

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยัญญานุกูล)
อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย



นางสาวจิราวรรณ	จาคำมา
นางสาวทิพย์สุนันท์	ภูจุฬา
นางสาวเบญจมาศ	ปิ่นม่วง
นางสาวพัชราภรณ์	ยอดไหว
นายวัชรินทร์	ปิยะวงษ์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารายวิชาการวิจัยทางสุขภาพ (551461)

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2552

ชื่อเรื่อง	การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
ผู้ศึกษาค้นคว้า	นางสาวจิราวรรณ จาคำมา, นางสาวทิพย์สุนธิ์ ภูจุฬา, นางสาวเบญจมาศ ปิ่นม่วง, นางสาวพัชราภรณ์ ยอดไหว, นายวัชรินทร์ ปิยะวงษ์
ที่ปรึกษา	อาจารย์ฤดีรัตน์ มหามัญปิติ
ประเภทสารนิพนธ์	รายงานการศึกษารายวิชาการวิจัยทางสุขภาพ (551461) มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552
คำสำคัญ	ทันตสุขภาพ โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 71 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์ (Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 69.0 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อคำถามของกลุ่มประชากรที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ลักษณะของยาสีฟันที่ดีคือผสมฟลูออไรด์ คิดเป็นร้อยละ 88.7 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.1 และเมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ พบข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติสูงที่สุดคือ การดื่มน้ำอัดลมจะช่วยให้ฟันขาวสะอาด (Mean=2.87, SD = 0.335) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.4 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติมากที่สุดคือ ไม่บิบยาสีฟันใส่แปรงเมื่อแปรงฟัน (Mean=2.83, SD = 0.478) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กินขนมหวานวันละหลายครั้ง

(Mean=2.72, SD = 0.453) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพ กับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson Correlation (r) = .077, P-value = .522) และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson Correlation (r) = .098, P-value = .415)



ประกาศคุณูปการ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ อรรวรรณ แซ่ตัน และอาจารย์ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จสมบูรณ์ ได้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร บุคลากรและนักเรียนประจำระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัยโรงเรียน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง ในการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
วันลงทะเบียน... ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๓
หมายเลข bib..... ๖.๒๓๑๔๑๘๔
หมายเลข item..... ๔.๕๑๕๖๐๒๖
เลขเรียกหนังสือ..... WA๒๐.๕

นางสาวจิราวรรณ
นางสาวทิพย์สุคนธ์
นางสาวเบญจมาศ
นางสาวพัชราภรณ์
นายวัชรินทร์

จาคำมา
ภูจุฬา
ปิ่นมวง
ยอดไหว
ปิยะวงษ์

๓๕๒๒
๒๕๕๒

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	2
	สมมุติฐานของการวิจัย.....	2
	ขอบเขตของการวิจัย.....	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ.....	5
	พฤติกรรมทันตสุขภาพและการวัด.....	15
	ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทันตสุขภาพ.....	20
	ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ขนมหที่เกี่ยวข้อกับการเกิดฟันผุ.....	37
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	47
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	48
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
	สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	50
4	ผลการวิจัย	
	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร.....	52
	ความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	53
	ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	54
	ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	55
	ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	56

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	57
ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	58
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร.....	59
ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร.....	60
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	61
5 บทสรุป	
สรุปผลการวิจัย.....	62
อภิปรายผลการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	72



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร.....	52
2	ตารางแสดงความรู้ด้านทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	53
3	ตารางแสดงระดับความรู้ด้านทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	54
4	ตารางแสดงทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	55
5	ตารางแสดงระดับทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร.....	56
6	ตารางแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	57
7	ตารางแสดงระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	58
8	ตารางแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร.....	59
9	ตารางแสดงระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร.....	60
10	ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร.....	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ฟันและอวัยวะในช่องปาก เป็นด่านแรกของระบบย่อยอาหาร และมีความสำคัญสำหรับการติดต่อสื่อสารของผู้คนในสังคม แต่จากรายได้ที่เพิ่มขึ้นของประชาชนและสภาพสังคมที่เร่งรีบ ทำให้พฤติกรรมกรรการบริโภคของคนเปลี่ยนไป ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพและระบบการพัฒนาคนยังไม่สามารถปรับตัวรองรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เด็กไทยในปัจจุบันจึงประสบปัญหาทันตสุขภาพ จากการสำรวจของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 - 2551 พบว่าเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ปราศจากฟันผุร้อยละ 41.37, 42.60, 42.00, และร้อยละ 43.83 และเหงือกปกติ ร้อยละ 48.34, 49.21, 54.02 และร้อยละ 53.83 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีแนวโน้มที่ปราศจากโรคฟันผุและเหงือกปกติมากขึ้น แต่การดำเนินโครงการในการป้องกันฟันผุและเหงือกอักเสบมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากเกิดฟันผุแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดลุกลามอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ มีปัญหาการบดเคี้ยว กินอาหารได้น้อยลง มีผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก บุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเองและส่งผลกระทบต่อการศึกษา

ในปี พ.ศ.2553 กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการ จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี" เพื่อให้เด็กกลุ่มปฐมวัย และเด็กประถมศึกษาได้รับการดูแลทันตสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุม มีการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันต กรรมสำหรับเด็กทั่วประเทศ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกมิติทั้งระบบการเงินการคลัง ระบบสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ ระบบพัฒนาคน และระบบสนับสนุนภายใต้การประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ กิจกรรมที่สำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็กภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า "ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี" ปีงบประมาณ 2553 ได้กำหนดเพิ่มให้งานทันตสาธารณสุขมีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 และมีการเคลือบหลุมร่องฟันเพิ่มในฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพื่อลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ และการสูญเสียฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อลักษณะการสบฟัน เนื่องจากฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 จะขึ้น

ในช่องปากในเด็กช่วงอายุ 11-12 ปี และจะมีลักษณะของตัวฟันเป็นหลุมร่องฟันลึกทางด้านบดเคี้ยว เป็นที่สะสมของเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟันเป็นการให้บริการทันตกรรมป้องกันโดยทันตบุคลากร โดยใช้วัสดุ sealant ในการปิดหลุมร่องฟัน เพื่อให้มีลักษณะหลุมร่องฟันมีลักษณะที่ตื้นขึ้น เพื่อช่วยลดการสะสมของเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ ทำให้ทำความสะอาดที่ดียิ่งขึ้น เป็นการช่วยลดอัตราความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุ

การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็กภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี” เป็นการให้บริการทางทันตกรรมป้องกันเคลือบหลุมร่องฟัน(sealant) เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุได้ โครงการวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร(ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ และเพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพของระดับอำเภอและขยายผลถึงระดับจังหวัดต่อไป

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการโดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ.2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดโครงการที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านทันตสุขภาพ
3. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนสำหรับ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์(ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจที่จะศึกษา เรื่องทันตสุขภาพ ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทันตสุขภาพ หมายถึง สุขภาพอนามัยในช่องปากและอวัยวะในช่องปากทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ อวัยวะเหล่านั้น ได้แก่ ริมฝีปาก ฟัน เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้มด้านใน เพดานปาก และต่อมทอนซิล

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ลักษณะและอาการ ของโรคฟันผุ การป้องกันการเกิดโรคฟันผุ อาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน อาหารที่มีโทษต่อฟัน การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความรู้เกี่ยวกับการขึ้นของฟัน อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และเป็นความรู้ที่ถูกต้อง

ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขต อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

การดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดผลต่อทันตสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการแปรงฟัน เช่น การแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี มีระยะเวลาในการกระทำที่แน่นอน สม่ำเสมอ และการใช้อุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน น้ำยาบ้วนปาก เป็นต้น

การบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และมีโทษต่อทันตสุขภาพที่กระทำเป็นประจำทุกวันและกระทำอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

เคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การเคลือบหลุมร่องฟันทั้งฟันน้ำนมและฟันแท้ ในเด็กนักเรียน ชั้น ป. 1 และ ป.6 และกลุ่มอื่น ๆ หน่วยนับเป็น "ราย/ซี่"

ราย หมายถึง จำนวนนักเรียน ที่ได้มีการ เคลือบหลุมร่องฟัน

ซี่ หมายถึง จำนวนซี่ฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ข้อมูลทั่วไป

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- ครอบครัว
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
- ความรู้

- พฤติกรรมทันตสุขภาพ
- ทักษะคตติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อที่สรุปได้ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ประยุกต์ในทัศนสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ
- 2.2 พฤติกรรมทัศนสุขภาพและการวัด
- 2.3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ
- 2.4 ความรู้เกี่ยวกับอาหารและขนมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ประยุกต์ในทัศนสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (The Social Learning Theory)

แบนดูรา (Bandura 1977:206) เชื่อว่า พฤติกรรมอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ การเรียนรู้จากผลการตอบสนอง (Learning By Response) การเรียนรู้ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ว่าการกระทำใดจะก่อให้เกิดผลของการกระทำที่เป็นทางบวกหรือทางลบ จากประสบการณ์ในการดำรงชีวิตในแต่ละวันของมนุษย์ โดยจะเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดที่ทำไปแล้วไม่มีผลหรือทำแล้วได้ผลลบ ฉะนั้นพฤติกรรมจึงเกิดจากผลการกระทำ โดยมนุษย์จะกระทำพฤติกรรมที่ใช้ผลทางบวกและไม่กระทำพฤติกรรมที่ให้ผลทางลบ การตอบสนองผลการกระทำนี้อาจมีลักษณะเป็น 3 รูปแบบคือ

1. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Function) ในการเรียนรู้บุคคลไม่เพียงแต่แสดงปฏิกิริยาสนองเท่านั้น แต่ยังสังเกตผลของการกระทำนั้นด้วย จากการสังเกตผลของการกระทำ จะทำให้บุคคลเลือกการตอบสนองที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นๆ และข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมในสภาพการณ์อื่นในอนาคต

2. ด้านการจูงใจ (Motivation Function) การที่บุคคลมีความเชื่อในความคาดหวังของผลของการกระทำ ก่อให้เกิดแรงจูงใจสูงในการกระทำพฤติกรรมที่คาดว่าจะได้รับผลของการกระทำที่พึงพอใจ และเกิดแรงจูงใจต่ำในการกระทำพฤติกรรมที่คาดว่าจะได้รับผลของการกระทำที่ไม่พึงพอใจ

3. ด้านการเสริมแรง (Reinforcing Function) การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ แล้วได้รับการเสริมแรง พฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นหรือคงอยู่ การเสริมแรงจะมีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลตระหนักถึงเงื่อนไขในการเสริมแรง (Reinforcing Contingency) ว่าการตอบสนองอันใดที่จะนำไปสู่การเสริมแรง ถ้าบุคคลไม่ตระหนักถึงเงื่อนไขการเสริมแรง การเสริมแรงนั้นก็อาจจะไม่มีอิทธิพลต่อการคงพฤติกรรมของบุคคลเลย

2. ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ผู้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเองคือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้



จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) แบนดูราให้ความหมายความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น ที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำจากรูปแบบนี้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งไม่ขึ้นกับความหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลที่ต้องการหรือไม่ และความคาดหวังว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคน ที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มี

ขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ในส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นซึ่งความคาดหวังทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยหรือมีความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้นยิ่งไปกว่านั้น แบนดูร่ายังได้กล่าวถึง บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงอีกว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมีความคาดหวังในผลของการกระทำที่สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะมีความคาดหวังในผลของการกระทำในระดับปานกลางหรือต่ำเช่นกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง แบนดูร่า กล่าวว่าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล พัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ดังนี้ (Bandura, 1977a หน้า 104)

1.ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรง จึงมีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอย่างมาก ความสำเร็จในการกระทำ จะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของบุคคลและการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำกัน จะเป็นตัวลดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถเกิดจากการประสบความสำเร็จหลายครั้ง จะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการทำงานนั้น เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในบางครั้ง ถ้าการไม่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดด้วยความพยายาม เพื่อให้งานนั้นสำเร็จ

การใช้ความสำเร็จในการกระทำ ได้ใช้แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ นักเรียนได้เกิดประสบการณ์ตรงจากการกระทำ ได้แก่ การสาธิต การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านทัศนสุขภาพ ซึ่ง Bandura ที่ได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด เพราะบุคคลจะได้ประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าตนกระทำได้สำเร็จ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่อาจ

เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมชักนำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในทางตรงกันข้าม หากความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวบุคคลก็อาจรับรู้ไปว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว บุคคลก็อาจรับรู้ไปว่าเป็นปัจจัยต่างๆทางสภาพแวดล้อมมากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นเพราะความสามารถของตนเอง

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการสังเกตต้นแบบที่บุคคลอื่นแล้วนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงานยาก โดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนก็สามารถทำงานนั้นได้ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะถ้ายังอยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการให้นักเรียนสังเกตการแสดงการกระทำต่างๆของบุคคลอื่นๆ เพื่ออาจถูกชักจูงให้เกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถกระทำอย่างที่คุณเห็นได้เหมือนกัน

ประเภทของตัวแบบการเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Life Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นๆ ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วีดิทัศน์ สไลด์ เป็นต้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จถึงแม้จะเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่งที่ไม่สามารถสาธิตให้ดูหรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตัวเอง

4. ความตื่นตัวของอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณตื่นตัวมีความวิตกกังวลหรือความกลัว จากอาการกระตุ้นร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดีหากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการทำงานนั้นระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้้อยากจะทำด้วยตนเองด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

5. การควบคุมตนเอง (Self Control) การควบคุมตนเองเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้บุคคลดำรงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ได้อย่างถาวร ผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง และมีความมั่นคงในอารมณ์ ไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานการณ์แวดล้อมภายนอก และจะกระทำตนอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็

ตาม ดังนั้นในการปรับพฤติกรรม การควบคุมตนเองจึงเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่บุคคลจะพัฒนาให้มีมากขึ้น เพื่อให้พฤติกรรมเป้าหมายนั้นดำรงอยู่ (Maintainance) และแผ่ขยาย (Generalization) ต่อไปได้

ผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองหมายถึง ผู้มีวินัยในตนเอง สามารถบังคับตนเองให้ปรับปรุงตนเอง หรือการจัดระเบียบพฤติกรรมบางชนิดของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดสร้างพฤติกรรมใหม่ที่น่าปรารถนา เพิ่มปริมาณพฤติกรรมนั้น และอนุรักษ์พฤติกรรมที่ดี มีประโยชน์ ตลอดจนการลดหรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาให้หมดไปจากตน โดยการจัดการตนเอง และไม่ต้องพึ่งพาการควบคุมบังคับจากผู้อื่น

การที่บุคคลจะควบคุมตนเองได้ เขาจะต้องมีจุดประสงค์บางอย่างเกิดขึ้นก่อน อันหมายถึงการมุ่งอนาคตในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การควบคุมตนเองโดยปราศจากการมุ่งอนาคตนั้นแทบจะไม่ปรากฏ แต่การมุ่งอนาคตไม่มีการควบคุมตนนั้นมีปรากฏอยู่บ่อยๆ และแสดงถึงความล้มเหลวในความตั้งใจของบุคคล

ลักษณะควบคุมตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพบุคคลต้องสามารถควบคุมตนเอง ให้การกระทำในสิ่งที่ควรกระทำจนสามารถทำได้เป็นกิจวัตร เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ ตรวจดูสุขภาพในช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งยังจำเป็นต้องงดเว้นกิจกรรมบางอย่างเช่น การไม่รับประทานของหวานจุบจิบ หรือการไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ การไม่รับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน การลดปริมาณการบริโภคอาหารหวานจัด พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ บุคคลต้องเอาชนะความเฝ้าระวังใจต่างๆ เช่น ความเอร็ดอร่อย ความพอใจ ความสบาย ดังนั้นการที่บุคคลจะมีความอดทนกระทำพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ได้ จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในอันที่จะมองการณ์ไกล เห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพดีในอนาคตได้ซึ่งลักษณะดังกล่าวคือ ลักษณะของการมุ่งอนาคตควบคุมตนเอง (อุบล เลี้ยววาริณ 2534)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ ที่จะนำมากล่าวต่อไปนี้มีจุดเน้นที่การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขที่เป็นตัวกำหนดภายในตัวบุคคล ซึ่งมีหลักการพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่ง Bandura ได้พัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมขึ้นและมีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลแต่ละคนจะเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ได้ก็ต่อเมื่อ

เขาได้สังเกตพฤติกรรมนั้น แล้วบันทึกสิ่งที่สังเกตรับรู้ในความทรงจำของเขา จากนั้นจึงฝึกฝนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และเมื่อทำได้ ก็จะได้รับเสริมกำลังใจซึ่งเป็นการจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปอีก ด้วยรางวัลที่ตนเองได้รับหรือคาดว่าจะได้รับ แล้วแต่ชนิดและปริมาณของการเสริมกำลังใจ สิ่งที่เน้นหนักในทฤษฎีนี้คือ การพัฒนาทักษะของร่างกายโดยการฝึกฝน มากกว่าเรื่องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และจำเป็นต้องมีแบบอย่างให้สังเกต ซึ่งเป็นตัวแบบที่ดึงดูดให้กระทำตาม

สำหรับรูปแบบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ เดลเมลเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ
2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ
3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากมองเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุที่ 1 และ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ถาวร เนื่องจากอาศัยสิ่งจูงใจ หรือปัจจัยภายนอกบังคับ แต่การเปลี่ยนแปลงในแบบที่ 3 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายในตัวบุคคลนั้น การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้เชื่อว่า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างถาวรยิ่งกว่าการเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุสองแบบแรก ดังนั้นการสร้างเงื่อนไขให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ 3 จึงเป็นหลักการที่สำคัญของการศึกษา

เทคนิคการฝึกควบคุมตนเอง (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต 2539 หน้า 327-355)

การฝึกควบคุมตนเอง มีหลักการที่สำคัญ คือ กระบวนการของเทคนิคเท่านั้น บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด นั่นคือ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฝึกหรือการพัฒนาการควบคุมตัวเอง จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย และวิธีการดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง ส่วนผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้สอนวิธีการและเทคนิคการควบคุมตนเองแบบนี้ ผู้เข้ารับการฝึกจะรู้สึกว่าเขาเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ มากกว่าที่จะเป็นเพียงบุคคลที่ต้องตกเป็นฝ่ายที่จะต้องรับผลของการกระทำแต่เพียงอย่างเดียว การควบคุมตนเองไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นวิธีการที่คนส่วนใหญ่ได้เคยทำมาแล้วในชีวิตประจำวันแทบทั้งสิ้น เทคนิคการควบคุมตนเองมีหลายเทคนิค ดังนี้

1. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อกำจัดจำกัดหรือควบคุมสิ่งเร้าของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อไม่ให้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

2.การเตือนตนเอง (Self Monitoring) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สำคัญมากในการควบคุมตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ที่เรียกว่า การจัดการตนเอง (Self Management) การเตือนตนเองนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง (Self Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self Recoding) ประสิทธิภาพของวิธีการนี้ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

2.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม ถ้าข้อมูลที่ได้มีผลต่อการได้รับแรงเสริมหรือรางวัลข้อมูลที่ได้มักสูงกว่าความเป็นจริง ในทางตรงกันข้ามถ้าข้อมูลที่ได้ มีผลต่อการได้รับการลงโทษ ข้อมูลที่ได้ก็จะต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงอาจใช้วิธีเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรมแทน ซึ่งพบว่าทำให้การบันทึกมีความแม่นยำขึ้น อย่างไรก็ตามการเน้นความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น (สมโภชน์ เอี้ยวสุภาชาติ 2539 หน้า 337)

2.2 ลักษณะของผู้รับการฝึก วิธีการเตือนตัวเองนี้ จะสามารถใช้ได้อย่างมีผลดี ก็ต่อเมื่อผู้รับการฝึกมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

2.3 ความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ

3.การเสริมแรงตนเอง และการลงโทษตนเอง (Self Reinforcement and Self Punishment) มีหลักดำเนินการอยู่ 2 ขั้นตอน คือ การกำหนดตัวเสริมแรง หรือการลงโทษด้วยตนเอง และการตั้งเกณฑ์การปฏิบัติพฤติกรรมที่จะได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเอง การเสริมแรงและการลงโทษตนเองนั้นในทางปฏิบัติ ต้องอาศัยวิธีการสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งประเมินว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้นวิธีการเตือนตนเอง จึงมีส่วนสัมพันธ์อย่างมากต่อการใช้วิธีเสริมแรงตนเองและลงโทษตนเอง โดยทั่วไปวิธีการที่นิยมใช้จะเป็นวิธีนำเอาเรื่องการเสริมแรงมาใช้มากกว่าการลงโทษ

4. การทำสัญญากับตัวเอง (Self Contracting) เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตัวเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเช่นไรบ้าง และทำให้เป็นรูปธรรมโดยให้มีผู้อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลตามที่ตกลงกันได้ และควรเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

5. การฝึกการเปลี่ยนการตอบสนอง (Alternative Respond Training) เป็นวิธีที่พัฒนามาเพื่อควบคุมความวิตกกังวล ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้สมาธิ การใช้จินตนาการ

6. การให้คู่มือช่วยตนเอง (Self – Help Manual) หรือการบำบัดโดยหนังสือ โดยอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวปัญหาที่คล้ายคลึงกันนั้น วิธีการนี้จะมีประสิทธิภาพมาถึง ผู้รับการฝึกสามารถสวมบทบาทเข้ากับลักษณะของหนังสือได้ ทำให้สามารถระบายอารมณ์ที่เก็บกอดเอาไว้ในสภาพที่ปลอดภัย และหยั่งรู้ทางออกที่เป็นผลต่อการแก้ไขปัญหา โดยทั่วไปวิธีการนี้จะ ได้ผลดีต้องเข้าร่วมกับวิธีการอื่นๆและมีข้อพิจารณาคือ หนังสือนั้น ต้องเหมาะสมกับระดับ ความสามารถของผู้อ่าน เรื่องราวควรอยู่ในระดับความสนใจ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้รับการ ฝึก เช่น ถ้าเป็นเด็ก ตัวละครควรเป็นเด็ก ลักษณะการดำเนินเรื่องสมจริง และลักษณะของตัวละคร เป็นไปได้ในชีวิตจริง และควรมีกิจกรรมหลังการอ่านหนังสือที่ได้เลือกไว้แล้ว เช่น การอภิปราย ปัญหา ควรทำรายการ การแก้ปัญหาที่เป็นไปได้หรือทำกิจกรรมอื่นๆ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการควบคุมตนเอง

นอกจากการใช้กลวิธีและเทคนิคที่เหมาะสมแล้ว ความพร้อมในตัวบุคคลผู้ได้รับ การฝึก ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญ ความพร้อมนี้หมายถึง จิตลักษณะและจิตวิสัยที่เอื้อต่อการควบคุม ตนเอง ได้แก่

1. ความตระหนัก (Awareness) เป็นลักษณะของจิตวิสัย ที่รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นใน จิตสำนึกความตระหนักไม่ใช่ความคิด แต่เป็นการรู้ถึงความคิด ความตระหนักจึงรวมทั้งความรู้และ ความคิด หรืออาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ทักษะคิดต่อสิ่งนั้น

2. ความรู้สึกแห่งตน (Sense of Self) หมายถึง ความเชื่ออำนาจในตน และความ เชื่ออำนาจนอกตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง ย่อมเป็นผู้ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดี ขึ้น

3. ความรู้สึกแห่งปรารถนา (Sense of Will) หรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นแรงจูงใจ ภายใน หมายถึงการที่บุคคลสามารถรู้ถึงความสำเร็จ หรือผลดีของการมีพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่ง รัตนา ประเสริฐสมได้นำแนวคิดในเรื่องการรับรู้ว่า ความพยายามเป็นสาเหตุของความสำเร็จ และความ ล้มเหลว มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมอนามัย โดยให้เด็ก นักเรียนได้รับรู้ว่า ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมอนามัยของตน เป็นสาเหตุของการมี สุขภาพอนามัยที่ดี และสร้างแรงจูงใจดังกล่าวควบคู่ไปกับการสอนให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง สุขภาพอนามัย เพื่อกระตุ้นให้เด็กนักเรียนกระทำพฤติกรรมอนามัยโดยสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ผลการทดลองพบว่านักเรียนที่ได้รับการฝึก จะรายงานการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ รับการฝึก (รัตนา ประเสริฐสม : 2526)

อย่างไรก็ตามหลักการเรียนรู้พฤติกรรมมีอยู่ 2 ขั้นตอน คือ การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และการอนุรักษ์พฤติกรรมนั้นไว้ให้เกิดเสมอในปริมาณที่ต้องการ ดังนั้นแม้ว่าคนส่วนใหญ่จะมีความแข็งแกร่งทางจิตใจในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน แต่ถ้ามีการจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยสร้างและอนุรักษ์พฤติกรรมที่น่าปรารถนาไว้ได้

ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนคติ เป็นความรู้สึกตอบสนองไปในทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และแสดงความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (Shaver, 1997 หน้า 168)

ทัศนคติเป็นกระบวนการที่อยู่ในจิตใจ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบทางการรู้เชิงประมาณค่า (Cognitive Evaluative Component) หมายถึง การรู้ การคิด ความเชื่อที่บุคคลมีต่อบุคคล เรื่องราว หรือวัตถุ ตลอดจนข้อสนเทศทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งนั้น ความรู้ ความคิดนี้มีทิศทาง คือ ได้ตัดสินใจไปทางด้านดีหรือเลว ประโยชน์หรือโทษ จึงไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact) ตามปกติเท่านั้น

2. องค์ประกอบทางความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความชอบ ความไม่ชอบต่อสิ่งหนึ่งหรือความพอใจ ไม่พอใจต่อสิ่งหนึ่ง โดยทั่วไปองค์ประกอบทางความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งของบุคคลจะตั้งสอดคล้องกับทิศทางขององค์ประกอบแรกของเขาด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ต่อตัวเขา บุคคลก็จะชอบพอใจสิ่งนั้น ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบพอใจสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางการมุ่งกระทำ หรือความพร้อมกระทำ (Behavioral Intention Component) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งคือ ความโน้มแน่วที่จะกระทำ (Action Tendency) หรือเจตนาที่จะกระทำ (Behavioral Intention) หรือความพร้อมกระทำ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2532 หน้า 66-67)

ทัศนคติ เป็นจิตลักษณะที่มีผู้เห็นว่ามี ความเกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดกับพฤติกรรม จนเกิดเป็นรูปแบบความเชื่อ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการป้องกันโรค หรือ KAP ดวงเดือน พันธุมนาวิน ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ และให้ความเห็นว่า ทัศนคติ อาจทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ ตั้งแต่ 10 – 60 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการวัดทัศนคติ และพฤติกรรมที่ศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่า ทัศนคติเพียงด้านเดียวย่อมทำนายพฤติกรรมได้ไม่เต็มที่ ควรพิจารณาจิตลักษณะอื่นๆ ของผู้กระทำไปพร้อมกันด้วย เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการควบคุมตนเอง (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ, 2530)

การวัดทัศนคติ (งามตา วรินทร์านนท์, 2535) ทัศนคติเป็นลักษณะทางจิตที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่อาจสังเกตได้จากการกระทำหรือจากคำบอกเล่าของบุคคลที่กำลังถูกศึกษา โดยทั่วไปเราวัดทัศนคติเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องที่เรา กำลังศึกษาอยู่ และใช้การวัดทัศนคติเพื่อให้เข้าใจสาเหตุและผลที่ผลักดันให้บุคคลกระทำการใดๆ ไปได้ต่างๆกัน ทัศนคติเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่หรือความรู้ใหม่ วิธีวัดทัศนคติในปัจจุบันมี 6 วิธี คือ วิธีสังเกต วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการใช้แบบสอบถาม วิธีวัดทางอ้อม วิธีศึกษาแบบไม่ถูกวางใจ วิธีวัดสรีระ โดย 3 วิธีแรกเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่บ่อยๆดังนี้

1. การวัดทัศนคติโดยวิธีการสัมภาษณ์ (Interview) โดยถามให้ตอบด้วยปากเปล่า ผู้เก็บข้อมูลอาจจดบันทึกคำตอบ หรืออัดเสียงเอาไว้ แล้วนำคำตอบมาวิเคราะห์ภายหลัง วิธีการสัมภาษณ์มักใช้ร่วมกับวิธีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ตอบ มาประกอบวิเคราะห์ด้วย การสัมภาษณ์สามารถได้ข้อมูลที่ครอบคลุมใช้ระยะเวลาการเก็บสั้น แต่บางกรณีอาจไม่ได้ข้อเท็จจริงเพราะผู้เก็บข้อมูลอาจมีอิทธิพลต่อการตอบคำถามของผู้ที่ถูกรับศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่เราต้องการวัดทัศนคติในเรื่องที่ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกว่าจะเล่าอย่างเปิดเผย เพราะไม่คุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์เพียงพอที่จะเปิดเผยความในใจ การวัดทัศนคติโดยวิธีนี้จึงมีข้อจำกัด

2. การวัดทัศนคติโดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นวิธีที่ใช้กับผู้ที่มีความสามารถอ่านออก – เขียนได้ เป็นวิธีที่ประหยัดเวลากว่า ใช้ง่าย และใช้วัดทัศนคติของคนจำนวนมากได้พร้อมกันแต่หากกระจายแบบสอบถามโดยไม่ควบคุม มักจะได้รับคำตอบคืนมาน้อย ทำให้การสรุปผลคำตอบไม่มีนัยยะครอบคลุมถึงบุคคลอื่นที่ต่างจากผู้ตอบ ซึ่งจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับการวิจัยบางประเภท แต่โดยทั่วไปวิธีการนี้เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด และมีการใช้กันมากที่สุด เครื่องมือวัดทัศนคติประเภทแบบสอบถามมีหลายแบบด้วยกันที่นิยมใช้กันมาก 3 แบบ คือ

วิธีใช้ค่าประจำประโยค เป็นวิธีการของ เฮอร์สโตน และคณะ (Thurstone et al, 1929) แบบวัดนี้จะประกอบด้วยประโยคข้อความต่างๆ 15-20 ประโยค แต่ละประโยคจะมีค่าประจำประโยคซึ่งค่านั้นๆ จะแสดงว่าประโยคนั้นๆ บรรยายถึงประเด็นที่เราศึกษาไปในทางที่เห็นชอบหรือไม่เห็นชอบ และมีความหนักเบาเท่าใดเป็นบวกหรือเป็นลบ ประโยคใดที่ผู้ตอบขีดถูก ผู้วิจัยต้องนำค่าประจำประโยคมาใช้คำนวณหาคะแนนทัศนคติในเรื่องนั้นๆของผู้ตอบ คะแนนทัศนคติที่ได้นี้เป็นคะแนนที่มีค่าสมบูรณ์ (Absolute Value) ซึ่งสามารถทราบได้ทันทีว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติต่อประเด็นดังกล่าว สูง หรือต่ำ บวก หรือ ลบ แบบวัดประเภทนี้ สร้างยากแต่ใช้ง่าย

วิธีประเมินบนมาตราส่วน เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากในประเทศไทย โดยเฉพาะการประเมินตามแบบของ ออเคิร์ต (Likert, 1932) แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่สร้างง่ายกว่า ขั้นตอนน้อย

กว่าแบบวัดของเธอเธอร์สโตน แบบวัดประกอบด้วยประโยคข้อความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นของเรื่องที่ต้องการวัดทัศนคติ และแต่ละประโยคจะมีมาตราส่วนประกอบ แสดงน้ำหนักของความเห็นชอบ หรือความรู้สึกในเรื่องนั้น ซึ่งผู้วิจัยต้องนำคะแนนแสดงปริมาณความเห็นของแต่ละประโยคในคนๆ นั้นมารวมกัน หากคะแนนเฉลี่ย ซึ่งจะบอกถึงทัศนคติของผู้ตอบคนๆ นั้นในเรื่องนั้น โดยคะแนนที่ได้นี้เป็นคะแนนที่มีค่าสัมพัทธ์ (Relative Value) ซึ่งจะมีความหมายเฉพาะเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับคะแนนของผู้ตอบคนอื่นๆ ทั้งหมดเท่านั้น

2.2 พฤติกรรมทันตสุขภาพและการวัด

พฤติกรรมทันตสุขภาพ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการบริโภคตามชนิดรูปแบบและแบบแผน ที่มีประโยชน์ต่อทันตสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคที่หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อทันตสุขภาพ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่รับประทานมาก พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา และพฤติกรรมการใช้ฟันอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการให้บริการและรับบริการด้านทันตสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น

พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญ เป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันซึ่งจะต้องสร้าง และปลูกฝังให้กับเด็กทุกคน เพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน และเป็นนิสัยถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญคือ พฤติกรรมการแปรงฟัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจะได้ประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งสองมาพิจารณาโดยละเอียด ดังนี้

การแปรงฟัน และพฤติกรรมการแปรงฟัน โรคฟันผุและโรคปริทันต์ มีสาเหตุที่สำคัญมาจากคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก คราบจุลินทรีย์แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ คราบจุลินทรีย์เหนียวเหนือกและคราบจุลินทรีย์ไต่เหนือก เชื้อจุลินทรีย์จะเริ่มเกาะบริเวณเหนือกก่อน โดยจะนำเอาอาหารจำพวกน้ำตาลมาทำเป็นสารยึดเกาะบนผิวฟัน สารนี้ไม่ละลายน้ำมีคุณสมบัติติดแน่น ไม่สามารถกำจัดโดยการบ้วนปาก และยังทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น คราบจุลินทรีย์ในระยะเริ่มแรกจะประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์ปกติในช่องปาก แต่เมื่อคราบจุลินทรีย์อายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงชนิด และจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์ เป็นเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น และก่อให้เกิดการอักเสบของเหงือกบริเวณขอบเหงือก ทำให้เกิดการแยกตัวของขอบเหงือก และมีร่องลึกมากขึ้น เมื่อเกิดคราบจุลินทรีย์ไต่เหนือก คราบจุลินทรีย์นี้จะมีส่วนประกอบของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ นอกจากนี้เชื้อจุลินทรีย์บางชนิดยังสามารถสร้างกรดจากน้ำตาล ซึ่งจะมีผลในการละลายส่วนประกอบของฟัน ทำให้เกิดโรคฟันผุ

การแปรงฟันที่ถูกวิธี เป็นวิธีการในการกำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์ ที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ทุกวันนี้ประชาชนไทยคุ้นเคยกับการแปรงฟันมากขึ้น จากการสำรวจพบว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่ ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (กองทันตสาธารณสุข 2537) แต่ประสิทธิผลของการแปรงฟันต่อสภาวะอนามัยในช่องปาก ยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากประสิทธิภาพ และคุณภาพของการแปรงฟันยังไม่เพียงพอ วัตถุประสงค์ของการแปรงฟัน นอกจากเพื่อทำความสะอาดช่องปาก ขจัดเศษอาหารแล้ว ยังมุ่งเน้นในเรื่องการขจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะที่ผิวฟัน วิธีแปรงฟันที่ให้ประสิทธิผลที่ดี ควรมุ่งเน้นที่การทำมาสะอาดบริเวณคอฟัน เพราะคราบจุลินทรีย์ในบริเวณดังกล่าว เป็นผลให้เกิดเหงือกอักเสบ นอกจากนี้วิธีแปรงฟันที่ดี ยังควรจะต้องปลอดภัย ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน

รูปแบบการแปรงฟันตามความถนัดเป็นพฤติกรรมถาวร การปลูกฝังวิธีการแปรงฟันให้กับเด็กจึงต้องคำนึงถึงพัฒนาการของการใช้กล้ามเนื้อมือของเด็ก และต้องใช้เวลาฝึกฝนจนกระทั่งเด็กมีความชำนาญและรู้สึกเป็นความถนัดตามวิธีที่สอน สำหรับวิธีแปรงฟันมีผู้คิดค้นไว้หลายวิธี เช่น วิธีสครับ (Scrub Method) วิธีโรลล์ (Roll Method) วิธีชาร์เตอร์ส (Charters Method) วิธีสตีลแมน (Stillman Method) วิธีเบส (Bass Method) วิธีมอดิฟายด์เบส (Modified Bass Method) เป็นต้น การแปรงฟันด้วยวิธีต่างๆ เหล่านี้ ทันตแพทย์จะแนะนำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่สำหรับประชาชนทั่วไป มีข้อเสนอแนะว่า วิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี คือวิธี Horizontal scrub และสำหรับเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปี และผู้ใหญ่ควรใช้วิธี Modified Bass Method

วิธีการแปรงฟันแบบมอดิฟายด์เบส โดยวางแปรง ให้ปลายขนแปรงอยู่ตรงรอยต่อระหว่างเหงือกและฟัน และทำมุม 45 องศา กับตัวฟัน ออกแรงกดเบาๆ แล้วขยับไปมาเล็กน้อยเป็นช่วงสั้นๆ (โยกไป - มา) จากนั้นบิดข้อมือบิดขนแปรงจากบริเวณโคนฟันมาทางปลายฟัน ทำเช่นนี้กับฟันทุกซี่ ทั้งด้านนอก และด้านใน ส่วนบริเวณด้านบดเคี้ยวให้วางแปรงบนด้านบดเคี้ยว ถูแปรงไป - มา การแปรงฟันวิธีนี้บริเวณที่ให้ความสำคัญในการแปรงฟัน คือบริเวณคอฟัน ใกล้เหงือกและซอกฟัน ซึ่งต้องได้รับการแปรงให้สะอาดอย่างทั่วถึงทั้งด้านเพดาน ด้านใกล้ลิ้น ด้านใกล้ริมฝีปากของฟันหน้า และด้านใกล้แก้มของฟันหลัง

พฤติกรรมแปร่งฟัน การที่เด็กมีความสามารถแปร่งฟันได้อย่างถูกวิธี เป็นเพียงความสามารถในการกระทำของบุคคล ที่แสดงออกมาเท่านั้น แต่การปฏิบัติจริงจนเป็นพฤติกรรมแปร่งฟัน คือ แปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ยังต้องมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง และมีองค์ประกอบอีกหลายประการ ที่สำคัญคือแรงจูงใจ หรือจิตลักษณะภายในตัวบุคคล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะได้นำมากล่าวโดยละเอียดในหัวข้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ถ้ามีการฝึกเด็กให้สามารถกระทำพฤติกรรมแปร่งฟันได้ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมจนสามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมแปร่งฟันได้อย่างสม่ำเสมอ ก็สามารถคาดหวังได้ว่าพฤติกรรมนี้จะ เป็นนิสัยติดตัวต่อไปเมื่อเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เด็กวัย 12 ปี ที่มีพฤติกรรมแปร่งฟันสม่ำเสมอมากกว่าวันละ 1 ครั้ง จะคงความถี่ของพฤติกรรมนี้ไว้กระทั่งเป็นผู้ใหญ่ แต่เด็กอายุ 12 ปี ที่มีพฤติกรรมแปร่งฟันไม่สม่ำเสมอ จะมีความถี่ของพฤติกรรมแปร่งฟันเบี่ยงเบนไปเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (Kuusela S, Honkala E and Rimpela A, 1996)

ระยะเวลาที่ใช้ในการแปร่งฟัน ระยะเวลาที่ใช้ในการแปร่งฟันแต่ละครั้ง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการขจัดคราบจุลินทรีย์ และความสะอาดของช่องปาก Honkala และคณะ (1986) ศึกษาประสิทธิภาพของการแปร่งฟันด้วยวิธีตามความถนัดในเด็กอายุ 13 ปี 110 คน พบว่า เวลาที่มีผลต่อความสะอาดในการแปร่งฟันคือระหว่าง 1-2 นาที ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับการแปร่งฟัน คือ ควรแปร่งฟันให้สม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะเวลาก่อนนอน ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยจะได้แนะนำให้เด็กแปร่งฟันวันละ 3 ครั้ง คือ ตอนเช้า 1 ครั้ง หลังอาหารกลางวัน 1 ครั้ง และตอนเย็นหรือหลังรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายของวันอีก 1 ครั้ง และเพื่อให้แปร่งฟันได้อย่างทั่วถึง ทุกซี่ ทุกด้าน ควรใช้เวลาแปร่งฟันแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 3 นาที โดยในแต่ละตำแหน่งควรแปร่ง 4-5 ครั้ง

พฤติกรรมกรับโรคอาหารที่เป็นปัญหาต่อทันตสุขภาพ อาจพิจารณาได้จากหลายองค์ประกอบคือ

ชนิดและรูปแบบของอาหาร

อาหารบางชนิดทำให้เกิดโรคฟันผุ และอาหารบางชนิดสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ (Stephan R.M. 1940) อาหารจำพวกแป้งละเอียด และน้ำตาล เป็นสาเหตุสำคัญที่ชักจูงให้เกิดโรคฟันผุ เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากสามารถเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกรด นอกจากนั้นยังพบว่า น้ำอัดลมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีฟันผุในอัตราสูง (Ismail, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา

ของจากรูวรรณ ตันกูรานนท์ (2539) ที่พบว่า เด็กนักเรียนที่ตอบว่าชอบน้ำอัดลมมากที่สุดจะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เป็นซี่ (DMFT) สูงสุด ส่วนชนิดของอาหารที่ต่อต้านโรคฟันผุพบว่า ปริมาณการรับประทานสารอาหารจำพวกไขมัน มีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคผกผันกับความรุนแรงของโรคฟันผุ (รวีวรรณ ปัญญางาม 2535) ซึ่งมีคำอธิบายว่า ไขมันสามารถเคลือบผิวฟันไว้ ทำให้อาหารตกค้างบนผิวฟันได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ชั้นของไขมันที่ปกคลุมบนแผ่นคราบจุลินทรีย์ จะทำให้สารอาหารจำพวกน้ำตาล ไม่สามารถผ่านเข้าสู่แผ่นคราบจุลินทรีย์ ทำให้เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ขาดอาหารเพื่อเจริญเติบโต จึงสร้างกรดได้น้อยลง (Nizel,A, 1981)

รูปแบบของอาหาร ลักษณะทางกายภาพของอาหารมีผลต่อการตกค้างของอาหารในช่องปาก อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่เหนียว ติดฟัน อาจทำให้ระบบกำจัด หรือระบบป้องกันทางธรรมชาติของร่างกายไม่สามารถกำจัดของหวานเหล่านี้ออกจากช่องปากในเวลาอันควรได้ ทำให้มีการตกค้างของน้ำตาลในช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ผิวฟันเป็นเวลานาน Lundquist (1952) พบว่าน้ำตาลที่อยู่ในรูปอาหารเหลวจะถูกกำจัดออกจากช่องปากได้เร็วกว่าน้ำตาลที่อยู่ในรูปอาหารแข็ง และปริมาณของอาหารที่เกาะติดอยู่บนผิวฟัน ภายหลังการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับอัตราฟันผุ ถอน อุด ที่ตรวจพบ Gustafsson (1954) ศึกษาผลของการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรต ต่อการเกิดโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องกันตลอดระยะเวลา 5 ปี พบว่า น้ำตาลที่ตกค้างอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน จะมีโอกาสทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น

วิธีการบริโภคอาหาร มีประเด็นเกี่ยวข้องที่พิจารณาได้ 2 ข้อคือ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ใช้เวลานานกว่าปกติ เช่น อมข้าว เคี้ยวนาน ไม่กลืน พฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้อาหารแป็งหนายาบ ไม่ทำอันตรายต่อสุขภาพฟัน ถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลขณะยังเคี้ยวอยู่ในปาก ซึ่งจะถูกจุลินทรีย์เปลี่ยนให้เป็นกรดและทำลายฟันได้ เช่นเดียวกับการอมลูกอมนานๆ ก็จะมีผลเช่นนี้ได้

การบริโภคน้ำตาลในมืออาหาร จะมีผลต่อการเกิดฟันผุน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางกายภาพและทางเคมีของอาหารอื่นทำให้สภาวะกรดกลายเป็นกลางและช่วยเจือจางกรดที่ถูกสร้างขึ้นมารวมทั้งกระตุ้นให้น้ำลายไหลเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามน้ำตาลที่บริโภคระหว่างมืออาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคก่อนนอน จะทำให้ฟันผุเพิ่มมากขึ้น (บุปผา ไตรโรจน์ พวงทอง ผู้กฤตยาคามี 1986)

ปริมาณและความถี่ของการบริโภค Stephan (1940) พบว่าระดับความเป็นกรดของแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันภายหลังการบ้วนปากด้วยน้ำตาลซูโครส ประมาณ 2-4 นาที จะมีค่า pH ประมาณ 5.0 - 6.5 ซึ่งเป็นระดับวิกฤติที่มีการละลายของแร่ธาตุ จากผิวฟัน แต่หลังจากนั้นประมาณครึ่งชั่วโมง pH จะเข้าสู่ระดับปกติ ที่เป็นกลางและเกิดกระบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับที่ผิวฟัน แต่ถ้ามีการบริโภคน้ำตาลติดต่อกันหลายครั้งจะทำให้แผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันมีภาวะเป็นกรดในระดับวิกฤติต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการละลายของแร่ธาตุที่ผิวฟันต่อเนื่องเป็นเวลานาน และไม่มีช่วงเวลาของการสะสมแร่ธาตุกลับคืน เป็นการเริ่มต้นของการเกิดโรคฟันผุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

พฤติกรรมทันตสุขภาพ มิใช่เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้เองอย่างโดดเดี่ยว หากแต่เกี่ยวพันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตมนุษย์ และได้รับอิทธิพลทั้งภายในตัวบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมอันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสภาพครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชนที่อยู่อาศัยสื่อมวลชน หรือแม้กระทั่งโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนระบบบริการทันตสุขภาพ

ตัวกำหนดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ตัวกำหนดด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Determinants)
2. ตัวกำหนดภายในตัวบุคคล (Intraindividual Determinants)

ตัวกำหนดด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Determinants) ได้แก่ ตัวกำหนดทางสังคมในระดับมหภาค (Macrolevel Social Determinants) และตัวกำหนดทางสังคมในระดับจุลภาค (Microlevel Determinants)

ตัวกำหนดทางสังคมระดับมหภาค ได้แก่อิทธิพลของเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมและการสื่อสารรวมทั้งอิทธิพลของการรณรงค์ทางสังคมมวลชน และการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐ ตัวอย่างเช่น ผลของการขยายตัวทางด้านสื่อสารมวลชนในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักในด้านสุขภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การโฆษณาขายแปรงสีฟันและยาสีฟันของบริษัทผู้ผลิต มีบทบาทที่สำคัญที่ทำให้ประชาชนนิยมใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ แต่ในขณะเดียวกันการโฆษณาอย่างมากมายของขนมหวานและน้ำอัดลม ได้ทำให้มีการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นมาก และมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากขึ้น เช่นกัน

บทบาทของรัฐ และชุมชน เช่น การที่รัฐ หรือองค์กรชุมชนในท้องถิ่นให้ความสนใจต่อปัญหาทันตสุขภาพทำให้การดำเนินโครงการต่างๆมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ครอบครัว เป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อเด็กในเชิงความเชื่อในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนต่อผู้อื่น ครอบครัวจะหล่อหลอมทั้งในด้านค่านิยม และปทัสถาน พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง เป็นแบบอย่างของเด็กทั้งในเรื่องความเชื่อและพฤติกรรม อิทธิพลของครอบครัวเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคมแบบปฐมภูมิ ส่วนโรงเรียน เพื่อนร่วมรุ่น สื่อต่างๆ และบุคคลสำคัญที่นิยมชมชอบเคารพนับถือ เป็นส่วนของกระบวนการขัดเกลาทางสังคมแบบทุติยภูมิ แบบแผนพฤติกรรมที่พัฒนาผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมอาจพิจารณาโดยศึกษาอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อบุคคล 3 วัย คือ วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

ตัวกำหนดในตัวบุคคล (Intraindividual Determinants) เป็นปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factors) ของพฤติกรรมต่างๆของปัจเจกบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์หรือลงโทษของการกระทำพฤติกรรม กับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ที่จะนำไปสู่การกระทำ อย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวกำหนดภายในตัวบุคคลนี้เป็นสภาพการณ์ของตัวบุคคล ทั้งในลักษณะภายใน เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ฯลฯ และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เป็นต้น ตัวกำหนดที่เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคล

2.3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

1. ลักษณะและโครงสร้างของฟัน

ฟันในช่องปากของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันน้ำนม (Primary teeth) และฟันแท้ (Permanent teeth) ฟันน้ำนมจะเริ่มขึ้นมาในช่องปากเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน โดยฟันหน้าล่างจะขึ้นเป็นซี่แรก และขึ้นครบ 20 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 2 เดือน ถึง 2 ปีครึ่ง และเมื่ออายุ 6 ขวบ ฟันแท้ซี่แรก คือ ฟันกรามซี่ที่ 1 จะขึ้นมาในช่องปาก โดยขึ้นด้านในสุดต่อจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 2 หลังจากนั้นฟันน้ำนมจะเริ่มทยอยหลุดออกไป และมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ ในช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี จะเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมและฟันแท้อยู่ในช่องปาก (Mixed dentition) ฟันแท้จะขึ้นครบ 28 ซี่ ในช่วงอายุประมาณ 12 ปี สำหรับฟันกรามแท้ซี่ที่ 3 หรือฟันคุดจะขึ้นเมื่ออายุประมาณ 18 – 25 ปี เมื่อฟันแท้ขึ้นครบ จะมีทั้งหมด 32 ซี่

โครงสร้างของฟัน ประกอบด้วย

1. เคลือบฟัน (Enamel) เป็นส่วนที่ปกคลุมตัวฟันชั้นนอกสุด มีความแข็งแรงที่สุด สีขาวหรือขาวเหลือง

2. เนื้อฟัน (Dentin) เป็นส่วนที่อยู่ถัดเข้าไปจากเคลือบฟัน เป็นเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ของฟันยาวตลอดตัวและรากฟัน ประกอบด้วยท่อเล็กๆยาวๆ เรียงอัดแน่นกันอยู่ เรียกว่า Dentinal tubules ภายในท่อเล็กๆ มีปลายประสาทรับความรู้สึก ทำให้เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น จะมีอาการเสียวหรือปวดได้

3. โพรงประสาท (Pulp cavity) เป็นโพรงตรงกลางตลอดทั้งตัวฟันและรากฟัน ภายในประกอบด้วย เส้นเลือด เส้นประสาทรับความรู้สึก ท่อน้ำเหลือง เข้ามาหล่อเลี้ยงฟัน โดยผ่านมาทางรูเปิดปลายรากฟัน บริเวณผนังโพรงประสาทฟันจะมีเซลล์ Ameloblast ซึ่งทำหน้าที่สร้างเนื้อฟันเรียงตัวอยู่ เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นหรือทำอันตรายต่อประสาทฟัน เซลล์นี้จะสร้างเนื้อฟันเพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายนั้นเข้ามาทำอันตรายต่อประสาทฟัน

4. เคลือบรากฟัน (Cementum) คลุมอยู่นอกสุดของส่วนรากฟัน และเป็นที่ยึดเกาะยึดของเนื้อเยื่อปริทันต์ ซึ่งโยงไปยึดกับกระดูกรอบๆรากฟัน ทำให้ฟันติดแน่นกับกระดูก โครงสร้างส่วนเคลือบรากฟันนี้คล้ายกับของเคลือบฟัน แต่มีผลึกสารประกอบแคลเซียมน้อยกว่าจึงเกิดการสึกกร่อนเมื่อโดนถูได้ง่ายกว่า

อวัยวะปริทันต์ (Periodontal tissue)

อวัยวะปริทันต์ (Periodontal tissue) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ คือ เหงือก เอ็นยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้ารากฟัน

1. เหงือก (Gingiva) เป็นเนื้อเยื่อที่ปกคลุมกระดูกรองรับฟัน ทำหน้าที่ต้านแรงเสียดสีของอาหารระหว่างการบดเคี้ยวและการกลืน เหงือกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ เหงือกอิสระ (Free gingiva) เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (Interdental papilla) เหงือกยึด (Attached gingiva) ลักษณะทางคลินิกของเหงือกปกติ มีสีชมพูซีดถึงซีม ขึ้นอยู่กับปริมาณของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงและระดับความหนาของเคอราตินในเซชันของเยื่อเมือก และการมีสารสลับภายในเซลล์ของเยื่อเมือกบริเวณเหงือกอิสระจะมีผิวเรียบ ขอบเหงือกบางแนบกับผิวฟัน จะมีร่องเหงือกระหว่างเหงือกอิสระและคอฟัน ร่องเหงือกปกติลึก 0.5-3 มิลลิเมตร เมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์สอดเข้าร่องเหงือกไม่พบอาการเลือดออก เมื่อขีดเหงือกให้แห้งจะพบเหงือกยึดมีลักษณะเป็นจุดๆคล้ายผิวส้ม จำนวนจุดผิวส้มจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เหงือกปกติจะมีลักษณะแน่นแข็งและหยุ่นและเต็มอยู่ระหว่างซอกฟันทุกซี่

2. เส้นยึดปริทันต์ (Periodontal ligament) เป็นเนื้อเยื่อยึดต่อชนิดไฟบรัส ทำหน้าที่ยึดฟันกับกระดูกเบ้าฟัน ด้านทานแรงกดที่เกิดจากแรงบดเคี้ยว ถ่ายทอดแรงบดเคี้ยวสู่กระดูกเบ้ารากฟันเพื่อลดอันตรายที่เกิดกับฟัน

3. กระดูกเบ้ารากฟัน (Alveolar bone) เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกขากรรไกรที่ยื่นขึ้นรองรับรากฟัน เมื่อฟันถูกถอนไปกระดูกเบ้ารากฟันจะละลายไปตาม กระดูกเบ้ารากฟันทำหน้าที่รองรับแรงดึงและแรงกดที่มากระทำต่อฟัน ป้องกันเส้นเลือด เส้นประสาท เส้นน้ำเหลืองที่อยู่ในบริเวณช่องเส้นยึดปริทันต์

ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีการละลายส่วนประกอบของฟันเป็นโพรงฟันขึ้น การทำลายนี้ถือว่าเป็นการทำลายอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปได้ ต้องทำการรักษา สาเหตุของฟันผุ คือ เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุสำคัญคือ Streptococcus mutans เมื่อรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเข้าไป เชื้อจะย่อยสลายน้ำตาลเกิดเป็นกรดขึ้นมา กรดจะทำอันตรายฟัน ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกไป (Deminerlization) เมื่อเกิดกรดมากและบ่อยๆครั้ง ก็จะทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่มากขึ้น ทำให้ฟันผุเป็นโพรงได้ การเกิดฟันผุเป็นขบวนการที่จะเกิดขึ้นได้จะต้องประกอบด้วยสภาวะที่เหมาะสมและมีภาวะที่เหมาะสมและมีภาวะของปัจจัย 4 ปัจจัยร่วมกัน คือ ฟัน เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดกรด อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และเวลาที่เหมาะสม

ตำแหน่งของฟันที่เกิดฟันผุได้บ่อย

1. บริเวณหลุมร่องฟันด้านบดเคี้ยว พบมากในกลุ่มเด็ก ด้านบดเคี้ยวที่มีหลุมร่องฟันลึกจะเป็นที่เก็บกักของเศษอาหาร ปลายขอบขนแปรงไม่สามารถเข้าทำความสะอาดได้ จึงทำให้บริเวณนี้ง่ายต่อการเกิดโรคฟันผุ
2. บริเวณผิวเรียบ เช่น ด้านประชิดของฟันได้จุดสัมผัสระหว่างฟัน พบมากในกลุ่มผู้ใหญ่
3. รากฟัน พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเหงือกถ่น
4. รอบๆ วัสดุอุดเดิม

ลักษณะและอาการและการลุกลามของโรคฟันผุ

โรคฟันผุระยะที่ 1

ลักษณะ กรดเริ่มกัดกร่อนชั้นเคลือบฟัน ในระยะแรกมองเห็นการผุกร่อนไม่ชัดเจน อาจเห็นเป็นสีขาวขุ่นหรือตามหลุมร่องฟันมีสีดำๆเทาๆตามร่องฟันที่เริ่มผุ ยังไม่มีอาการ ระยะนี้การแปรงฟันให้สะอาดและใช้ฟลูออไรด์ทาเฉพาะที่อาจจะช่วยยับยั้งการลุกลามได้

โรคฟันผุระยะที่ 2

ลักษณะเป็นการลุกลามต่อจากระยะที่ 1 การกัดกร่อนถึงชั้นเนื้อฟัน รูฟันที่ผุชัดเจน ลักษณะเป็นรูสีดำ มีเศษอาหารติด การผุขั้นนี้จะลุกลามเร็วกว่าระยะแรกเนื่องจากเนื้อฟันแข็งแรงน้อยกว่าชั้นเคลือบฟัน จะเริ่มมีอาการเสียวฟัน เมื่อถูกของร้อน เย็นหรือหวานจัด ระยะนี้รักษาโดยการอุดฟัน

โรคฟันผุระยะที่ 3

ลักษณะเป็นการผุต่อจากระยะที่ 2 มีการทำลายลึกถึงโพรงประสาทฟัน เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน มีอาการปวดรุนแรงมาก อาจปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ เคี้ยวอาหารลำบาก มีการตกค้างของเศษอาหารในโพรงฟัน สกปรก มีกลิ่นเหม็น การรักษา โดยการรักษาคคลองรากฟันหรือถอนฟัน

โรคฟันผุระยะที่ 4

เชื้อโรคจะทำให้เกิดการเน่าตายของพวกเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน การรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกทำลายไป จึงไม่รู้สึเจ็บปวด แต่การเน่าจะลุกลามไปถึงกระดูกที่รองรับฟัน เกิดฝีหนองข้างใต้ มีการบวมปวดขึ้นมาอีก ฝีอาจจะทะลุออกมาที่เหงือกหรือข้างแก้มได้ ฟันโยก ระยะนี้เชื้อโรคจะลุกลามไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่นได้ การรักษาในระยะนี้โดยการถอนฟัน

ผลเสียของการเกิดโรคฟันผุ

เมื่อเกิดฟันผุแล้วมีผลเสีย ดังนี้

- เกิดความเจ็บปวดทรมาน อารมณ์เสีย หงุดหงิด ทำงานไม่ได้เต็มที่
- เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เมื่อมีความเจ็บปวดที่ฟัน ผู้ป่วยมักเลี่ยงการบดเคี้ยวหรือเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานหนัก ย่อยอาหารไม่ได้
- มีกลิ่นปาก
- เชื้อโรคกระจายสู่ส่วนอื่นๆของร่างกาย อาจทำให้เกิดอันตรายได้ คือ แทรกซึมไปตามเนื้อเยื่อใกล้เคียง ทำให้บวมที่เหงือก แก้ม ริมฝีปาก ใต้ตา คาง กระจายไปตาม

น้ำเหลืองเกิดการอักเสบตามข้อต่างๆกระจายไปตามกระแสโลหิต ทำให้อวัยวะต่างๆอักเสบได้ ที่สำคัญ คือ เยื่อหุ้มสมอง ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มปอดและไต

- สูญเสียฟันและบุคลิกภาพ
- สูญเสียทางเศรษฐกิจ ทรัพย์สินและเวลา
- เสียสุขภาพจิต

การป้องกันฟันผุ

1. เพิ่มความต้านทานให้แก่ตัวฟันให้ทนทานต่อการละลายของกรด เช่น การใช้สารฟลูออไรด์

- 2.เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้
3. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่หวานจัด เช่น แป้ง น้ำอัดลม

4. ลดการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์และลดการที่กรดจะสัมผัสกับตัวฟัน ด้วยการทำความสะอาดฟันอย่างสม่ำเสมอ เช่น การแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธีสม่ำเสมอ การใช้ไหมขัดฟัน

โรคเหงือกอักเสบ

สาเหตุของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

1.แผ่นคราบฟัน เป็นสาเหตุโดยตรงของโรค โดยเชื้อจุลินทรีย์ในแผ่นคราบฟัน จะผลิตสารพิษขึ้นมาทำให้เหงือกอักเสบ

2.หินปูนหรือหินน้ำลาย เสริมการอักเสบให้รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการระคายเคืองของหินปูน

3.สาเหตุทางอ้อม

- 3.1 การมีฟันล้มเก เรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ยากต่อการทำความสะอาด
- 3.2 การรับประทานอาหารเหนียวติดฟัน และประเภท Refine Food
- 3.3 ฟันที่บูรณะแล้วขอบวัสดุอุดฟันไม่แนบสนิทกับเนื้อฟัน ทำให้เป็นที่กักเศษอาหารและแผ่นคราบฟัน

3.4 การใส่ฟันปลอมไม่ถูกสุขลักษณะ

3.5 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ขณะตั้งครรภ์ วัยหนุ่มสาว

4.การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียว

5.สาเหตุอื่น เช่น

- 5.1 การแปรงฟันผิดวิธี และใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็งเกินไป
- 5.2 การหายใจทางปาก ทำให้เหงือกแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย
- 5.3 การขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามิน C, B, A
- 5.4 โรคทางร่างกายบางโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
- 5.5 การแพ้สารบางอย่าง เช่น แพ้ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก

ลักษณะอาการของโรคเหงือกอักเสบ

โรคเหงือกอักเสบ จะทำให้เหงือกมีสีแดงจัด ลักษณะผิวเหงือกจะเรียบ ขอบเหงือกบวมไม่แนบกับตัวฟัน จะมีร่องลึกบริเวณรอบตัวฟันมากกว่า 3 มม. มีเลือดออกง่าย ชนิดของโรคเหงือกอักเสบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. แบ่งตามความรุนแรงของโรค ได้ดังนี้
 - 1.1 เหงือกอักเสบชนิดเฉียบพลัน เกิดขึ้นในเวลารวดเร็ว เหงือกมีสีแดงจัด เลือดออกง่าย
 - 1.2 เหงือกอักเสบชนิดเรื้อรัง การอักเสบเป็นไปอย่างช้าๆ เหงือกมีสีแดงคล้ำบางครั้งพบว่าบวมโตขึ้นกว่าปกติ
2. แบ่งตามสาเหตุของการอักเสบ ได้ดังนี้
 - 2.1 เหงือกอักเสบในวัยหนุ่มสาว (Puberty Gingivitis)
 - 2.2 เหงือกอักเสบจากการขาดวิตามินซี (Scurbütic Gingivitis)

ผลเสียจากการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

เหงือกอักเสบแล้วไม่รักษาปล่อยทิ้งไว้อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็น โรคปริทันต์ (Periodontitis) ทำให้เจ็บปวด บวมหนองที่เกิดขึ้นจะทำลายกระดูกเบ้ารากฟัน ทำให้ฟันโยกคลอนและสูญเสียฟันไปในที่สุด ซึ่งอาจต้องสูญเสียฟันพร้อมกันครั้งเดียวหลายๆซี่ และเชื้อโรคอาจแพร่กระจายเข้าสู่กระแสโลหิตทำให้เกิดโรคแก่ร่างกายส่วนอื่นด้วย

โรคปริทันต์

โรคปริทันต์ เป็นโรคที่เกิดบริเวณเหงือก เยื่อปริทันต์และกระดูกที่รองรับฟัน ลักษณะของโรคปริทันต์ คือ มีการอักเสบของเหงือก เหงือกบวมแดงมีเลือดออกง่าย และถ้าปล่อย ให้โรคลุกลามจะมีหนอง และหลุดได้เองเมื่อเป็นโรคมามากๆ

สาเหตุของโรคปริทันต์

เกิดจากการที่มีคราบจุลินทรีย์สะสมบริเวณเหงือกและเชื้อจุลินทรีย์จะปล่อย สารพิษอันตรายต่อเหงือก เยื่อปริทันต์ และกระดูกรองรับฟัน

ลักษณะอาการ

ระยะแรก เหงือกจะมีการอักเสบ บวมแดงมีเลือดออกง่าย โดยเฉพาะเวลา แปรงฟัน ระยะนี้สามารถรักษาได้โดย การแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์

ระยะที่ 2 ถ้าปล่อยให้โรคดำเนินต่อไปโดยไม่รักษาจะมีการสะสมแร่ธาตุใน คราบจุลินทรีย์ ทำให้เกิดหินปูน ซึ่งจะทำให้เกิดโรครุนแรงขึ้น อาจมีเลือดออกจากเหงือกได้เอง และเริ่มมีการทำลายของกระดูกที่รองรับฟันให้เหงือกร่น ระยะนี้จำเป็นต้องรักษาด้วยการขูด หินปูนและทำความสะอาดฟัน

ระยะที่ 3 หากไม่ทำการรักษาโรคจะรุนแรงขึ้นเริ่มมีหนองและเลือดไหลใน บริเวณที่มีการอักเสบพร้อมกับมีกลิ่นปากรุนแรงและปวดฟันเวลาเคี้ยวอาหาร ระยะนี้สามารถ รักษาได้

ระยะสุดท้าย มีฝีที่เหงือกและบวมมาก กระดูกรอบๆรากฟันจะถูกทำลายมาก ขึ้นมีอาการปวดเวลาเคี้ยวอาหารและฟันโยกมากขึ้น จนต้องถอนฟันทิ้งหรือปล่อยให้หลุดไป ในที่สุด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์

1. คราบจุลินทรีย์ และหินปูนที่เกาะตามคอฟัน
2. ลักษณะการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติ เช่น ฟันซ้อนเก ฟันล้มเอียง มีการ กระแทกรุนแรงเวลาเคี้ยวอาหาร การสูบบุหรี่
3. โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน
4. ฮอร์โมน
5. การได้รับยาบางชนิด

การป้องกันโรคปริทันต์

ทำความสะอาดช่องปากให้สะอาดปราศจากคราบจุลินทรีย์ ด้วยการแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน หรือใช้อุปกรณ์เสริมตามคำแนะนำของทันตแพทย์ และพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อขูดหินปูน ทำความสะอาดฟัน

สารเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)

สารเคลือบหลุมร่องฟัน ในปัจจุบัน เริ่มพัฒนามาจาก (Bowen RL, 1982 , หน้า 10-15) เรซินนี้คือ บิส จีเอ็มเอ เรซิน (Bis GAM resin) เป็นผลมาจากปฏิกิริยา ของบิสฟีนอล เอ (Bis-phenol A) และไกลซีดีส เมธาไคลเลท (Glycidyl methacrylate) เมื่อใช้เป็นสารเคลือบหลุมร่องฟัน จะต้องมีน้ำโมโนเมอร์ (Monomer) ช่วยลดความเข้มข้นของ บิส จีเอ็มเอ ตัวอย่างของน้ำโมโนเมอร์ ได้แก่ เมธิล เมธาไคลเลท (Methyl Methacrylate หรือ MMA) ไตรเอทิลีนไกลคอลไดเมธาไคลเลท (Triethylene glycol dimethacrylate หรือ TEGDM) บิส ฟีนอล ไดเมธาไคลเลท (Bis-phenol dimethacrylate) บิส จีเอ็มเอ (Bis GMA resin) เอสเป้ เจ็ดหนึ่งเจ็ด โมโนเมอร์ (Espe-717 monomer) และยูรีเทนไดเมธาไคลเลท (Urethane dimethacrylate) ซึ่งจะใช้น้ำโมโนเมอร์ชนิดไหน ขึ้นอยู่กับบริษัทผู้ผลิต

ชนิดของสารเคลือบหลุมร่องฟัน

แบ่งออกเป็น 3 รุ่น คือ

รุ่นที่ 1 ชนิดแข็งตัวด้วยแสงอุลตราไวโอเล็ต ที่มีความยาวคลื่น 356 ไมโครเมตร เป็นสารเคลือบหลุมร่องฟัน ในระยะเริ่มแรก ที่เข้าสู่วงการทันตแพทย์ แต่มีปัญหาทางด้านเครื่องกำเนิดแสง ปัจจุบันนี้ ไม่มีการผลิตแล้ว

รุ่นที่ 2 ชนิดแข็งตัวด้วยสารเคมี หรือด้วยตัวเอง โดยมี Benzoyl peroxide เป็นตัวเร่ง

รุ่นที่ 3 ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้ มีความยาวคลื่นอยู่ระหว่าง 430-490 นาโนเมตร เป็นชนิดใหม่ล่าสุด เพราะสะดวก ที่เครื่องกำเนิดแสง สามารถใช้ได้ทั้งการอุด ด้วยคอมโพสิต และการทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน

สี ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน

สีของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ได้แก่ สีใส หรือไม่มีสี (Clear) สีขาว หรือสีอื่น ๆ

สารเคลือบหลุมร่องฟันสีขาว หรือสีอื่น จะมองเห็นได้ง่าย มีข้อดีคือ ตรวจได้ง่าย ตรงตำแหน่งที่ต้องการ และโดยเฉพาะ การเรียกกลับมาตรวจใหม่ (Recall) ทุก 6 เดือน

ฟิลเลอร์ (Filler)

สารเคลือบหลุมร่องฟันในปัจจุบันนี้ ส่วนใหญ่เป็นพวกไม่มีฟิลเลอร์ (Filler) ส่วนใหญ่จะเป็นสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสง ที่มองเห็นได้ ได้แก่ Estiseal-LC, Prima Shield และ Status Aromer 2 ซึ่งฟิลเลอร์ที่ใส่เข้าไป เพื่อให้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ทนทานต่อการสึกจากฟันคู่สบ ดังนั้น จึงควรตรวจรอยสูง ที่เกิดจากการเคลือบ และควรแก้ไขให้อยู่ในการสบฟันที่ปกติทุกครั้ง

การศึกษาของ (Rock WP, 1990, หน้า 323-325) พบว่า Delton ซึ่งเป็นสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้ และเป็นพวกไม่มีฟิลเลอร์ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Barrie (Barrie LM, 1990, หน้า 273-277) และคณะ ที่พบว่า Concise ให้ผลในการยึดติดแน่น บนด้านบดเคี้ยวดีกว่า Prisma Shield

ข้อบ่งชี้ ในการทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน

ฟันมีความไวต่อการผุไม่เท่ากัน ฟันกรามแท้ที่ขึ้นใหม่ ผุเร็วกว่าฟันหน้า ฟันเขี้ยว หรือ ฟันกรามน้อยที่ขึ้นมาใหม่ และอัตราการผุของฟันกรามแท้ สูงกว่าฟันที่อื่นๆ ทั้งหมด (Bohannan HM., 1984, หน้า 45-55) การเคลือบปิดหลุมร่องฟันกรามแท้ที่เพิ่งขึ้นใหม่ ไม่เพียงแต่ลดการผุในฟัน ที่ไวต่อการผุเท่านั้น แต่ยังเป็นการเพิ่ม จำนวนเด็กที่ฟันไม่ผุอีกด้วย ดังนั้น การเลือก case จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา เพื่อให้เด็กได้รับผลประโยชน์สูงสุดควรจะเป็น

- เด็กที่มาตรวจเป็นระยะได้ ควรจะนัดเด็กมาตรวจทุก 6 เดือน เพื่อตรวจดูการยึดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน

- เด็กที่ได้รับการควบคุมฟันผุอยู่แล้ว คือ ได้รับการกระตุ้นในเรื่อง การทำความสะอาดฟัน เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

- เด็กที่มีตัวฟันโผล่ขึ้นมาทั้งซี่แล้ว (Fully eruption) ในช่องปาก ภายใน 4 ปี ที่ฟันขึ้นมา

- เด็กที่ฟันมีหลุม และร่องลึก และไม่มีอาการผุทางด้านประชิด

อายุของเด็กที่เหมาะสมกับการทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน คือ

1. 3-4 ปี ระยะเวลาที่ฟันน้ำนมขึ้นครบทุกซี่แล้ว
2. 6-7 ปี ระยะเวลาที่มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ขึ้น
3. 11-13 ปี ระยะเวลาที่มีฟันกรามน้อย และฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ขึ้น

ข้อควรพิจารณา

ในปี ค.ศ.1984 Simonsen ได้แนะนำว่า เด็กที่ปราศจากการผุ (Caries-free) และเด็กที่มีฟันผุลุกลามมาก (Rampant caries) จะได้ประโยชน์ จากการเคลือบหลุมร่องฟันน้อยที่สุด เด็กที่ควรได้รับการแนะนำ เคลือบหลุมร่องฟัน จึงควรเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการผุปานกลาง (Moderate risk to caries)(Simonsen RJ,1984,หน้า 42)

ในปี ค.ศ.1985 Ripa (Ripa L.W.,1985, หน้า 367-380) เสนอแนะว่า ผู้ป่วยเด็กทุกคน ควรได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน

ในปี ค.ศ.1992 Newbrun(Newborn E.,1992 ,หน้า 68-73) แนะนำให้เคลือบหลุมร่องฟัน ในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1, 2 และ ฟันกรามน้อย ในคนไข้ที่เคยมีประวัติการผุ บนด้านบดเคี้ยวของฟันน้ำนม และได้ให้ข้อบ่งชี้ สำหรับการทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน โดยพิจารณาจาก รูปพรรณสัณฐาน บนด้านบดเคี้ยว ลักษณะของรอยโรคการผุ และอายุของฟัน ตามตารางข้างล่าง

เกณฑ์ในการพิจารณา	เคลือบ	ไม่เคลือบ
รูปพรรณสัณฐาน บนด้านบดเคี้ยว	หลุมร่องฟันลึก และแคบ	หลุมร่องฟันตื้น และกว้าง
ลักษณะของรอยโรคการผุ	ผุด้านบดเคี้ยว แต่การผุบนด้านประชิดน้อย	ผุบนด้านประชิดมาก
อายุของฟัน	ฟันที่ขึ้นมาใหม่ในช่องปาก	ฟันที่ขึ้นมาแล้ว 4 ปีและยังไม่ผุ

ในปี ค.ศ.1997 ADA Council on Access, Preventive and Interprofessional Relation, ADA Council on Scientific Affairs (J.Am.Dent.Assoc. 1997, หน้า 485-488) แนะนำให้ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ทั้งในเด็ก และในผู้ใหญ่ ที่มีลักษณะดังนี้ คือ มีระดับความเสี่ยง ต่อโรคฟันผุปานกลาง หรือสูง (Moderate or high risk of dental caries) ฟันผุระยะเริ่มปรกบนหลุมร่องฟัน (Incipient caries) เฉพาะชั้นผิวเคลือบฟันเท่านั้น รูปร่างลักษณะของหลุมร่องฟัน ที่ง่ายต่อการผุ ฟันกรามแท้ที่ขึ้นมาในช่องปาก และมีหลุมร่องฟัน บนด้านบดเคี้ยว ที่ง่ายต่อการผุ

องค์ประกอบ ที่มีผลต่อการยึดติดแน่น

Ripa ได้รวบรวมตัวแปร ที่มีผลต่อการยึดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน คือ

1. ตำแหน่งของฟันในช่องปาก การยึดติดแน่นของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ในฟันล่าง จะดีกว่าในฟันบน
2. ทักษะของทันตบุคลากร ทันตบุคลากรที่มีความชำนาญ และมีประสบการณ์เคลือบหลุมร่องฟัน ในคลินิกทันตกรรมเสมอ จะทำการทำให้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ยึดติดแน่นบนด้านบดเคี้ยวได้ดีกว่า
3. อายุของคนไข้ ในคนไข้อายุน้อย การทำให้บริเวณที่จะเคลือบหลุมร่องฟันแห้ง ยิ่งควบคุมได้ยาก เพราะพฤติกรรมของเด็ก หรือตำแหน่งของเด็ก หรือตำแหน่งของฟันที่โผล่ขึ้นมาในช่องปาก (Ripa L.W., 1980, หน้า 127-139)

Dennison และเพื่อน ได้รายงานถึงผลของตำแหน่ง ของฟันกรามแม่ซี่ที่ 1 และ 2 ต่อการยึดแน่นของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ในช่วงเวลา 3 ปี พบว่า

1. ถ้ามีเหงือกปิดเหนือ Distal marginal ridge ของฟันดังกล่าว ขณะเคลือบ จะต้องทาสารเคลือบหลุมร่องฟันใหม่ ร้อยละ 53.6
2. ถ้าระดับ Distal gingival tissue เท่ากับ Distal marginal ridge แล้ว จะต้องทาสารเคลือบหลุมร่องฟันใหม่ ร้อยละ 25.8
3. ถ้าระดับ Distal gingival tissue ต่ำกว่า Distal marginal ridge ของฟันดังกล่าว ไม่พบการหลุดของสารเคลือบหลุมร่องฟัน (Dennison JB., 1990, หน้า 610-614)

ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดแน่น

การทำความสะอาดผิวเคลือบฟัน Donnan และ Ball (Donnan MF., 1988, หน้า 283-286,) พบว่า การใช้ Probe ที่แหลมคม ขูดตามร่องฟัน เพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ และเศษอาหารที่ติดอยู่ และล้างออก โดยการพ่นน้ำและลม เปรียบเทียบการใช้ผงขัดฟัน ทำความสะอาดผิวเคลือบฟัน บนด้านบดเคี้ยว ก่อนการทากรด ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่ออัตราการยึดติดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน

รายงานการวิจัยหลายฉบับ พบว่า การใช้ผงขัดฟันที่มีฟลูออไรด์ผสมอยู่ ทำความสะอาดผิวเคลือบฟันก่อนการทากรด ไม่มีความแตกต่างของค่า Shear bond strength ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อใช้ผงขัดผสมน้ำธรรมดา (Garcia-Godoy F, 1991, หน้า 571-573) Houpt และ Shey (Houpt M., 1983 ,หน้า 104-106) พบว่า การทำความสะอาดผิวเคลือบฟัน โดยการ

แปรงฟันด้วยยาสีฟัน อัตราการยึดติดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ใกล้เคียงกับการทำความสะอาดฟัน โดยใช้หัวแปรงขัด ด้วยผงขัดฟันผสมน้ำธรรมดา

สุวรรันท์ ลุศนันท์ และคณะ (2529) ได้ศึกษาการยึดติดแน่น และประสิทธิผลของการนำสารเคลือบหลุมร่องฟัน มาใช้ในงานทันตกรรมชุมชน โดยให้นักเรียนใช้วิธีแปรงฟันด้วยตนเอง แทนการขัดฟันด้วยผงขัดฟัน ร่วมกับเครื่องดูดน้ำลาย แบบธรรมดา ที่ใช้ในเครื่องทำฟันชุดสนาม และติดตามการยึดติดแน่น กับผิวเคลือบฟันเป็นเวลา 2 ปี พบว่า สารเคลือบหลุมร่องฟันสามารถนำมาใช้ในงานทันตกรรมภาคสนามได้ดี แม้ว่าสภาพเครื่องมือจะด้อยกว่าในคลินิกทันตกรรมทั่วไป

ทนุ รัตนวราห (2532) ได้ศึกษา "เทคนิค และอุปกรณ์ประยุกต์ สำหรับทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันฟันผุในชุมชน" โดยประดิษฐ์เครื่องมือ ที่ประกอบด้วยที่ดูดน้ำลาย ซึ่งดัดแปลงมาจากที่บีบอากาศ สำหรับตู้เลี้ยงปลา กับที่เป่าลมแห้ง ผลของสารเคลือบหลุมร่องฟันที่ยึดติดอยู่บนด้านบดเคี้ยว ของเทคนิคประยุกต์ โดยการให้นักเรียนแปรงฟัน กับผงขัดฟันด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้ช่วยทันตแพทย์ ที่อบรมแล้ว คอยควบคุมดูแล เปรียบเทียบกับเทคนิคมาตรฐาน โดยการขัดฟัน ด้วยผงขัดฟันผสมน้ำธรรมดา ด้วยหัวขัดยาง (Rubber cup) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำออกมาใช้ในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การปรับสภาพผิวเคลือบฟัน (Dennison 1978 ,หน้า 700-803) พบว่า กรด phosphoric 37-50% จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บนผิวเคลือบฟันที่ดีที่สุด เพื่อให้เหมาะต่อการยึด (Bonding) ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน และรายงานการวิจัยส่วนใหญ่ แนะนำให้ทากรดบนผิวเคลือบฟัน เป็นเวลา 60 วินาที ในฟันแท้ และ 120 วินาทีในฟันน้ำนม เพราะผิวเคลือบฟันน้ำนม มีสารอินทรีย์มากกว่าฟันแท้ ไม่ใช่การที่ฟันน้ำนมมีชั้นของ Prismless น้อยกว่าฟันแท้ (Eidelman 1988,หน้า 119-120) แนะนำให้ทากรดทิ้งไว้เพียง 20 วินาที เพราะการยึดติดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ไม่ต่างจากการทากรด 60 วินาทีเลย

3. ในระหว่างการทำ ไม่ควรให้น้ำลาย หรือฟลูออไรด์ถูกกับตัวฟัน หลังจากการใช้กรดกัดผิวเคลือบฟันแล้ว การปรับสภาพผิวเคลือบฟัน 60 วินาที โดยใช้กรด Phosphoric 35-50% นี้ จะทำให้เกิดรูพรุน บนผิวเคลือบฟันใหญ่ขึ้น และมีจำนวนมากขึ้น และปริมาณแร่ธาตุที่ถูกกำจัดออกไป ทั้งผิวนอก และผิวใน จะทำให้รูบนผิวเคลือบฟัน มีความลึก โดยเฉลี่ยประมาณ 25 ไมครอน (micron)(Massachusetts Health Research Institute, 1986,Project number MCJ-253328) เมื่อน้ำโมโนเมอร์ แทรกซึมเข้าไปในรูเหล่านี้ และแข็งตัว สารเคลือบหลุมร่องฟันจะติดแน่นอยู่กับที่ ถ้ามีการปนเปื้อนน้ำลาย โปรตีนจากน้ำลายจะเหนียวติดผิวเคลือบฟัน อย่างรวดเร็ว

ทำให้รูพรุนที่ปรับสภาพไว้แล้ว อุดตัน น้ำโมโนเมอร์ไม่สามารถไหลเข้าไปได้ อย่างสมบูรณ์ ทำให้ยึดเกาะน้อยลง และไม่แข็งแรง จึงควรทากรดใหม่ เพื่อกำจัดการปนเปื้อนน้ำลาย และปรับสภาพผิวเคลือบฟันใหม่ และไม่ควรรทาฟลูออไรด์ หลังการปรับสภาพผิวเคลือบฟันแล้ว เพราะจะเกิดสารแคลเซียมฟลูออไรด์ (Calcium fluoride) ไปอุดตันรูบนผิวเคลือบฟัน ถึงแม้จะยังไม่ปรากฏว่า การทาฟลูออไรด์ก่อนการปรับสภาพผิวเคลือบฟัน จะขัดขวางการยึดของสารเคลือบหลุมร่องฟัน แต่น่าจะเป็นการปลอดภัยกว่า ถ้าทาฟลูออไรด์ หลังการเคลือบหลุมร่องฟัน ในกรณีทำพร้อมกันในครั้งเดียว

(Massachusetts Health Research Institute, 1986, Project number MCJ-253328)

4. ลมที่เป่าออกจาก Triple syringe ไม่ควรมีน้ำ หรือน้ำมันออกมา จะทำให้ฟันแห้งไม่สนิท

5. การ Polymerization สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง จะใช้เวลา 60-90 วินาที ในการ Polymerization โดยสังเกตจาก สารเคลือบหลุมร่องฟันที่เหลืออยู่ในภาชนะที่ผสม ในกรณีที่ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้ เมื่อทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน ลงบนด้านบดเคี้ยว ให้ทั่ว แล้วควรทิ้งไว้ประมาณ 20 วินาที ก่อนที่จะฉายแสง เนื่องจาก Chosack และ Eidelman (Chosak A., 1988; หน้า 302-306) พบว่า ในเวลาดังกล่าว น้ำโมโนเมอร์ ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน จะแทรกซึมเข้าไปในรูพรุน ที่เกิดจากการปรับสภาพผิวเคลือบฟัน ด้วยกรด ทำให้เกิดเรซินแท็ก (Resin tag) ที่มีความยาว 15.53 ไมครอน ภายหลังการฉายแสงไปแล้ว ส่วนการเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง เรซินแท็ก จะมีความยาว 23.75 ไมครอน เป็นการเพิ่ม Biochemical retention

6. เมื่อทาสารเคลือบหลุมร่องฟันไปแล้ว ควรฉายแสง 40 วินาที ด้วยเครื่องฉายแสง ให้ปลายลำแสงห่างจากสารเคลือบหลุมร่องฟัน ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร (Strang R., 1984 หน้า 178-179) แนะนำว่า ยิ่งฉายแสงนานเท่าไร จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหลุด ของสารเคลือบหลุมร่องฟันก่อนกำหนด เนื่องจากการยึดติดต่ำ เพราะผลของการถูกแสงน้อย หรือมีปัญหาที่เครื่องฉายแสง

ประสิทธิผลของสารเคลือบหลุมร่องฟัน

ประเมินจาก

1. ระยะเวลาที่สารติดแน่น กับหลุมร่องฟัน
2. อัตราฟันผุที่ลดลง

ความสำเร็จของการป้องกันฟันผุ ด้วยสารเคลือบหลุมร่องฟัน ประเมินได้จาก การยับยั้งฟันผุ เพราะการป้องกันฟันผุ ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นลักษณะทางกายภาพ ไม่ใช่ทางปฏิกิริยาเคมี คือ ทำหน้าที่เป็น Physical barrier ป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุ ของผิวเคลือบฟัน โดยปิดขวาง ทั้งเชื้อจุลินทรีย์ ที่ทำให้เกิดฟันผุ และเศษอาหาร ซึ่งทำให้เกิดขบวนการเกิดฟันผุ ดังนั้น การป้องกันฟันผุ จึงประเมินได้จากการยึดติดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ต่อผิวเคลือบฟันเป็นสิ่งสำคัญ トラบเท่าที่สารเคลือบหลุมร่องฟันนั้น ยังคงติดแน่นอยู่ ฉะนั้น ประสิทธิภาพของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ในการป้องกันฟันผุ จึงประเมินจากระยะเวลาที่สารเคลือบหลุมร่องฟัน ยึดติดแน่นอยู่บนด้านบดเคี้ยว และอัตราฟันผุที่ลดลง

Shapira และคณะ (1990) เปรียบเทียบการยึดติดแน่น ของสารเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัว ด้วยสารเคมี และด้วยแสงที่มองเห็นได้ เป็นเวลา 5 ปี พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Simonsen (1993) ได้รายงานให้เห็นว่า หลังจากทำ 15 ปี สารเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัว ด้วยสารเคมี หรือด้วยตัวเอง ยังคงติดแน่นดีทั้งหมด (Complete retention) ร้อยละ 27.6 และติดเป็นบางส่วน (Partial retention) ร้อยละ 35.4

Ripa (1993) ได้สรุปว่า สารเคลือบหลุมร่องฟันชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง ยังยึดติดแน่นบนด้านบดเคี้ยว ได้ดีกว่าสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงอุลตราไวโอเล็ต และเมื่อเปรียบเทียบกับสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้ ที่ทำการศึกษาในคลินิก ในระยะเวลา ที่เท่ากัน คือ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป พบว่า การยึดแน่นให้ผลใกล้เคียงกัน

Llodra (1993) ได้รวบรวมรายงานการวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับสารเคลือบหลุมร่องฟัน โดยการใช้ Medline และวิเคราะห์ด้วยวิธี Meta analysis พบว่า

1. สารเคลือบหลุมร่องฟัน ควรใช้ในการป้องกันฟันผุ
2. สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง มีประสิทธิภาพดีกว่า ชนิดแข็งตัวด้วยแสงอุลตราไวโอเล็ต กล่าวคือ ค่า % prevented fraction เป็นร้อยละ 71.36 และร้อยละ 45.92 ตามลำดับ
3. เมื่อเวลาผ่านไป ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง และชนิดแข็งตัวด้วยแสงอุลตราไวโอเล็ต จะลดลง
4. ประสิทธิภาพ ในการป้องกันฟันผุ ของสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง ในเด็กที่ได้รับฟลูออไรด์ จากน้ำดื่ม จะดีกว่า ในเด็กที่ไม่ได้รับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม โดยมีค่า

% prevented fraction เป็น 82.69% และ 71.28% ตามลำดับ ดังนั้น จึงควรใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ในการป้องกันฟันผุในชุมชน

วิธีการเคลือบหลุมร่องฟัน

เครื่องมือที่ใช้

1. กระจกส่องปาก ที่เขี้ยวหรือปากคิปลำไส้
2. ม้วนสำลี (Cotton roll)
3. ผงขัดอย่างละเอียด ที่ไม่มีฟลูออไรด์ (Pumice)
4. หัวขัดยาง (Rubber cup) หรือหัวแปรงสำหรับขัดอันเล็ก
5. ฟองน้ำชิ้นเล็กๆ แปรงขนอ่อน หรือฟู่กัน
6. Application และหลอดพลาสติก
7. ถาดหลุม หรือภาชนะที่ใช้ผสม (Tray or Mixing well)
8. เครื่องฉายแสง

วัสดุที่ใช้

1. สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยสารเคมี หรือด้วยตัวเอง
2. สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้
3. กรด (Etchant) ชนิดน้ำ (etching liquid) หรือชนิดวุ้น (Gel)

ก่อนตัดสินใจทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน ควรใช้กระจกส่องปาก และที่เขี้ยวหรือปากคิปลำไส้ ตรวจสอบรอยผุ ที่อาจมีบนด้านบดเคี้ยว เมื่อเลือกฟันที่มีลักษณะตามข้อบ่งชี้ได้แล้ว ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมฟัน ใช้ผงขัดอย่างละเอียดผสมน้ำธรรมดา ขัดฟันให้สะอาดด้วยหัวยางขัดหรือหัวแปรงที่ใช้ขัดฟัน เพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ออก แล้วทำความสะอาดฟัน ด้วยการฟบน้ำและลม เศษของผงขัดเล็กๆ ที่เหลือตามร่องฟัน ก็ควรเขี่ยออกให้หมด รวมทั้งแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ติดอยู่ตามหลุม และร่องฟัน ด้วยที่เขี้ยวหรือปากคิปลำไส้

2. กั้นน้ำลาย ด้วยม้วนสำลี เพื่อให้ฟันแห้ง เป่าด้วยลมอย่างน้อย 30 วินาที

3. การปรับสภาพผิวเคลือบฟัน โดยกรดกรด (Ethcant) ซึ่งประกอบด้วยกรดฟอสฟอริก (Phosphoric acid) ลงไปบนถาดหลุม ที่มีมาพร้อมกับชุดเคลือบฟัน ปริมาณของกรดที่บีบออกมา ขึ้นอยู่กับจำนวนฟันที่จะทา ใช้ฟองน้ำชิ้นเล็กๆ หรือแปรงขนอ่อนชุบกรด ทาลงบนด้านบดเคี้ยวของฟัน และทำให้เปียกอยู่ประมาณ 60 วินาที ในฟันแต่ละซี่ที่จะทำการเคลือบ ถ้าเป็นชนิดน้ำ ทำซ้ำให้เปียกตลอดเวลา 30 วินาที และปล่อยให้แห้ง 30 วินาที ถ้าเป็นชนิดวุ้น ให้ทาทิ้งไว้ จนถึงเวลาล้าง

ออก ในระหว่างนั้น ควรใช้ที่เขี่ยหารูๆ เขี่ยเบาๆ ไปตามหลุมร่องฟัน เพื่อนำกรดให้ไหลลงไป ตามหลุมร่องลึก

4. ใช้สำลีก้อนเล็กๆ ชุบน้ำยาให้แห้ง ก่อนที่จะใช้น้ำยาล้างออก เพื่อป้องกันรสเปรี้ยวของกรด ซึ่งจะทำให้เด็กไม่ยอมล้างออกด้วยการพ่นน้ำ ให้สะอาด ประมาณ 30 วินาที ถ้ามีเครื่องดูดน้ำลาย ที่มีความเร็วสูง (High power suction) ก็จะช่วยได้มาก เปลี่ยนม้วนสำลีใหม่หลังจากที่ทาฟันด้วยกรดแล้ว ไม่ควรให้ฟันน้ำนมถูกทำลาย เพราะจะทำให้การเคลือบไม่ติดแน่น และทำให้ความแข็งแรงที่ขอบ (Bordering strength) ลดน้อยลง

5. เป่าด้วยลม ให้แห้งประมาณ 30 วินาที ฟันควรจะมีสีขาวขุ่น ไม่เป็นมัน (frosty white) ถ้าไม่มีสีดังกล่าว ก็ควรจะเริ่มทากรดใหม่ ประมาณ 15 วินาที

6. นำหลอดพลาสติก ที่ใช้แล้วทิ้ง ติดเข้ากับ Applicator หรือใช้แปรงขนอ่อน หรือ ฟู่กัน

ในกรณีที่ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง

7. บีบ 1 หยด ของ Universal Resin และ 1 หยด ของ Catalyst Resin ลงไปในถาดหลุม

8. นำ Applicator พร้อมหลอดพลาสติก จุ่มปลายของหลอดลงในถาดหลุม ผสมเบาๆ ให้ทั่ว ประมาณ 10-15 วินาที แล้วกดด้ามสีดำบน Applicator แล้วปล่อย สารเคลือบหลุมร่องฟันจะถูกดูดเข้าไป ในหลอดพลาสติก ได้จำนวนพอจะทาลงบนด้านบดเคี้ยวของฟัน

9. นำ Applicator ที่มีสารเคลือบหลุมร่องฟัน อยู่ในหลอดพลาสติก ไปทาลงบนด้านบดเคี้ยว ที่ได้ใช้กรดกัดไว้แล้ว โดยให้ปลายของหลอดพลาสติก แตะอยู่บนด้านบดเคี้ยว จากนั้น จึงกดด้ามสีดำ บน Applicator สารเคลือบหลุมร่องฟันจะถูกปล่อย ให้ไหลออกมาจากหลอดพลาสติก หรือใช้ฟู่กันทา ระวังอย่าให้มีฟองอากาศขณะทา รีบทาก่อนที่จะเริ่มแข็งตัว ทาลงไปให้ทั่วหลุม และร่องฟัน ทาให้ทั่วทุกซี่ก่อน แล้วค่อยมาเติมแต่ง ทาหนาดีกว่าทาบาง ประมาณครึ่งหนึ่งของ Incline plane บนด้านบดเคี้ยว

10. สารเคลือบหลุมร่องฟัน จะแข็งด้วยตัวเอง ภายในเวลา 60 วินาที โดยสังเกตจากสารเคลือบหลุมร่องฟัน ที่เหลืออยู่ ในภาชนะที่ผสม

รวมเวลาในการทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยตัวเอง ดังนี้

กรดกัด	60	วินาที
ล้าง	30	วินาที
เป่าให้แห้ง	30	วินาที
ผสม	15	วินาที
ทา	45	วินาที
Polymerization	60	วินาที
รวม	4	นาที

ในกรณีที่ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน ชนิดแข็งตัวด้วยแสงที่มองเห็นได้

เมื่อทาสารเคลือบหลุมร่องฟัน ลงบนด้านบดเคี้ยวให้ทั่ว แล้วฉายแสง 40 วินาที ด้วยเครื่องฉายแสง ให้ปลายลำแสง ห่างจากสารเคลือบหลุมร่องฟัน ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร เมื่อเคลือบหลุมร่องฟันเสร็จแล้ว ควรใช้ที่เขี่ยหารูๆ ตรวจสอบสารเคลือบหลุมร่องฟันว่า ได้ทาลงไปทั่วด้านบดเคี้ยวหรือไม่ และยังคงยึดติดแน่นทั้งหมดหรือไม่ โดยเชี่ยตามขอบของหลุม และร่องฟันแรงๆ ถ้าทำไม่ดีจะหลุด จะได้ทำใหม่ทันที หากสารเคลือบหลุมร่องฟันสมบูรณ์ และยึดติดแน่นดีทั้งหมดแล้ว ฉีดน้ำล้างบนด้านบดเคี้ยว เพื่อป้องกันการเกิดคราบ ภายหลังการเคลือบ ก่อนให้เด็กลุกขึ้นบ้วนปาก เมื่อสิ้นสุดการทาสาร เคลือบหลุมร่องฟันแล้ว เนื่องจากผิวของสารเคลือบหลุมร่องฟัน อาจไม่ Polymerization หมด เพราะออกซิเจนในอากาศ ป้องกันการเกิดปฏิกิริยา ทำให้ผิวของสารเคลือบหลุมร่องฟันดูมันเยิ้ม (Greasy)

หลังจากเคลือบหลุมร่องฟัน ไปในระยะแรกๆ อาจมีการสบของฟันผิดไปจากเดิมบ้าง แต่สารเคลือบหลุมร่องฟันที่ใช้ส่วนใหญ่ เป็นชนิดไม่มีฟิลเลอร์ ไม่ต่อต้านการสึก ส่วนที่เกินหรือสูงจะสึกได้รวดเร็ว หลังจากเด็กใช้เคี้ยวอาหารไป 2-3 วัน จะทำให้การสบของฟันกลับสู่ตำแหน่งปกติ (Ripa L.W,1985, หน้า367-380) ผิวเคลือบฟันที่สารเคลือบหลุมร่องฟันสึกไป เนื่องจากการบดเคี้ยว ยังคงมี เรซินแท็ก (Resin tag) หรือส่วนปลาย ที่ยื่นลึกเข้าไปในผิวเคลือบฟันอยู่ จึงยังคงมีผลในการป้องกันฟันผุ ในกรณีที่เคลือบทับฟันผุในระยะเริ่มแรก (Incipient caries) หรือเชื้อจุลินทรีย์ ไร่ข้างใต้สารเคลือบหลุมร่องฟัน จะไม่ทำให้เกิดการผุ หรือผุด่อ ข้างใต้สารเคลือบหลุมร่องฟันที่อยู่ข้างบน เชื้อจุลินทรีย์ดังกล่าว จะขาดอาหาร และขาดออกซิเจน จำนวนเชื้อจุลินทรีย์ที่ถูกเก็บไว้จะลดลงอย่างรวดเร็ว ตามเวลาที่ผ่านไป ในทางตรงกันข้ามผิวเคลือบฟันที่เริ่มผุนั้น กลับหยุดการผุลุกลามเข้าไปในชั้นเนื้อฟัน

ในกรณีที่สารเคลือบหลุมร่องฟันหลุดออกเอง เนื่องจากเทคนิคการทำไม่ถูกต้อง เช่น การปนเปื้อนน้ำลายก่อนเคลือบ จะทำให้เกิดเรซินแตกสลาย หรือไม่มีเลยในผิวเคลือบฟันชั้นใน จึงมักพบฟันผุเกิดขึ้นภายหลัง (Going RE, 1984, หน้า 35-41) ประสิทธิภาพโดยรวมของสารเคลือบหลุมร่องฟันก็สามารถป้องกันฟันผุได้สูงสุด ถ้าหากทำได้ด้วยเทคนิคถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม การได้รับยาเม็ดฟลูออไรด์เสริม ในขนาดที่พอเหมาะสมตามช่วงอายุ และการได้รับฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การแปรงฟัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเคลือบฟลูออไรด์ ตลอดจนการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันฟันผุ ด้วยสารเคลือบหลุมร่องฟัน บนด้านบดเคี้ยวมาใช้ผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน แต่งานทันตกรรมป้องกัน ก็ยังคงเป็นความหวังใหม่ ของการที่จะบรรลุเป้าประสงค์ ในการมีทันตสุขภาพที่ดีของเด็กไทยในอนาคต

2.4 ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ขนมหที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ

อาหารว่าง หมายถึง อาหารที่บริโภคระหว่างมื้อของอาหารมื้อหลัก มีลักษณะเป็นอาหารที่บริโภคง่ายและบริโภคได้บ่อยครั้ง (ศิริพร หาซุน 2536:10) ความหมายของผลิตภัณฑ์อาหารว่างจะแตกต่างกันไปตามภูมิภาค ภูมิอากาศ ประเพณี วัฒนธรรม และบริโคนิสัยของประชากรในแต่ละท้องถิ่นผลิตภัณฑ์ที่จัดเป็นอาหารว่าง (พินิตา เริงกมล 2536:8) ปัจจุบันความนิยมในการบริโภคมีเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความสะดวกและเหมาะสมกับสภาวะการณของโลกปัจจุบันที่ทุกคนต้องทำงานแข่งกับเวลาจนกระทั่งไม่มีเวลาบริโภคอาหารหลัก จึงใช้อาหารว่างรองท้อง ปริมาณการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจึงพัฒนาจากการผลิตระดับครัวเรือนมาเป็นระดับอุตสาหกรรม และชนิดของผลิตภัณฑ์ก็มีหลากหลายมากขึ้น

ส่วนผลิตภัณฑ์อาหารว่างในความหมายของคนไทยนั้น จะครอบคลุมถึงขนมชนิดต่างๆไม่ว่าจะแปรรูปโดยวิธีทอดหรือหนึ่งหรืออบ เช่น ข้าวตังชนิดต่างๆ ข้าวเกรียบ ข้าวเกรียบปากหม้อ สาकुใส่หมู กล้วยทอด เป็นต้นซึ่งส่วนใหญ่จะผลิตในระดับครัวเรือนเท่านั้น ส่วนผลิตในระดับอุตสาหกรรมเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดที่ได้รับความนิยมจากทั่วโลกตะวันตก เช่น มันฝรั่งทอด (Potato Chip) ข้าวเกรียบข้าวโพด (Con Chip) ผลิตภัณฑ์แป้งกรอบ (Extruded snack) เป็นต้น

ผลการศึกษาที่ผ่านมา

ศิริพร หาขุน (2536:109-110) ได้จัดหมวดหมู่ของอาหารว่างไว้ดังนี้

1. เครื่องดื่ม ได้แก่ น้ำหวานชนิดต่างๆ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำผลไม้ปั่น ชา กาแฟ
2. นมและผลิตภัณฑ์จากนม ได้แก่ ขนมหั้บกรอบ นมสด นมถั่วเหลือง โอวัลติน หรือไมโล โยเกิร์ต หรือนมเปรี้ยว ไอศกรีม นมผงขง
3. ขนมหั้บและผลิตภัณฑ์แบ่งสาลี ได้แก่ ขนมหั้บกรอบ ขนมหั้บเวเฟอร์ ขนมหั้บมีไส้ต่างๆ ขนมหั้บเค้ก แยมโรล คุกกี้ บิสกิต พายไส้ต่างๆ พิซซา
4. ประเภทลูกอม ได้แก่ ทอฟฟี่ ลูกกวาด หมากฝรั่ง เยลลี่
5. ประเภทขนมหวาน ได้แก่ ขนมหวานที่ใส่กะทิ เช่น กลั้วยบวชชี บั้วลอย ขนมหวานที่ไม่ใส่กะทิ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด กลั้วไขเชื่อม
6. ประเภทผลไม้ ได้แก่ ผลไม้สด เช่น ส้ม สับประรด เงาะ ฝรั่ง ฯลฯ ผลไม้ตากแห้ง เช่น กลั้วยตาก ลูกเกด ฯลฯ ผลไม้กระป๋อง เช่น ลิ้นจี่ ลำไย สับประรดกระป๋อง
7. ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว ได้แก่ ถั่วกวน ถั่วทอด ถั่วต้ม ถั่วเคลือบชอกโกแลต
8. ประเภทเนื้อสัตว์ ได้แก่ ลูกชิ้นปิ้งหมูปิ้ง ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด หมูสเต๊ะ ไก่ย่าง
9. อาหารว่างที่ปรุงรสบรรจุถุงสำเร็จรูป ได้แก่ มันฝรั่งทอด ข้าวโพดอบเนย ถั่วอบกรอบ ข้าวเกรียบกุ้ง ข้าวโพดอบกรอบ บะหมี่ถุงสำเร็จรูป
10. ประเภทผัก ได้แก่ สลัดผัก ส้มตำ ซุปหน่อไม้
11. อาหารชนิดอื่นๆ ได้แก่ ข้าวเหนียวหนึ่ง ผัดหมั้กกะโรนี ข้าวโพดต้ม ซ็อคโกแลตหวาน ถั่วยเดี่ยวเปิด เป็นต้น

มันทนา ประทีประเสน และคณะ (2528) ได้สำรวจการบริโภคอาหารของประชากร 133 ครอบครัวใน 8 หมู่บ้าน ที่อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยการซักถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour food consumption) และการจดบันทึกความถี่และชนิดอาหารที่บริโภคโดยแม่บ้านของแต่ละครัวเรือนเป็นเวลา 7 วัน พบว่ารายจ่ายด้านอาหารประเภทขนม (snack or junk foods) เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ข้าวเกรียบกุ้ง ขนมหั้บเค้ก ถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากอาหารประเภทเนื้อและผักตามลำดับ และถ้าดูตามจำนวนครัวเรือนที่จับจ่ายซื้ออาหาร

ประเภทนี้ จะมีถึงร้อยละ 76.7 ซึ่งจัดอยู่ในอันดับสูงสุดของการใช้จ่ายซื้ออาหารของจำนวนครัวเรือนที่ศึกษาทั้งหมด

วารสารคู่แข่ง (2531) สำรวจพฤติกรรมการใช้จ่ายเงินของเด็กอายุ 8-12 ปี จำนวน 200 รายใน 10 โรงเรียนของกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวกับเด็ก พบว่าทั้งหญิงและชายมีการใช้เงินในทั้ง 2 เพศไม่แตกต่างกันนัก ในแต่ละวันเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) จะได้รับเงินมาซื้ออาหารบริโภคที่โรงเรียนไม่เกินวันละ 10 บาท ในจำนวนนี้ร้อยละ 82 ของเด็กมักนิยมไปซื้อเครื่องดื่มมากกว่าอย่างอื่น รองลงมาเป็นอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 56 นิยมซื้อขนมปัง ร้อยละ 52 นิยมซื้อของเล่น (snack) ร้อยละ 36 นิยมซื้อไอศกรีม และร้อยละ 26 นิยมซื้อลูกอม ซึ่งคิดเฉพาะการซื้อขนม, ของทานเล่น, ไอศกรีมและลูกอม เด็กจะซื้ออาหารเหล่านี้แต่ละชนิดครั้งละ 1-2 บาทเป็นส่วนใหญ่

พิชญ อุตตมะเวทิน และคณะ (2535) ได้ศึกษาปัจจัยของพฤติกรรมการบริโภคขนมและความสัมพันธ์ระหว่าง สภาวะฟันผุ สภาวะทุพโภชนาการกับความถี่ในการบริโภคขนมในหมู่บ้านเทศบาลหมู่บ้านกิ่งเทศบาลและหมู่บ้านชนบทอย่างละ 1 แห่งพบว่า ขนมที่เด็กบริโภค 322 ชนิด มี 65 ชนิดที่จัดทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การบริโภคขนมในครั้งแรกเริ่มเมื่ออายุต่ำกว่า 6 เดือน วิธีได้มาของขนมมี 3 วิธีคือ หนึ่ง การซื้อซึ่งร้อยละ 94.0 ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้าน วิธีที่สอง ได้จากการแลกเปลี่ยนจากรถรับซื้อของเก่าพบเด็กเคยแลกเปลี่ยนถึงร้อยละ 61.08 เฉลี่ย 3 ครั้งต่อเดือน วิธีที่สาม คือผู้ปกครองทำให้รับประทานซึ่งส่วนใหญ่ไม่นิยมทำ ด้วยเหตุผลว่าเสียเวลา ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายสูงและเด็กไม่นิยมบริโภคการเลือกซื้อขนมนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ซื้อตามความต้องการของเด็ก ใช้จ่ายค่าขนมพบว่าในหนึ่งสัปดาห์เด็กเทศบาลใช้จ่ายเฉลี่ย 60 บาทต่อคน บ้านกิ่งเมือง 27 บาทต่อคน บ้านชนบทเฉลี่ย 24 บาทต่อคน ชนิดขนมที่บริโภคคือ ขนมประเภทแป้ง เครื่องดื่ม วุ้นเยลลี่หรือลูกอม และบะหมี่สำเร็จรูป นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ อาชีพผู้เลี้ยงดู อิทธิพลจากเพื่อน อายุเด็ก ความสงสาร ตัดความรำคาญ การคมนาคมผู้เมืองและฤดูกาล เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการบริโภคขนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับความเชื่อมั่น 0.05 ส่วนผลกระทบต่อรายจ่ายสภาวะฟันผุ และสภาวะทุพโภชนาการพบว่า มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระบบความเชื่อมั่น 0.05 ส่วนผลกระทบต่อรายจ่ายสภาวะฟันผุ และทุพโภชนาการในแต่ละหมู่บ้านมีผลกระทบในเด็กแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน

NIZEL AND PAPAS ได้แบ่งประเภทของอาหารว่าง (SNACK) ออกเป็น 4 กลุ่มคือ

- 5.1 มีลักษณะเป็นของเหลว
- 5.2 ลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลว
- 5.3 ประเภทอมละลายอย่างช้า
- 5.4 อื่นๆ

และจัดกลุ่มคะแนน sweet score ถ้าบริโภคขนมที่เป็นของเหลว คุณ 5 คะแนน ถ้าบริโภคขนมกึ่งแข็งกึ่งเหลว 10 คะแนน ถ้าบริโภคประเภทละลายคุณ 15 คะแนนคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับผลรวมของ SWEET SCORE แต่ละประเภทหารด้วยจำนวนครั้งในการบริโภคต่อในเวลาที่เก็บข้อมูล

METTA SURYA (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมระหว่างมืออาหารของนักเรียนอายุ 12 ปีในโรงเรียนสามเสนวิทยาลัยเกี่ยวกับการเกิดฟันผุพบว่าเด็กนักเรียน 198 คนมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการกินระหว่างมือ 1.86 ครั้งต่อวัน แต่เป็นขนมหวานเฉลี่ย 1.31 ครั้ง/วัน อัตราฟันผุซึ่งวัดโดยใช้ดัชนี DMFS เทียบกับจำนวนครั้งในการกินระหว่างมือ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้นอกจากเด็กนักเรียนระบุว่ากินขนมหวานที่มีคะแนน SWEET SCORE ระดับสูงมีเพียงเฉลี่ย 0.05 ครั้งต่อวันเท่านั้น

ชมรมทันตสาธารณสุขสุราษฎร์ (2535) ได้ศึกษาผลกระทบของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็ก 10-12 ปีในเขตเทศบาล จ.ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรปราการ และนนทบุรี พบว่าขนมกลุ่มโฆษณาทางโทรทัศน์ 39 ชนิดเด็กรู้จักและเคยบริโภคเฉลี่ย 36.5 ชนิด และ 30.9 ชนิดตามลำดับเด็กได้รับรู้การโฆษณาเฉลี่ย 93 ครั้งต่อสัปดาห์ เด็กนักเรียนได้รับเงินไปโรงเรียนเฉลี่ย 15 บาท และให้ซื้อขนมเฉลี่ย 6.50 บาทต่อวัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าจำนวนชนิดขนมทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ในการดูโฆษณา ส่วนจำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง จำนวนที่ใช้ซื้อขนม จำนวนชนิดขนมที่เด็กเคยบริโภคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ในการบริโภคขนม แต่ความถี่ในการดูโฆษณาทางโทรทัศน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบริโภคขนม

สุภาพ สอนปาน (2535) ได้ศึกษาเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ขนมเด็กบริเวณโรงเรียนอนุบาล 6 แห่ง 100 ตัวอย่างพบว่า ขนมที่ขายหน้าโรงเรียนอนุบาลในกรุงเทพฯส่วนใหญ่เป็นขนมปังกรอบ และขนมกรอบประกอบด้วย ขนมปังกรอบปรุงรส

ข้าวเหนียวกึ่ง และข้าวเหนียวกึ่งปรูรอส ข้าวโพดอบกรอบ มันและเผือกทอดกรอบ ซึ่งขนมดังกล่าว ถ้าเด็กบริโภคมากๆจะทำให้เด็กขาดอาหารและที่สำคัญขนมดังกล่าวเหนียวนุ่ม ติดฟัน จะเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ

แสวง โภธิไทรย์ และณัฐฐา บุรณสรณ์ (2531) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา อายุ 7-12 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาเปรียบเทียบเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 360 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่ายหลายขั้นตอน เด็กเหล่านี้ประกอบด้วยเด็กนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ 120 คน และนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ 240 คน ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกผลการตรวจ

ทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างนักเรียน 2 กลุ่ม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ไม่มีความแตกต่างเกี่ยวกับการกระจายของตัวแปรในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ของนักเรียน ลำดับที่การเกิดของนักเรียน จำนวนบุตรที่มีชีวิตต่อบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ต่อปีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพและประเภทของอาหารที่บริโภคประจำ แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องของดัชนีปัญหาทันตสุขภาพ ซึ่งปรากฏชัดเจนที่สุดในเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 11-12 ปี สรุปได้ว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติจะมีทันตสุขภาพที่ดีกว่านักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ

สุวิภา อนันธนสวัสดิ์ และคณะ (2534) ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมเลี้ยงดูทารกที่มีผลต่อทันตสุขภาพ ในกลุ่มมารดาเด็กอายุ 0-3 ปี พบว่า ปัญหาฟันผุเกิดขึ้นเนื่องจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องของมารดา เช่น การให้รับประทานอาหารหวาน การให้ดูดนมที่มีรสหวาน การให้เด็กหลับโดยมีขวดนมค้างอยู่ในปาก ตลอดจนการละเลยการทำความสะอาดฟันให้ลูก สาเหตุดังกล่าวทั้งหมดเนื่องจากรมารดาเด็กขาดความรู้ทางด้านทันตสาธารณสุข จึงทำให้การดูแลไม่ถูกต้อง

เพ็ญทิพย์ จิตจำนงและคณะ (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมื้อที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภค ศึกษาในโรงเรียนเฉพาะเขตภาคกลาง โดยเปรียบเทียบกับโรงเรียนอนุบาลเอกชนและโรงเรียนอนุบาลของรัฐในพื้นที่ 4 จังหวัดคือ ชัยนาท ราชบุรี ชลบุรี และกทม. พบว่าความนิยมเลือกซื้อขนมประเภทเหนียวติดฟันร้อยละ 81.4 รองลงมาคือ ผลไม้ร้อยละ 67.53

วันเพ็ญ เรื่องจิตวิทยา และคณะ (2532) ได้ศึกษาสาเหตุของโรคฟันผุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน และการรักษาอนามัยช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับนิสัยการบริโภคอาหารหวาน (ความถี่ของการบริโภค, ชนิดลักษณะของอาหาร) การรักษาอนามัยช่องปากของเด็ก (จำนวนครั้งของการแปรงฟัน) และตรวจช่องปากเด็กเพื่อหาจำนวนด้านของฟันน้ำนมที่ผุ (DS) และดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) นอกจากนี้คณะผู้สำรวจได้ตรวจหาเชื้อ LACPOBACILLI จากน้ำลายเพื่อประกอบในการดูระดับการบริโภคน้ำตาล การศึกษาพบว่า กลุ่มที่ศึกษามีความถี่ในการบริโภคอาหารหวานสูง (65.7%) บริโภคอาหารหวาน ตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุเป็น 15.1 ด้าน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.93) และค่าเฉลี่ยดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ค่อนข้างสูง เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ พบว่าจำนวนเชื้อ LACTOBACILLI และคราบจุลินทรีย์ในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคฟันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)

จารุวรรณ ดันกูรานันท์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ชนิดของอาหารว่างที่นักเรียนชอบมากคือผลไม้สด รองลงมาคือขนมกรอบขบเคี้ยว และน้ำอัดลม โดยนักเรียนที่ตอบว่าชอบน้ำอัดลมมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรสูงสุด และนักเรียนที่ชอบขนมขบเคี้ยวมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถาวร มากเป็นอันดับสอง และพบว่า นักเรียนกลุ่มที่คะแนนแปรงฟันต่ำสุด และมีความถี่ของการบริโภคอาหารว่างสูงสุด มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรสูงสุด ในขณะที่นักเรียนกลุ่มที่มีคะแนนแปรงฟันสูงสุด และมีความถี่ของการบริโภคอาหารว่างต่ำสุด มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรต่ำสุด

รวีวรรณ ปัญญางาม (2535) ศึกษานิสัยการบริโภคของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาพบว่าจะมีการบริโภคอาหารหลักตามมื้ออาหารปกติ อาหารหลักดังกล่าวประกอบด้วย สารอาหารประเภทโปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ประเภทและปริมาณของสารอาหารเหล่านี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคฟันผุ แต่พบว่าเด็กจะมีการบริโภคอาหารระหว่างมื้อ (อาหารว่าง) เฉลี่ยวันละ 3 ครั้ง ลักษณะอาหารระหว่างมื้อที่เด็กบริโภคเป็นส่วนใหญ่ มักประกอบด้วย น้ำตาลเช่น น้ำหวาน เครื่องดื่ม อาหารนม ลูกอม และของขบเคี้ยวต่างๆรวมทั้งผลไม้สด และผลไม้แปรรูปที่เสริมรสด้วยน้ำตาล อาหารระหว่างมื้อเหล่านี้

นอกจากที่ผู้ปกครองและโรงเรียนเป็นผู้เตรียมไว้ให้แล้ว เด็กยังซื้อหาเองได้สะดวกเพราะมีขายอยู่ทั่วไปการที่เด็กมีการบริโภคอาหารหวานระหว่างมื้อบ่อยครั้ง ทำให้เกิดกรดในปริมาณสูงและต่อเนื่องเป็นเวลานานจนสามารถทำให้ผิวฟันเกิดรอยผุขึ้น และพบว่าความถี่ของการบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อจะมีความสัมพันธ์อย่างรุนแรงของโรคฟันผุ และเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของอัตราฟันผุ ถอน อุด ในเด็กกลุ่มที่ศึกษา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 06.3 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.7 ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65.8 และได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (SUMP) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ -0.206 ค่า P-value มีค่าเท่ากับ 0.000 สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กัน แต่สัมพันธ์กันทางลบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (SUME) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ -0.048 ค่า significant (2 tailed) ของการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 0.407 สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กัน

ทินกร จงกิตตินฤกร (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่องทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนใช้การวัดทัศนคติโดยวิธีการของไลเคอร์ท และตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 235 คน จากโรงเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย 2 โรงเรียนต่อ 1 ตำบล แบ่งเป็นนักเรียนชาย 125 คน นักเรียนหญิง 110 คน โดยอายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มนี้คือ 12.1 ปี ผลการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 3.53 จัดว่าอยู่ในระดับปานกลางโดยนักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับความสามารถในการเรียนของเด็กกลุ่มนี้มีผลต่อระดับทัศนคติสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง และสมควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้

ถูกต้อง ได้แก่ ทักษะคิดในเรื่องดังนี้ แมงกินฟันทำให้ฟันผุ ฟันจะดีหรือไม่ดีเป็นมาแต่กำเนิด การแปรงฟันป้องกันฟันผุไม่ได้ การถอนฟันทำให้ประสาทเสื่อม

ณัฐพงศ์ อนุวัตรรรรยง (2534) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพและดัชนีสภาวะอนามัยในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 310 คน ในโรงเรียนโครงการเผ่ากระวังทันตสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการเผ่ากระวังของครู 49 คน ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2533 พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพในเกณฑ์ดี นักเรียนยังขาดความรู้ในเรื่องลักษณะโครงสร้างของฟัน สาเหตุของโรคเหงือกอักเสบและการขึ้นของฟัน นักเรียนมีทักษะคิดที่ไม่ถูกต้องนักในเรื่อง สาเหตุของการผุของฟัน ตลอดจนการเก็บรักษาฟันที่ผุ นักเรียนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันฟันผุอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เช่น เรื่องการไปพบทันตแพทย์เวลามีอาการปวดฟัน นักเรียนชอบกินขนมหวาน ลูกอม น้ำอัดลม การแปรงฟันที่ถูกวิธี นักเรียนใช้ฟันกัดปากกา ดินสอ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) นักเรียนหญิงมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) นักเรียนที่มีบิดามีอาชีพรับราชการ มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีบิดามีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) นักเรียนที่มีบิดามีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ดีกว่าบิดาที่ไม่เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) นักเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนสูง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01)

ปราณี คำเรือง (2538) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในตำบลสิงโค อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่านักเรียนมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด กับการปฏิบัติพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของบิดา จำนวนพี่น้องในครอบครัว ยกเว้นการศึกษาของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

อาภา คັນสนิยวานิช (2543) ได้ศึกษาสภาวะฟันผุ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2543 กลุ่มตัวอย่างสุ่มโดยวิธีแบ่งชั้นภูมิหลายชั้นตอน จำนวน 341 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพพร้อมกับการใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เกี่ยวกับการแปรงฟัน การพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน และรับบริการทันตกรรม การบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ผลการศึกษาสภาวะฟันผุพบว่า เด็กกลุ่มนี้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน จุด คนละ 1.97 ซี่ เด็กหญิงมีสภาวะฟันผุมากกว่าเด็กชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากพบว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป มีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 47.8 มีการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน และรับบริการทันตกรรม ปีละ 1-2 ครั้ง มีการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกวัน โดยเฉพาะขนมถุงกรอบรสสูง ร้อยละ 38.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน และรับบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ และความถี่ของการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกวัน พบว่าการบริโภคจำนวนหลายประเภทเพิ่มขึ้น ยังมีแนวโน้มฟันผุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

พลูสุวรรณค์ แซ่เฮ็ง (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยลำปางรอง ตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการศึกษากับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยทุกคน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางทันตสุขภาพของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8 มีทัศนคติทางทันตสุขภาพของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 51.9 ปฏิบัติด้านทันตสุขภาพพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 91.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ และทัศนคติด้านทันตสุขภาพของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิญา อภิวงโสกุล (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพิษณุ และโรคเห็อกอักเสบนองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษณุ และโรคเห็อกอักเสบนองในระดับดี การทดสอบสมมติฐานว่า เพศต่างกันมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษณุ และโรคเห็อกอักเสบนองแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ โดยหญิงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่าชาย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับคะแนน 3 และ 4 มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่านักเรียนที่มีคะแนนระดับ 1 และ 2 การนินยมบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน โดยนักเรียนที่นินยมบริโภคอาหารระดับดี มีความรู้ และการปฏิบัติดีกว่านักเรียนที่มีค่านินยมการบริโภคอาหารระดับกลาง



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมทัศนต
 สุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย มีวิธีดำเนินการดังนี้

- 3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรี
 นคร(ไทยธัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 71 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้นเอง โดยดัดแปลง
 มาจาก แบบสอบถามพฤติกรรมทัศนสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของ นิรุวรรณ
 อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (พ.ศ.2545) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลฟันของฉันทน์ และแบบวัด
 พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ของกองทันตสาธารณสุข โดยแบบสอบถาม
 ประกอบไปด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลอายุ เพศ และระดับ
 การศึกษา จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ เป็นคำถามที่แสดงความรู้สึก ประกอบด้วยคำถาม
 เชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่
 เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นคำถามที่ถามถึงการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 การบริโภคอาหารเป็นคำถามที่ถามถึงการปฏิบัติในการบริโภคอาหาร มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง จำนวน 10 ข้อ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาตรวจสอบด้านความถูกต้องของเนื้อหาและความเข้าใจด้านภาษาของแบบสอบถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุตั้งแต่ 11- 12 ปีขึ้นไปในโรงเรียนปากจอกวิทยา พื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยทุ่งแล้ง หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งแล้ง อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ในวันที่ 12 มีนาคม 2553 เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่า ค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามในส่วนของความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมทันตสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร) แบบสอบถามในส่วนของความรู้ ค่า KR. เท่ากับ 0.82 และในส่วนของทักษะคิด พฤติกรรมทันตสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)) เท่ากับ 0.67 และ 0.73 ตามลำดับ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการติดต่อโรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยัญญานุกูล) อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเข้าไปศึกษาวิจัยในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
2. ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้กับอาจารย์ประจำชั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายในการศึกษา
3. ประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลในวัน เวลา ที่กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
5. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุปผล

3.5 การแปลผลข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามจนครบตามจำนวน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามที่กำหนดเป็นส่วนๆ ดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ อายุสูงสุด และอายุต่ำสุด ในส่วนของเพศ วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละของเพศหญิงและชาย

แบบสอบถามที่ 2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพ มีคำถามจำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน)

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแบ่งคะแนนระดับความรู้ ให้แบบอิงเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีระดับความรู้สูง

คะแนนร้อยละ 50-79 (5-7 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (ต่ำกว่า 5 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรู้ต่ำ

แบบทดสอบที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับทันตสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ (30 คะแนน) มีลักษณะคำถามเป็น Scale แบบประเมินค่า 3 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ลักษณะคำตอบมีเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

คำถามเป็นทัศนคติเชิงบวก (ข้อ 1,7)

เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน

คำถามเป็นทัศนคติเชิงลบ (ข้อ 2,3,4,5,6,8,9,10)

เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

การแบ่งระดับทัศนคติใช้วิธีอิงกลุ่ม โดยแบ่งช่วงทัศนคติ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean + S.D หมายถึง ระดับทัศนคติดี

คะแนนเท่ากับ Mean + S.D หมายถึง ระดับทัศนคติปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D หมายถึง ระดับทัศนคติต่ำ

แบบสอบถามส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปาก มีจำนวน 10 ข้อ (30 คะแนน) โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยให้คะแนนตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่เสี่ยงต่อการ

เกิดโรคในช่องปาก และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยมีตัวเลือกตอบคือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง ดังนี้

ลักษณะคำตอบมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

คำถามเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงบวก (ข้อ 9)

จริง	ได้	3	คะแนน
ค่อนข้างจริง	ได้	2	คะแนน
ไม่จริง	ได้	1	คะแนน

คำถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงลบ (1,2,3,4,5,6,7,8,10)

จริง	ได้	1	คะแนน
ค่อนข้างจริง	ได้	2	คะแนน
ไม่จริง	ได้	3	คะแนน

การแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้วิธีอิงกลุ่ม โดยแบ่งระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D) ดังนี้

คะแนนมากกว่า	Mean+S.D หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพช่องปากดี
คะแนนเท่ากับ	Mean + S.D หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า	Mean - S.D หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากต่ำ

แบบสอบถามส่วนที่ 5 การบริโภคอาหารมีจำนวน 10 ข้อ (30 คะแนน) โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้คะแนนตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยมีตัวเลือกตอบ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่จริง ดังนี้

ลักษณะคำตอบมีเกณฑ์ให้คะแนนดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตอบ

จริง	ได้	1	คะแนน
ค่อนข้างจริง	ได้	2	คะแนน
ไม่จริง	ได้	3	คะแนน

การแบ่งระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร ใช้วิธีอิงกลุ่ม โดยแบ่งช่วงระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean+S.D หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารดี

คะแนนเท่ากับ Mean+S.D หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารต่ำ

3.5 สถิติที่ใช้ในการศึกษา

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย มาลงรหัสบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ กับทัศนคติ และความรู้ กับการพฤติกรรมกรการดูแลสุขภาพช่องปาก

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากร จำนวน 71 คน แล้วนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลตามส่วนในแบบสอบถาม โดยขอนำเสนอตามลำดับดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร
- 4.2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร
- 4.3 ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร
- 4.4 ทศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร
- 4.5 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร
- 4.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร
- 4.7 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร
- 4.8 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร
- 4.9 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร
- 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร

ตาราง 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร จำแนกตามเพศ อายุ (n = 71)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	12 ปี	71	100
เพศ	ชาย	34	47.9
	หญิง	37	51.1

จากตารางที่ 4.1 พบว่าในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอายุ 12 ปี มีจำนวนเพศที่ใกล้เคียงกัน คือ เพศชาย 34 คน เพศหญิง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 51.1 ตามลำดับ

ตาราง 4.2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร (n=71)

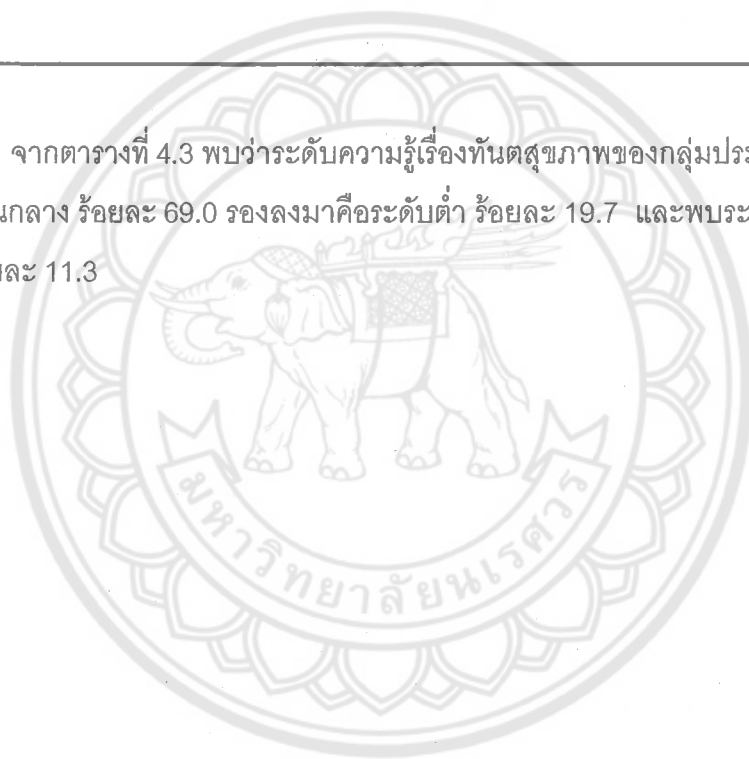
ข้อความถาม	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปาก ขึ้นอายุประมาณ 6 ปี	45(63.4)	26(36.6)
2. ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปากคือฟันกรามล่างซี่ที่ 1	9(12.7)	62(87.3)
3. สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุคือกรดที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในอาหาร	11(15.5)	60(84.5)
4. ลักษณะของฟันผุระยะเริ่มแรกคือมีจุดสีน้ำตาลบนตัวฟัน	41(51.7)	30(42.3)
5. การป้องกันโรคฟันผุได้ดีที่สุดคือแปรงฟันที่ถูกวิธีทุกวัน	54(76.1)	17(23.9)
6. ลักษณะโรคเหงือกอักเสบเป็นเหงือกบวมแดงเวลาแปรงฟันมีเลือดออก	58(81.7)	13(18.3)
7. วิธีป้องกันโรคเหงือกอักเสบคือการแปรงให้ถูกวิธี	31(43.7)	40(56.3)
8. เหงือกปกติมีลักษณะสีชมพู ขอบเหงือกแนบชิดกับคอฟัน	43(60.6)	28(39.4)
9. ลักษณะของยาสีฟันที่ดีคือผสมฟลูออไรด์	63(88.7)	8(11.3)
10. น้ำยาฟลูออไรด์มีประโยชน์คือทำให้ฟันแข็งแรง	45(63.4)	26(36.6)

จากตารางที่ 4.2 พบว่าจำนวนข้อที่กลุ่มประชากรตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับคือ ลักษณะของยาสีฟันที่ดีคือผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 88.7 ลักษณะโรคเหงือกอักเสบเป็นเหงือกบวมแดงเวลาแปรงฟันมีเลือดออก ร้อยละ 81.7 และการป้องกันโรคฟันผุได้ดีที่สุดคือแปรงฟันที่ถูกวิธีทุกวัน ร้อยละ 76.1 ส่วนข้อที่กลุ่มประชากรตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับคือ ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปากคือฟันกรามล่างซี่ที่ 1 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุคือกรดที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในอาหาร วิธีป้องกันโรคเหงือกอักเสบคือการแปรงให้ถูกวิธี ร้อยละ 43.7 ร้อยละ 56.3 และร้อยละ 56.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ด้านทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร (n=71)

ระดับความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(8-10)	8	11.3
ระดับปานกลาง	(5-7)	49	69.0
ระดับต่ำ	(1-4)	14	19.7

จากตารางที่ 4.3 พบว่าระดับความรู้เรื่องทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.0 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 19.7 และพบระดับความรู้ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 11.3



ตารางที่ 4.4 ทักษะคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของกลุ่มประชากร (n=71)

ข้อคำถาม	ทัศนคติ			\bar{X}	S.D
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ฟันของคนเราจะอยู่ได้นานตลอดชีวิตถ้า ได้รับ การดูแลอย่างถูกวิธี	49(69.0)	18(25.4)	4(5.6)	2.63	.591
2. การดื่มน้ำอัดลมจะช่วยให้ฟันขาวสะอาด	0	9(12.7)	62(87.3)	2.87	.335
3. โรคฟันผุและเหงือกอักเสบเกิดจาก กรรมพันธุ์	0	20(28.2)	51(71.8)	2.72	.453
4. ฟันน้ำนมไม่จำเป็นต้องรักษาเพราะจะมี ฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ใหม่ได้	18(25.4)	24(33.8)	29(40.8)	2.15	.804
5. การใช้ฟันขบเคี้ยวของแข็งเช่นการเปิดขวด เป็นการบริหารฟันให้แข็งแรง	5(7.0)	12(16.9)	54(76.1)	2.69	.600
6. เมื่อมีฟันผุเป็นสีดำ ควรถอนฟันออก	43(60.6)	21(29.6)	7(9.9)	1.49	.673
7. โรคฟันผุสามารถป้องกันได้	4(5.6)	7(9.9)	60(84.5)	2.79	.532
8. การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการบริหารเหงือก และฟันสามารถป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และฟันผุได้	6(8.5)	34(47.9)	31(43.7)	2.35	.635
9. การถอนฟันหลายๆอาจทำให้เกิดโรค ประสาทได้	22(31.0)	32(45.1)	17(23.9)	1.93	.743
10. การอมน้ำยาบ้วนปากตามโฆษณา สามารถรักษาโรคเหงือกอักเสบได้	10(14.1)	41(51.7)	20(28.2)	2.14	.639

จากตารางที่ 4.4 พบว่าทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพของกลุ่มประชากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การดื่มน้ำอัดลมจะช่วยให้ฟันขาวสะอาด โรคฟันผุสามารถป้องกันได้ และโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบเกิดจากกรรมพันธุ์ โดยค่าเฉลี่ย 2.87 2.79 และ 2.72 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.335 0.532 และ 0.453 ตามลำดับ และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ เมื่อมีฟันผุเป็นสีดำควรถอนฟันออก การถอนฟันหลายๆอาจทำให้เกิดโรคประสาทได้และการอมน้ำยาบ้วนปากตามโฆษณาสามารถรักษาโรคเหงือกอักเสบได้โดยมีค่าเฉลี่ย 1.49 1.93 และ 2.14 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.673 0.743 และ 0.639 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร (n=71)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (21-30)	10	14.1
ระดับปานกลาง (11-20)	54	76.1
ระดับต่ำ (1-10)	7	9.8

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 76.1 รองลงมาคือมีระดับทัศนคติสูง ร้อยละ 14.1 และระดับทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 9.8

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร (n=71)

ข้อความคำถาม	การดูแลสุขภาพช่องปาก			\bar{X}	S.D
	จริง	ค่อนข้าง	ไม่จริง		
		จริง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1.ฉันไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	3(4.2)	31(43.7)	37(52.1)	2.48	.582
2.ฉันไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ถ้าครู ไม่บอกให้ฉันแปรงฟัน	11(15.5)	37(52.1)	23(32.4)	2.17	.676
3.ฉันรีบแปรงฟันให้เสร็จเร็วๆเพื่อจะได้มีเวลา ไปทำอย่างอื่น	12(16.9)	25(35.2)	34(47.9)	2.31	.748
4.ฉันไม่มีเวลาแปรงฟันนานพอ	2(2.8)	10(14.1)	59(83.1)	2.80	.467
5.ฉันไม่ได้แปรงฟันให้ครบทุกซี่	6(8.5)	21(29.6)	44(62.0)	2.54	.651
6.ฉันไม่ได้แปรงฟันด้านที่ติดกับลิ้นหรือด้าน ติดเพดาน	6(8.5)	25(35.2)	40(56.3)	2.48	.652
7.ฉันไม่ได้แปรงฟันที่ที่อยู่ในสุดของช่องปาก	6(8.5)	18(25.4)	47(66.2)	2.58	.647
8.ฉันไม่ได้แปรงลิ้นเมื่อมีการแปรงฟัน	16(22.5)	38(53.5)	17(23.9)	2.01	.686
9.ฉันไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วยขจัดเศษ อาหารที่ติดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน	27(38.0)	24(33.8)	20(28.2)	2.10	.813
10.ฉันไม่บิบยาสีฟันใส่แปรงเมื่อแปรงฟัน	3(4.2)	6(8.5)	62(87.3)	2.83	.478

จากตารางที่ 4.6 พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ ฉันทไม่บิบยาสีฟันใส่แปรงเมื่อแปรงฟัน ฉันทไม่มีเวลาแปรงฟันนานพอ และฉันทไม่ได้แปรงฟันที่ที่อยู่ในสุดของช่องปาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.83 2.80 และ 2.58 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.478 0.467 และ 0.647 ตามลำดับ และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ ฉันทไม่ได้แปรงลิ้นเมื่อมีการแปรงฟัน ฉันทไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วยขจัดเศษอาหารที่ติดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน และฉันทไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ถ้าครุไม่บอกให้ฉันทแปรงฟัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.01 2.10 และ 2.17 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 0.686 0.813 และ 0.676 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร (n=71)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (21-30)	11	15.5
ระดับปานกลาง (11-20)	50	70.4
ระดับต่ำ (1-10)	10	14.1

จากตารางที่ 4.7 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 15.5 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1

ตารางที่ 4.8 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร (n=71)

ข้อคำถาม	การบริโภคอาหาร			\bar{X}	S.D
	จริง	ค่อนข้าง	ไม่จริง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1.ฉันดื่มน้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลผสมเป็นประจำ	9(12.9)	41(57.7)	21(29.6)	2.17	.632
2.ฉันดื่มน้ำอัดลมวันละหลายๆครั้ง	3(4.2)	20(28.2)	48(67.6)	2.63	.567
3.ฉันดื่มนมก่อนเข้านอน โดยไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	2(2.8)	19(26.8)	50(70.4)	2.68	.528
4.ฉันกินช็อคโกแลตบ่อยๆ	8(11.3)	21(29.6)	42(59.2)	2.48	.694
5.หลังเลิกเรียนฉันกินขนมถุงที่มีรสหวานเป็นประจำ	3(4.2)	35(49.3)	33(46.5)	2.42	.577
6.ฉันกินเยลลี่ ปีโป้ วันละหลายๆครั้ง	2(2.8)	17(23.9)	52(73.2)	2.70	.518
7.ฉันกินขนมหวาน วันละหลายๆครั้ง	0	20(28.2)	51(71.8)	2.72	.453
8.ฉันกินขนมถุงที่มีรสหวานและขนมกรุบกรอบบ่อยๆ	13(18.3)	33(46.5)	25(35.2)	2.17	.717
9.ฉันกินขนมปังไส้ครีมหรือไส้หวานเป็นประจำในเวลาว่าง	31(43.7)	35(49.3)	5(7.0)	2.37	.615
10.ฉันอมลูกอม/ท็อฟฟี่/นมอัดเม็ดในเวลาว่างเป็นประจำ	12(16.9)	26(36.6)	33(46.5)	2.30	.744

จากตารางที่ 4.8 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่อันดับแรกคือ ฉันกินขนมหวาน วันละหลายๆครั้ง ฉันกินเยลลี่ ปีโป้ วันละหลายๆครั้ง และฉันดื่มนมก่อนเข้านอน โดยไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.72, 2.70 และ 2.68 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.453 0.518 และ 0.528 ตามลำดับ และพบข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ ฉันดื่มน้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลผสมเป็นประจำ ฉันกินขนมถุงที่มีรสหวานและขนมกรุบกรอบ

บ่อยๆ ฉันทอมลูกอม/ท็อปปี้/นมอัดเม็ด ในเวลาว่างเป็นประจำ และฉันกินขนมปังไส้ครีม หรือได้หวานเป็นประจำในเวลาว่าง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.17, 2.30 และ 2.37 ตามลำดับมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.632 0.744 และ 0.615 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร (n=71)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (21-30)	13	18.3
ระดับปานกลาง (11-20)	51	71.8
ระดับต่ำ (1-10)	7	9.9

จากตารางที่ 4.9 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 18.3 และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.9

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับความสัมพันธ์ทัศนคติระหว่างความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร (n = 71)

หัวข้อความสัมพันธ์	Pearson Correlation (r)	P-value
ความรู้กับทัศนคติ	.077	.522
ความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	.098	.415

จากตารางที่ 4.10 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ (SUMA) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ .077 ค่า P-value มีค่าเท่ากับ .522

สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson Correlation (r) = .077, P-value = .522)

จากตารางที่ 4.10 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (SUMP) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ .098 ค่า P-value มีค่าเท่ากับ .415

สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson Correlation (r) = .098, P-value = .415)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษา ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติและระหว่างความรู้กับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยัญญานุกูล) ในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จากกลุ่มประชากรจำนวน 71 คน ผลการศึกษาสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 71 คน อายุ 12 ปี ร้อยละ 100 มีจำนวนเพศใกล้เคียงกับคือ เพศชายจำนวน 34 คน เพศหญิงจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 51.1 ตามลำดับ

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ

คำถามที่กลุ่มประชากรตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับคือ ลักษณะของยาสีฟันที่ดีคือผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 88.7 ลักษณะโรคเหงือกอักเสบเป็นเหงือกบวมแดงเวลาแปรงฟันมีเลือดออก ร้อยละ 81.7 และการป้องกันโรคฟันผุได้ดีที่สุดคือแปรงฟันที่ถูกวิธีทุกวัน ร้อยละ 76.1 ส่วนคำถามที่กลุ่มประชากรตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับคือ ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปากคือฟันกรามล่างซี่ที่ 1 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุคือกรดที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในอาหาร วิธีป้องกันโรคเหงือกอักเสบคือการแปรงให้ถูกวิธี ร้อยละ 87.6 ร้อยละ 84.5 และร้อยละ 56.3 ตามลำดับ ซึ่งระดับความรู้เรื่องทันตสุขภาพของกลุ่มประชากร ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 69.0 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.7 และพบระดับความรู้ในระดับสูงเพียง จำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.3

ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพของกลุ่มประชากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การดื่มน้ำอัดลมจะช่วยให้ฟันขาวสะอาด โรคฟันผุสามารถป้องกันได้ และโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเกิดจากกรรมพันธุ์ โดยค่าเฉลี่ย 2.87 2.79 และ 2.72 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.335 0.532 และ 0.453 ตามลำดับ และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ เมื่อมีฟันผุเป็นสีดำควรถอนฟันออก การถอนฟันหลายๆอาจทำให้เกิดโรคประสาทได้และการอมน้ำยาบ้วนปากตามโฆษณาสามารถรักษาโรคเหงือกอักเสบได้โดยมีค่าเฉลี่ย 1.49 1.93 และ 2.14 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.673 0.743 และ 0.639 ตามลำดับ ซึ่งระดับทัศนคติของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 รองลงมาคือมีระดับทัศนคติสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 และระดับทัศนคติที่พบน้อยที่สุดคือ ทัศนคติระดับต่ำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ฉันไม่บิบยาสีฟันใส่แปรงเมื่อแปรงฟัน ฉันไม่มีเวลาแปรงฟันนานพอ และฉันไม่ได้แปรงฟันที่ที่อยู่ที่สุดในสุดของช่องปาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.83 2.80 และ 2.58 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.478 0.467 และ 0.647 ตามลำดับ และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ ฉันไม่ได้แปรงลิ้นเมื่อมีการแปรงฟัน ฉันไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วยจัดเศษอาหารที่ติดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน และฉันไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ถ้าครูไม่บอกให้ฉันแปรงฟัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.01 2.10 และ 2.17 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 0.686 0.813 และ 0.676 ตามลำดับ ซึ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ฉันทินขนมหวาน วันละหลายครั้ง ฉันทินเยลลี่ ปีไป วันละหลายครั้ง และฉันทิมันนมก่อนเข้านอน โดยไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.72, 2.70 และ 2.68 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 0.453 0.518 และ 0.528 ตามลำดับ และพบข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับสุดท้ายคือ ฉันทิน้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลผสมเป็นประจำ ฉันทินขนมถุงที่มีรสหวานและขนมกรุบกรอบบ่อยๆ ฉันทอมลูกอม/ท็อปปี้/นมอัดเม็ด ในเวลาว่างเป็นประจำ และฉันทินขนมปังไส้ครีม หรือไส้หวานเป็นประจำ ในเวลาว่าง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.17, 2.30 และ 2.37 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 0.632 0.744 และ 0.615 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมกรบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และมีพฤติกรรมกรบริโภคที่ต้องอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ (SUMA) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ .077 ค่า P-value มีค่าเท่ากับ .522

สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ P-value = 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมกรดูแลช่องปาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (SUMK) กับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก (SUMP) พบว่า มีค่า Pearson Correlation (r) เท่ากับ .098 ค่า P-value มีค่าเท่ากับ .415

สรุปได้ว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญ P-value = 0.05

อภิปรายผล

1. จากการศึกษากลุ่มประชากรโดยภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง (2534) ซึ่งศึกษาความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพและดัชนีสภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 310 คน ในโรงเรียนโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 มีค่าเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพในเกณฑ์ดี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีนัก โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มประชากรตอบผิดมากที่สุดคือ ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปากคือฟันกรามล่างซี่ที่ 1 ซึ่งเป็นความรู้ที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

2. ผลการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มประชากรพบว่าทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของพลสุวรรค์ แซ่เฮ็ง (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยลำปางรอง ตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ด้านทัศนคติที่ไม่ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ เมื่อพบฟันผุเป็นสีดำควรถอนฟันออก ซึ่งเป็นทัศนคติที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มประชากร พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องคะแนนสูงสุดคือ ฉันไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วยขัดเศษอาหารที่ติดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน ฉันไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ถ้าครูไม่บอกให้ฉันแปรงฟัน และฉันไม่ได้แปรงลิ้นเมื่อมีการแปรงฟัน ซึ่งทั้ง 3 ข้อเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในช่องปาก

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องสูงสุดคือ ฉันทกินขนมปังไส้ครีมหรือไส้หวานเป็นประจำในเวลาว่าง ฉันทดื่มน้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลผสมเป็นประจำ และฉันทอมลูกอม/ท็อฟฟี่/นมอัดเม็ดในเวลาว่างเป็นประจำซึ่งถือเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ทั้ง 3 ข้อเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคฟันผุ ตามทฤษฎีการเกิดโรคฟันผุ

5. ผลการศึกษาด้านความรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพในช่องปากมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ ($r=0.098$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ นิรุวรรณ อุประชัยและสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2545) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. ด้านนโยบาย

- ควรส่งเสริมให้มีการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาทุกกลุ่มอายุ ที่มีฟันแท้ขึ้นในช่องปาก เพื่อลดอัตราการเกิดโรคฟันผุและการให้บริการทันตกรรม อุดฟัน ชูดหินปูน ถอนฟัน เพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพช่องปาก ลดภาวะการเจ็บป่วยและโภชนาการที่ดี

- ควรมีการสนับสนุนให้นักเรียนชั้นประถมศึกษามีความรู้ความเข้าใจในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเพื่อจะได้เพิ่มทัศนคติและตระหนัก ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น สนับสนุนงบประมาณในการทำโครงการ การฝึกอบรมทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย

2. ด้านการปฏิบัติ

- ควรใช้กระบวนการกลุ่ม ในการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษา

- ควรมีการจัดทำคู่มือการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น การบริโภคอาหาร วิธีการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้อง และความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรทำการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในด้านการบริโภคอาหารและการดูแลทันตสุขภาพ
- 2.ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่น ที่คาดว่าจะมีผลต่อการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา เช่น ปัญหาอุปสรรค ความคาดหวัง เศรษฐกิจภายในครอบครัว
- 3.ปัญหาในการตอบแบบสอบถาม คือ ไม่เข้าใจในคำถาม เครื่องมือและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลควรให้เหมาะสมกับวุฒิภาวะของเด็กชั้นประถมศึกษา คือใช้แบบสัมภาษณ์แทนการใช้แบบสอบถาม





บรรณานุกรม

- การอภิปรายปาฐกถา เรื่อง "วิธีแปร่งฟันสำหรับชุมชน". (2528) . จัดโดยทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน้า 21-68 ปีที่ 8 ฉบับที่ 12528.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2538). **คู่มือการดูแลทันตสุขภาพ
สำหรับตนเอง**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- งามตา วนิทานนท์ (2535). **ทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในจิตวิทยาสังคม**. สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. (หน้า 346-350).
- จารุวรรณ ตันภูรานันท์ ปิยวัฒน์ พันธุ์โกศล (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลอนามัยในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ปีที่ 19 ฉบับที่ 2:2539 .
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง. (2534). **การศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับทันต
สุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอเมือง จังหวัดระนอง**. ภาคนิพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2532). **การวัดและการวิจัยทักษะคิดที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ**. ใน
ศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 1(3) .ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ.(หน้า 62-81).
- ทพ.ญ.จิราภรณ์ แต่วีระพิชัย. (20 มีนาคม 2553) .**สารเคลือบหลุมร่องฟัน ในงานทันตกรรม
ป้องกัน**. กลุ่มงานทันตกรรมป้องกัน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สืบค้นเมื่อ
29 มีนาคม 2553 ,จาก<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/sealant/s01.htm>
- นิรนาม (2532). **ขนมเด็กกับการโฆษณา**. จุลสารข้อมูล คปสอ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 เดือนตุลาคม –
ธันวาคม 2535.
- นิรนาม (2531). **ตลาดสแน็คยังมันกับมันฝรั่ง และอำนาจการซื้อของเด็ก 8-12 ขวบ** คู่แข่ง
(มีนาคม 2531) : 45-71.
- นิรุวรรณ อุประชัยและคณะ. (2543). **โครงการตำราหลักสูตรสาธาณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** ขอนแก่น. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ:
คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปราณี คำเรือง. (2541). ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียน
ประถมศึกษาปีที่ 6 ในตำบลชิ่งโค อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา .ภาคินพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา เริงกมล. (2539). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง ขนมอบเคี้ยวของ
นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่เรียนโดยใช้บทเรียนสำเร็จรูปและวิธีบรรยาย.
ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล .
- พิชญ อุตตมะเวทิน และคณะ (2534). พฤติกรรมการบริโภคขนมเด็กประจำวันออกเฉียงเหนือ.
คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมษายน 2533 –กันยายน 2534.
- พลสุวรรค์ แซ่เฮ็ง . (2544). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่
5-6 ในรับผิดชอบของสถานีอนามัยลำปางรอง ตำบลลำปางรอง อำเภอโนนดิน
แดง จังหวัดบุรีรัมย์ .การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธาณสุข คณะเภสัชศาสตร์และ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เพ็ญทิพย์ จิตจำนง และคณะ (2537). ความสัมพันธ์ของโรคฟันผุ กับอาหารระหว่างมือ
ที่เด็กก่อนวัยเรียนบริโภค : ศึกษาเฉพาะในภาคกลาง. รายงานวิจัยกองทันต
สาธาณสุข กรมอนามัย 2537.
- มันทนา ประทีปประสาน และคณะ. (1985). A Special Study Report : Nangrong Dietary
Survey , Bangkok for Population and Social Research, Mahidol University .
- ระวีวรรณ ปัญญางาม และ ยุทธนา ปัญญางาม (2535). อิทธิพลของบริโภคนิสัยต่อสภาวะโรค
ฟันผุของเด็กวัยเรียน. วารสารทันตแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 15
ฉบับที่ 2: 2535 .
- วันเพ็ญ เรื่องจิตวิกุล. (2535). พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน และการรักษาอนามัยใน
ช่องปากกับการเกิดโรคฟันผุเด็กก่อนวัยเรียน รายงานในการประชุมวิชาการ
กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข 4-5 ก.ค.2532.
- ศิริพร หาขุน. (2536). แบบแผนการบริโภคอาหารว่างของเด็กอ้วนและเด็กปกติ อายุ 7-9ปี
โรงเรียนเอกชน กรุงเทพฯ .ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
โภชนาวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ศิริพร หาขุน. (2536). แบบแผนการบริโภคอาหารว่างของเด็กอ้วนและเด็กปกติ อายุ 7-9ปี
โรงเรียนเอกชน กรุงเทพฯ .ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
โภชนาวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล .

สุขสมร ประพัฒทอง, สดชื่น โชติสังกาส และมณฑล สุวรรณรักษ์. (2535). ผลการกระตุ้น
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ต่อการสอนทันตอนามัยในเด็ก รายงานการวิจัยภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล .

สุภาพ สอนปาน และคณะ.(2535). ผลสัมฤทธิ์ของนมเด็กบริเวณโรงเรียนอนุบาล.
เอกสารโรเนียว.กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มี.ค.2535.

สุภาพ สอนปาน และคณะ(2535). ผลสัมฤทธิ์ของนมเด็กบริเวณโรงเรียนอนุบาล.
เอกสารโรเนียว.กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มี.ค.2535.

สุวิภา อนันต์สวัสดิ์ และคณะ (2535). พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกที่มีผลต่อทันตสุขภาพ .
วารสารอนามัย ,2535 พ.ค.-มิ.ย. :21 (3) :209-218 .

แสวง ไพรีไทรย์ และณัฐา บุรณสุวรรณค์. (2531). ปัญหาทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนในระดับ
ประถมศึกษาอายุ 7 -12 ปี ที่มีภาวะทุพพลโภชนาการในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดศรีสะเกษ, ทันตแพทยศาสตร์ (พ.ค. -มิ.ย. 31) : 92-100 .

อภิญา อภิวงไสกุล. (2541). พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา.ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศรีนครินทร.

Bandura, Albert. (1977) . Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey ,
Prentice Hall.

Bandura , Albert. ,Adam ,Nancy E., and Beyer, Janice. (1977) .Cognitive Process
Mediating Behavioral Change.Journal of Personality and Social Psychology.35
Zmarch 1977 : 125-139

Ismail,AL., Burt,BA .,Eklund, S.A. (1984) . The Cariogenicity of Soft Drinks in the US.
J.Am Dent Asssoc.: 241-5 .

Lindquist,C. (1952) .Oral sugar clearance. Odontol Revy.3:1-121.

Nizel,A. (1952) . Nutrition in Preventive Dentistry: science and Practice^{2nd}ed.Philadephia,
W.B. Saunders Company.

Stephan ,R.M. (1940) .Change in the Hydrogen Ion Concentration on Tooth Surface and
Cariou alesions. J.Am. Dent Assoc., 27:718.





แบบสอบถามการวิจัย
เรื่อง “ การศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ”
โรงเรียนอนุบาลศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

- 1.แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านทัศนสุขภาพ
 ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ
 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
 ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 2.แบบสอบถามทั้งหมด 5 หน้า
- 3.ขอให้นักเรียนทำเครื่องหมาย X ลงในข้อให้ตรงกับความเป็นจริงของตนเอง
- 4.ข้อมูลที่สอบถามเกี่ยวข้องเฉพาะเรื่องที่วิจัยเท่านั้น ไม่ส่งผลใดๆกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ทั้งสิ้น

ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม
ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2.อายุ.....ปี

3.ชั้นประถมศึกษาปีที่.....

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านทันตสุขภาพ

1. ฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปาก ขึ้นอายุประมาณกี่ปี

ก. 1 ปี

ข. 2 ปี

ค. 4 ปี

ง. 6 ปี

2. ฟันแท้ซี่แรกขึ้นมาในช่องปากคือซี่ใด

ก. ฟันหน้าซี่บน

ข. ฟันหน้าซี่ล่าง

ค. ฟันกรามซี่ที่ 1 บน

ง. ฟันกรามล่างซี่ที่ 1

3. สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ คือข้อใด

ก. มีแมงกินฟัน

ข. รับประทานอาหารรสหวานมาก

ค. เศษอาหารติดฟัน

ง. กรดที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในอาหาร

4. ลักษณะของฟันผุในระยะเริ่มแรกคือ

ก. มีเลือดออกตามไรฟัน

ข. มีหินปูนจับที่ตัวฟัน

ค. มีจุดสีน้ำตาลบนตัวฟัน

ง. มีเหงือกบวมแดง

5. การป้องกันโรคฟันผุได้ดีที่สุดคือข้อใด

ก. ใช้น้ำยาบ้วนปากบ่อยๆ

ข. ใช้น้ำเกลือทุกวัน

ค. แปรงฟันที่ถูกวิธีทุกวัน

ง. บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

6. ลักษณะโรคเหงือกอักเสบเป็นอย่างไร

ก. เหงือกบวมแดงเวลาแปรงฟันมี

ข. มีเลือดออกตามไรฟัน

เลือดออก

ค. เหงือกเป็นแผล

ง. มีหินปูนจับที่ตัวฟัน

7. วิธีการป้องกันโรคเหงือกอักเสบคือข้อใด

ก. การแปรงฟันที่ถูกวิธี

ข. ใช้น้ำยาบ้วนปากลดอาการอักเสบ

ค. การไปหาหมอ

ง. การเคี้ยวหมากฝรั่ง

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับพันธุสภาพ

1. พันของคนเราจะอยู่ได้นานตลอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
2. การดื่มน้ำอัดลมจะช่วยให้ฟันขาวสะอาด
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
3. โรคฟันผุและเหงือกอักเสบเกิดจากกรรมพันธุ์
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
4. ฟันน้ำนมไม่จำเป็นต้องรักษาเพราะจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ใหม่ได้
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
5. การใช้ฟันขบเคี้ยวของแข็ง เช่น การเปิดขวดเป็นการบริหารฟันให้แข็งแรง
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
6. เมื่อมีฟันผุเป็นสีดำ ควรถอนฟันออก
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
7. โรคฟันผุสามารถป้องกันได้
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
8. การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการบริหารเหงือกและฟัน สามารถป้องกันโรคเหงือกอักเสบและฟันผุได้
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
9. การถอนฟันหลายๆอาจทำให้เกิดเป็นโรคประสาทได้
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย
10. การอมน้ำยาบ้วนปากตามโฆษณา สามารถรักษาโรคเหงือกอักเสบได้จริง
ก. เห็นด้วย ข. ไม่แน่ใจ ค. ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปาก

1. ดันไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

2. ดันไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ถ้าครูไม่บอกให้ดันแปรง

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

3. ดันรีบแปรงฟันให้เสร็จเร็วๆเพื่อจะได้มีเวลาไปทำอย่างอื่น

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

4. ดันไม่มีเวลาแปรงฟันนานพอ

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

5. ดันไม่ได้แปรงฟันให้ครบทุกซี่

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

6. ดันไม่ได้แปรงฟันด้านที่ติดกับลิ้นหรือด้านติดเพดาน

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

7. ดันไม่ได้แปรงฟันที่อยู่ในสุดของช่องปาก

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

8. ดันไม่แปรงลิ้นเมื่อมีการแปรงฟัน

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

9. ดันเคยใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วยขจัดเศษอาหารที่ติดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง

10. ดันไม่มีบิทยาสีฟันใส่แปรงเมื่อแปรงฟัน

ก. จริง

ข. ค่อนข้างจริง

ค. ไม่จริง





ที่ พิเศษ

210 หมู่ 3 ต.ศรีนคร

อ.ศรีนคร จ.สุโขทัย

64130

25 มีนาคม 2552

เรื่อง ขอขอบคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยัญญานุกูล)

ด้วย คณะผู้วิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินการงานวิจัย เรื่อง "การศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6" โดยได้รับความร่วมมือจากอาจารย์และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยในวันที่ 19 มีนาคม 2553

ในการครั้งนี้ คณะผู้วิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงขอขอบคุณโรงเรียนอนุบาลศรีนคร (ไทยัญญานุกูล) อย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพัชรภรณ์ ยอดไหว)

คณะผู้วิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์

210 หมู่ 3 ต.ศรีนคร

อ.ศรีนคร จ.สุโขทัย 64130

โทร 084-5760750



ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพของกลุ่ม
ประชากร

Correlations

		SUMK	SUMA
SUMK	Pearson Correlation	1	.077
	Sig. (2-tailed)		.522
	N	71	71
SUMA	Pearson Correlation	.077	1
	Sig. (2-tailed)	.522	
	N	71	71

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของกลุ่ม
ประชากร

Correlations

		SUMK	SAMP
SUMK	Pearson Correlation	1	.098
	Sig. (2-tailed)		.415
	N	71	71
SAMP	Pearson Correlation	.098	1
	Sig. (2-tailed)	.415	
	N	71	71

ข้อเสนอแนะ

1. โครงร่างงานวิจัยไม่ต้องมีแล้วค่ะ
2. ปรับการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเล่ม
3. ปรับการเขียนบทที่ 3 – การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. ปรับตารางดังรายละเอียดในบทที่ 4
5. เพิ่มวุฒิในประวัติผู้วิจัย

