ	109	15.71 ± 2.35		

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ตามความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย และฟันผุของเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติที (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t-value	Sig.
<b>ด้านการทำความสะอาดช่องปาก</b>					
ความเกี่ยวข้องกับ	มารดา	95	15.33 $\pm$ 1.81	0.76	0.45
เด็กปฐมวัย	ไม่ใช่มารดา	77	15.10 $\pm$ 2.02		
ฟันผุของเด็กปฐมวัย	ไม่มีฟันผุ	63	15.62 $\pm$ 1.95	2.07	<b>0.04</b>
	มีฟันผุ	109	15.00 $\pm$ 1.85		
<b>ด้านการเฝ้าระวัง</b>					
ความเกี่ยวข้องกับ	มารดา	95	5.58 $\pm$ 1.57	2.18	<b>0.03</b>
เด็กปฐมวัย	ไม่ใช่มารดา	77	6.12 $\pm$ 1.65		
ฟันผุของเด็กปฐมวัย	ไม่มีฟันผุ	63	6.05 $\pm$ 1.76	1.40	0.16
	มีฟันผุ	109	5.69 $\pm$ 1.53		
<b>ด้านการเป็นแบบอย่าง</b>					
ความเกี่ยวข้องกับ	มารดา	95	8.92 $\pm$ 1.15	1.09	0.13
เด็กปฐมวัย	ไม่ใช่มารดา	77	8.69 $\pm$ 1.51		
ฟันผุของเด็กปฐมวัย	ไม่มีฟันผุ	63	8.78 $\pm$ 1.34	0.27	0.79
	มีฟันผุ	109	8.83 $\pm$ 1.32		

#### 4.7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรต้นในการศึกษามี 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งสิ้น 11 ปัจจัย โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์การป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

**ตารางที่ 4.13** สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	p-value	ผลการทดสอบ
<b>สมมติฐานข้อที่ 1</b> ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์		
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก		
ปฐมวัยของผู้ปกครอง		
- เพศ	> 0.05	ปฏิเสธ
- อายุ	> 0.05	ปฏิเสธ
- ระดับการศึกษา	> 0.05	ปฏิเสธ
- อาชีพ	< 0.05	ยอมรับ
- ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว	> 0.05	ปฏิเสธ
- ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	< 0.01	ยอมรับ
<b>สมมติฐานข้อที่ 2</b> การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุใน		
เด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค		
ฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง		
- การรับรู้ความรุนแรง	0.01	ยอมรับ
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.01	ยอมรับ
<b>สมมติฐานข้อที่ 3</b> การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุ		
ในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน		
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง		
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	< 0.01	ยอมรับ
- ความคาดหวังในผลลัพธ์	< 0.01	ยอมรับ
<b>สมมติฐานข้อที่ 4</b> การสนับสนุนจากครอบครัว		
> 0.05		
ปฏิเสธ		
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก		
ปฐมวัยของผู้ปกครอง		

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งสิ้น 11 ปัจจัย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมี 6 ปัจจัย ได้แก่ อาชีพ ประสบการณ์การป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นการอภิปรายผลจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

#### 5.1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

##### 5.1.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเป็นรูปแบบงานวิจัยที่มีความเหมาะสม ในการนำข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันมาวิเคราะห์ แต่ในขณะเดียวกันรูปแบบการศึกษานี้ ไม่สามารถบอกลำดับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลได้อย่างแน่ชัด จึงเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การวางแผนดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

### 5.1.2 กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง มีผู้ปกครองเข้าร่วมในการศึกษา 172 ตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ โดย (1) จำแนกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กออกเป็น 3 กลุ่ม ตามขนาด (ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่) (2) จับสลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะศึกษา ขนาดเล็ก 5 แห่ง ขนาดกลาง 5 แห่ง ขนาดใหญ่ 2 แห่ง (3) เก็บข้อมูลกับผู้ปกครองทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งวิธีการสุ่มตัวอย่างดังกล่าว ประชากรเป้าหมายจะถูกแบ่งออกตามขนาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้ตัวอย่างในแต่ละขนาดมีโอกาสที่จะถูกเลือก และเหตุผลที่ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพราะเด็กในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองได้ดีเพียงพอ ผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้กับครูผู้ดูแลเด็กก่อนการเก็บข้อมูลจริง 1 วัน โดยในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยกับผู้ปกครอง พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ซึ่งผู้ปกครองสามารถถามคำถามและข้อสงสัยต่างๆ ได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม โดยทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครองตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### 5.1.3 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ให้ตัวอย่างตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งใช้วัดตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว เครื่องมือวัดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยเครื่องมือวัดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.78 – 0.91 ซึ่งจากกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือมีความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>(40)</sup> ดังนั้น เครื่องมือในการวิจัยนี้จึงมีคุณภาพและความน่าเชื่อถือเพียงพอ สำหรับใช้วัดตัวแปรในการศึกษา

### 5.1.4 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล พิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและระดับการวัดตัวแปร ประกอบด้วย (1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด โดยใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (2) สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยอาศัยหลักความน่าจะเป็นกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติที (Independent samples t-test) และการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ด้วยตัวแปรตามมีลักษณะการวัดเป็นสเกล (Scale) ตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Categories) ที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้สถิติที และตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นสเกล (Scale) ใช้การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนั้นการใช้สถิติดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมกับข้อมูลและวัตถุประสงค์การศึกษา

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

### 5.2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านรวม มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.6) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 34.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายด้าน ระดับสูง ด้านการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 66.9) ระดับปานกลาง ด้านการเป็นแบบอย่าง (ร้อยละ 52.9) และด้านอาหาร (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ ด้านการเฝ้าระวัง (ร้อยละ 41.9) เนื่องจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเห็นว่าการทำความสะอาดช่องปากเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แต่ยังคงขาดเรื่องการดูแลด้านอาหาร ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง ทั้งนี้อาจเพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน มีเพียงร้อยละ 25 ที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ภาระหน้าที่ในการทำงาน ทำให้ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัยน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ เพชรรัตน์<sup>(30)</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีพฤติกรรมถูกต้อง ร้อยละ 59 และการศึกษาของ ฉล่องชัย สกลวสันต์ และคณะ<sup>(4)</sup> พบเด็กก่อนวัยเรียน ร้อยละ 97.9 ได้รับการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน

### 5.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความพอเพียงของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) และเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองเป็นมารดา (ร้อยละ 55.2) ซึ่งจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในด้านการเฝ้าระวัง ( $p < 0.05$ ) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.1) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า อายุ 20 – 59 ปี (ร้อยละ 90.7) ซึ่งเป็นวัยทำงาน ผู้ปกครองเกือบทั้งหมดรายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 89.5) ผู้ปกครองมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันดังที่กล่าวมานี้ส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ เพชรรัตน์<sup>(30)</sup> ที่พบว่า เพศและความพอเพียงของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยก่อนเรียน อีกทั้งการศึกษาของ นิตยา นิยมการ และ นิรัตน์ อิมามิ<sup>(43)</sup> พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของผู้ปกครอง การศึกษาของ นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ<sup>(5)</sup> พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กอายุ 1- 5 ปี ของผู้ปกครอง และ การศึกษาของศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม และ ด้านการเป็นแบบอย่าง ซึ่งผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้านจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลานมากกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน อีกทั้งสามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้บุตรหลานปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา หาญณรงค์<sup>(42)</sup> ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ของผู้ปกครอง

ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองทั้งในด้านรวมและด้านย่อยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ซึ่งผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมาก่อน จะทราบถึงปัญหา มีการเรียนรู้วิธีการดูแลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ผลการวิจัย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ดีกว่ามารดาที่มีบุตรคนแรก

### 5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 4 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค<sup>(6)</sup> โดยเมื่อผู้ปกครองรับรู้ว่ายูนิทันนั้นมีความรุนแรง และบุตรหลานของตนมีโอกาสเกิดปัญหานี้ขึ้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับบุตรหลานของตน ผู้ปกครองก็เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ และคาดหวังว่าตนเองจะดูแลบุตรหลานได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมอนามัยช่องปากของนักเรียน และการศึกษาของ สิริอนงค์ อ่ำพุทธา<sup>(44)</sup> พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

### 5.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองทั้งด้านรวมและรายด้าน ในการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญทำให้ผู้ปกครองเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายข้อพบว่า ผู้ปกครองยังคงให้เด็กกินขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต และลูกอม อาจเป็นเพราะเด็กวัยนี้ยังเป็นวัยที่ชอบรับประทานของหวาน และรีบเร้าให้ผู้ปกครองซื้อให้รับประทาน ผู้ปกครองจึงซื้อขนมหวานให้

เพื่อตัดความรำคาญ อีกทั้งยังพบว่าเมื่อเด็กเริ่มมีฟันผุ ผู้ปกครองก็ไม่ได้รับพาเด็กไปพบหมอฟัน ซึ่งอาจเกิดจากที่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ไม่เข้าใจเหตุผลในการตรวจหาฟันผุให้เด็กตั้งแต่ในระยะแรก จึงส่งผลให้ฟันผุลุกลาม และผู้ปกครองเองก็ยังไม่ได้ไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง อาจเกิดจากขาดความตระหนักและความใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมอนามัยช่องปากเด็กนักเรียน

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ปีการศึกษา 2559 จำนวน 172 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 58 ข้อ โดยให้ตัวอย่างตอบด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ สถิติที (Independent samples t-test) และการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) สรุปผลการศึกษา ดังนี้

#### 6.1 สรุปผลการศึกษา

##### 6.1.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์

จากการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 172 ตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุ 20 ถึง 76 ปี เฉลี่ย  $37.94 \pm 12.65$  ปี โดยมีอายุ 30-39 ปี มากที่สุด รองลงมา 20-29, 40-59 และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1, 29.7, 27.9, 9.3 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.3) และมีประมาณ 1 ใน 3 เป็นพนักงานโรงงาน (ร้อยละ 32.6) โดยพบว่าประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 68.6) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัยพบว่า ร้อยละ 55.2 เป็นมารดา ซึ่งผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 58.7) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองประมาณร้อยละ 40 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และเด็กปฐมวัยประมาณร้อยละ 65 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (ร้อยละ 81.4) และเด็กปฐมวัยใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก (ร้อยละ 90.1)

### 6.1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.6) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 34.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายด้าน ระดับสูง ด้านการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 66.9) ระดับปานกลาง ด้านการเป็นแบบอย่าง (ร้อยละ 52.9) และด้านอาหาร (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ ด้านการเฝ้าระวัง (ร้อยละ 41.9)

### 6.1.3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นการประเมิน (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ระดับสูง (ร้อยละ 49.4) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองส่วนมาก คือประมาณร้อยละ 80 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง และประมาณ 4 ใน 10 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในระดับปานกลาง

การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นการประเมิน (1) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 82.6) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.4) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 58.1 ตามลำดับ

การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.4)

#### 6.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่

1) อาชีพ พบว่าผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในด้านรวมและด้านการเป็นแบบอย่างสูงกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ( $p < 0.05$ )

2) ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $p < 0.01$ )

3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวมและด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.19 ( $p < 0.05$ ) และ 0.33 ( $p < 0.01$ ) ตามลำดับ

4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.20, 0.17 และ 0.16 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

5) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.22 ( $p < 0.001$ ) 0.19 และ 0.18 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

6) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการทำความสะอาด ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.26, 0.23 ( $p < 0.05$ ), 0.18 และ 0.16 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

## 6.2 ข้อเสนอแนะ

### 6.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อวางแผนดำเนินโครงการที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยหน่วยงานทันตสาธารณสุข ของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย

- 1) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การฝึกทักษะการตรวจสุขภาพช่องช่องปากและการค้นหาฟันผุของเด็กกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ผู้ปกครองที่ไม่ใช่มารดา และยังไม่มีการประเมินผลในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

- 2) ควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ประสบความสำเร็จ มีการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การแปรงฟันให้เด็ก และการตรวจหาฟันผุ และการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุ

### 6.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาต่อไป มีข้อเสนอแนะดังนี้

- 1) ควรทำการศึกษาเชิงทดลองจัดโปรแกรมในการพัฒนาทักษะการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์ ผู้ปกครองที่ไม่ใช่มารดาและผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพนอกร้านในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- 2) ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นของตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดความชัดเจน เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและรายด้านย่อยทั้ง 4 ด้าน

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

DENTAL CARIES PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG GUARDIANS OF PRESCHOOL-CHILDREN IN CHILD DEVELOPMENT CENTERS, PHOTHONG DISTRICT, ANGTHONG PROVINCE

วิชา คางเหมือนเพชร 5836773 PHMP/M

ศ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : วิริทธิ์ กิตติพิชัย, วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์),  
ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, M.D., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ฟันผุเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในเด็ก โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early childhood caries) เป็นปัญหาสำคัญของเด็กไทย ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลเสียต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและระยะยาว อาจมีผลกระทบไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญาของลูกหลานได้<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อการขึ้นของฟันแท้ เนื่องด้วยฟันน้ำนมที่เสีย ถูกถอน หรือหลุดไปก่อนที่ฟันแท้จะขึ้นแทนที่ จะทำให้ฟันที่อยู่ติดกันรวน เก ล้มเอียง เข้าหาช่องว่าง มีผลให้ฟันแท้ที่จะขึ้นแทนตำแหน่งนั้น ไม่สามารถขึ้นได้อย่างปกติ นอกจากนี้ปัญหาโรคฟันผุยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับส่วนตัวและส่วนรวมกล่าวคือการรักษาเสียทั้งเงินและเวลา และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการใช้จ่ายเพื่อการบรรเทาและแก้ปัญหา ดังนั้นผู้ปกครองควรใส่ใจดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียแก่เด็กตามมาในอนาคต<sup>(2)</sup>

มีผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.8 ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มที่จะ

ลดลงจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ที่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.7 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ อุด ถอน (dmft) 2.7 ซึ่ง/คน แม้จะเพิ่งมีฟันน้ำนมขึ้นครบ แต่ ร้อยละ 3.2 ของเด็กเริ่มมีประสบการณ์ในการสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์โรคฟันผุเกือบทั้งหมดจะเป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา คือ ร้อยละ 50.6 หรือเฉลี่ย 2.6 ซึ่ง/คน อัตราการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กเล็กนี้พบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคกลาง คือ ร้อยละ 61.0 และ 59.6 ค่าเฉลี่ย dmft 3.1 และ 3.0 ซึ่ง/คน ตามลำดับ<sup>(2)</sup> จังหวัดอ่างทองเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน สาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครอง คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม แล้วปล่อยให้ลูกหลับโดยมีขวดนมค้างในปาก<sup>(3)</sup>

ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือการแปรงฟัน เพราะผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง นอกจากนี้การดื่มนมเป็นปัจจัยสำคัญประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ โดยพบว่าเด็กเล็กอายุ 3 ปี ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านสูงถึงร้อยละ 48.9 รวมทั้งยังมีการใช้นมขวดอยู่ถึงร้อยละ 39.4<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กเล็ก ร้อยละ 97.9 ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน และส่วนใหญ่เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง โดยมีเด็กเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้นที่ได้รับการแปรงฟันซ้ำโดยผู้ปกครองสำหรับความถี่ของการแปรงฟันในเด็กเล็ก พบว่า ร้อยละ 90.9 มีการแปรงฟันเพียงหนึ่งครั้งต่อวัน และร้อยละ 91.3 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า และเด็กเล็ก ร้อยละ 38.9 ที่แปรงฟันก่อนนอน<sup>(4)</sup> ทั้งนี้ยังพบว่ามีผู้ปกครองเด็ก ร้อยละ 32 แปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ<sup>(5)</sup>

จากข้างต้นดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เสนอว่าเมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดการตอบสนองทางความคิด 2 แบบคือ การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทั้งสองแบบมีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Response efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์<sup>(6)</sup>

จากระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุข พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ในจังหวัดอ่างทอง ปี พ.ศ.2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 56.5, 53.5 ตามลำดับ สำหรับในอำเภอโพธิ์ทอง ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 52.53 และ 52.01

ตามลำดับ<sup>(7)</sup> ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ถึงแม้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชจากทันตบุคลากรทุกปีแต่ฟันผุในเด็กปฐมวัยก็ยังไม่ลดลง เนื่องจากเด็กปฐมวัยยังไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองได้ดีเพียงพอ ผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 2) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 3) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย) การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
- 4) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 725 คน<sup>(7)</sup> ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรในหนังสือของ

Daniel WW.<sup>(38)</sup> ได้จำนวน 171 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ (1) สัญชาติไทย (2) สามารถพูดสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ (4) สนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่ได้มาในวันที่เก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง โดย (1) จำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มตามขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ (2) จับฉลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะศึกษาตามขนาดของศูนย์ฯ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ จำนวน 5, 5, 2 ตามลำดับ (3) กำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละศูนย์คำนวณตามสัดส่วนของประชากร และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling) การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ MUPH 2016-144

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองมี 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 12 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในวัยปฐมวัยของผู้ปกครอง เป็นมาตรการประเมินค่า 3 ระดับ จากปฏิบัติประจำ (3) ปฏิบัติบางครั้ง (2) และไม่เคยปฏิบัติ (1) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็นด้านอาหาร 7 ข้อ ด้านการทำความสะอาด 6 ข้อ ด้านการเฝ้าระวัง 3 ข้อ และด้านการเป็นแบบอย่าง 4 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ 3 ระดับ คือ จากเห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 ส่วนที่ 4 การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ 3 ระดับ คือ จากเห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถาม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัว มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ 3 ระดับ คือ จากเห็นด้วย (3) ถึง ไม่เห็นด้วย (1) มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 การแบ่งระดับคะแนนรวมของแต่ละตัวแปรใช้เกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom<sup>(39)</sup> โดยคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ สถิติที (Independent samples t-test และการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์

จากการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 172 ตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุ 20 ถึง 76 ปี เฉลี่ย  $37.94 \pm 12.65$  ปี โดยมีอายุ 30-39 ปี มากที่สุด รองลงมา 20-29, 40-59 และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1, 29.7, 27.9 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.3) และมีประมาณ 1 ใน 3 เป็นพนักงานโรงงาน (ร้อยละ 32.6) โดยพบว่าประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 68.6) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัยพบว่า ร้อยละ 55.2 เป็นมารดา ซึ่งผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 58.7) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองประมาณร้อยละ 40 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และเด็กปฐมวัยประมาณร้อยละ 65 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (ร้อยละ 81.4) และเด็กปฐมวัยใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก (ร้อยละ 90.1)

### 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.6) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 34.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้าน ระดับสูง ด้านการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 66.9) ระดับปานกลาง ด้านการเป็นแบบอย่าง (ร้อยละ 52.9) และด้านอาหาร (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ ด้านการเฝ้าระวัง (ร้อยละ 41.9)

### 3. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นการประเมิน (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ระดับสูง (ร้อยละ 49.4) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองส่วนมาก คือประมาณร้อยละ 80 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง และประมาณ 4 ใน 10 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในระดับปานกลาง

**การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** เป็นการประเมิน (1) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 82.6) รองลงมาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.4) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 58.1 ตามลำดับ

**การสนับสนุนจากครอบครัว** ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.4)

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่

1) **อาชีพ** พบว่าผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและด้านการเป็นแบบอย่างสูงกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ( $p < 0.05$ )

2) **ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** พบว่าผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ( $p < 0.01$ )

3) **การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวมและด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.19 ( $p < 0.05$ ) และ 0.33 ( $p < 0.01$ ) ตามลำดับ

4) **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.20, 0.17 และ 0.16 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

5) **การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.26 ( $p < 0.01$ ), 0.19 และ 0.18 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

6) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม ด้านการทำความสะอาด ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.22, 0.23 ( $p < 0.01$ ) 0.18 และ 0.16 ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย					
	ด้านรวม	อาหาร	ทำความสะอาด	เฝ้าระวัง	แบบอย่าง	
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
เพศ	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	
หญิง	n = 123	46.07 ± 4.51	15.94 ± 2.28	15.36 ± 1.77	5.85 ± 1.59	8.91 ± 1.31
ชาย	n = 49	45.20 ± 4.41	16.00 ± 2.29	14.90 ± 2.20	5.73 ± 1.71	8.57 ± 1.34
ระดับการศึกษา	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	n = 34	45.38 ± 5.16	15.76 ± 2.39	15.00 ± 2.19	5.82 ± 1.68	8.79 ± 1.43
มัธยมศึกษา/สูงกว่า	n = 138	45.93 ± 4.70	16.01 ± 2.26	15.28 ± 1.83	5.82 ± 1.62	8.82 ± 1.30
อาชีพ	$p < 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p < 0.05$	
ทำงานในบ้าน	n = 43	46.25 ± 4.88	15.58 ± 1.99	14.91 ± 2.04	5.65 ± 1.34	8.40 ± 1.78
ทำงานนอกบ้าน	n = 129	45.20 ± 4.41	16.09 ± 2.36	15.33 ± 1.85	5.88 ± 1.71	8.95 ± 1.35
ความเพียงพอของรายได้	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	
ไม่พอเพียง	n = 36	44.61 ± 5.27	15.72 ± 2.25	14.67 ± 2.11	5.53 ± 1.52	8.69 ± 1.67
เพียงพอ/มีเงินเก็บ	n = 136	46.14 ± 4.62	16.02 ± 2.29	15.38 ± 1.83	5.90 ± 1.65	8.85 ± 1.22
ประสบการณ์การป้องกันฯ	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	
ไม่มี	n = 101	44.69 ± 4.32	15.67 ± 2.21	14.90 ± 1.87	5.53 ± 1.47	8.58 ± 1.31
มี	n = 61	45.20 ± 4.41	16.37 ± 2.33	15.68 ± 1.86	6.23 ± 1.76	9.14 ± 1.29

**ตาราง 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย				
	ด้านรวม	อาหาร	ทำความสะอาด	การเฝ้าระวัง	การเป็นแบบอย่าง
อายุ	-0.02	-0.01	-0.15	0.09	0.04
การรับรู้ความรุนแรง	0.19*	0.02	0.08	0.33**	0.12
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.20*	0.10	0.16*	0.17*	0.11
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.26**	0.12	0.18*	0.12	0.19*
ความคาดหวังในผลลัพธ์	0.22**	0.14	0.23**	0.16*	0.18*
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.05	-0.03	0.08	0.02	0.08

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01

### อภิปรายผลการวิจัย

#### พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือด้านอาหาร ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการเป็นแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้านรวม มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.6) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 34.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายด้าน ระดับสูง ด้านการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 66.9) ระดับปานกลาง ด้านการเป็นแบบอย่าง (ร้อยละ 52.9) และด้านอาหาร (ร้อยละ 47.7) และระดับต่ำ ด้านการเฝ้าระวัง (ร้อยละ 41.9) เนื่องจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเห็นว่าการทำความสะอาดช่องปากเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แต่ยังคงขาดเรื่องการดูแลด้านอาหาร ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง ทั้งนี้อาจเพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน มีเพียงร้อยละ 25 ที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ภาระหน้าที่ในการทำงาน ทำให้ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัยน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ เพชรรัตน์<sup>(30)</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีพฤติกรรมได้ถูกต้องสูงสุด ร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษา

ของ นลองชัย สกลวสันต์ และคณะ<sup>(4)</sup> ที่พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน ร้อยละ 97.9 ได้รับการดูแล  
ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน

### **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง**

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความพอเพียงของรายได้  
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่  
เป็นเพศหญิง(ร้อยละ71.5) และเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองเป็นมารดา (ร้อยละ 55.2) ซึ่งจากการ  
วิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในด้านการเฝ้าระวัง ( $p < 0.05$ ) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ72.1)  
มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า อายุ 20 – 59 ปี (ร้อยละ 90.7) ซึ่งเป็นวัยทำงาน ผู้ปกครอง  
เกือบทั้งหมดรายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 89.5) ผู้ปกครองมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน  
ดังที่กล่าวมานี้ ส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย  
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ เพชรรัตน์<sup>(30)</sup> ที่พบว่า เพศและความพอเพียงของรายได้  
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในบุตรวัยก่อนเรียน อีกทั้งการศึกษาของ  
นิตยา นิยมการและนิรัตน์ อิมามี<sup>(43)</sup> พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของผู้ปกครอง การศึกษาของ นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย และ พรรณี  
บัญญัติ<sup>(5)</sup> พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟันให้เด็กอายุ 1- 5 ปี  
ของผู้ปกครอง และการศึกษาของ ศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้  
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน

### **อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง**

โดยพบว่า พบว่าอาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ  
ในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในด้านรวม และด้านการเป็นแบบอย่าง ซึ่งผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้าน  
จะมีเวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลานมากกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน อีกทั้งสามารถ  
เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้บุตรหลานปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ  
กาญจนา หาญณรงค์<sup>(42)</sup> ที่พบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพ  
เด็ก 0-5 ปี ของผู้ปกครอง

**ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง** โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านรวม และด้านย่อย 4 ด้าน ซึ่งผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมาก่อน จะทราบถึงปัญหา มีการเรียนรู้วิธีการดูแลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร บุตรวงษ์<sup>(16)</sup> ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ดีกว่ามารดาที่มีบุตรคนแรก

**ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง**

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งพบว่าทั้ง 4 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค<sup>(6)</sup> โดยเมื่อผู้ปกครองรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง และบุตรหลานของตนมีโอกาสเกิดปัญหานั้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับบุตรหลานของตน ผู้ปกครองก็เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ และคาดหวังว่าตนเองจะดูแลบุตรหลานได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมอนามัยช่องปากของนักเรียน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริอนงค์ อ่ำพุทธา<sup>(44)</sup> พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

**ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง** การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองทั้งด้านรวมและรายด้าน ในการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ถือเป็นแรงสนับสนุน

ที่สำคัญทำให้ผู้ปกครองเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลของพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายข้อพบว่า ผู้ปกครองยังคงให้เด็กกินขนมของขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต และลูกอม อาจเป็นเพราะเด็กวัยนี้ยังเป็นวัยที่ชอบรับประทานของหวาน และรีบเร้าให้ผู้ปกครองซื้อให้รับประทาน ผู้ปกครองจึงซื้อขนมหวานให้เพื่อตัดความรำคาญ อีกทั้งยังพบว่าเมื่อเด็กเริ่มมีฟันผุ ผู้ปกครองก็ไม่ได้พาเด็กไปพบหมอฟันซึ่งอาจเกิดจากที่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ไม่เข้าใจเหตุผลในการตรวจหาฟันผุให้เด็กตั้งแต่วัยแรกจึงส่งผลให้ฟันผุลุกลาม และผู้ปกครองเองก็ยังไม่ได้ไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง อาจเกิดจากขาดความตระหนักและความใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์<sup>(28)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมอนามัยช่องปากเด็กนักเรียน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อวางแผนดำเนินโครงการที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยหน่วยงานทันตสาธารณสุข ของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย

1) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การฝึกทักษะการตรวจสุขภาพช่องช่องปากและการค้นหาฟันผุของเด็กกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ผู้ปกครองที่ไม่ใช่มารดา และยังไม่มีการประเมินผลในการดูแลเด็กปฐมวัย

2) ควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ประสบความสำเร็จ มีการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การแปรงฟันให้เด็ก และการตรวจหาฟันผุ และการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาต่อไป มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ควรทำการศึกษาเชิงทดลองจัดโปรแกรมในการพัฒนาทักษะการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์ ผู้ปกครองที่ไม่ใช่มารดาและผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพนอกบ้านในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2) ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นของตัวแปรประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดความชัดเจน เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและรายด้านย่อยทั้ง 4 ด้าน

DENTAL CARIES PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG GUARDIANS OF PRESCHOOL-CHILDREN IN CHILD DEVELOPMENT CENTERS, PHOTHONG DISTRICT, ANGTHONG PROVINCE

VICHUTA KONGMUEANPHET 5836773 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), SUPACHAI PITIKULTANG, M.D., DIP.THAIBOARD OF PEDIATRICS

## EXTENDED SUMMARY

### Background and Rationale

The major dental health problem in early childhood is dental caries. The early childhood caries is the important problem of Thai children. The early childhood caries problem affects children's development and health during childhood and the long term and may impede children's growth, development, and intellectual.<sup>(1)</sup> Moreover, it affects the growth of permanent teeth because the decaying primary teeth drop out or are extracted before they are replaced by the permanent teeth, making the adjacent teeth fall and incline to the gap so the permanent teeth cannot grow as usual. Moreover, dental caries problem makes people pay a lot of money for dental caries treatment. The government has to use a lot of budget to solve the problem. Guardians should, therefore, pay attention to the care of their children's oral health to prevent disadvantages in the future.<sup>(2)</sup>

According to the Seventh National Oral Health Survey, early childhood caries prevalence of children aged 3 years with 20 primary teeth was 51.8 percent which did not have a tendency to decrease. According to the Sixth National Oral Health Survey, early childhood caries prevalence of children aged 3 years was 51.7

percent. The mean of dental caries filling and extraction (dmft) was 2.7 teeth/person. Although children completely had primary teeth but 3.2 percent of children lost teeth. Moreover, almost all children had un-filling dental caries by 50.6 percent or 2.6 teeth/person. The early childhood caries rate was most considerably found in the south and the central region by 61.0 and 59.6 percent, as well as, the mean of dmft was 3.1 and 3.0 teeth/person respectively.<sup>(2)</sup> Ang Thong Province in the central region faced the like problem caused by the incorrect behaviors of guardians because they fed their children with powder whole milk and let their children sleep with the milk bottle in their mouth.<sup>(3)</sup>

The important problem which requires special care is brushing teeth because 55.8% of guardians of children aged 3 years let their children brush teeth by themselves. Also, drinking milk is one of the key factors that affects the dental caries in these children. It was found that 48.9 percent of children aged 3 years still drank sweet milk and sour milk at home and 39.4 percent of them used the bottled milk.<sup>(2)</sup> Additionally, 97.9 percent of children clean their mouth by brushing and most of them brushed by themselves. Only 15 percent of them received brushing repeatedly by their guardians. As for the brushing frequency in preschool children, it was found that 90.0 percent of them brushed teeth once a day, 91.3 percent brushed teeth after waking up in the morning, 38.9 percent brushed teeth before bedtime.<sup>(4)</sup> Furthermore, 32 percent of guardians brushed their children's teeth at least once a day regularly.<sup>(5)</sup>

Along with the abovementioned information, guardians had the important roles in taking care of the oral health and preventing their children from having dental caries. According to Protection Motivation Theory (PMT) argued that when people perceive about the health hazards or fear appeals on health-related attitude and behavior will occur in response by threat appraisal and coping appraisal which affect to adaptive and maladaptive behaviors. Threat appraisal consists of perceived severity and perceived susceptibility which leads to behavioral change and may make persons adjust or express desirable health behaviors. Coping appraisal consists of perceived self-efficacy and perceived response efficacy which are the important factors which bring about desirable behaviors.<sup>(6)</sup>

As stated by the Dental Health Support System, Ang Thong Province in 2014 and 2015, had early childhood caries of 53.5 and 53.5 percent of children aged

3 years, respectively. As for Pho Thong District in 2014 to 2015, 52.53 percent to 52.01 percent of children had early childhood caries. Although the oral health of children in the Child Development Center is examined and coated with fluoride varnish by dental health officer every year, the dental caries does not decrease. As preschool children cannot take care of their oral health by themselves, the guardians had the important roles in taking care of the oral health and preventing their children from having dental caries.

This study was pointed to study the early childhood caries preventive behaviors of the guardians in the Child Development Center, Pho Thong District, Ang Thong Province by using the PMT to explain the dental caries preventive behaviors of the guardians. The research findings will be used to suitably design the program to improve the dental caries preventive behaviors of guardians to fit the context.

### **Research objectives**

1. To explain the dental caries preventive behaviors of the guardians in the Child Development Center, Pho Thong District, Ang Thong Province.
2. To determine the relationship between the factors of characteristics and the experience of preventing early childhood caries and the dental caries preventive behaviors of the guardians in Pho Thong District, Ang Thong Province.
3. To determine the relationship between the threat appraisal (perceived severity and perceived susceptibility), the coping appraisal (perceived self-efficacy and perceived response efficacy) and the dental caries preventive behaviors of the guardians in the Child Development Center, Pho Thong District, Ang Thong Province.
- 4) To determine the relationship between family support and the dental caries preventive behaviors of the guardians in Pho Thong District, Ang Thong Province.

## Research methodology

This is a cross-sectional study. The population consisted of 725 guardians of preschool children in the Child Development Center in Pho Thong District, Ang Thong Province.<sup>(7)</sup> The sample size was derived from calculation by using the formula to calculate the sample size in the textbook of Daniel<sup>(38)</sup> for a definitely known number of population, and resulting in a number of 171 subjects. The inclusion criteria consisted of the followings: the samples (1) held Thai nationality, (2) could communicate in Thai, (3) could read and write Thai language, and (4) were willing participate in the study. As for the exclusion criteria, people did not come on the date of data collection. The random sampling was done as follows: (1) classifying the Child Development Centers into three groups accordance with the center size, namely, small, medium, and large, (2) sampling the Child Development Centers accordance with the size: small, medium, and large in proportion 5:5:2, respectively, and (3) determining the sample size of each center under a condition of the population proportion and selecting participants based on using the simple random sampling. This study has been approved by the Human Research Ethics Committee, Faculty of Public Health, Mahidol University; and obtained the Certificate of Approval (COA) Number MUPH 2016-144

Data collection were accomplished with self-administered questionnaire with five parts as follows: Part 1 was general information and had twelve questions. Part 2 was the dental caries preventive behaviors of the guardians. There was three-level rating scale ranging from perform regularly (3) to never perform at all (1). There were twenty items divided into seven items on taking care of food consumption, six items on taking care of oral hygiene, three items on stay alerted for oral health, and four items on being role model. Part 3 was the threat appraisal of dental caries. The question item characterized as three levels rating scale ranging from agree (3) to disagree (1). There were totally ten items divided into five items on perceived severity and five items on the perceived susceptibility. The reliability was 0.78. Part 4 was the coping appraisal of dental caries. The question item characterized as three levels rating scale ranging from agree (3) to disagree (1). There were totally ten items divided into six items on the perceived self-efficacy and four items on the perceived response efficacy. The reliability was 0.81. Part 5 was family support. The

question item characterized as three levels rating scale ranging from agree (3) to disagree (1). There were six items. The reliability was 0.91. The total scores level of each variable was divided according the criteria of Benjamin S. Bloom.<sup>(38)</sup> Less than 60 percent was classified to a low level, 60-79 percent was classified to a moderate level and 80 percent and over was classified to a high level. The data were analyzed by using descriptive statistics; frequency, percentage, mean, standard deviation in addition the inferential statistic used for testing the research hypothesis consisted of independent samples t-test and Pearson's product moment correlation coefficient. The level of statistical significance was set as less than 0.05.

## **Research findings**

### **1. General information and characteristics and experience factors**

Based on the data collected from 172 guardians of preschool children in the Child Development Center, more than two-thirds of guardians were female (71.5%). The age mean score was  $37.94 \pm 12.65$  years. Participants were 20-76 years old. In addition, 33.1 percent of guardians were aged 30-39 years, 29.7 percent aged 20-29 years, 27.9 percent aged 40-59 years and 9.3 percent aged 60 years and over. 52.3 percent of them completed the secondary level of education. Almost one-third of samples were workers in factories (32.6%) while about two-thirds of them had a sufficiency of household income but did not have savings (68.6%). More than half of guardians were mothers of preschool children (55.2%) and they did not have an experience of preventing dental caries (58.7%). Additionally, about 40 percent of participants had un-filling dental caries while their children found that at 65 percent. Furthermore, 81.4 percent of samples used fluoride toothpaste whereas 90.1 percent of them carefully chosen child toothpaste for their children.

### **2. The dental caries preventive behaviors of guardians**

The dental caries preventive behaviors consisted of four aspects: taking care of food consumption, taking care of oral hygiene, stay alerted for oral health, and being role model. The assessment of the overall dental caries preventive behaviors

among guardians showed that the majority of them was at a moderate level followed by a high level and a low level shared 61.6, 34.9, and 3.5 percent, respectively. Among the preventive behaviors, 66.9 percent of taking care of oral hygiene behavior was at a high level, 52.9 percent of being role model and 47.7 percent of taking care of food consumption were at a moderate level while 41.9 percent of stay alerted for the oral health was at a low level.

### **3. The threat appraisal of dental caries, the coping appraisal of dental caries, and family support**

**The threat appraisal of dental caries** was assessed in two aspects: (1) perceived severity and (2) perceived susceptibility. It was found that the perceived severity of dental carries of samples had a high level of 49.4 percent, a moderate level of 47.7 percent and a low level of 2.9 percent. For the perceived susceptibility, almost 80 percent of participants was at a high level and about four-tenths of them was at a moderate level.

**The coping appraisal of the caries** was assessed in two aspects: (1) perceived self-efficacy and (2) perceived response efficacy. With regard to the coping appraisal of carries, it was found that 82.6 percent of guardians had a high level and 17.4 percent of them had a moderate level. Moreover, the most of guardians had perceived self-efficacy and perceived response efficacy at a high level of 86.0 and 58.1 percent, respectively.

**Family support**, the majority of participants was at a high level followed by a moderate level and a low level shared 70.3, 27.3 and 2.4, respectively.

### **4. The factors related to the dental caries preventive behaviors of the guardians**

The findings of this study showed that the six factors related to the dental caries preventive behaviors of the guardians consisted of the followings:

**1) Occupation;** it was found that guardians who worked at home had a score of the overall dental caries preventive behavior and a score of being role model aspect significantly higher than guardians who worked outside ( $p < 0.05$ ).

**2) The experience of preventing early childhood caries;** it was found that guardians having an experience of preventing early childhood caries had a score of the overall dental caries preventive behavior and scores of four aspects of the dental caries preventive behaviors higher than guardians having no an experience of preventing early childhood caries significantly ( $p < 0.01$ ).

**3) The perceived severity;** it was found that the perceived severity positively correlated with the overall dental caries preventive behavior and the stay alerted for oral health aspect with Pearson's product moment correlation Coefficient of 0.19 ( $p < 0.05$ ) and 0.33 ( $p < 0.01$ ), respectively.

**4) The perceived susceptibility;** it was found that the perceived susceptibility positively correlated with the overall dental caries preventive behavior and two aspects of the dental caries preventive behaviors, stay alerted for oral health and taking care of oral hygiene, with Pearson's product moment correlation Coefficient of 0.20, 0.17, and 0.16 ( $p < 0.05$ ), respectively.

**5) The perceived self-efficacy;** it was found that the perceived self-efficacy positively correlated with the overall dental caries preventive behavior and two aspects of the dental caries preventive behaviors, being role model and taking care of oral hygiene, with Pearson's product moment correlation Coefficient of 0.26 ( $p < 0.01$ ), 0.19, and 0.18 ( $p < 0.05$ ), respectively.

**6) The perceived response efficacy;** it was found that the perceived response efficacy positively correlated with the overall dental caries preventive behavior and three aspects of the dental caries preventive behaviors, taking care of oral hygiene, being role model and stay alerted for oral health, with Pearson's product moment correlation Coefficient of 0.22, 0.23 ( $p < 0.01$ ), 0.18, and 0.16 ( $p < 0.05$ ), respectively.

**Table 1:** Comparison of the mean scores of the overall dental caries preventive behavior by independent variables

Variables	The dental caries preventive behaviors				
	Overall	Food	Oral hygiene	Stay alerted for oral health	Being role model
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
<b>Sex</b>	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
Female n = 123	46.07 ± 4.51	15.94 ± 2.28	15.36 ± 1.77	5.85 ± 1.59	8.91 ± 1.31
Male n = 49	45.20 ± 4.41	16.00 ± 2.29	14.90 ± 2.20	5.73 ± 1.71	8.57 ± 1.34
<b>Education</b>					
Below the secondary level n = 34	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
	45.38 ± 5.16	15.76 ± 2.39	15.00 ± 2.19	5.82 ± 1.68	8.79 ± 1.43
The secondary level/higher n = 138	45.93 ± 4.70	16.01 ± 2.26	15.28 ± 1.83	5.82 ± 1.62	8.82 ± 1.30
<b>Occupation</b>	p < 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p < 0.05
Working at home n = 43	46.25 ± 4.88	15.58 ± 1.99	14.91 ± 2.04	5.65 ± 1.34	8.40 ± 1.78
Working outside n = 129	45.20 ± 4.41	16.09 ± 2.36	15.33 ± 1.85	5.88 ± 1.71	8.95 ± 1.35
<b>Incomes sufficiency</b>	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
Insufficient n = 36	44.61 ± 5.27	15.72 ± 2.25	14.67 ± 2.11	5.53 ± 1.52	8.69 ± 1.67
Sufficient/savings n = 136	46.14 ± 4.62	16.02 ± 2.29	15.38 ± 1.83	5.90 ± 1.65	8.85 ± 1.22
<b>The preventive experience</b>	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
No n = 101	44.69 ± 4.32	15.67 ± 2.21	14.90 ± 1.87	5.53 ± 1.47	8.58 ± 1.31
Yes n = 61	45.20 ± 4.41	16.37 ± 2.33	15.68 ± 1.86	6.23 ± 1.76	9.14 ± 1.29

**Table 2.** Pearson’s product moment correlation Coefficient (r) between the independent variables and the overall dental caries preventive behaviors of the guardians

Independent variables	The dental caries preventive behaviors				
	overall	Food	Oral hygiene	Stay alerted for oral health	Being role model
Age	-0.02	-0.01	-0.15	0.09	0.04
Perceived severity	0.19*	0.02	0.08	0.33**	0.12
Perceived susceptibility	0.20*	0.10	0.16*	0.17*	0.11
Perceived self-efficacy	0.26**	0.12	0.18*	0.12	0.19*
Perceived response efficacy	0.22**	0.14	0.23**	0.16*	0.18*
Family support	0.05	-0.03	0.08	0.02	0.08

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01

## Discussion

### **The dental caries preventive behaviors of the guardians**

The dental caries preventive behaviors were divided into four aspects: taking care of food consumption, taking care of oral hygiene, stay alerted for oral health, and being role model. The overall dental caries preventive behaviors of guardians had a moderate level of 61.6 percent, a high level or 34.9 percent and a low level 3.5 percent, respectively. With regard to four aspects of the preventive behaviors, it was found that 66.9 percent of taking care of oral hygiene behavior was at a high level, 52.9 percent of being role model and 47.7 percent of taking care of food consumption were at a moderate level while 41.9 percent of stay alerted for the oral health was at a low level. The guardians thought taking care of oral hygiene had to be daily done. 75 percent of them had to work outside while 25 percent were housewives. An obligation on working affects guardians that made they have less time to take care of their children. This is consistent to the previous studies of Rapheephan Phetcharat<sup>(30)</sup> which found that guardians correctly taking care of oral hygiene at the high level by 59 percent and Chalongchai Sakonwasant and others<sup>(4)</sup> which found 97.9 percent of the preschool children guardians brushed their children's teeth.

### **The relationship between the factors of characteristics and the experience and the overall dental caries preventive behavior of the guardians**

The findings found that sex, age, education, and sufficiency of household incomes did not associated with the overall dental caries preventive behavior. Likewise, 71.5 percent of participants were female and 55.2 percent of them were mothers. According to additional analysis, this was found that the relationship with preschool children related to the overall dental caries preventive behavior of the guardians on the stay alerted for oral health aspect ( $p < 0.05$ ). 72.1 percent of guardians completed the secondary level and lower, 90.7 percent of them were the working age population aged 20-59 years, and 89.5 percent had the sufficiency of household incomes but no having any savings.

The majority of subjects had characteristics similar to mentioned above, as a result, any characteristics of guardians did not associate with the dental caries preventive behaviors. This is according to the previous studies of Rapheephan Phetcharat<sup>(30)</sup> which found that sex and sufficiency of household incomes did not relate to the dental caries preventive behaviors in preschool children among guardians, Nittaya Niyomkarn and Nirat Imamee<sup>(43)</sup> resulted that age and education did not associate with the child oral health care behaviors of guardians, Naruechit Thongrungruangchai and Phannee Banchornhatthakij<sup>(5)</sup> showed that education did not relate to guardians' behavior of brushing teeth of children aged 1-5 years and the last in study of Siriphorn Butwong<sup>(16)</sup> found that age, education, and household incomes of parents did not related to their dental caries preventive behaviors in preschool children.

### **Occupations associated with the dental caries preventive behaviors of the guardians**

The research finding found the guardians who worked at home had a score of the overall dental caries preventive behavior and a score of the being role model aspect significantly higher than guardians who worked outside ( $p < 0.05$ ). Guardians who working at home had more time to taking care of oral hygiene than the guardians who working outside. Additionally, guardians were able to being role model of the dental caries preventive behaviors to make their children comply with them. This is consistent with a previous study of Kanchana Hannarong<sup>(42)</sup> which found that occupations associated with guardians' behaviors of taking care of oral hygiene of children aged 0-5 years.

### **The experience of preventing early childhood caries associated with the dental caries preventive behaviors of the guardians**

The dental caries preventive behaviors of the guardians were the experience of preventing early childhood caries more considerably preventing their children from having dental caries in the overall dental caries preventive behaviors and in four aspects. Guardians who have an experience in the preventing early childhood caries knew the problems, learnt the correct care methods, and had more skills in

preventing early childhood caries than guardians who do not have an experience of preventing early childhood caries. This result were consistent with the previous research of Siriphorn Butwong<sup>(16)</sup> found that guardians with the experience in the child care better expressed the dental caries preventive behaviors than guardians with the first child.

### **The relationship between the threat appraisal and coping appraisal of the dental caries preventive behaviors of the guardians**

The threat appraisal consisted of perceived severity and perceived susceptibility further the coping appraisal consisted of perceived self-efficacy and perceived response efficacy. Four factors correlated with the dental caries preventive behaviors of the guardians according to the PMT<sup>(6)</sup>. When guardians know that their children have the chance to face the severe problem, they are confident that they are able to solve the problem and expect that they are able to well take care of their children. This findings are consistent with study of Thongthip Salawonglak<sup>(28)</sup> which found that perceived severity and perceived susceptibility of dental caries and gingivitis, and perceived self-efficacy and perceived response efficacy of the caries and gingivitis prevention correlated with promotion of students' oral health. According to study of Sirianong Amphutsa<sup>(44)</sup> found that guardians' perceived severity of the early childhood caries correlated with the preventive early childhood caries.

### **The relationship between family support and the dental caries preventive behaviors of the guardians**

Family support did not correlate with an overall and four aspects of the dental caries preventive behaviors among guardians. It was more than 70 percent of subjects received family support at a high level. Family support encouraged the dental caries preventive behaviors of the guardians. With regard to the items of the dental caries preventive behaviors, it was found that; "guardians still allowed their children to have crispy snacks, soft drinks, chocolate, and toffee" due to their children liked to eat sweets and asked their guardians to buy sweets for them; "when children had dental caries, their guardians did not take them to see dentists" because guardians did not know the reasons of oral examination in the initial stage, causing rampant caries;

“guardians did not go to see the dentists at least twice a year” for the reason that they did not heed the care of their oral health and did not see the importance of going to see the dentists at least twice a year. This results were consistent with the precious study of Thongthip Salawonglak<sup>(28)</sup> found that family support did not correlate with the behaviors of promoting students’ oral health.

### **Recommendations for the application**

The research information can be used as the guidelines to suitably plan the project implementation to develop the of dental caries preventive behaviors of the guardians. The dental health agency of Pho Thong Hospital and Health Promotion Hospitals should do the followings:

1) They should organize the training to disseminate knowledge on the early childhood oral health care, the threat appraisal, practice of the skills in oral examination, and finding child caries to stimulate stay alerted for oral health of the guardians who work outside the home, guardians who are not mothers and do not have an experience in preventing early childhood caries.

2) They should organize the activities by inviting guardians who are media to share knowledge on the successful care of early childhood oral health. There should be the activities of practicing the skills in the oral health care, brushing children’s teeth, and examining caries. The organizations should conduct the positive reinforcement to enable guardians to be aware of the coping appraisal. They should promote perceived self-efficacy and perceived response efficacy.

### **Recommendations for the further researches**

The recommendations for the further researches as follows:

1) Quasi-experimental study should be done through organizing the developmental program on the dental caries preventing skills of guardians who do not have an experience in preventing early childhood caries, guardians who are not mothers, and guardians who work outside the home.

2) Qualitative research should be done on the experience of preventing early childhood caries to bring about more clearness for the reason that this study found that the mentioned experience associated with an overall and four aspects of the dental caries preventive behaviors.



## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. พรารถนา สู้ผลเอิบ. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 1 – 3 ปี จังหวัดอ่างทอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551; 38 (2): 243-250.
4. ฉลองชัย สกตวสันต์, พิชยา บัฒปีน, รอยพิมพ์ นาระทะ, ศรีมาลา เทพสุคนธ์. พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. กุมารเวชสาร 2552; 16 (1): 7-10.
5. นฤชิต ทองรุ่งเรืองชัย, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กอายุ 1-5 ปี ของผู้ปกครองในเขตอำเภอโนนสัง จังหวัดชัยภูมิ. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2556; 28(1): 16-22.
6. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol. 1975; 91: 93–114.
7. สำนักบริการการสาธารณสุข. ระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://phdb.moph.go.th/hssd1/umd/HSS>
8. กระทรวงศึกษาธิการ. แนวทางการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2556.
9. กรองทอง จุฬิรัชนิกร. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษระดับปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ; 2547.

11. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร. จิตวิทยาพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.educ-bkkthon.com/blog/apsornsiri/wp-content/uploads/2014/02-1.pdf>
12. ภาควิชาพันธุศาสตร์ วิจัยสาขาสารณสุขศิริราช จังหวัดชลบุรี. การดูแลอนามัยในช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: [http://phd.scphc.ac.th/modules.php?name=Tutorials&t\\_op=showtutorial&pid=83](http://phd.scphc.ac.th/modules.php?name=Tutorials&t_op=showtutorial&pid=83)
13. ชนนันท์ เพ็ชรวิจิตร และชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. ทักษะการป้องกันในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
14. ลีจรรยา สวีสสม. โปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
15. หทัยกาญจน์ ไสตรดี และอัมพร ฉิมพลี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
16. ศิริพร บุตรวงษ์. พฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในบุตรก่อนวัยเรียนซึ่งมารับบริการในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
17. เมธินี คุปพิทยานันท์. ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมทางจิตพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กนักเรียนประถมศึกษา. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ; 2546.
18. นฤมล สี่ประโคน และ รุ่งพร ทังเหล็ก. ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน การบริโภคอาหารการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนศรีวิชัยวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
19. ธิดารัตน์ แร่นาค. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ้านดู่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.

20. วรวรรณ อัสวกุล. การฝึกอบรมจิตลักษณะและทักษะแก่มารดาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพบุตรก่อนวัยเรียน. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ; 2546.
21. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (เพื่อการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ). นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
22. วีรุฒิ วงศ์วันดี. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลอากาศอำนวย อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สหวิทยาการเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2554.
23. วิชิตา คมขำ. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)] เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.
24. วัชรารณณ์ เชื้อมกลาง. การพัฒนาศักยภาพการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนพิทักษ์ภูเบนทร์ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
25. กัลยา อินวาทย์. การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าคา อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ)] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
26. นริศรา ศรทรง. ผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
27. ชีรวิฑู ธรรมกุล. การประยุกต์แรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
28. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมอนามัยช่องปาก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

29. House JS. Work Stress and Social Support. Massachusetts: Addison-Wessley.1981.
30. รพีพรรณ เพชรรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ)] นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2556.
31. วิชิตา คงเหมือนเพชร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558.
32. กัณทิมา เหมพรหมราช. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขต นครชัยบุรินทร์.วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2557; 12 (3): 58 -68.
33. Schroth RJ, Brothwel DJ, Moffatt ME. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries. IJCH 2007; 66(2): 153-167.
34. Shang XH, Li DL, Huang Y, Chen H, Sun R. 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.
35. Perera PJ, Abeyweera NT, Fernando MP, Wamakulasuriya TD, Ranathunga N. Prevalence of dental caries among a cohort of preschool children living in Gampaha district Srilanka: a descriptive cross sectional study. BMC Oral Health 2012 Nov 13; 14:49Doi: 10.1186/1472-6831-12-49. PubMed PMID: 23148740; PubMed Central PMCID: PMC3514298.
36. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalance of early childhood caries and associated risk factor in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. Eur J Dent 2012; 6(2) 141-52.
37. Olatosi OO, Inem V, Sofola OO, Prakash P, Sote EO. The prevalence of early childhood caries and its associated risk factors among preschool children referred to a tertiary care institution. Niger J Clin Pract 2015; 18(4): 493-501.
38. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health science. 10<sup>th</sup> ed.: John Wiley & Sons. 2014.
39. Bloom B. Taxonomy of educational objectives. 20<sup>th</sup>. New York: David Mckay company; 1975.

40. Specter PE. Summated rating scale construction. In : Lewis-Beck MS. Ed. Basic measurement. NewYork: SAGE Publisher; 1994.
41. นิตยา เจริญกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2557.
42. กาญจนา หาญณรงค์. พฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. [วิทยานิพนธ์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
43. นิตยา นิยมการ, นิรัตน์ อิมามี. ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองศูนย์เด็กเล็ก ตำบลพังราด อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสารสุขศึกษา 2554; 34(110): 29-48.
44. สิริอนงค์ อ่ำพุทรา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.ดร.ทพ.ณัฐรุช แก้วสุทธา  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ทพญ.ปรารธนา ฮู้ผลเอิบ  
ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

## ภาคผนวก ข

### แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การป้องกันโรคฟันผุเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของสารนิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการป้องกันโรคฟันผุเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 4 การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัว

นางสาววิชุดา คงเหมือนเพชร

นักศึกษาระดับปริญญาโท

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในปัจจุบันมากที่สุด

- ประจำ = ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือ ปฏิบัติมากกว่า 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์  
 บางครั้ง = ปฏิบัติบ้าง หรือ ปฏิบัติตั้งแต่ 4 วันหรือน้อยกว่าต่อสัปดาห์  
 ไม่เคย = ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืด			
2. ท่านให้เด็กดื่มนมจากขวด			
3. เมื่อเด็กงอแง ท่านซื้อนมชงมาให้เด็กกิน			
4. ท่านให้เด็กกินขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม			
5. ท่านให้เด็กดื่มนมคาขวดจนหลับไป			
6. ท่านให้เด็กกินผลไม้แทนนมหวาน			
7. ท่านให้เด็กดื่มนมจากแก้ว หรือใช้หลอดดูด			
8. ท่านดูแลเด็กให้แปรงฟันในตอนเช้า และก่อนนอน			
9. ท่านให้เด็กใช้แปรงสีฟันสำหรับเด็กโดยเฉพาะ			
10. ท่านบิบบยาสีฟันให้เด็กเท่าเมล็ดข้าวโพด			
11. หากเด็กงอแงไม่ยอมแปรงฟัน ท่านก็จะปล่อยให้เด็กไม่แปรงฟัน			
12. หลังเด็กแปรงฟันเสร็จแล้ว ท่านตรวจฟันเด็กเพื่อดูความสะอาด			
13. หากเด็กแปรงฟันไม่สะอาด ท่านแปรงฟันให้เด็กซ้ำ			
14. ท่านจะรีบให้เด็กแปรงฟันทันที หากเจอคราบเศษอาหารสะสม			
15. เมื่อคอฟันเด็กมีการเปื้อนอยู่ ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทันที			
16. เมื่อเด็กมีฟันผุเพียงเล็กน้อย ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทันที			
17. ท่านแปรงฟันให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่าง			
18. ในขณะที่เด็กแปรงฟัน ท่านก็แปรงฟันไปพร้อมๆ กัน			
19. ท่านรับประทานขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต			
20. ท่านไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง			

### ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. ฟันน้ำนมผุจนต้องถอนตั้งแต่อายุน้อย ทำให้ฟันแท้ขึ้นไม่ถูกตำแหน่งหรือฟันซ้อนเก			
2. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบในเด็ก สาเหตุหนึ่งมาจากโรคฟันน้ำนมผุ			
3. เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมาก อาจส่งผลให้เด็กขาดสารอาหาร			
4. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษา เช่น ทำให้ขาดเรียนบ่อย			
5. ฟันน้ำนมผุ อาจทำให้เด็กอายเพราะออกเสียงพูดไม่ชัด			
6. การให้เด็กกินขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม จะทำให้ฟันผุ			
7. กราบจุลินทรีย์หรือซีฟันเหลืองๆ เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ			
8. โรคฟันน้ำนมผุ สามารถป้องกันได้			
9. การดื่มนมคาขวดในตอนกลางคืน ทำให้เด็กฟันผุได้			
10. โรคฟันน้ำนมผุ ทำให้ผู้ปกครองเสียเวลาในการประกอบอาชีพ			

### ส่วนที่ 4 การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<b>ท่านสามารถ</b>			
1. ควบคุมให้เด็กแปรงฟัน ได้ถูกวิธี			
2. ควบคุมไม่ให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ขนมของ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มี น้ำตาล			
3. ตรวจสอบสะอาดหลังการแปรงฟันของเด็กได้			
4. เลือกซื้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สำหรับเด็กได้			
5. ตรวจสอบหาฟันผุให้เด็กได้ทุกสัปดาห์			
6. ให้เด็กดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้ว			
<b>ท่านเชื่อมั่นว่า</b>			
7. เด็กในการดูแลของท่านจะมีฟันแข็งแรง			
8. เด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีฟันผุ			
9. เด็กในการดูแลของท่านจะไม่มีอาการปวดฟัน			
10. เด็กในการดูแลของท่านจะไม่มี ความทุกข์ทรมานจากการรักษา โรคฟันผุ			

**ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัว**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<b>สมาชิกในครอบครัวของท่าน</b>			
1. ชื่นชมท่าน เมื่อท่านดูแลการแปรงฟันของเด็กให้สะอาด			
2. พุดชักชวนให้ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันทุก 6 เดือน			
3. ช่วยกันดูแลไม่ให้เด็กกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ขนมซอง ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต ลูกอม นมที่มีน้ำตาล			
4. จัดหาเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมาให้ท่าน			
5. ช่วยดูแลการแปรงฟันของเด็ก เมื่อท่านไม่อยู่บ้าน			
6. ให้กำลังใจท่านในการแปรงฟันให้เด็กในวันที่เด็กงอแง			

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย



Certificate of Approval  
Ethical Review Committee for Human Research  
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2016-144

Protocol Title : DENTAL CARIES PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG GUARDIANS OF PRESCHOOL-CHILDREN  
IN CHILD DEVELOPMENT CENTERS, PHOTHONG DISTRICT, ANGTHONG PROVINCE

Protocol No. : 142/2559

Principal Investigator : Miss Vichuta Kongmueanphet

Affiliation : Master of Public Health  
Faculty of Public Health, Mahidol University

Approval Includes :

1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 28 November 2016

Date of Expiration : 27 November 2017

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*S. Nanthamongkolchai*

(Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research

*P. Fongsatitkul*

(Assoc. Prof. Dr. Prayoon Fongsatitkul)

Dean of Faculty of Public Health

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววิชุดา คงเหมือนเพชร
วัน เดือน ปีเกิด	16 มกราคม พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดยะลา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2544 – 2546 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551 – 2553 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2554 – 2558 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 – 2559 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่งสถานที่ทำงานปัจจุบัน	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
ที่อยู่ปัจจุบัน	90 หมู่ที่ 7 ตำบลอินทประมูล อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง 14120 โทรศัพท์ 0870228602 E-mail: namo_ad@hotmail.com