ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

The Effects of Oral Health Promotion Program on Tooth Brushing Behavior, Weaning of Baby Bottle Use among Caregivers and Caries Increment of 9-18 months old Children in Hat Yai District, Songkhla Province

จุทามาส มณีโชติ

Jutamas Maneechot

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Oral Health Sciences Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็ก อายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

The Effects of Oral Health Promotion Program on Tooth Brushing Behavior, Weaning of Baby Bottle Use among Caregivers and Caries Increment of 9-18 months old Children in Hat Yai District, Songkhla Province

จุทามาส มณีโชติ

Jutamas Maneechot

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Oral Health Sciences Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้เขียน นางสาวจุฑามาส มณีโชติ

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย ฐิตโสมกุล)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์พิเศษชุติมา ไตรรัตน์วรกุล)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย ฐิตโสมกุล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัชรินทร์ พิวัฒน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ .....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย ฐิตโสมกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ .....
(นางสาวจุฑามาส มณีโชติ)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ .....
(นางสาวจุฑามาส มณีโชติ)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้เขียน นางสาวจุฑามาส มณีโชติ

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 9-18 เดือน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง ที่มีทันตาภิบาลประจำของอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การศึกษานี้เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มปกปิดทางเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและผู้ดูแลเด็กจำนวน 350 คน สุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 175 คน เก็บข้อมูลปริมาณคราบจุลินทรีย์ ฟันผุของเด็กและสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างก่อนและหลังการศึกษาที่ 6 เดือน กลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ 3 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพตามระบบปกติ ผลการศึกษา พบว่าในกลุ่มศึกษาผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้น (p=0.001) การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นในด้านการแปรงฟันเด็กได้สะอาดจริง ๆ (p=0.001) และการดูแลเด็กไม่ให้มีฟันผุ (p=0.003) เด็กที่ได้รับการแปรงฟันเพิ่มขึ้น (p=0.021) และใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์มากขึ้น (p=0.015) มีการทำความสะอาดเพิ่มขึ้นทั้งหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอน (p=0.00) และมื้อดึก (p=0.001) เด็กที่หลับ คาขวดนมหรือเต้านมลดลง (p=0.001) และดูดนมมื้อดึกลดลง (p=0.00) ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กลดลงเท่ากับ 0.5 ± 0.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุต่ำเท่ากับ 2.9±5.3 ด้านและ 1.8±2.8 ซี่ ฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยลง (p=0.00) สรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงนมอย่างเหมาะสมและฝึกทักษะในการแปรงฟันเด็ก สามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของเด็กเล็กได้ และควรดำเนินโปรแกรมต่อไปเพื่อแก้ปัญหาความชุกของโรคฟันผุสูงในเด็กเล็ก

Thesis Title The Effects of Oral Health Promotion Program on Tooth Brushing Behavior, Weaning of Baby Bottle Use among Caregivers and Caries Increment of 9-18 months old Children in Hat Yai District, Songkhla Province

Author Miss Jutamas Maneechot

Major Program Oral Health Sciences

Academic Year 2015

ABSTRACT

The purposes of the present study was to investigate effects of oral health promotion program on tooth brushing habit, baby bottle weaning among caregivers and caries increment of 9-18 months old children. The study was conducted in 8 health centers where a fulltime dental nurse is employed in Hat Yai District, Songkhla Province. This study was a single blinded randomized control trial. A total of 350 children and caregiver were participated in the study, an equal number of 175 children were randomly allocated to intervention group and control group. Data collection including plaque index score, dental caries and caregivers interviewing using structured questionnaires at baseline and after 6 months at the end of study. Intervention group received on oral health promotion program based on Health Belief Model and Self Efficacy theory and 3 months follow up to evaluate behavior change. Control group received routine oral health program. Results reveal that caregivers of intervention group had higher oral health knowledge (p=0.001), had higher self-efficacy on brushing of their children's teeth (p=0.001) and had higher efficacy on protecting children from dental caries (p=0.003), increased of brushing by the caregivers (p=0.021) and using more fluoride toothpaste (p=0.015), more frequently cleaning of children's teeth after evening meal (p=0.00) and after nighttime feeding (p=0.001), decreasing fall asleep with bottle or breast (p=0.001) and decreasing nighttime feeding (p=0.00). Mean plaque index score decreased to 0.5 ± 0.7, had lower mean dmfs and dmft given mean score 2.9±5.3 and 1.8±2.8, respectively and had lower caries increment (p=0.00). In conclusion, oral

health promotion program on promoting caregivers to practice proper feeding and training caregiver to daily brush children's teeth was efficiently reduced the risk of early childhood caries among young children. The program should be continuousing implemented in order to solve the high caries prevalence among young children.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย ฐิตโสมกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงธิดา ไพบูลย์วรชาติ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ฝ่ายทันตกรรมรพ.หาดใหญ่ ทันตาภิบาลและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่เอื้ออำนวยสถานที่ในการศึกษาวิจัย อีกทั้งขอขอบพระคุณผู้ดูแลเด็กทุกท่านที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้แนวคิดข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ผู้สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิจัย หน่วยบัณฑิตศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ ขอขอบคุณรุ่นพี่ และรุ่นน้องนักศึกษาหลังปริญญาสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลต้นสังกัดที่สนับสนุนทุนการลาศึกษาต่อของข้าพเจ้า

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ชายและทุกคนในครอบครัวที่มอบกำลังใจ และคอยสนับสนุนในทุกเรื่อง ขอขอบพระคุณคณาจารย์ บุคลากรทุกท่านในภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำและให้กำลังใจในการเรียนและทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา คุณงามความดีที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการีและคณาจารย์ทุกท่านที่เป็นผู้ประสิทธิประสาทวิชาตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษาของข้าพเจ้า

จุทามาส มณีโชติ

สารบัญ

สารบัญ	หน้า
รายการตาราง	(10)
รายการรูป	(12)
บทที่	
1. บทนำ	1
บทนำต้นเรื่อง	1
การทบทวนวรรณกรรม	3
วัตถุประสงค์	13
2. วิธีการดำเนินการวิจัย	19
3. ผลการวิจัย	40
4. บทวิจารณ์	69
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	74
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	80
ประวัติผู้เขียน	104

รายการตาราง

ตาราง **หน้า**

ตารางที่ 1 ปริมาณยาสีฟันที่แนะนำในแต่ละกลุ่มอายุ 4
ตารางที่ 2 การประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 25
ตารางที่ 3 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 26
ตารางที่ 4 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง 28
ตารางที่ 5 คุณลักษณะทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา 41
ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขวดนมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา 43
ตารางที่ 7 การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา 44
ตารางที่ 8 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา 45
ตารางที่ 9 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กของกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุมก่อนการศึกษา 47
ตารางที่ 10 พฤติกรรมการเลี้ยงนมของผู้ดูแลเด็กของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา 48
ตารางที่ 11 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา 50
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา 50
ตารางที่ 13 พฤติกรรมการเลี้ยงนมและการทำความสะอาดช่องปากเด็กหลังการศึกษา ของกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ 52
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการศึกษา 54
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการศึกษา 57
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการศึกษา 59
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดก่อนและหลังการศึกษา 60
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงนมก่อนและหลังการศึกษา 63

รายการตาราง (ต่อ)

ตารางที่ **หน้า**

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดก่อนและหลังการศึกษา และฟันผุที่เพิ่มขึ้นหลังการศึกษา 67

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดก่อนและหลังการศึกษา และฟันผุที่เพิ่มขึ้นหลังการศึกษา 68

รายการรูปภาพ

รูปภาพที่ **หน้า**

รูปที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง 23

รูปที่ 2 โปรแกรมที่แต่ละกลุ่มได้รับ 24

รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี 30

รูปที่ 4 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ดัดแปลงจาก Simplified oral hygiene index 31

รูปที่ 5 ขั้นตอนช่วงเตรียมความพร้อม 33

รูปที่ 6 การดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพแต่ละกลุ่ม 34

บทที่ 1

บทนำ

บทนำต้นเรื่อง

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ[1] ครั้งที่ 7 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ.2555 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ร้อยละ 48.3 ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม และปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือ เรื่องการแปรงฟัน เพราะผู้ดูแลเด็กของเด็กอายุ 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 44.2 ที่มีผู้ดูแลเด็กช่วยดูแล การแปรงฟันให้ นอกจากนี้เด็กอายุ 3 ปี ยังมีการใช้ขวดนมอยู่ถึงร้อยละ 39.4 แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ดูแลเด็กจำนวนมากที่ไม่ได้แปรงฟันซ้ำให้เด็ก และเด็กยังดูดขวดนมเกินช่วงอายุที่ควรเลิก ซึ่งสมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatric Dentistry) แนะนำให้เลิกขวดนมเมื่อเด็กอายุ 12-18 เดือน[2]

โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็ก[3] ในปีพ.ศ.2557 โดยทำแบบสอบถามผู้ดูแลเด็กของเด็กอายุ 18 เดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอหาดใหญ่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดฟันผุ คือ เด็กยังคงใช้ขวดนมอยู่ร้อยละ 80.3 ส่วนพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากพบว่าผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 72.1 มีการแปรงฟันก่อนนอนให้เด็กร้อยละ 77.2 และจากการตรวจฟันเด็กที่อายุ 3 ปี พบว่ามีเด็กเพียงร้อยละ 35.7 ที่ปราศจากฟันผุ ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ[1] เห็นได้ว่าเด็กเล็กในอำเภอหาดใหญ่มีการใช้ขวดนมเกินช่วงอายุที่เหมาะสมสูงมากและมีความชุกของฟันผุสูงด้วย

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของอำเภอหาดใหญ่แบ่งเป็นรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 8 แห่งและหมุนเวียน 8 แห่ง รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำมีการให้บริการตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์วาร์นิช และฝึกทักษะการแปรงฟันแก่ผู้ดูแลเด็กโดยทันตาภิบาลดำเนินการพร้อมกับคลินิกเด็กดีในวันที่มีการฉีดวัคซีนซึ่งตรงกับวันพุธสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน ส่วนในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำมีการส่งเสริม

ทันตสุขภาพในแบบเดียวกันแต่ทำโดยทันตาภิบาลในรพ.สต.ใกล้เคียงและหรือนักวิชาการทันตสาธารณสุขทีหมุนเวียนจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ จากการประชุมกลุ่มทันตาภิบาลในรพ.สต.และ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่าในการปฏิบัติงานจริงการส่งเสริมทันตสุขภาพไม่สามารถทำได้ครบถ้วน ทุกขั้นตอนและไม่ครอบคลุมเด็กทุกคน เนื่องจากในแต่ละครั้งมีเด็กมาฉีดวัคซีนเป็นจำนวนมาก ผู้ดูแลเด็กมีเป้าหมายเพียงแค่พาเด็กมาฉีดวัคซีนเท่านั้น อยากรีบเสร็จรีบกลับ จึงไม่สนใจการตรวจฟันหรือการให้ทันตสุขศึกษา การให้ทันตสุขศึกษาใช้เวลาต่อคนน้อย เน้นการทาฟลูออไรด์วาร์นิชเป็นหลัก ส่วนใหญ่ไม่ได้สอนหรือฝึกให้ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันโดยการฝึกปฏิบัติจริงและไม่มีการอธิบายเกี่ยวกับวิธีในการเลิกขวดนม แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ดำเนินการพร้อมกับคลินิก เด็กดีในวันที่มีการฉีดวัคซีนยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กเล็กในรพ.สต.ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลเด็กเล็ก พบว่า มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการแปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน การใช้ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสม[4,5,6] และลดการเกิดฟันผุใหม่[5,7,8] แต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงนม เช่น การหลับคาขวดนม การดูดนมมื้อกลางคืน[4,5,6]

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการเลิกขวดนมมีจำนวนน้อยมาก พบว่า การแจกแก้วหัดดื่ม พร้อมคู่มือการใช้[9,10] การอธิบายผลเสียของการดูดขวดนมนานเกินช่วงอายุที่เหมาะสม[10] การให้ดูรูปภาพฟันผุที่มีสาเหตุจากการดูดขวดนม[11] ทำให้ผู้ดูแลเด็กให้เด็กเลิกขวดนมได้ในช่วงอายุที่เหมาะสมมากกว่าผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับความรู้หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกขวดนมเพียงอย่างเดียว[9,10,11]การศึกษาในประเทศไทยที่ไม่สามารถให้เด็กเลิกขวดนมได้ มีสาเหตุมาจากผู้ดูแลเด็กตามใจ[12] ไม่สามารถทนต่อการร้องไห้ของเด็กได้ [4] ย่าหรือยายไม่เห็นด้วยกับการเลิกขวดนม[4] และจากทัศนคติของผู้ดูแลที่คิดว่าเด็กควรเลิกขวดนมในอายุที่มากกว่า 18 เดือน[12]

เนื่องจากการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ทำประจำในรพ.สต.ดำเนินการพร้อมกับคลินิกเด็กดีในวันที่มีการฉีดวัคซีน มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและจำนวนเด็กที่มารับบริการ ทำให้ทันตาภิบาลไม่สามารถฝึกผู้ดูแลเด็กให้แปรงฟันและให้เด็กเลิกขวดนมได้จริง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการช่วยพัฒนางานประจำในพื้นที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริง โดยการเพิ่มศักยภาพของทันตาภิบาลในแต่ละรพ.สต.และให้ทันตาภิบาลเป็นผู้ดำเนินงานในการสร้างเสริมทันตสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้แก่ผู้ดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ มีความเชื่อตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีการให้ความรู้ เน้นการฝึกปฏิบัติจริง และนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแปรงฟันและสามารถให้เด็กเลิกขวดนมได้ในอายุที่

เหมาะสม จึงนำมาสู่การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในด้านการแปรงฟัน พฤติกรรมการเลี้ยงนม การเลิกขวดนม ปริมาณคราบจุลินทรีย์ รวมทั้งฟันผุที่เพิ่มขึ้นในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การทบทวนวรรณกรรม

1. ความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทย

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ[1] ครั้งที่ 7 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในปี 2555 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.7 ซี่/คน โดยเด็กฟันผุอายุน้อยสุดเพียง 9 เดือน ร้อยละ 3.2 ของเด็ก มีการสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว นอกจากนี้พบว่ารอยโรคฟันผุร้อยละ 50.6 เป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาหรือเฉลี่ย 2.6 ซี่/คน ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคกลางร้อยละ 61.0 และ 59.6 ค่าเฉลี่ย dmft 3.1 และ 3.0 ซี่/คน ตามลำดับ ในเขตชนบทมีความชุกของการเกิดโรคสูงกว่าในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยเขตชนบทพบร้อยละ 55.3 เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 48.8 และ 49.5 ตามลำดับ

2. การแปรงฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก

ผู้ดูแลเด็กที่เคยแปรงฟันให้เด็กร้อยละ 28.9 เริ่มแปรงให้เมื่อเด็กมีฟันซี่แรกขึ้น (6 เดือน) ร้อยละ 52.6 เริ่มแปรงเมื่อเด็กอายุ 9-18 เดือน ร้อยละ 18.5 เริ่มแปรงเมื่อเด็กมีฟันขึ้นเต็มปาก (2-2.5 ปี) แต่เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันเฉพาะเวลาเช้าเพียง 1 ครั้ง และเด็กยังคงดูดนมขวดก่อนนอนแม้แปรงฟันแล้วถึงร้อยละ 44[13] มีการศึกษาในเด็กอายุ 6-19 เดือน พบว่าในเด็กที่มีฟันขึ้นแล้ว ร้อยละ 35.3 ไม่เคยได้รับการแปรงฟัน ร้อยละ 41.4 ได้รับผ้ากอซเช็ดฟัน มีเพียงร้อยละ17.3 ของเด็กวัยนี้ได้รับการแปรงฟันและในกลุ่มนี้ใช้ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 41.1[14] จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 94.5 แปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน ซึ่งแปรงฟันด้วยตนเองร้อยละ 52.4 ผู้ดูแลเด็กแปรงให้ ร้อยละ 44.2[1] ทั้งนี้

เด็กสามารถแปรงฟันเองได้สะอาดเมื่อมีอายุประมาณ 7-8 ปี ดังนั้นเด็กกลุ่มนี้ยังต้องมีผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ดูแล

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความถี่ในการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับระดับความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กในการแปรงฟันให้เด็ก และความมั่นใจในการแปรงฟันให้เด็กมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็ก (Parental self efficacy) ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก[15] และอีกการศึกษาพบว่าการฝึกแปรงฟันให้แก่ผู้ดูแลเด็กเล็กที่อายุ 9-18 เดือน ร่วมกับการเสริมแรงจากบุคลากรทางสาธารณสุข เมื่อติดตามผลที่ 1 ปี สามารถลดการเกิดฟันผุใหม่ได้[5]

ปริมาณยาสีฟันฟลูออไรด์ (Fluoride toothpaste) ที่แนะนำในการแปรงฟันเด็ก[16] แนะนำให้ใช้ในทุกช่วงอายุและทุกกลุ่มความเสี่ยง โดยใช้ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น โดยประสิทธิภาพในการใช้มีลักษณะ เป็น dose dependent เช่น เมื่อเพิ่มความเข้มข้นทุก 500 ppm ช่วยลดฟันผุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6 แต่ค่อนข้างคงที่เมื่อถึง 1,500 ppm ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในประเทศไทยที่ใช้ในเด็กส่วนใหญ่มีปริมาณฟลูออไรด์ 500 ppm โดยลักษณะการใช้แนะนำดังตาราง

ตารางที่ 1 ปริมาณยาสีฟันที่แนะนำในแต่ละกลุ่มอายุ

อายุ	ปริมาณฟลูออไรด์	ปริมาณยาสีฟัน
ตั้งแต่ฟันขึ้น ถึง < 3 ปี	500 ppm	แตะแปรงเป็นชั้นบาง ๆ (smear)
3-6 ปี	500-1,000 ppm	ความยาว 5 mm (pea size)
> 6 ปี	1,000(+) ppm	ความยาว 1-2 cm (เต็มขนแปรง)

3. การใช้ขวดนมในเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงนม

เปรียบเทียบการใช้ขวดนมในเด็กไทยและเด็กสหรัฐอเมริกา[17,18] พบว่า เด็กอายุ 1-2 ปี ยังมีการดูดนมจากขวดร้อยละ 92 และร้อยละ 40 ตามลำดับ เด็กอายุ 2-3 ปี ยังมีการดูดนมจากขวดร้อยละ 70 และร้อยละ 16 ตามลำดับ เด็กอายุ 3-4 ปี ยังมีการดูดนมจากขวด ร้อยละ 42 และร้อยละ 8 ตามลำดับ และอีกการศึกษาในฮ่องกงพบว่าเด็กดูดขวดนมหลังอายุ 2 ปี ร้อยละ 73[19] เห็นได้ว่ามีเด็กไทยจำนวนมากที่ยังมีการดูดนมจากขวดเกินช่วงอายุที่เหมาะสม และค่าเฉลี่ยอายุที่เลิกขวดนมได้ คือ 2 ปี 5 เดือน อายุที่เลิกใช้ขวดนมได้เร็วที่สุด คืออายุ 1 ปี (ร้อยละ 1)[17] ซึ่งสมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatric Dentistry) แนะนำให้เลิกขวดนมเมื่อเด็กอายุ 12-18 เดือน[2]

เปรียบเทียบการดูดขวดนมมื้อดึกระหว่างเด็กไทยกับฮ่องกงอายุ 1-3 ปี[17,19] พบว่าเด็กไทยร้อยละ 50-70 และเด็กฮ่องกงร้อยละ 56 ที่ยังคงดูดขวดนมมื้อดึก ส่วนเด็กไทยอายุ 3-4 ปี ร้อยละ 37 ยังดูดขวดนมมื้อดึก[17]

พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมให้เด็กติดขวดนม คือ การหลับคาขวดนม และผู้ดูแลเด็กให้เด็กดูดขวดนมเมื่อเด็กเริ่มบิดตัวหรือทำท่าตื่น[17]

การศึกษาถึงค่าฟันผุ ถอน อุดเป็นด้านต่อคนกับพฤติกรรมการตื่นขึ้นมาดูดนมกลางดึก การหลับคาขวดนม การไม่ดูดน้ำตามหลังดูดนม พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมเหล่านี้มีค่าฟันผุ ถอน อุดโดยเฉลี่ยสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ[20]

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูดขวดนม

ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้ต่ำ และอาศัยอยู่ในเมือง มีความสัมพันธ์กับการใช้ขวดนมนานกว่าอายุที่ควรเลิก[11] ตรงข้ามกับอีกการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา เชื้อชาติ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ขวดนมนานกว่าอายุที่ควรเลิก[21]

อายุเด็กที่เลิกขวดนมช้ามีความสัมพันธ์กับเวลาที่มารดากลับไปทำงาน หากมารดากลับไปทำงานในช่วง 3 เดือนแรกหลังคลอด เด็กเลิกขวดนมช้ากว่าแม่ที่กลับไปทำงานในช่วงหลังจากคลอดไปแล้ว 3 เดือน แต่อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการดูดขวดนมของเด็กมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง[18]

สถานะภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูดขวดนม โดยมารดาที่เลี้ยงลูกเพียงลำพังร้อยละ 76 และมารดาที่อยู่ในสถานะภาพสมรสร้อยละ 48 ที่ให้เด็กเลิกขวดนมได้ในช่วงอายุที่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กที่เด็กเลิกขวดนมช้าเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับคำแนะนำในการเลิกขวดนมรวมถึงผลเสียของการดูดขวดนมเกินช่วงอายุที่เหมาะสม[21]

ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กในการเลิกขวดนม ร้อยละ 45 ของผู้ดูแลเด็กคิดว่าเด็กควรเลิกดูดขวดนมที่อายุ 19-24 เดือนร้อยละ 25 คิดว่าควรเลิกดูดขวดนมที่อายุ 13-18 เดือน[12] และอุปสรรคในการเลิกขวดนม คือ เด็กชอบดูดนมจากขวดมากกว่าดูดจากแก้วร้อยละ 86[10] ผู้เลี้ยงดูตามใจร้อยละ 89[12]

5. ผลเสียจากการดูดขวดนมเกินอายุที่เหมาะสม

(1) ฟันผุ

เด็กที่มีฟันผุสัมพันธ์กับอายุที่เลิกขวดนมช้า โดยอายุเฉลี่ยที่เด็กเลิกขวดนมในกลุ่มที่ไม่มีฟันผุ เท่ากับ 12.34 ± 7.23 เดือน และในกลุ่มที่มีฟันผุ เท่ากับ 19.92 ± 6.58 เดือน[19] และในกลุ่มเด็กที่ฟันไม่ผุผู้ดูแลเด็กให้เลิกนมแม่หรือขวดนมอายุไม่เกิน 18 เดือน[22]

(2) ไม่ยอมกินข้าว

เด็กหลังอายุ 1 ปี ควรได้รับอาหารปกติเป็นอาหารหลักวันละ 3 มื้อ และได้รับนมวันละ 2-3 มื้อ แต่ถ้ายังดูดนมจากขวด เด็กมีแนวโน้มติดใจการดูด บางครั้งไม่หิวก็ยังอยากดูด ทำให้ได้ปริมาณนมมากจนอิ่ม และกรณีที่ยังดูดนมมื้อดึก ทำให้ยังคงอิ่มเมื่อตื่นขึ้นมา จึงนำสู่ปัญหาเด็กไม่ยอมกินข้าว นอกจากนี้เด็กที่ติดขวดนมมักคุ้นเคยกับการรับประทานอาหารเหลว ๆ ที่กลืนง่ายเหมือนนม ไม่ชอบอาหารหยาบที่ต้องเคี้ยว จึงเกิดปัญหาการรับประทานยาก ปฏิเสธอาหาร เลือกอาหาร ชอบอมข้าว ไม่ยอมเคี้ยว มีสุขนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม[23]

(3) อ้วน

การดูดขวดนมเกินช่วงอายุที่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน โดยเด็กที่เลิกขวดนมหลังอายุ 15 เดือน มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อเดือน ถ้ายังใช้ขวดนมต่อไป[17] และการใช้ขวดนมจนถึงอายุ 24 เดือน มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของ body mass index ที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ที่อายุ 5.5 ปี[24,25] นอกจากนี้เด็กที่เลิกขวดนมช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเป็น 3 เท่าของเด็กที่เลิกขวดนมเร็วกว่า[26]

(4) รบกวนวงจรการนอน[23]

การนอนเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ร่างกายได้พักและปรับสภาพเพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและสมองที่ดี ปกติเด็กอ่อนมักนอนหลับช่วงสั้น ๆ 2-3 ชั่วโมง และตื่นบ่อย แต่เมื่ออายุ 4 เดือน วงจรการนอนปรับเปลี่ยน ทำให้เด็กสามารถนอนหลับในช่วงกลางคืนได้นาน 6-8 ชม.โดยไม่หิว ร่างกายมีวงจรการนอนสลับกันระหว่างการหลับลึก (Non REM sleep) และตื้น (REM Sleep) ซึ่งเด็กอาจมีการร้องหรือขยับตัวโดยที่เด็กไม่รู้สึกตัว หากผู้ดูแลเด็กอุ้มขึ้นมากล่อมหรือให้นม ทำให้วงจรการนอนเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเด็กเคยชินกับการร้องและตื่นกลางดึกเพื่อกินนมหรือให้พ่อแม่กล่อม (Trained night criers and Trained night feeders) ซึ่งเป็นสุขนิสัยการกินและการนอนที่ไม่ดี นำไปสู่ปัญหาเด็กติดขวดนมและร้องตื่นกลางดึก

(5) เสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมอง

เด็กที่เลิกขวดนมช้ามีปริมาณธาตุเหล็กสะสมในร่างกายน้อยกว่าเด็กที่เลิกขวดนมเร็วกว่า[27] เด็ก Mexican American ที่ใช้ขวดนมเป็นเวลานาน มีความเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กสูง [28] เช่นเดียวกับเด็กที่เกิดในประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[29]

(6) ลดโอกาสพัฒนาการทางภาษา และลดทักษะการใช้มือ[23]

ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจไม่ได้รุนแรงถึงขั้นพัฒนาการล่าช้า แต่ทำให้ขาดโอกาสพัฒนาอย่างเหมาะสม ดังนี้

ด้านกล้ามเนื้อ เด็กที่ติดขวดนม ถือติดตัว ทำให้ทำกิจกรรมที่ใช้มือ 2 ข้างประสานกันน้อยลง

ด้านภาษา เด็กที่อมขวดนมบ่อยๆ อาจไม่พยายามพูด ใช้ภาษาท่าทาง สื่อสารแม้ไม่มีปัญหาความเข้าใจภาษา แต่มีปัญหาการใช้ภาษา

ด้านอารมณ์ เด็กที่ติดขวดนม ยึดขวดนมเป็นสิ่งปลอบโยนหรือสิ่งที่ช่วยลดความหงุดหงิดคับข้องใจของตนเอง แทนที่ฝึกพูดระบายอารมณ์ความรู้สึกเพื่อแก้ไขความคับข้องใจ

ด้านสังคม เด็กมักถูกล้อเลียน โดยเฉพาะหากมีฟันหลอ ทำให้เกิดความอายไม่มั่นใจ

6. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขวดนม

(1) การให้คำปรึกษา (counseling)[10]

การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองของเด็กตั้งแต่อายุ 9 เดือน เกี่ยวกับโภชนาการตามมาตรฐานพร้อมแจกคู่มือ แจกแก้วหัดดื่มและสอนวิธีการใช้ บอกความเสี่ยงของการใช้ขวดนมนานเกินช่วงอายุที่เหมาะสม สอนการเลิกขวดนมตามขั้นตอน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองอีกครั้งหากเด็กที่อายุ 15 เดือน ยังไม่เปลี่ยนมาใช้แก้ว พบว่าเด็กที่อายุ 2 ปี สามารถเลิกขวดนมได้ร้อยละ 60 และเลิกขวดนมเร็วกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการตามมาตรฐานพร้อมแจกคู่มือเพียงอย่างเดียว

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการเลิกขวดนม ได้แก่ การให้คำปรึกษาระยะสั้น ๆ ให้ข้อมูลชัดเจน บอกผลเสียของการใช้ขวดนมนานเกินอายุที่เหมาะสม บอกความเร่งด่วนในการเลิกขวดนมว่าเลิกเร็วเลิกได้ง่ายกว่าการเลิกตอนเด็กโต ในขณะที่เด็กอายุน้อยการปรับพฤติกรรมเด็กสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายมีการต่อต้านเพียงเล็กน้อย และการศึกษานี้กลุ่มมารดามีระดับการศึกษาสูงและการให้คำปรึกษาทำโดยแพทย์ซึ่งมีความน่าเชื่อถือ จึงเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการให้เด็กเลิกขวดนม

(2) การให้คู่มือและแจกแก้วหัดดื่มไปศึกษาด้วยตนเอง[9]

การให้คู่มือความรู้เกี่ยวกับการเลิกขวดนมและคู่มือสอนเทคนิคการเลิกขวดนม โดยใช้แก้วหัดดื่มพร้อมทั้งแจกแก้วหัดดื่มให้แก่ผู้ปกครองของเด็กอายุ 12-30 เดือน สามารถเลิกขวดนมได้สำเร็จใน 1 เดือนถึง ร้อยละ 37 ซึ่งมากกว่าเด็กกลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับคู่มือความรู้เกี่ยวกับการเลิกขวดนมเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูง รายได้ดี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาในเด็กที่ค่อนข้างโต (อายุเฉลี่ย 20 เดือน) จึงมีแนวโน้มที่ผู้ปกครองให้เด็กเลิกขวดนมอยู่แล้วและการติดตามผลทำในช่วงสั้น ๆ อาจทำให้มีเด็กบางส่วนกลับไปใช้ขวดนมอีก

(3) การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing)[30,31,32]

หมายถึง การสื่อสาร (สัมภาษณ์) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายในของผู้ป่วยเอง โดยผ่านการสื่อสารแบบสองทางและยึดผู้รับการปรึกษาหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นผู้เลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นไปได้มากที่สุดด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาอาจมีแนวทางการแก้ปัญหาในรูปแบบของเมนูตัวเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยเลือก

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจ ตรวจสอบหรือประเมินตนเอง เกิดการรับรู้ปัญหาและมีความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบันไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้

กระบวนการหรือหลักการของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีดังนี้

- การสร้างความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สุภาพ อบอุ่น แสดงให้เห็นถึงความเต็มใจพร้อมที่ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และสะดวกใจที่เล่าปัญหาของตนเอง โดยการใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตอบอย่างอิสระ เช่น ผู้ให้คำปรึกษาอาจชวนพูดคุยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ทันตสุขภาพของคนในครอบครัว อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในช่องปากและผลกระทบของโรคต่อชีวิตประจำวันของเขาเอง
- การสำรวจปัญหาต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึก และทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องใช้ทักษะการฟังอย่างมีประสิทธิภาพและสังเกตอย่างสงบ ทำให้ได้ข้อมูลและปัญหาที่แท้จริง เมื่อได้ข้อมูลแล้วใช้เทคนิคการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก หลีกเลี่ยงการโต้แย้งหรือการตัดสินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า

อยากเล่าปัญหาต่อ และรู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาตั้งใจฟัง สนใจปัญหา เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน

- การเข้าใจปัญหา ต้องสรุปความเป็นระยะ ๆ ให้ผู้ป่วยเลือกประเด็นปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง
- วางแผนแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยแสดงความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเน้นที่ผู้ป่วยเป็นหลักเนื่องจากเป็นผู้รู้ศักยภาพและอุปสรรคต่าง ๆ ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่ให้ข้อมูล ช่วยนำเสนอแนวทางในการแก้ปัญหา ให้กำลังใจ ช่วยลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองหรือความเชื่อมั่น มั่นใจในการปฏิบัติ
- สรุปการให้คำปรึกษา นัดหมายมาติดตามผล

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการใช้การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในหลาย ๆ พฤติกรรมสุขภาพ [33] เช่น การจัดการโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนการบริโภค เป็นต้น ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากยังมีจำนวนน้อย

การให้ความรู้แก่มารดาของเด็กอายุ 6-18 เดือน [34] เรื่องความสำคัญของฟันน้ำนม การเลี้ยงนมและการบริโภคอาหาร การทำความสะอาดช่องปากและการส่งผ่านเชื้อแบคทีเรียจากมารดาไปสู่ลูก โดยใช้สื่อสไลด์นำเสนอและแจกแผ่นพับ มีการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการโทรศัพท์ 2 ครั้ง และนัดมารดามาที่ศูนย์สุขภาพอีก 2 ครั้ง ถ้ามาไม่ได้ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านแทน พบว่าความถี่ในการแปรงฟัน การบริโภคอาหารประเภทน้ำตาลระหว่างมื้อเพิ่มขึ้น ส่วนการดูดขวดนมมื้อกลางคืน การใช้ขวดนมกล่อมให้เด็กหลับลดลง และค่าผุ ถอน อุด เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมนี้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ขวดนม คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการดูดขวดนมตามความต้องการของเด็ก

การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปกครองของเด็กอายุ 6-18 เดือน [7] โดยการให้แผ่นพับ ดูวีดีโอเรื่อง “การป้องกันฟันผุในเด็กทารกและเด็กวัยเตาะแตะ” ได้รับคำปรึกษาอีก 45 นาที ติดตามทางโทรศัพท์ทั้งหมด 6 ครั้ง ส่งโปสการ์ดเตือน 2 ใบ และทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่มีฟันขึ้น พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคฟันผุในเด็กเล็กได้มากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับแผ่นพับและดูวีดีโอเท่านั้น การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การพูดคุยติดตามผลทางโทรศัพท์ใช้เวลามาก 2–3 ชั่วโมงต่อคน

(4) การฝึกแปรงฟัน (Hand-on tooth brushing)

การแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยลดความชุกของโรคฟันผุได้[5,35,36] เนื่องจากการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพสามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นที่สะสมของแบคทีเรียก่อโรคฟันผุ[37] และฟลูออไรด์ในยาสีฟันช่วยป้องกันฟันผุ ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการแปรงฟันกับการเกิดโรคฟันผุ[5] เช่น การฝึกแปรงฟันแก่ผู้ดูแลเด็กของเด็ก อายุ 9-18 เดือน โดยทันตแพทย์ร่วมกับผู้ดูแลเด็กอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาที่ประสบจากฟันผุของบุตรหลาน และวิธีป้องกันฟันผุโดยการแปรงฟัน จากนั้นฝึกแปรงฟันเด็กจริง มีอสม.ออกเยี่ยมบ้านทุก 4 เดือน เพื่อกระตุ้นให้มีการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอเมื่อติดตามผลที่ 1 ปี พบว่าผู้ปกครองมีความถี่ในการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้น และค่าฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองไม่ได้รับการฝึกแปรงฟัน

(5) การสนทนากลุ่ม (small group discussion and active involvement)[4]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กของเด็กอายุ 6-19 เดือน โดยการจัดสนทนากลุ่มย่อย 6–8 คนต่อกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3 เดือน ใช้เวลา 40-60 นาทีต่อครั้ง อภิปรายในเรื่องสุขภาพช่องปากเด็ก สาเหตุและการป้องกันฟันผุ โดยให้มารดาแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็กเล็ก และเลือกวิธีการป้องกันฟันผุที่เหมาะกับเด็กเล็ก รวมทั้งได้รับแจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน หลังจากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามารดาในกลุ่มนี้มีความถี่ในการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้น ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และใช้ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสม แต่ไม่พบความแตกต่างในพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานระหว่างมื้อ การหลับคาขวดนม และการดูดนมมื้อกลางคืน เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามปกติในวันฉีดวัคซีน

สาเหตุที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิกขวดนมเนื่องจากมารดาไม่สามารถทนต่อการร้องไห้ของเด็กได้ หรือย่า ยาย ไม่เห็นด้วยกับวิธีนี้ นอกจากนี้การแปรงฟันเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับลักษณะนิสัยในการบริโภค

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กมีหลายวิธี ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกขวดนมตามขั้นตอน และการฝึกแปรงฟัน มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

7. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura กล่าวว่า บุคคลต้องถูกสอนหรือฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม (Behavioral capability) เพื่อให้รู้ว่าเขาต้องทำอะไรและทำอย่างไร โดยใช้การสร้างให้เกิดความคาดหวังหากทำพฤติกรรมและสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ ถ้าหากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูง ส่งผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่มีแนวโน้มทำแน่นอน นั่นคือ เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถตนเอง เขามีแรงจูงใจที่เผชิญกับอุปสรรค อดทน มีความพยายามที่ทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ[38,39,40]

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองมี 4 วิธี[38,39] คือ

- ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) คือ การเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำเร็จที่ตนกระทำได้จริง
- การใช้ตัวแบบ (Modeling) คือ การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่นในการกระทำที่ยากโดยไม่เกิดผลเสียตามมา สามารถทำได้โดยการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นแบบอย่างให้เห็น หรือใช้ภาพถ่ายวีดิโอให้เห็นความสามารถของตัวแบบ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบและมีพฤติกรรมดังกล่าว
- การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การพูดชักจูง เพื่อทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ว่าไม่เคยกระทำมาก่อน
- การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ในภาวะที่เครียด วิตกกังวล ร่างกายอ่อนเพลียอาจทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง ช่วยส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้

ดังนั้น ผู้วิจัยคิดว่าสามารถใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ เพื่อทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความมั่นใจในการแปรงฟันให้เด็กและให้เลิกขวดนมในช่วงอายุที่เหมาะสมได้

(2) **แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** (Health Belief Model: HBM)[38, 39]

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่ปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า บุคคลต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้นี้ผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด นอกจากนี้ยังมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ คือ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่เกิดโรคนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน เป็นต้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่หลีกเลี่ยง
- การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรค (Perceived benefits and barriers) การรับรู้ประโยชน์เป็นความคิด ความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรคเป็นความคิด ความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ การที่บุคคลตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับการที่บุคคลเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของการกระทำนั้น ๆ และพบว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีข้อดีมากกว่า
- ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ประกอบด้วย

  ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติของบุคคล

  ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

  ตัวแปรด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ สภานะภาพทางสังคม เป็นต้น

  สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่ลงมือปฏิบัติ เช่น การให้เอกสาร สิ่งพิมพ์ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข อาจอยู่ในรูปของการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น

ข้อดีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[40] คือ ใช้อธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การตอบคำถามว่าทำไมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนได้อย่างไร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นกรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น ผู้วิจัยคิดว่าสามารถใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ เพื่อทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กเล็กยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองมาใช้เป็นแนวทางในการให้การส่งเสริมทันตสุขภาพ และการศึกษาดังกล่าวไม่ได้เน้นในเรื่องของการให้เด็กเลิกขวดนมได้ในช่วงอายุที่เหมาะสม อีกทั้งการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กเล็กในอำเภอหาดใหญ่ที่ดำเนินงานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการให้บริการที่ไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่หรือมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจช่วยพัฒนางานประจำในพื้นที่ ให้สามารถทำได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการใช้โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองแก่กลุ่มผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กเล็ก เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความมั่นใจ มีความสามารถในการแปรงฟันให้เด็กและให้เลิกดูดขวดนมในช่วงอายุที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในอนาคต ทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในด้านการแปรงฟัน การเลิกขวดนม ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดและฟันผุที่เพิ่มขึ้นในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพมีความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการแปรงฟันและการเลิกขวดนมมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ มีการทำความสะอาดช่องปากเด็กดีกว่าและเด็กมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
3. เด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ สามารถเลิกนมมื้อดึกได้หรือเลิกขวดนมได้อย่างสิ้นเชิงมากกว่าเด็กกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
4. เด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าเด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ มีความรู้ มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการแปรงฟันและการเลิกขวดนมดีกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ มีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กดีกว่า และเด็กมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
3. เด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ สามารถเลิกนมมื้อดึกได้หรือเลิกขวดนมได้อย่างสิ้นเชิงมากกว่าเด็กกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
4. เด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าเด็กในกลุ่มที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าได้รับ

1. เป็นรูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพในรพ.สต.ที่สามารถประยุกต์เป็นงานประจำได้
2. ผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้บุตรหลาน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัยและตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี) โดยประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง

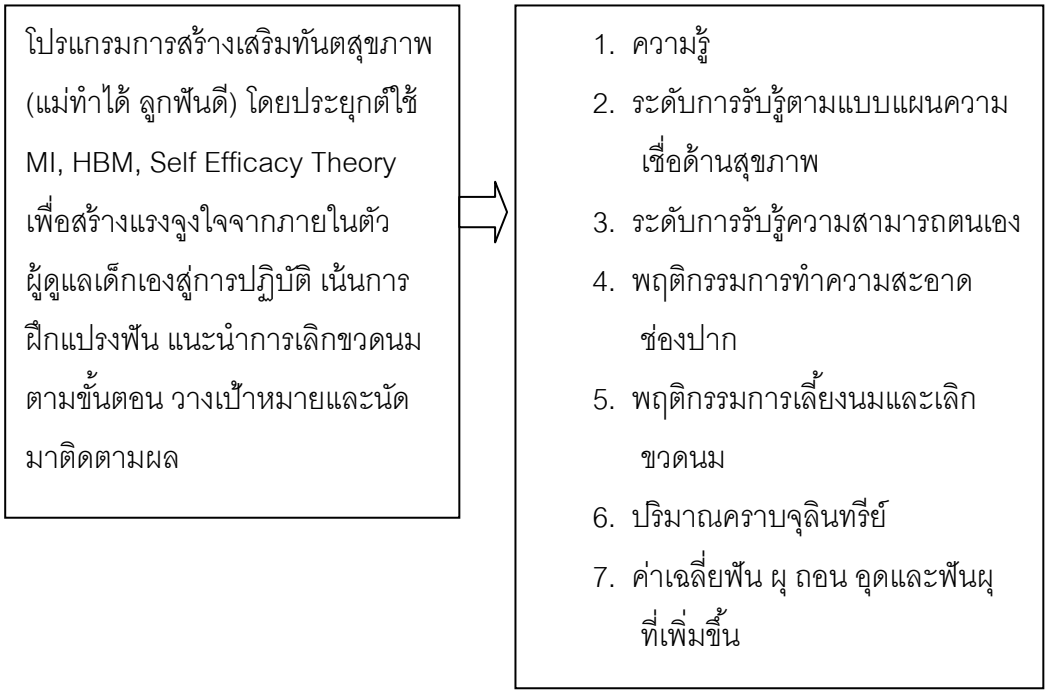
ตัวแปรตาม คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขวดนม
2. ระดับการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม
3. ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม
4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่
   จำนวนเด็กที่ได้รับการแปรงฟัน
   การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์
   ปริมาณยาสีฟันที่ใช้
   ความถี่ในการแปรงฟัน
   การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึก
5. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลี้ยงนมและเลิกขวดนม ได้แก่
   การใส่ของเหลวอื่นในขวดนมให้เด็กดูด
   ความถี่ในการหลับคาขวดนมหรือเต้านม
   การเลี้ยงนมมื้อดึก
   จำนวนเด็กที่เลิกนมมื้อดึกหรือเลิกขวดนมได้อย่างสิ้นเชิง
6. ปริมาณคราบจุลินทรีย์
7. ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดและฟันผุที่เพิ่มขึ้น

ตัวแปรควบคุม คือ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลักของเด็ก รายได้

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับบุตร



ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพผู้ดูแลหลักของเด็ก รายได้
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับบุตร

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กรวมถึงทำความสะอาดช่องปากให้เด็กเป็นหลัก มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับเด็กและใช้เวลาอยู่กับเด็กมากที่สุดในแต่ละวัน สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับตัวเด็กได้ ในการวิจัยนี้อาจเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ก็ได้

โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี) หมายถึง โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันฟันผุของเด็ก โดยประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิโอเรื่องความสำคัญของฟันน้ำนม สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กเล็ก ความรุนแรงของโรคฟันผุ การรักษา และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

2. กิจกรรมสาธิตพร้อมทั้งแจกชุดอุปกรณ์การแปรงฟันและแก้วหัดดื่ม
3. กิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันและใช้แก้วหัดดื่มของผู้ดูแลเด็ก เพื่อสร้างความมั่นใจในการแปรงฟันและการเลิกขวดนม

การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคจากการแปรงฟันและเลิกขวดนม รวมถึงปัจจัยร่วมในการชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วัดการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เป็น 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ เช่น มั่นใจว่าสามารถแปรงฟันเด็กได้ และมั่นใจว่าสามารถทำให้ลูกเลิกขวดนมได้สำเร็จ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วัดการรับรู้เป็น 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันให้เด็ก การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ปริมาณยาสีฟันที่ใช้ ความถี่ในการแปรงฟัน รวมถึงการทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึก

ความถี่ในการแปรงฟัน หมายถึง จำนวนครั้งต่อวันที่ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็ก ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการเลี้ยงนม หมายถึง การให้นมของผู้ดูแลเด็กทั้งนมแม่จากเต้าหรือใส่ขวดนม นมผสมใส่ขวด รวมทั้งการใส่ของเหลวอื่นในขวดนมให้เด็กดูด พฤติกรรมการเลี้ยงนม เช่น การหลับคาขวดนมหรือคาเต้า การให้เด็กดูดนมมื้อดึก ความถี่ในการให้เด็กดูดนมทั้งจากขวดหรือเต้าในช่วงกลางวันและกลางคืน เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ความถี่ในการหลับคาขวดนมหรือเต้านม หมายถึง จำนวนครั้งต่อวันที่ผู้ดูแลเด็กให้เด็กนอนดูดขวดนมหรือดูดเต้าจนหลับไป ในขณะที่ขวดนมยังคาปากอยู่ โดยผู้ดูแลเด็กไม่ได้เอาออกให้ หรือการปล่อยให้เด็กดูดขวดนมหรือดูดเต้าจนหลับไปแต่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้ทำความสะอาดให้หรือให้ดูดน้ำตาม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ความถี่ในการดูดนมมื้อดึก หมายถึง จำนวนครั้งต่อคืนที่ผู้ดูแลเด็กให้เด็กดูดนมทั้งจากขวดนมหรือเต้าในช่วงที่เด็กตื่นกลางดึกหรือช่วงรุ่งเช้าแล้วเด็กหลับต่อ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์

การเลิกขวดนม หมายถึง การที่เด็กเลิกดูดนมจากขวดนมอย่างสิ้นเชิง โดยอาจดูดจากกล่องหรือแก้ว ประเมินจากการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครั้งที่ 2 และแบบสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ปริมาณคราบจุลินทรีย์ หมายถึง ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บนตัวฟัน เป็นคราบเหนียวสีขาวเหลือง ประเมินโดยการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบนด้านใกล้ริมฝีปาก และบันทึกผลคะแนนเป็น 0-3

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด หรือความชุกของฟันผุ หมายถึง ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดนับด้านและซี่ (dmfs, dmft) ที่ตรวจพบก่อนและหลังการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน

ฟันผุที่เพิ่มขึ้นหรือฟันผุใหม่ หมายถึง ผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดนับด้านและซี่ (dmfs, dmft) จากก่อนและหลังการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มปกปิดทางเดียว (Randomized control trial: single blinding) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล ตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์และฟันผุ โดยไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

เด็กที่มีรายชื่อตามทะเบียนเด็กใน รพ.สต.ควนลัง คอหงส์ คลองแห เฉลิมพระเกียรติพะตง คูเต่า ฉลุง ท่าข้ามและน้ำน้อย เกิดในช่วง 1 ก.พ. 2557 ถึง 30 พ.ย. 2557 จำนวนทั้งหมด 1,011 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีอายุระหว่าง 9 -18 เดือน ที่อาศัยอยู่ในเขตรพ.สต.ควนลัง คอหงส์ คลองแห เฉลิมพระเกียรติพะตง คูเต่า ฉลุง ท่าข้ามและน้ำน้อย รวมทั้งหมด 350 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 175 คน และกลุ่มศึกษา 175 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณ

$$n/g = \frac{\left(Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}\right)^2}{(P_1 - P_0)^2}$$

คำนวณแยกตามวัตถุประสงค์

1. **จำนวนเด็กที่เลิกขวดนมได้**

จากวัตถุประสงค์ ที่ต้องการเปรียบเทียบจำนวนเด็กที่เลิกขวดนมได้หลังสิ้นสุดการวิจัย อ้างอิงจากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับอัตราการเลิกขวดนมในเด็กอายุ 12-30 เดือน ติดตามผลที่ 1 เดือนพบว่า เด็กกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลิกขวดนมเพียงอย่างเดียวผ่านทาง

คู่มือมีอัตราการเลิกขวดนมร้อยละ 10.3 และกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลิกขวดนมร่วมกับการได้รับแก้วหัดดื่มพร้อมวิธีใช้ผ่านทางคู่มือ มีอัตราการเลิกขวดนมร้อยละ 37 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [14]

สูตรการคำนวณ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม $= \frac{\left(Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}\right)^2}{(P_1 - P_0)^2}$

Z_α = ค่า Z เมื่อกำหนด type I error ให้ α=0.05 $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

Z_β = ค่า Z เมื่อกำหนด type II error ให้ 1-β=0.8 $Z_{(1-\beta)} = 0.84$

P_0 = สัดส่วนการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจในกลุ่มควบคุม

P_1 = สัดส่วนการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจในกลุ่มศึกษา

แทนค่า $P_1 = 0.37$ $P_0 = 0.1$ $q_1 = 1- P_1 = 0.63$, $q_0 = 1- P_0 = 0.9$

$\bar{p}$ = ค่าเฉลี่ยของ P_0และ P_1 = 0.235

$\bar{q} = 1 - \bar{p} = 0.765$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม $= \frac{\left\{\left(1.96\sqrt{2(0.235)(0.765)}\right)+0.84\sqrt{(0.37)(0.63)+(0.1)(0.9)}\right\}^2}{(0.37-0.1)^2}$

$= 37.47$

$= 38$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแต่ละกลุ่มเท่ากับ 38 คน

กรณีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย

ตัวอย่างที่ถูกเลือกเป็นกรณีศึกษาของโครงการวิจัยไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้ตลอดช่วงที่กำหนด ซึ่งอาจถอนตัวไปด้วยสาเหตุต่างๆ นักวิจัยอาจต้องคำนวณขนาดตัวอย่างเผื่อไว้โดย เมื่อ W เป็นอัตราการถอนตัวหรือไม่อยู่ร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 10-20 คำนวณจากสูตร

$$N_w = \frac{N}{1-W}$$

แทนค่าในสูตร 38/ (1-0.2) = 47.5

ดังนั้น ได้ขนาดตัวอย่างเผื่อไว้ในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 48 คน รวมทั้งหมด 96 คน

นั่นคือ คำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ในการเลิกขวดนม ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 48 คน รวมทั้งหมด 96 คน

2. ความถี่ในการแปรงฟัน

อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการให้ทันตสุขศึกษาต่อการป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก[4] พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรม สัดส่วนผู้ดูแลเด็กที่แปรงฟันให้เด็ก 2 ครั้งต่อวัน ในกลุ่มศึกษามีร้อยละ 42 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 27

P_o = 0.27, P_1 = 0.42, q_0 = 0.73, q_1 = 0.58

$\bar{p}$ = ค่าเฉลี่ยของ P_0และ P_1 = 0.345

$\bar{q}$ = 1 - $\bar{p}$ = 0.655

จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม = $\frac{\left\{\left(1.96\sqrt{2(0.345)(0.655)}\right)+0.84\sqrt{(0.42)(0.58)+(0.27)(0.73)}\right\}^2}{(0.42-0.27)^2}$

= 157 คน

ถ้าคำนวณขนาดตัวอย่างเผื่อไว้ ร้อยละ 10 ได้ในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 157/0.9 = 175 คน รวมทั้งหมด 350 คน

นั่นคือ คำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของความถี่ในการแปรงฟันได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 175 คน รวมทั้งหมด 350 คน

3. ฟันผุที่เพิ่มขึ้น

ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม $= \left[\frac{(Z_{(1-\alpha)}+Z_{(1-\beta)})^2 2\sigma^2}{(\overline{X}_2-\overline{X}_1)^2}\right]$

$Z_{0.95}$ = 1.64 เนื่องจากตั้งสมมติฐานให้กลุ่มศึกษามีค่าฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

$Z_{0.80}$ = 0.84

อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของการสอนผู้ปกครองให้ฝึกปฏิบัติแปรงฟันเด็กอายุ 9-18 เดือน ต่อค่าฟันผุ ถอน อุด ที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี[5] พบว่าในกลุ่มศึกษามี incremental dmfs เท่ากับ 2.9 และกลุ่มควบคุมมี incremental dmfs เท่ากับ 18.2 (นับรอยโรคจุดขาว)

$(\bar{x}_2-\bar{x}_1)^2=(0.182-0.029)^2$ ขอประมาณเป็น $(0.2)^2$

อ้างอิงจากการศึกษาผลของการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาในมารดาของเด็กอายุ 6-18 เดือน ต่อการป้องกันฟันผุ[30] พบว่า หลังสิ้นสุดการศึกษาที่ 8 เดือน เด็กในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยฟันผุเท่ากับ 0.23±0.58 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.39±0.79

$(\bar{x}_2-\bar{x}_1)^2=(0.39-0.23)^2$ ขอประมาณเป็น $(0.2)^2$

ให้ σ มีค่าประมาณ 0.6

แทนค่าในสูตร จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม $= \left[\frac{(1.64 + 0.84)^2 2(0.6)^2}{(0.2)^2} \right]$

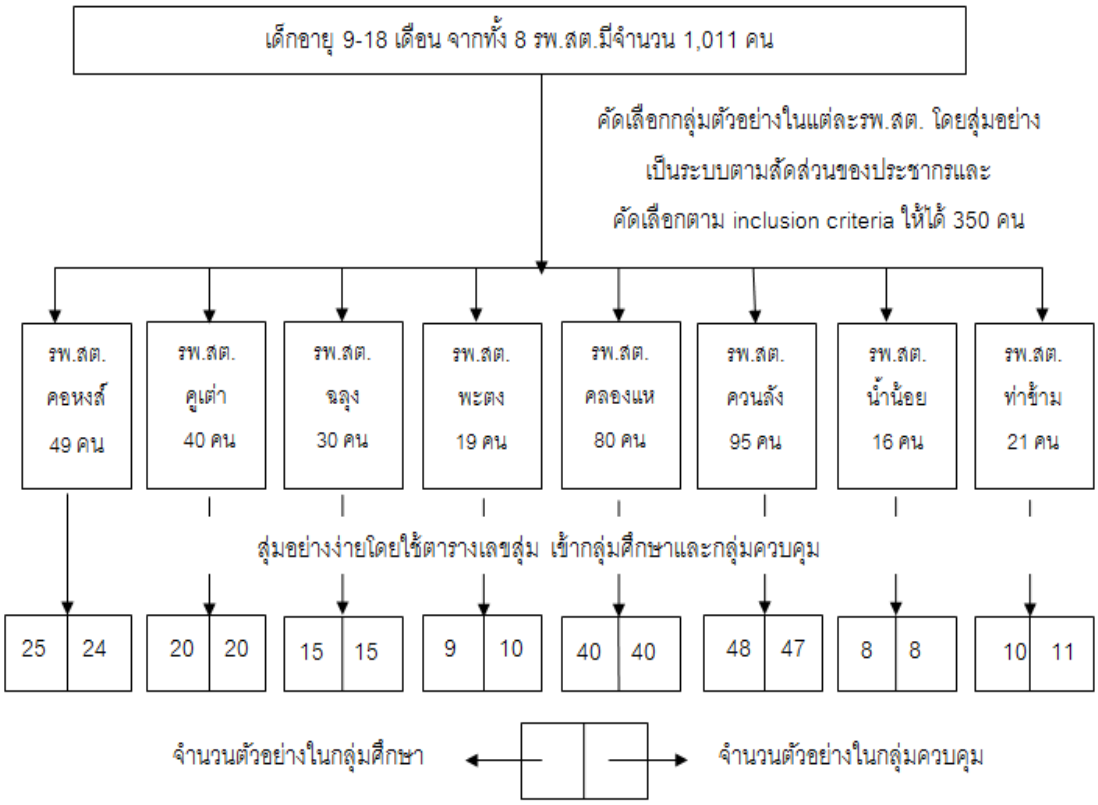
= 111 คน

ถ้าคำนวณขนาดตัวอย่างเผื่อไว้ ร้อยละ 20 ได้ในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 111/0.8 = 139 คนต่อกลุ่ม นั่นคือ คำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของฟันผุที่เพิ่มขึ้นได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 139 คน รวมทั้งหมด 278 คน

ดังนั้น จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่สุดที่คำนวณได้คือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 175 คน รวมทั้งหมด 350 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเด็กทั้งหมด ตามทะเบียนเด็กที่มีอายุ 9-18 เดือน ณ วันที่เริ่มทำการวิจัยในรพ.สต.ทั้ง 8 แห่งจำนวน 1,011 คน และกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละรพ.สต.(sampling proportion or proportional to size) คือ กำหนดตัวอย่างในแต่ละรพ.สต. ตามขนาดประชากรของแต่ละรพ.สต. ตามที่มีในทะเบียน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละรพ.สต.ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้โดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) คัดเลือกตาม inclusion criteria ให้ได้จำนวน 350 คน หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการใช้ตารางเลขสุ่มโดยใช้โปรแกรม random integer generator จาก www.random.org โดยการ replacement ตามรายชื่อของเด็กเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา มีขั้นตอนดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion criteria ดังนี้

- เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ (การเจริญเติบโตและพัฒนาการตามเกณฑ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก)
- ผู้ดูแลเด็กไม่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่กระทบต่อการดูแลทำความสะอาดช่องปากให้เด็กและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพได้จนสิ้นสุดระยะเวลาทำการวิจัย 6 เดือน และกลับมาติดตามผลตามนัดได้

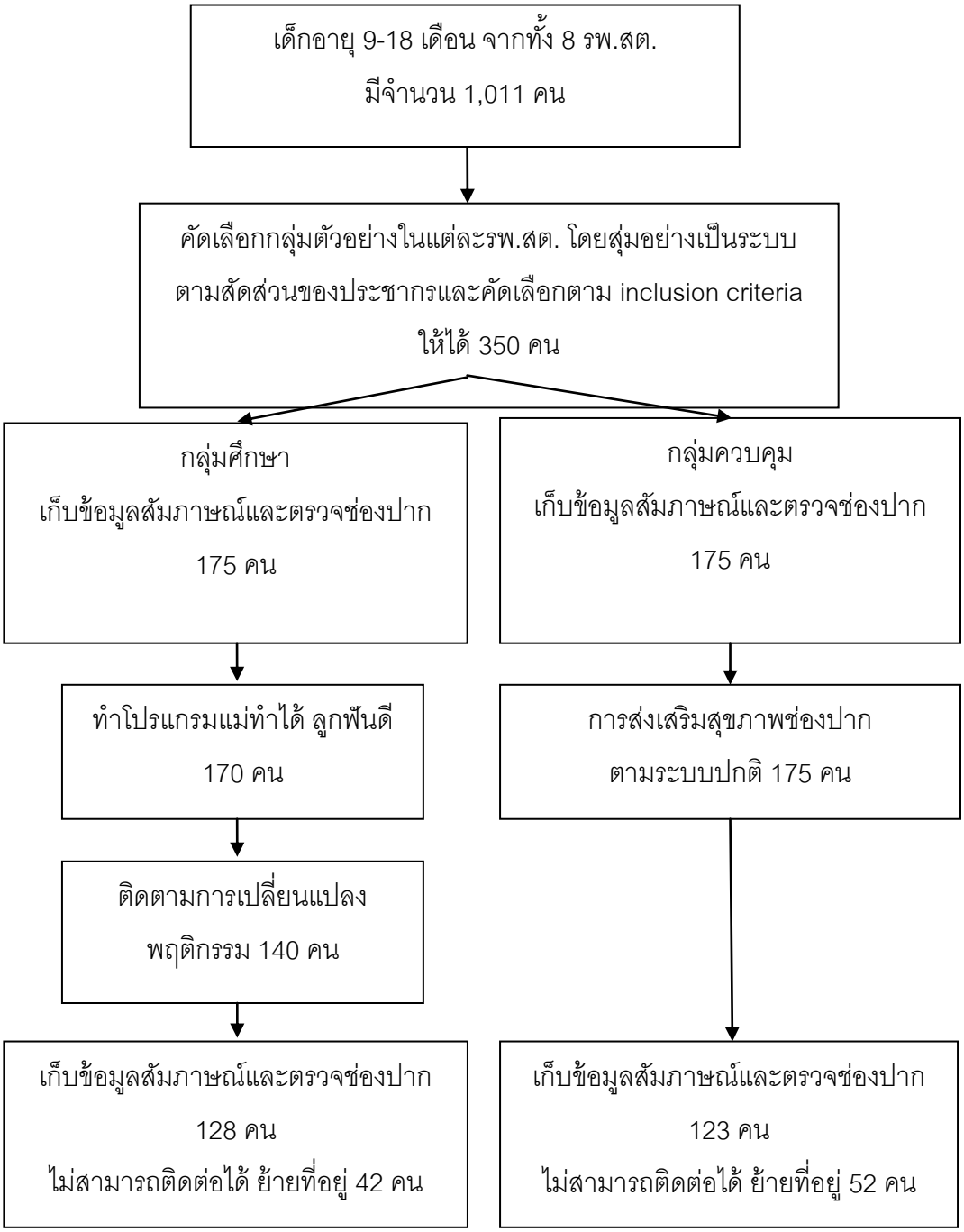
Exclusion criteria ดังนี้

- ผู้ดูแลเด็กปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มาติดตามผลตามนัด ย้ายที่อยู่ หรือไม่สามารถติดต่อได้

Intervention

กลุ่มควบคุม ได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพตามระบบปกติ คือ การให้ทันตสุขศึกษา สอนแปรงฟันในโมเดล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ในวันที่มีการฉีดวัคซีน

กลุ่มศึกษา ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี) 2 ครั้ง แบบรายกลุ่มกลุ่มละประมาณ 3-5 คน



รูปที่ 2 โปรแกรมที่แต่ละกลุ่มได้รับ

โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี)

ได้ประยุกต์การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Modified Motivational Interviewing) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy theory) โปรแกรมมีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจ การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจุบัน ไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย โดยผู้ดูแลเด็กเป็นผู้เลือกและเสนอแนวทางในการปฏิบัตินั้นด้วยตนเอง ผู้วิจัยเพิ่มการรับรู้ความสามารถและความมั่นใจโดยการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อหวังผลลดอุบัติการณ์โรคฟันผุของเด็กได้

1. **การประยุกต์การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ** (Modified Motivational Interviewing)

การสื่อสาร (สัมภาษณ์ในรูปแบบการให้คำปรึกษา) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายในของผู้ดูแลเด็กเอง โดยผ่านการสื่อสารแบบสองทางและยึดผู้ดูแลเด็กเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการสำรวจ ตรวจสอบหรือประเมินตนเอง เกิดการรับรู้ปัญหาและมีความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบันไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

องค์ประกอบ	การประยุกต์
การสร้างความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่ดี	ให้ผู้ดูแลเด็กทำความรู้จักกันในกลุ่ม แนะนำตัวอย่างเป็นกันเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความไว้ใจกัน เชื่อใจและสามารถเล่าประสบการณ์และปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างสบายใจ ทันตาภิบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนของการทำโปรแกรม
การสำรวจปัญหา การเข้าใจปัญหา	การให้ผู้ดูแลเด็กได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็ก และพฤติกรรมการเลี้ยงนมในปัจจุบัน ทันตาภิบาลกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเล่าเรื่องต่อโดยการใช้คำถามปลายเปิด การใช้คำถามทวนซ้ำ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และไม่มีการโต้แย้งในระหว่าง

ตารางที่ 2 **(ต่อ)**

องค์ประกอบ	การประยุกต์
	การสนทนา ร่วมถึงการให้ดูวีดิโอเพื่อเพิ่มการรับรู้และเข้าใจปัญหาของพฤติกรรมในปัจจุบัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้ ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้แล้วว่าพฤติกรรมปัจจุบันใดบ้างที่เป็นปัญหา อาจทำให้ลูกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ
วางแผนแก้ปัญหา	เมื่อผู้ดูแลเด็กเกิดความคิดอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้ลูกมีฟันผุหรือเพื่อให้ลูกมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ให้ผู้ดูแลเด็กคิดวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันฟันผุด้วยตัวเอง และตั้งเป้าหมายเป็นระยะเวลาในการทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้สำเร็จ
สรุปการให้คำปรึกษา นัดหมายมาติดตามผล	สรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอะไรบ้าง ใช้เวลาเท่าไร และนัดหมายมาติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวอีกครั้งที่ 3 เดือน

2. **การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ**

ตารางที่ 3 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	การประยุกต์
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค -การรับรู้ความรุนแรงของโรค -การรับรู้ประโยชน์	สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ - จากการสนทนาระหว่างทันตาภิบาลกับผู้ดูแลเด็ก ในลักษณะของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้ทบทวนการดูแลสุขภาพช่องปากลูกในปัจจุบันว่าเป็นเช่นไร มีผลยังไงกับสุขภาพช่องปากหรือสุขภาพร่างกายของลูก และลูกมีความเสี่ยงที่เกิดฟันผุได้หรือไม่ มีสาเหตุมาจากอะไร

ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบ	การประยุกต์
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค -การรับรู้ความรุนแรงของโรค -การรับรู้ประโยชน์	- จากนั้นเพิ่มความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟันผุ ความรุนแรงของโรคฟันผุจากการดูวีดิโอ ผู้ดูแลเด็กได้ทบทวนพฤติกรรมของตนเองไปพร้อมกับการดูวีดิโอ เพื่อเป็นการกระตุ้น จูงใจให้ผู้ดูแลเด็กอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมมากขึ้นสร้างการรับรู้ประโยชน์จากวิธีง่ายๆ ในการป้องกันฟันผุให้ลูก โดยเริ่มจากการแปรงฟัน การมีพฤติกรรมเลี้ยงนมที่เหมาะสม และการเลิกขวดนมในช่วงอายุ 12-18 เดือน
การรับรู้อุปสรรค	การแจ้งให้ผู้ดูแลเด็กทราบว่าต้องใจแข็ง ในการแปรงฟันนั้นเด็กอาจร้องไห้ ดิ้น ไม่ร่วมมือและอาจมีเลือดออกขณะแปรงได้ซึ่งเป็นเรื่องปกติ อาการเหล่านี้หายไปเมื่อแปรงฟันให้ลูกอย่างสม่ำเสมอ การขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม - การแจกอุปกรณ์ในการแปรงฟันและแก้วหัดดื่ม - แปรงฟันเช้า เย็นตอนเด็กอาบน้ำ แม้ต้องออกไปทำงานก็แปรงให้ลูกได้ - การฝึกปฏิบัติให้ผู้ดูแลเด็กสามารถแปรงฟันเด็กและให้ใช้แก้วหัดดื่มได้จริง - ให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก แม่เก่งมาก แม่ทำได้แน่นอน
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)	เป็นเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่ลงมือทำ **สิ่งชักนำภายใน** (Internal cues) - ความรักลูก โดยเฉพาะแม่ที่เพิ่งมีลูกคนแรก - การรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าตนเองทำได้ - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ หรือรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่น เด็กที่มีฟันผุมักตัวเล็ก โตช้าและไม่ฉลาด - การรับรู้ประโยชน์จากการแปรงฟันและเลิกขวดนม เช่น ลดโอกาสเสี่ยงต่อฟันผุ เด็กที่ไม่มีฟันผุ มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ฉลาด

ตารางที่ 3 **(ต่อ)**

องค์ประกอบ	การประยุกต์
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)	- ตอนนี้เด็กมีฟันขึ้นแล้ว หากยังไม่แปรงฟันหรือเลิกขวดนม โอกาสเกิดฟันผุสูง - แสดงคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันของลูกให้แม่เห็น **สิ่งชักนำภายนอก** (External cues) - การให้ดูวีดิโอที่แสดงรูปผลจากการที่เด็กมีฟันผุ ต้องรักษาภายใต้การดมยาสลบ ซึ่งมีความเสี่ยง - การให้ความรู้ว่าฟันผุป้องกันได้ และแม่เป็นคนสำคัญในการป้องกันฟันผุให้ลูก - การให้คำพูดจูงใจ ให้กำลังใจว่าแม่ทำได้ - การให้อุปกรณ์ในการทำความสะอาด และแก้วหัดดื่ม - การฝึกให้แม่แปรงฟันลูกและใช้แก้วหัดดื่มได้ - การนัดมาติดตามผล

3. **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง** (Self efficacy Theory) โดยประยุกต์ตามปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังตารางที่ 4

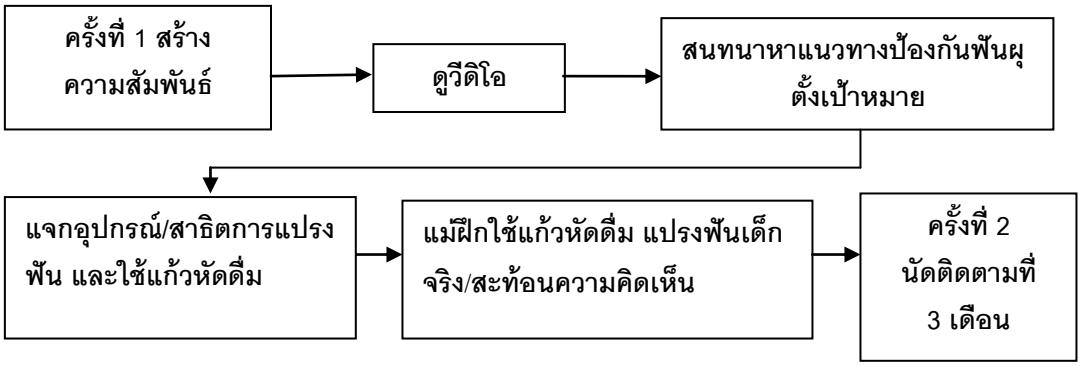
ตารางที่ 4 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy Theory)

องค์ประกอบ	การประยุกต์
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	การฝึกให้ผู้ดูแลเด็กใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟันในเด็กจริงจนเริ่มชำนาญ ผู้ดูแลเด็กเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

องค์ประกอบ	การประยุกต์
การใช้ตัวแบบ	โดยใช้สื่อวีดิโอให้ผู้ดูแลเด็กดูตัวแบบของแม่ในวีดิโอที่สามารถใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟันให้เด็กได้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกว่าถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อ สามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และการใช้กระบวนการกลุ่มในการฝึกปฏิบัติ เมื่อผู้ดูแลเด็กแต่ละคนได้เห็นว่าคนอื่นทำได้ จึงเกิดแรงกระตุ้นให้อยากทำได้เหมือนคนอื่น
การใช้คำพูดชักจูง	ประยุกต์เอาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กถึงพฤติกรรมการดูแลเด็ก การแปรงฟัน การเลี้ยงนม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้เกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมใดที่ทำอยู่น่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุของเด็ก และการทบทวนพฤติกรรมอีกรอบพร้อมกับการดูวีดีโอ ทั้งทันตาภิบาลและผู้ดูแลเด็กร่วมกันสรุปสาระสำคัญจากการดูวีดิโอ โดยทันตาภิบาลเน้นให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กได้ในอนาคตและเป็นวิธีการป้องกันฟันผุที่ทำได้ง่าย ๆ ในเด็กช่วงอายุนี้ แต่หากปล่อยให้เด็กมีฟันผุแล้ว เด็กที่ฟันผุมักตัวเล็ก โตช้า ไม่ฉลาด นั่นหมายถึง การที่เด็กมีฟันผุส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและการเจริญเติบโตของเด็กในทุกด้าน ไม่ใช่แค่สุขภาพช่องปากเท่านั้น เช่นเดียวกันกับผลเสียที่เด็กเลิกขวดนมช้า เป็นต้น ประกอบกับการใช้คำพูดให้กำลังใจในระหว่างทำโปรแกรม เช่น ในช่วงการฝึกใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟัน ให้คำพูดที่สร้างเสริมกำลังใจว่าแม่สามารถทำได้ ค่อย ๆ ฝึก แม่เก่งมาก แม่ทำถูกต้องแล้ว เป็นต้น
การกระตุ้นทางอารมณ์	การทำความรู้จักกันอย่างเป็นกันเองของทันตาภิบาลและผู้ดูแลเด็กในช่วงเริ่มต้นของโปรแกรม การพูดคุยในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กไม่เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลและรู้สึกผ่อนคลายในระหว่างการร่วมโปรแกรม

โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี) สรุปขั้นตอนได้ดังนี้



รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่
    1) สื่อวีดิโอเรื่องลูกรักแจ่มใส ฉลาดสมวัย ฟันไม่ผุ ซึ่ง ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของฟันน้ำนม ฟันผุในเด็กเล็ก สาเหตุความรุนแรงและการรักษาฟันผุในเด็กเล็ก ผลเสียของการไม่แปรงฟันและเลิกขวดนมในช่วงอายุที่เหมาะสมและแนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก (การแปรงฟันและเลิกขวดนม) เพื่อให้ลูกมีสุขภาพช่องปากและร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง
    2) โปสเตอร์ แสดงเทคนิคการเลิกขวดนม
    3) ชุดอุปกรณ์หรรษา (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วหัดดื่ม ผ้าเช็ดฟัน)
    4) บันทึกเพื่อลูกฟันดี (แบบบันทึกพฤติกรรมตนเองของผู้ดูแลเด็ก) บันทึกเป้าหมายและระยะเวลาที่ทำให้สำเร็จ วันที่เริ่มทำ วันที่ทำได้สำเร็จ วิธีการที่ใช้ในการเลิกขวดนม ปัญหาอุปสรรค รวมถึงการแก้ปัญหาของผู้ดูแลเด็ก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
    1) แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเตรียมขึ้นเองและผ่านการทดสอบแล้ว มีขอบเขตเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และตัวแปรตามที่ต้องการประเมิน แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

        ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก

        ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันและการเลี้ยงนม

        ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันและการเลี้ยงนม

2) แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ดัดแปลงจาก Simplified oral hygiene index (Greene and Vermilion, 1960) โดยใช้ probe ตรวจคราบจุลินทรีย์ของฟัน 4 ซี่ หน้าบนที่ขึ้นอย่างน้อยครึ่งซี่ฟัน ตรวจในด้านใกล้ริมฝีปาก ใช้แสงไฟส่องปาก และตรวจในท่า knee to knee ใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

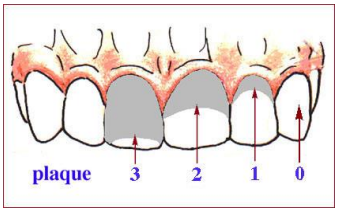
X หมายถึง ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจากฟันยังไม่ขึ้น

0 หมายถึง ไม่มีคราบจุลินทรีย์

1 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟัน ปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

2 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมอยู่ระหว่าง 1/3-2/3 ของตัวฟันทางคลินิก

3 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์ปกคลุมมากกว่า 2/3 ของตัวฟันทางคลินิก ดังรูป



รูปที่ 4 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ดัดแปลงจาก Simplified oral hygiene index

3) แบบบันทึกการตรวจฟัน

การตรวจสภาวะฟันผุในช่องปาก ใช้เกณฑ์การตรวจที่ดัดแปลงมาจาก Thitasomakul et al, 2006 โดยใช้ WHO probe 621, mouth mirror ใช้ไฟส่องปาก ตรวจแต่ละด้านของฟันทุกซี่ที่ขึ้นในช่องปากและตรวจในท่า knee to knee มีเกณฑ์การตรวจดังนี้

U	หมายถึง	ผิวฟันด้านนั้นยังไม่ขึ้นสู่ช่องปาก (unerupted surface)
S	หมายถึง	ฟันไม่ผุ (sound tooth, normal enamel surface)
1	หมายถึง	ฟันผุระยะเริ่มต้น แต่ยังไม่มีการสูญเสียผิวเคลือบฟัน (initial caries; white spot lesion, no loss of enamel)
2	หมายถึง	ฟันผุถึงชั้นเคลือบฟัน (enamel caries)
3	หมายถึง	ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟัน (dentine caries)
4	หมายถึง	ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน (caries expose pulp)

5	หมายถึง	ฟันที่อุดแล้วไม่ผุ (filling and no caries)
6	หมายถึง	ฟันที่อุดแล้วแต่มีรอยผุใหม่ (secondary caries)
7	หมายถึง	ฟันที่ถูกถอนไป เนื่องจากผุ (extraction due to caries)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง

การทดสอบความตรง (Validity) นำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้ง 5 ส่วน ดังข้างต้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC = SR/N) พบว่าคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามวัดตรงตามจุดประสงค์

การทดสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ใช้วิธีหาความเที่ยงเชิงความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กของเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 โดยทดสอบความเที่ยงเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองเท่านั้น

การปรับมาตรฐานการตรวจฟันผุ

การตรวจฟันทำโดยทันตแพทย์ 2 คน ก่อนการศึกษาปรับมาตรฐานการตรวจฟันผุ โดยตรวจในกลุ่มเด็กอายุ 9-18 เดือน จำนวน 10 คน และทำ Intra-examiner calibration และ inter-examiner calibration ได้ค่า kappa เท่ากับ 0.8

นอกจากนี้ปรับมาตรฐาน Intra-examiner calibration และ inter-examiner calibration อีกครั้งก่อนตรวจครั้งสุดท้าย ในเด็กจำนวน 10 คน ได้ค่า kappa เท่ากับ 0.8

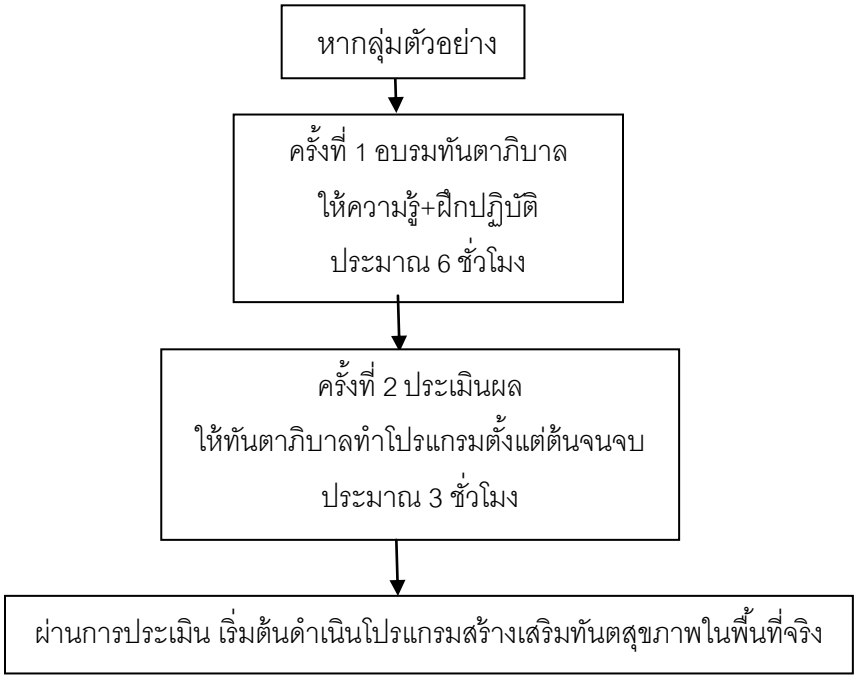
การปรับมาตรฐานผู้สัมภาษณ์

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมาปรับมาตรฐานการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายและสาธิตวิธีการสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยดู จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยลองฝึกสัมภาษณ์ให้ผู้วิจัยดูก่อนไปสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการ

สัมภาษณ์ และดูความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ถ้ามีความบกพร่องหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ในส่วนไหนก็อธิบาย ปรับความเข้าใจและการสัมภาษณ์ให้ตรงกัน

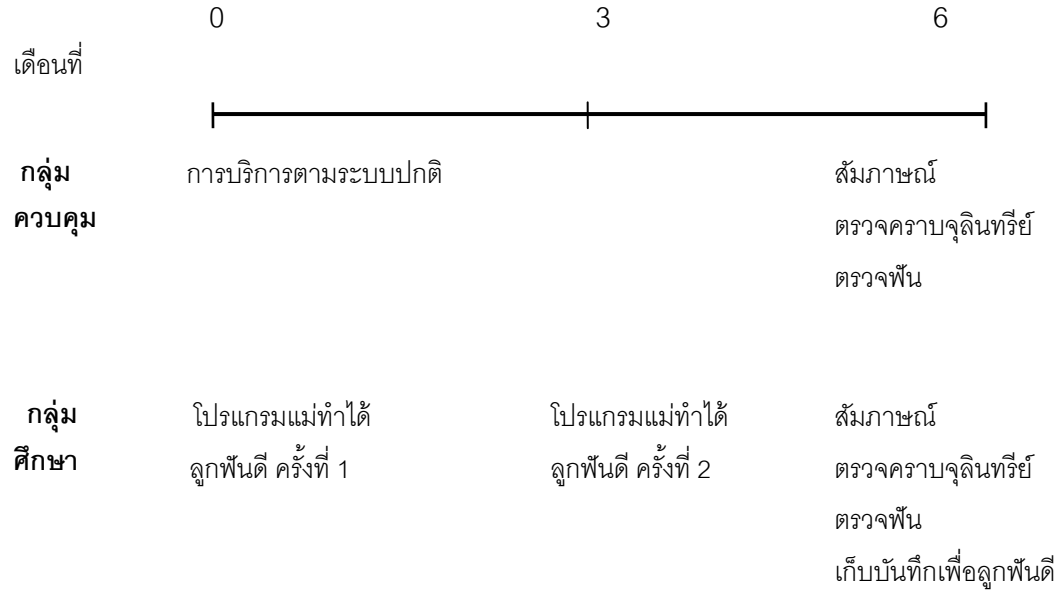
ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้

1. **ช่วงเตรียมความพร้อม พัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ**



รูปที่ 5 ขั้นตอนช่วงเตรียมความพร้อม

2. **ช่วงดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ**



รูปที่ 6 การดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพแต่ละกลุ่ม

1. ช่วงเตรียมความพร้อม พัฒนาศักยภาพของทันตาภิบาล ดังรูปที่ 5

1. ผู้วิจัยและทันตาภิบาลแต่ละรพ.สต.หากลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลของการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละท่านทราบ และให้ลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
2. อบรมทันตาภิบาล 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนทั้งหมด สื่อ อุปกรณ์ในการทำโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดีที่ให้แก่ผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 ครั้ง และแจกคู่มือการทำโปรแกรม
2. ให้ความรู้โดยให้ดูวีดิโอที่ใช้ในการทำโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี และเปิดโอกาสให้ซักถาม
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในการประยุกต์ทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองมาใช้ในการให้คำปรึกษา (ระหว่างทันตาภิบาลกับผู้ดูแลเด็ก) เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเด็ก การพูดคุยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดแรงจูงใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ และที่สำคัญคือเกิดการรับรู้ว่าการแปรงฟันหรือเลิกขวดนมเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กทำได้ มีการใช้คำพูดจูงใจ ให้กำลังใจ
4. ฝึกการพูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเด็ก (มารดาเด็กที่นำบุตรมารักษาที่คลินิกเด็ก) ตามขั้นตอนในโปรแกรมตั้งแต่เริ่มสร้างความสัมพันธ์ ชี้แจงโปรแกรมไปจนถึงการให้ดูวีดิโอ ชวนคุยให้ผู้ดูแลเด็กตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ และอธิบายการบันทึก

5. ดูการสาธิตการใช้แก้วหัดดื่ม การแปรงฟันจากวีดิโอ ผู้วิจัยอธิบายตามวีดิโอ ให้ทันตาภิบาลลองฝึกปฏิบัติกับหุ่นและโมเดล เพื่อให้ทำท่าทางได้ถูกต้อง
6. สาธิตการใช้แก้วหัดดื่ม การตรวจความสะอาดของฟันก่อนแปรง โดยใช้หลอดตัดปลายและแปรงฟันในเด็กจริงให้ทันตาภิบาลดู
7. ทันตาภิบาลฝึกปฏิบัติใช้แก้วหัดดื่ม ตรวจความสะอาดฟันเด็กก่อนแปรงฟัน และฝึกแปรงฟันในเด็กจริง (ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุ 9-18 เดือน) จนสามารถทำได้ถูกวิธี และตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันได้ ในขณะฝึกปฏิบัติให้พูดอธิบายการใช้แก้วหัดดื่ม การตรวจความสะอาดของฟันและอธิบายขั้นตอนการแปรงฟันไปด้วยเสมือนเป็นผู้สาธิตทำให้ผู้ดูแลเด็กดู
8. ทันตาภิบาลลองฝึกให้ผู้ดูแลเด็กใช้แก้วหัดดื่ม ตรวจความสะอาดของฟัน และแปรงฟันเด็กจริง (ผู้ดูแลเด็กและเด็กกลุ่มเดิม) จนผู้ดูแลเด็กเริ่มทำได้ ระหว่างผู้ดูแลเด็กฝึก หากมีปัญหา อุปสรรคในการฝึกให้ทันตาภิบาลช่วยแก้ปัญหา และฝึกจนผู้ดูแลเด็กทำได้ถูกวิธี

จุดสำคัญในโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี คือ

- ผู้ดูแลเด็กต้องสามารถฝึกให้เด็กลองใช้แก้วหัดดื่มจิบน้ำหรือนมได้จริง สามารถแปรงฟันให้เด็กได้จริง ไม่ว่าเด็กร้องไห้ ไม่ให้ความร่วมมือก็ตาม
- หากผู้ดูแลเด็กยังปฏิบัติไม่ได้หรือไม่ถูกวิธี ให้ทันตาภิบาลให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติ (ใจเย็น ๆ นะคะ ค่อย ๆ ฝึก แม่ทำได้คะ) และช่วยผู้ดูแลเด็กฝึก จนทำได้ถูกวิธี เช่น จับมือแปรง
- คิดว่าจุดไหนมีปัญหา อุปสรรค ก็ให้คำแนะนำทันที

ครั้งที่ 2 ประเมินผลจากการอบรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1. ให้ทันตาภิบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดีในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นสนทนาสร้างความสัมพันธ์ ชี้แจงการทำโปรแกรม ดูวีดิโอ สาธิต และฝึกผู้ดูแลเด็กลองใช้แก้วหัดดื่มจิบน้ำหรือนมได้จริง และสามารถแปรงฟันเด็กได้ ไม่ว่าเด็กร้องไห้ ดิ้น ไม่ให้ความร่วมมือก็ตาม ให้แปรงซ้ำจนเริ่มชำนาญ โดยมีผู้วิจัยดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ให้ลองทำกับผู้ดูแลเด็กประมาณ 2 กลุ่ม
2. หากผ่านการประเมินทุกขั้นตอน คือ ทันตาภิบาลสามารถดำเนินโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดีได้อย่างถูกต้อง ครบกระบวนการ ผู้ดูแลเด็กสามารถแปรงฟันและใช้แก้วหัดดื่มให้เด็กได้ จึงเริ่มดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพในพื้นที่

ถ้าไม่ผ่านการประเมินผู้วิจัยอบรมในจุดที่ยังบกพร่อง และฝึกปฏิบัติอีกครั้ง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและเพิ่มศักยภาพให้แก่ทันตาภิบาล ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง

เมื่อทันตาภิบาลทุกคนผ่านการประเมิน เริ่มดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

2. ช่วงการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพในพื้นที่

1. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาที่รพ.สต. เก็บข้อมูลก่อนเริ่มทำการวิจัย โดยทำแบบสัมภาษณ์กับผู้ดูแลเด็กและตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์และตรวจฟันเด็ก หลังจากนั้นนำรายชื่อเด็กทั้งหมดไปสุ่มเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และส่งรายชื่อเด็กในแต่ละกลุ่มให้ทันตาภิบาลทุกแห่งนัดมาทำโปรแกรมต่อ
2. ในกลุ่มศึกษาทันตาภิบาลดำเนินโปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดีตามขั้นตอนที่ได้อบรมมา

กลุ่มศึกษา

โปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดีครั้งที่ 1

โปรแกรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5 คน ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 40 นาที

1. **สนทนาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ สร้างแรงจูงใจและการรับรู้ปัญหา** เวลา 10 นาที
    - โดยทันตาภิบาลและผู้ดูแลเด็กทำความรู้จักกัน แนะนำตัวอย่างเป็นกันเอง
    - ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนของการทำโปรแกรม
    - ชวนคุยเรื่องการเลี้ยงดูเด็กเล็ก ให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากเด็ก และการดูดนมจากขวดนม

ในช่วงนี้ทันตาภิบาลได้ข้อมูลว่าผู้ดูแลเด็กมีปัญหาพฤติกรรมอย่างไรที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. **ให้ดูวีดิโอเรื่องลูกรักแจ่มใส ฉลาดสมวัย ฟันไม่ผุพร้อมกัน** เวลา 8 นาที
    - ผู้ดูแลเด็กได้ทบทวนพฤติกรรมของตนเองไปพร้อมกับการดูวีดิโอ ทำให้เกิดการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากขึ้น เกิดแรงจูงใจมากขึ้น
    - หลังดูวีดิโอสามารถซักถามได้และช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการดูวีดิโอ
    - ให้เน้นย้ำว่าทั้งการแปรงฟันและเลิกนมขวดเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ในเด็กวัยนี้ และผู้ดูแลเด็กสามารถทำได้แน่นอน

3. **หาแนวทางการปฏิบัติ ตั้งเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสาธิตการปฏิบัติ** ใช้เวลารวม 12 นาที

- ให้ผู้ดูแลเด็กช่วยกันคิดวิธีการป้องกันฟันผุ และพฤติกรรมของตนที่อยากเปลี่ยนแปลง
- การเลิกขวดนม ทันตาภิบาลแนะนำเทคนิคการเลิกขวดนมที่แสดงในโปสเตอร์ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะกับตนเอง (เป็นตัวเลือกให้ผู้ดูแลเด็กเลือกทำตามวิธีที่คิดว่าเหมาะกับตน) และย้ำว่าผู้ดูแลเด็กต้องตั้งใจจริงและใจแข็ง
- ชวนตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกำหนดระยะเวลาที่ตั้งใจไว้ว่าทำให้สำเร็จ ให้กำลังใจว่าผู้ดูแลเด็กทำได้
- แจกสมุดบันทึกเพื่อลูกฟันดี ให้เขียนเป้าหมาย ระยะเวลาที่ตั้งใจทำให้สำเร็จ แล้วอธิบายการบันทึกในส่วนที่ต้องบันทึกต่อที่บ้าน

เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติของแม่ จึงสาธิตและฝึกปฏิบัติต่อ

<u>สาธิตการใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟัน</u>

- แจกชุดอุปกรณ์หรรษาให้ผู้ดูแลเด็ก
- สาธิตวิธีการแปรงฟันแบบถูไปถูมาในโมเดล และแจ้งผู้ดูแลเด็กว่าในการแปรงฟัน เด็กอาจร้อง ดิ้น หรือมีเลือดออกขณะแปรงได้ เนื่องจากมีเหงือกอักเสบ แต่อาการนี้หายไปหากแปรงฟันให้ลูกอย่างสม่ำเสมอ
- สาธิตการใช้แก้วหัดดื่ม โดยใส่น้ำ 1-2 ออนซ์ ให้ประคองมือเด็กจับแก้ว ยกขึ้นดื่มช้าๆ พยายามอย่าให้สำลัก เมื่อเด็กดื่มน้ำได้แล้ว ให้ลองเปลี่ยนเป็นนม
- จับเด็กนอนในท่าเตรียมแปรงฟัน สาธิตการใช้หลอดตัดปลายขูดคราบจุลินทรีย์ที่ผิวฟัน แสดงผลให้ผู้ดูแลเด็กดูว่ามีคราบสีขาวเหลืองติดมาที่ปลายหลอด ซึ่งต้องแปรงเอาคราบนี้ออกให้หมด
- สาธิตการบีบยาสีฟันโดยแตะเป็นชั้นบางๆ ที่ขนแปรง
- สาธิตการแปรงฟันในท่านอน ซึ่งอาจเป็นท่า

1. ผู้แปรงนั่งกางขาออก เด็กนอน 12 นาฬิกา ในช่องระหว่างขาของผู้แปรง ผู้แปรงใช้ขาพาดแขนและขาของเด็กไว้
2. ใช้ผ้าห่อขาและแขนของเด็ก แล้วผู้แปรงอาจใช้ขาพาดลำตัวเด็กอีกครั้ง
3. นอนแปรงในท่า knee to knee โดยผู้ช่วยใช้แขนและข้อศอกหนีบขาและกุมมือของเด็กไว้

ในการเลือกวิธีใดให้ดูจากความร่วมมือของเด็ก ความถนัดของผู้ดูแลเด็กและคนช่วยจับเด็กขณะแปรงมีหรือไม่

4. **แม่ฝึกการใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟันจริงในเด็ก** การฝึกปฏิบัติจริงทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ใช้เวลา 10 นาที

- เริ่มจากฝึกใช้แก้วหัดดื่มที่เติมน้ำ
- ให้ผู้ดูแลเด็กตรวจดูคราบจุลินทรีย์ โดยใช้หลอดขูดผิวฟันหน้าบน
- บีบยาสีฟันและเริ่มแปรงฟัน ทันตาภิบาลช่วยฝึกผู้ดูแลเด็กให้สามารถควบคุมการดิ้นของเด็กได้ แปรงได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะต้องใช้นิ้วแหวกแก้ม กันริมฝีปาก เพื่อให้เห็นฟันได้ชัดเจน
- แปรงเสร็จใช้ผ้าเช็ดฟัน เหงือก ลิ้น อาจให้แปรงซ้ำเพื่อให้เกิดความชำนาญ
- ตรวจคราบจุลินทรีย์ดูอีกครั้ง เพื่อตรวจว่าแปรงฟันได้สะอาดหรือไม่
- ให้ผู้ดูแลเด็กสะท้อนความคิดเห็นจากการปฏิบัติ และให้กำลังใจ
- ให้บัตรนัดมาทำโปรแกรมครั้งที่ 2 (ที่ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1)

<u>โปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี ครั้งที่ 2</u> ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

- ผู้ดูแลเด็กต้องนำอุปกรณ์และบันทึกเพื่อลูกฟันดีมาด้วย
- ทันตาภิบาล สอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการเลี้ยงนมและการเลิกขวดนมจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติ ดูการจดบันทึกในบันทึกเพื่อลูกฟันดี
- ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจว่า แม่ทำได้
- ให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคนตรวจดูคราบจุลินทรีย์ โดยใช้หลอดขูดผิวฟันหน้าบน หากมีคราบเหนียว สีขาวเหลืองติดมาแสดงว่ายังแปรงฟันไม่สะอาด
- ให้ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็ก ทันตาภิบาลเน้นย้ำว่าให้แปรงฟันในตำแหน่งที่มีคราบเหนียวให้สะอาดขึ้น
- ตรวจคราบจุลินทรีย์ดูอีกครั้ง เพื่อทดสอบว่าแปรงฟันได้สะอาดหรือไม่
- ให้บัตรนัดครั้งที่ 3 เพื่อเก็บบันทึกเพื่อลูกฟันดีและทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงสิ้นสุดการทำวิจัยที่ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test
- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กและเด็ก
- Student's t-test และ Mann Whitney-U test ใช้ในกรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม
- Chi-square test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการเลี้ยงนม การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง
- One-Way ANOVA test และ Kruskal-Wallis test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ dmfs dmft การเพิ่มขึ้นของฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ และกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และหาความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มโดยการทำ Post hoc test ใช้ LSD กรณีความแปรปรวนเท่ากัน ใช้ Dunnett T3 กรณีความแปรปรวนไม่เท่ากัน

การตรวจสอบทางจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการขออนุมัติจริยธรรมสำหรับการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC5806-25-P-LR ในกรณีที่ผู้ดูแลเด็กปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีผลต่อการรับบริการสาธารณสุข ณ รพ.สต.ของผู้ดูแลเด็ก เมื่อทีมผู้วิจัยตรวจฟันและตรวจคราบจุลินทรีย์ของเด็ก ผู้ดูแลเด็กได้รับการแจ้งผลตรวจให้ทราบ รวมถึงแนะนำแนวทางในการจัดการปัญหาฟันผุ หลังจากเสร็จสิ้นการศึกษากลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพเหมือนกับกลุ่มศึกษา การศึกษานี้ได้ลงทะเบียน Thai Clinical Trials Registry (TCTR) เลขที่ TCTR20160302002

การขออนุญาตสถานที่ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือราชการแจ้งสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่และร่วมประชุมชี้แจงการทำวิจัยในพื้นที่กับสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ผู้รับผิดชอบงานชุมชนของกลุ่มงานทันตกรรม รพ.หาดใหญ่ ทันตาภิบาลประจำรพ.สต.และมีหนังสือแจ้งในทุกรพ.สต.เกี่ยวกับการลงทำวิจัยในพื้นที่

บทที่ 3

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีอายุระหว่าง 9-18 เดือน อาศัยอยู่ในเขตรพ.สต.ของอำเภอหาดใหญ่ ที่มีทันตาภิบาลประจำ 8 แห่ง ทั้งหมด 350 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามการสุ่มและเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างได้กลุ่มละ 175 คน แต่ในกลุ่มศึกษามีเด็กที่ได้รับโปรแกรม 170 คน หลังทำการศึกษาครบระยะเวลาของการติดตามผลที่ 6 เดือน พบว่ามีผู้ดูแลเด็กและเด็กที่คงเหลือในการศึกษาทั้งสิ้น 251คน (ร้อยละ 71.7) แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 128 คน (ร้อยละ 75.3) กลุ่มควบคุม 123 คน (ร้อยละ 70.3) รวมมีกลุ่มตัวอย่างที่ติดต่อไม่ได้ทั้งสิ้น 99 คน เนื่องจากไม่สะดวกมาตามนัด ย้ายที่อยู่ และไม่สามารถติดต่อได้ ดังรูปที่ 2

เด็กทั้งหมดของการศึกษานี้ มีอายุเฉลี่ย 13.7±3.8 เดือน โดยกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 13.3±3.5 เดือน กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 14.1±4.1 เดือน (p=0.064) ร้อยละ 51.4 เป็นเพศหญิง และเป็นบุตรคนแรกร้อยละ 42.6 ผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 31.2±10.2 ปี ผู้ดูแลหลักของเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.4) คือ พ่อ แม่ ร้อยละ 57.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.1 สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา อาชีพหลักคือ แม่บ้าน (ร้อยละ 52.3) ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นคุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่างในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 คุณลักษณะทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

คุณลักษณะ		**กลุ่มศึกษา** (n = 175) n (%)	**กลุ่มควบคุม** (n = 175) n (%)	p-value
เด็ก				
อายุ (เดือน)	mean±SD	13.3±3.5	14.1±4.1	0.064[b]
เพศ				0.100
	ชาย	80 (45.7)	93 (53.1)	
	หญิง	95 (54.3)	82 (46.9)	
ลำดับบุตร				0.755
	คนที่ 1	70 (40.0)	79 (45.1)	
	คนที่ 2	60 (34.2)	57 (32.7)	
	คนที่ 3	33 (18.9)	30 (17.1)	
	ตั้งแต่คนที่ 4	12 (6.9)	9 (5.1)	
จำนวนเด็กที่มีฟัน				0.354
	ยังไม่ขึ้น	17 (9.7)	14 (8.0)	
	ฟันขึ้นแล้ว	158 (90.3)	161 (92.0)	
ผู้ดูแลเด็ก				
อายุ (ปี)	mean±SD	31.4 ± 10.7	30.9 ± 9.7	0.702[a]
ผู้ดูแลหลักของเด็ก				0.871
	พ่อ แม่	134 (76.6)	130 (74.3)	
	ปู่ ย่า ตา ยาย	35 (20.0)	39 (22.3)	
	ลุง ป้า น้า อา	6 (3.4)	6 (3.4)	
ศาสนา	พุทธ	97 (55.4)	103 (58.9)	0.319
	อิสลาม	76 (43.4)	72 (41.1)	
	คริสต์	2 (1.2)	0 (0)	

[a] หมายถึง ใช้สถิติ Student's t-test

[b] หมายถึง ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

ตารางที่ 5 **(ต่อ)**

คุณลักษณะ		**กลุ่มศึกษา** (n = 175) n (%)	**กลุ่มควบคุม** (n = 175) n (%)	p-value
ระดับการศึกษาสูงสุด				0.905
	ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	43 (24.6)	40 (22.9)	
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	110 (62.9)	111 (63.4)	
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	22 (12.5)	24 (13.7)	
อาชีพหลัก				0.442
	แม่บ้าน	93 (53.1)	90 (51.4)	
	ค้าขาย	29 (16.6)	29 (16.6)	
	พนักงานบริษัท/ รัฐวิสาหกิจ	12 (6.9)	8 (4.6)	
	เกษตรกร	9 (5.1)	13 (7.4)	
	รับจ้าง	30 (17.1)	30 (17.1)	
	รับราชการ	2 (1.2)	5 (2.9)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				0.913
	< 10,000	56 (32.0)	53 (30.2)	
	10,001-20,000	75 (42.9)	75 (42.9)	
	>20,000	44 (25.1)	47 (26.9)	

ก่อนการศึกษา

1. **ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟัน การเลิกขวดนม**

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้โดยรวมไม่ต่างกัน (p=0.44) โดย 2/3 ของผู้ดูแลเด็กทราบว่าควรเริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้นและฟันที่มีสีขาวขุ่น จัดเป็นฟันผุ แต่มีเพียง 1/3 ของผู้ดูแลเด็กที่รู้ว่าควรใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในเด็กวัยนี้ ทั้ง ๆ ที่ผู้ดูแลเด็กเหล่านี้มีความรู้ว่าควรเลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ให้เด็กและใช้ยาสีฟันแตะเป็นชั้นบาง ๆ ส่วนความรู้เกี่ยวกับอายุที่เหมาะสมในการเลิกขวดนมและผลเสียต่อสุขภาพ

หากเด็กเลิกขวดนมช้า มีผู้ดูแลเด็กเพียง 1/3 เท่านั้นที่มีความรู้ในเรื่องนี้ ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (p>0.3)

ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขวดนมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ตัวแปร	**ก่อนการศึกษา**		
	กลุ่มศึกษา n (%)	**กลุ่มควบคุม** n (%)	p-value
คะแนนความรู้โดยรวม 7 ข้อ ตอบถูก	(n=158) 3.6±1.5	(n=161) 3.7±1.4	0.440[b]
1.ควรเริ่มแปรงฟันให้ลูกเมื่อฟันซี่แรกขึ้น	87 (56.1)	101 (62.7)	0.231
2.เด็กวัยนี้ใช้ยาสีฟันได้แล้ว	53 (33.5)	70 (43.5)	0.186
3.เลือกซื้อยาสีฟันเด็กที่มีฟลูออไรด์	110 (71.0)	112 (69.6)	0.851
4.ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมในการแปรงฟันเด็ก คือ แตะเป็นชั้นบาง ๆ	117 (74.1)	119 (73.9)	0.804
5.ควรให้เด็กเลิกดูดขวดนมในช่วงอายุ 12-18 เดือน	48 (30.4)	37 (23.0)	0.510
6.เด็กที่เลิกขวดนมช้า ทำให้ฟันผุ พัฒนาการช้า อ้วน	54 (34.2)	46 (28.6)	0.392
7.ผิวฟันเด็กที่มีจุดสีขาวขุ่น คือ ฟันผุ	92 (59.4)	109 (67.7)	0.077

[b] หมายถึง ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

2. การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม ไม่แตกต่างกัน (p>0.05) โดยผู้ดูแลเด็กทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในระดับมากถึงมากที่สุดประมาณร้อยละ 60 แต่การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฟันผุ และการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคฟันผุต่ำกว่าร้อยละ 50 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา

ตัวแปร		**ก่อนการศึกษา**		
		กลุ่มศึกษา	**กลุ่มควบคุม**	p-value
		n (%)	**n (%)**	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง		(n=158)	(n=161)	0.591
	มาก- มากที่สุด	95 (60.1)	98 (60.9)	
	ไม่แน่ใจ	60 (38.0)	62 (38.5)	
	น้อย- น้อยที่สุด	3 (1.9)	1 (0.6)	
การรับรู้ความรุนแรง		(n=158)	(n=161)	0.462
	มาก- มากที่สุด	66 (41.8)	59 (36.6)	
	ไม่แน่ใจ	52 (32.9)	52 (32.3)	
	น้อย- น้อยที่สุด	40 (26.3)	50 (31.1)	
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค		(n=158)	(n=161)	0.859
	มาก- มากที่สุด	68 (43.0)	66 (41.0)	
	ไม่แน่ใจ	83 (52.5)	86 (53.4)	
	น้อย- น้อยที่สุด	7 (4.5)	9 (5.6)	

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม

การรับรู้ความสามารถของกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (p>0.05) โดยร้อยละ 34.2 ของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่มั่นใจว่าตนเองสามารถแปรงฟันเด็กให้สะอาดได้จริง ๆ และร้อยละ 36.7 มั่นใจว่าสามารถดูแลไม่ให้เด็กมีฟันผุ และมีเพียงร้อยละ 18.4 ของผู้ดูแลเด็กที่มั่นใจว่าสามารถให้เด็กเลิกนมมื้อดึกหรือเลิกขวดนมสิ้นเชิงได้ในระหว่างการศึกษา ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา

ตัวแปร		ก่อนการศึกษา		
		กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
ด้านการแปรงฟันเด็กให้สะอาดได้จริง ๆ		(n=158)	(n=161)	0.529
	มาก- มากที่สุด	54 (34.2)	59 (36.6)	
	ไม่แน่ใจ	97 (61.4)	91(56.6)	
	น้อย- น้อยที่สุด	7 (4.4)	11 (6.8)	
ด้านการเลิกนมมื้อดึกหรือเลิกขวดนมสิ้นเชิง		(n=158)	(n=161)	0.387
	มาก- มากที่สุด	29 (18.4)	20 (12.5)	
	ไม่แน่ใจ	79 (50.0)	87 (54.0)	
	น้อย- น้อยที่สุด	50 (31.6)	54 (33.5)	
ด้านการดูแลไม่ให้เด็กมีฟันผุ		(n=158)	(n=161)	0.719
	มาก- มากที่สุด	58 (36.7)	62 (38.5)	
	ไม่แน่ใจ	80 (50.6)	83 (51.6)	
	น้อย- น้อยที่สุด	20 (12.7)	16 (9.9)	

4. พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก

ผู้ดูแลเด็กทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กไม่ต่างกัน ในกลุ่มเด็กที่มีฟันขึ้นแล้ว ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 55.1 ของเด็กได้รับการแปรงฟัน ในจำนวนนี้ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ร้อยละ 42.5 แตะยาสีฟันเป็นชั้นบาง ๆ ร้อยละ 64.9 แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 55.2 ได้ทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและนมมื้อดึกร้อยละ 34.6 และ 22.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กได้รับการแปรงฟันร้อยละ 62.8 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 54.5 แตะยาสีฟันเป็นชั้นบาง ๆ ร้อยละ 65.5 และได้รับการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 57.4 ได้ทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและนมมื้อดึกร้อยละ 26.1 และร้อยละ 15.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

5. พฤติกรรมการเลี้ยงนมของผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการเลี้ยงนมไม่ต่างกัน นั่นคือ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เลี้ยงเด็กด้วยนมขวดร้อยละ 55.7 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 64 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาเป็นการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว และพบส่วนน้อยประมาณร้อยละ 11-15 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมขวด ความถี่ในการให้เด็กดูดนมแม่มากกว่าดูดนมขวดทั้งในมื้อกลางวันและมื้อดึก เด็กส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 เคยหลับคาขวดนมหรือเต้านม และยังตื่นมาดูดนมมื้อดึกสูงถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 43.6) ใส่ของเหลวอื่นในขวดนมให้เด็กดูด และของเหลวที่นิยมใส่ขวดให้เด็กดูด 4 ลำดับแรก คือ น้ำผลไม้คั้นสดร้อยละ 22 น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองร้อยละ 11 นมกล่องร้อยละ 10 และนมเปรี้ยวร้อยละ 8 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 9 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ตัวแปร		ก่อนการศึกษา กลุ่มศึกษา n (%)	ก่อนการศึกษา กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
วิธีการทำความสะอาดฟัน		(n=158)	(n=161)	0.080
	ไม่ได้ทำ	15 (9.5)	21 (13.0)	
	แปรงฟัน	87 (55.1)	101 (62.8)	
	เซ็ด	56 (35.4)	39 (24.2)	
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์		(n=87)	(n=101)	0.060
	ใช้	37 (42.5)	55 (54.5)	
	ไม่ใช้	50 (57.5)	46 (45.5)	
ปริมาณยาสีฟันที่ใช้		(n=37)	(n=55)	0.552
	แตะเป็นชั้นบาง ๆ	24 (64.9)	36 (65.5)	
	เท่าเมล็ดถั่วเขียวหรือใหญ่กว่า	13 (35.1)	19 (34.5)	
ความถี่ในการแปรงฟัน		(n=87)	(n=101)	0.842
	2 ครั้ง/วัน	48 (55.2)	58 (57.4)	
	1 ครั้ง/วัน	29 (33.3)	32 (31.7)	
	1-6 ครั้ง/สัปดาห์	10 (11.5)	11 (10.9)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอน		(n=153)	(n=157)	0.066
	ทำ	53 (34.6)	41 (26.1)	
	ไม่ทำ	100 (65.4)	116 (73.9)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อดึก		(n=145)	(n=140)	0.112
	ทำ	32 (22.1)	22 (15.7)	
	ไม่ทำ	113 (77.9)	118 (84.3)	

ตารางที่ 10 พฤติกรรมการเลี้ยงนมของผู้ดูแลเด็กของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ตัวแปร		**ก่อนการศึกษา**		
		กลุ่มศึกษา	**กลุ่มควบคุม**	p-value
		n (%)	**n (%)**	
วิธีการเลี้ยงนม		(n=158)	(n=161)	0.297
	นมแม่	46 (29.1)	40 (24.8)	
	นมแม่และนมขวด	24 (15.2)	18 (11.2)	
	นมขวด	88 (55.7)	103 (64.0)	
ความถี่ในการหลับคาขวดนมหรือเต้านม		(n=156)	(n=158)	0.061
	ไม่เคย	53 (34.0)	55 (34.8)	
	ทุกวัน	78 (50.0)	60 (38.0)	
	≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	16 (10.2)	30 (19.0)	
	< 3 ครั้ง/สัปดาห์	9 (5.8)	13 (8.2)	
นมมื้อดึก		(n=156)	(n=157)	0.108
	ไม่ดูด	9 (5.8)	16 (10.2)	
	ดูด	147 (94.2)	141 (89.8)	
การใส่ของเหลวอื่นในขวดนม		(n=110)	(n=117)	0.550
	ใส่	48 (43.6)	51 (43.6)	
	ไม่ใส่	62 (56.4)	66 (56.4)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา กลุ่มศึกษา n (%)	ก่อนการศึกษา กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
จำนวนครั้ง/วันที่เด็กดูดขวดนมมื้อกลางวัน	(n=110)	(n=115)	0.551[a]
mean ± SD	4.5±1.9	4.3±1.9	
range	1-10	1-15	
จำนวนครั้ง/วันที่เด็กดูดนมแม่มื้อกลางวัน	(n=62)	(n=48)	0.791[b]
mean ± SD	6.3±3.0	6.1±3.7	
range	1-10	1-20	
จำนวนครั้ง/คืนที่เด็กตื่นมาดูดนมขวดมื้อดึก	(n=84)	(n=90)	0.527[b]
mean ± SD	1.9±0.9	2.0±1.0	
range	1-4	1-5	
จำนวนครั้ง/คืนที่เด็กตื่นมาดูดนมแม่มื้อดึก	(n=66)	(n=52)	0.667[a]
mean ± SD	3.1±1.3	3.0±1.8	
range	1-6	1-10	

[a] หมายถึง ใช้สถิติ Student's t-test

[b] หมายถึง ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

6. ปริมาณคราบจุลินทรีย์

ก่อนการศึกษาปริมาณคราบจุลินทรีย์ในเด็กทั้งสองกลุ่มค่อนข้างต่ำ แม้ว่ากลุ่มควบคุมมีปริมาณคราบจุลินทรีย์สูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกัน (p=0.06) ในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ 0.9±0.8 และกลุ่มควบคุม 1.1±0.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ตัวแปร		ก่อนการศึกษา กลุ่มศึกษา n (%)	ก่อนการศึกษา กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์		(n=136)	(n=132)	
	mean ± SD	0.9±0.8	1.1±0.9	0.060[b]
	range	0-3	0-3	

[b] หมายถึง ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

7. ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดนับด้านและซี่ (dmfs, dmft) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>0.4) โดยกลุ่มศึกษามี dmfs และ dmft เท่ากับ 1.8±3.7 ด้านและ 1.1±1.9 ซี่ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี dmfs และ dmft เท่ากับ 2.2±4.6 ด้าน และ 1.2±2.2 ซี่ ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ตัวแปร		ก่อนการศึกษา กลุ่มศึกษา n (%)	ก่อนการศึกษา กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
dmfs		(n=158)	(n=161)	
	mean ± SD	1.8±3.7	2.2±4.6	0.407[b]
	range	0-24	0-28	
dmft		(n=158)	(n=161)	
	mean ± SD	1.1±1.9	1.2±2.2	0.696[b]
	range	0-9	0-10	

[b] หมายถึง ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

หลังการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ แม่ทำได้ ลูกฟันดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม คือ เด็กได้รับการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ มีการทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึก เด็กไม่หลับคาขวดนม ไม่ดูดนมมื้อดึกหรือเลิกขวดนมได้อย่างสิ้นเชิง โดยประเมินจากบันทึกการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามี

- ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่การศึกษากำหนด นั่นคือ ปฏิบัติตามได้ทุกข้อหรือได้เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 93 คน (ร้อยละ 72.7)
- ผู้ดูแลเด็กที่แม้ว่าได้รับการสอนและฝึกทักษะไปเหมือนกัน แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 27.3) เช่น ไม่แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน ไม่ได้ทำความสะอาดฟันหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและนมมื้อดึก ยังคงให้เด็กหลับคาขวดนมและดูดนมมื้อดึก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ดังนั้น ผลการวิจัยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพหลังจากนี้ผู้วิจัยแสดงผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 13 พฤติกรรมการเลี้ยงนมและการทำความสะอาดช่องปากเด็กหลังการศึกษาของกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้

ตัวแปร		หลังการศึกษา กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	หลังการศึกษา กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	p-value
การหลับคาขวดนมหรือเต้านม		(n=77)	(n=31)	0.000
	ไม่เคย	39 (50.6)	5 (16.1)	
	ทุกวัน	21 (27.3)	23 (74.2)	
	≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	6 (7.8)	1 (3.2)	
	< 3 ครั้ง/สัปดาห์	11 (14.3)	2 (6.5)	
นมมื้อดึก		(n=77)	(n=31)	0.000
	ไม่ดูด	39 (50.6)	0 (0.0)	
	ดูด	38 (49.4)	31 (100.0)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอน		(n=84)	(n=33)	0.000
	ทำ	56 (66.7)	0 (0.0)	
	ไม่ทำ	28 (33.3)	33 (100)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อดึก		(n=38)	(n=31)	0.001
	ทำ	11 (28.9)	0 (0.0)	
	ไม่ทำ	27 (71.1)	31 (100.0)	

เปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

1. **ด้านความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและเลิกขวดนม**

ผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 กลุ่ม มีความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น และในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรู้โดยรวมมากกว่าอีก 2 กลุ่ม ($p=0.001$) ความรู้ที่ผู้ดูแลเด็กรู้แตกต่างกันระหว่าง 3 กลุ่ม ($p<0.05$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอายุที่ควรให้เด็กเลิกดูดขวดนมและผลเสียต่อสุขภาพหากเด็กเลิกขวดนมช้า โดยในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้จำนวนผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับอายุที่ควรให้เด็กเลิกดูดขวดนมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.4 จากเดิมร้อยละ 30.4 ส่วนอีก 2 กลุ่ม จำนวนผู้มีความรู้มีเพียง 1/3 ($p=0.041$)

ความรู้เกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพหากเด็กเลิกขวดนมช้า จำนวนผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้มากขึ้นในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.4 มากกว่าอีก 2 กลุ่มซึ่งจำนวนผู้ดูแลเด็กยังมีความรู้น้อยกว่าร้อยละ 50 ($p=0.006$)

ส่วนความรู้ในเรื่องที่เหลือ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของจำนวนผู้มีความรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 กลุ่ม ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
คะแนนความรู้โดยรวมจาก 7 ข้อ	(n=158)	(n=161)	0.440	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.001
ตอบถูก	3.6±1.5	3.7±1.4		5.2±1.4[a,b]	4.5±1.2[a]	4.4±1.5[b]	
1.ควรเริ่มแปรงฟันให้ลูกเมื่อฟันซี่แรกขึ้น	87 (56.1)	101 (62.7)	0.231	71 (76.3)	21 (60.0)	87 (70.7)	0.085
2.เด็กวัยนี้ใช้ยาสีฟันได้แล้ว	53 (33.5)	70 (43.5)	0.186	84 (90.3)	33 (94.3)	97 (78.9)	0.262
3.เลือกยาสีฟันเด็กที่มีฟลูออไรด์	110 (71.0)	112 (69.6)	0.851	83 (89.2)	28 (80.0)	101 (82.1)	0.370
4.ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมแตะเป็นชั้นบางๆ	117 (74.1)	119 (73.9)	0.804	57 (61.3)	17 (48.6)	70 (56.9)	0.770

คะแนนความรู้โดยรวมวิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

[a, b, c] เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างสองกลุ่มระหว่าง กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และกลุ่มควบคุม กลุ่มที่มีตัวอักษรกำกับ [a] หรือ [b] หรือ [c] เหมือนกัน แสดงว่า 2 กลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) โดยการทำ Post hoc test (LSD)

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
5.อายุที่ควรให้เด็กเลิกขวดนม 12-18 เดือน	48 (30.4)	37 (23.0)	0.510	45 (48.4)	12 (34.3)	36 (29.3)	0.041
6.เด็กที่เลิกขวดนมช้า ทำให้ฟันผุ อ้วน พัฒนาการช้า	54 (34.2)	46 (28.6)	0.392	58 (62.4)	16 (45.7)	53 (43.1)	0.006
7.ผิวฟันเด็กที่มีจุดสีขาวขุ่น คือ ฟันผุ	92 (59.4)	109(67.7)	0.077	82 (88.2)	30 (85.7)	97 (78.9)	0.281

2. การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จำนวนผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการศึกษา ดังตารางที่ 15 แต่ไม่มีความแตกต่างกันกับอีก 2 กลุ่มที่เหลือที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เพิ่มขึ้นเลย

การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุ จำนวนผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีการรับรู้เรื่องนี้มากกว่าร้อยละ 50 แต่อีก 2 กลุ่มที่เหลือมีการรับรู้น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 3 กลุ่ม (p=0.058)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	(n=158)	(n=161)	0.591	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.150
มาก-มากที่สุด	95 (60.1)	98 (60.9)		71 (76.3)	20 (57.1)	78 (63.4)	
ไม่แน่ใจ	60 (38.0)	62 (38.5)		21 (22.6)	15 (42.9)	44 (35.8)	
น้อย-น้อยที่สุด	3 (1.9)	1 (0.6)		1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.8)	
การรับรู้ความรุนแรง	(n=158)	(n=161)	0.462	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.058
มาก-มากที่สุด	66 (41.8)	59 (36.6)		54 (58.1)	13 (37.1)	51 (41.5)	
ไม่แน่ใจ	52 (32.9)	52 (32.3)		29 (31.2)	13 (37.1)	46 (37.4)	
น้อย-น้อยที่สุด	40 (26.3)	50 (31.1)		10 (10.7)	9 (25.8)	26 (21.1)	
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	(n=158)	(n=161)	0.859	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.058
มาก-มากที่สุด	68 (43.0)	66 (41.0)		50 (53.8)	20 (57.1)	59 (48.0)	
ไม่แน่ใจ	83 (52.5)	86 (53.4)		41 (44.1)	14 (40.0)	58 (47.2)	
น้อย-น้อยที่สุด	7 (4.5)	9 (5.6)		2 (2.1)	1 (2.9)	6 (4.8)	

3. การรับรู้ความสามารถตนเอง

ด้านการแปรงฟันเด็กให้สะอาดได้จริง ๆ จำนวนผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีความมั่นใจในการแปรงฟันเด็กได้สะอาดจริง ๆ มากขึ้นจากร้อยละ 34.2 เป็นร้อยละ 46.2 ในขณะที่อีก 2 กลุ่มที่เหลือกลับมีจำนวนผู้ดูแลเด็กที่มั่นใจด้านนี้ลดลง (p=0.001) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความสามารถในการแปรงฟันของผู้ดูแลเด็กโดยรวมยังน้อยกว่าร้อยละ 50 ดังตารางที่ 16

ด้านการเลิกนมมื้อดึกหรือเลิกขวดนมสิ้นเชิง ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจว่าทำได้สำเร็จเพียงร้อยละ 25.8 ของจำนวนผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ ในขณะที่อีก 2 กลุ่มที่เหลือมีเพียงร้อยละ 17.1 ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (p=0.219)

ด้านการดูแลไม่ให้เด็กมีฟันผุ จำนวนผู้ดูแลเด็กร้อยละ 55.9 ในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มั่นใจว่าตนเองทำได้สำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้มีความมั่นใจด้านนี้ลดลง (p=0.003)

4. พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก

กลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้นเกือบทุกคน ในกลุ่มควบคุมเด็กที่ได้รับการแปรงฟันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.8 (p=0.021) การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในกลุ่มศึกษา 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 กลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 81.5 (p=0.015) ทุกกลุ่มใช้ยาสีฟันแตะเป็นชั้นบาง ๆ และแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันไม่แตกต่างกัน (p>0.05) ดังตารางที่ 17

ในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ได้ทำความสะอาดฟันเด็ก หลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอน ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจากเดิมร้อยละ 34.6 มากกว่าอีก 2 กลุ่มที่เหลือ (p=0.00) และทำความสะอาดหลังนมมื้อดึกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.9 จากเดิมร้อยละ 22.1 มากกว่าอีก 2 กลุ่มที่เหลือ (p=0.001)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n(%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
การแปรงฟันเด็กให้สะอาดได้จริง ๆ	(n=158)	(n=161)	0.529	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.001
มาก-มากที่สุด	54 (34.2)	59 (36.6)		43 (46.2)	10 (28.6)	27 (22.0)	
ไม่แน่ใจ	97 (61.4)	91(56.6)		45 (48.4)	19 (54.3)	87 (70.7)	
น้อย-น้อยที่สุด	7 (4.4)	11 (6.8)		5 (5.4)	6 (17.1)	9 (7.3)	
การเลิกนมมื้อดึก/เลิกขวดนมสิ้นเชิง	(n=158)	(n=161)	0.387	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.219
มาก-มากที่สุด	29 (18.4)	20 (12.5)		24 (25.8)	6 (17.1)	21 (17.1)	
ไม่แน่ใจ	79 (50.0)	87 (54.0)		43 (46.2)	13 (37.2)	53 (43.1)	
น้อย-น้อยที่สุด	50 (31.6)	54 (33.5)		26 (28.0)	16 (45.7)	49 (39.8)	
การดูแลไม่ให้เด็กมีฟันผุ	(n=158)	(n=161)	0.719	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.003
มาก-มากที่สุด	58 (36.7)	62 (38.5)		52 (55.9)	10 (28.6)	39 (31.7)	
ไม่แน่ใจ	80 (50.6)	83 (51.6)		33 (35.5)	18 (51.4)	68 (55.3)	
น้อย-น้อยที่สุด	20 (12.7)	16 (9.9)		8 (8.6)	7 (20.0)	16 (13.0)	

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
วิธีการทำความสะอาด	(n=158)	(n=161)	0.080	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.021
ไม่ได้ทำ	15 (9.5)	21 (13.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.4)	
แปรงฟัน	87 (55.1)	101 (62.8)		92 (98.9)	34 (97.1)	108 (87.8)	
เช็ด	56 (35.4)	39 (24.2)		1 (1.1)	1 (2.9)	12 (9.8)	
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	(n=87)	(n=101)	0.06	(n=92)	(n=34)	(n=108)	0.015
ใช้	37 (42.5)	55 (54.5)		87 (94.6)	31 (91.2)	88 (81.5)	
ไม่ใช้	50 (57.5)	46 (45.5)		5 (5.4)	3 (8.8)	20 (18.5)	
ปริมาณยาสีฟันที่ใช้	(n=37)	(n=55)	0.552	(n=87)	(n=31)	(n=88)	0.589
แตะเป็นชั้นบาง ๆ	24 (64.9)	36 (65.5)		57 (65.5)	19 (61.3)	51 (58.0)	
เท่าเมล็ดถั่วเขียว/ใหญ่กว่า	13 (35.1)	19 (34.5)		30 (34.5)	12 (38.7)	37 (42.0)	

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
ความถี่ในการแปรงฟัน	(n=87)	(n=101)	0.842	(n=92)	(n=34)	(n=108)	0.580
2 ครั้ง/วัน	48 (55.2)	58 (57.4)		69 (75.0)	22 (64.7)	72 (66.7)	
1 ครั้ง/วัน	29 (33.3)	32 (31.7)		19 (20.7)	9 (26.5)	26 (24.1)	
1-6 ครั้ง/สัปดาห์	10 (11.5)	11 (10.9)		4 (4.3)	3 (8.8)	10 (9.2)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอน	(n=153)	(n=157)	0.066	(n=84)	(n=33)	(n=116)	0.000
ทำ	53 (34.6)	41 (26.1)		56 (66.7)	0 (0.0)	34 (29.3)	
ไม่ทำ	100 (65.4)	116 (73.9)		28 (33.3)	33 (100.0)	82 (70.7)	
การทำความสะอาดหลังนมมื้อดึก	(n=145)	(n=140)	0.112	(n=38)	(n=31)	(n=91)	0.001
ทำ	32 (22.1)	22 (15.7)		11 (28.9)	0 (0.0)	10 (11.0)	
ไม่ทำ	113 (77.9)	118 (84.3)		27 (71.1)	31 (100.0)	81 (89.0)	

5. พฤติกรรมการเลี้ยงนม

หลังการศึกษาผู้ดูแลเด็กกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้และกลุ่มควบคุมมีการเลี้ยงด้วยนมขวดเป็นส่วนใหญ่ แต่ในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้มีการเลี้ยงนมที่แตกต่างออกไป คือ มีการเลี้ยงนมแม่ มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้เด็กที่ถูกเลี้ยงด้วยนมแม่มีความถี่ที่แม่ให้นมมากกว่าการเลี้ยงด้วยนมขวด ดังตารางที่ 18

เด็กที่ไม่เคยหลับคาขวดนมหรือเต้านมในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50.6 และมากกว่าอีก 2 กลุ่ม ($p=0.001$) อีกทั้งเด็กที่ไม่ดูดนมมื้อดึกเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 50.6 มากกว่าอีก 2 กลุ่มเช่นกัน ($p=0.00$)

ผู้ดูแลเด็กที่ใส่ของเหลวอื่นในขวดนมให้เด็กดูดในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษา ส่วนอีก 2 กลุ่มลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

จำนวนเด็กที่สามารถเลิกนมมื้อดึกได้มีดังนี้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ 49 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.3 เทียบจากเด็กที่เคยดูดนมมื้อดึกก่อนการศึกษา) กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ 4 คน (ร้อยละ 2.7) และกลุ่มควบคุม 21 คน (ร้อยละ 14.8)

จำนวนเด็กที่สามารถเลิกขวดนมได้อย่างสิ้นเชิง มีดังนี้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ 4 คน กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ 3 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงนมก่อนและหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
วิธีการเลี้ยงนม	(n=158)	(n=161)	0.297	(n=93)	(n=35)	(n=123)	0.000
นมแม่	46 (29.1)	40 (24.8)		5 (5.4)	13 (37.1)	20 (16.3)	
นมแม่และนมขวด	24 (15.2)	18 (11.2)		5 (5.4)	2 (5.7)	7 (5.7)	
นมขวด	88 (55.7)	103 (64.0)		83 (89.2)	20 (57.2)	96 (78.0)	
ความถี่ในการหลับคาขวด/เต้า	(n=156)	(n=158)	0.061	(n=77)	(n=31)	(n=111)	0.001
ไม่เคย	53 (34.0)	55 (34.8)		39 (50.6)	5 (16.1)	37 (33.3)	
ทุกวัน	78 (50.0)	60 (38.0)		21 (27.3)	23 (74.2)	47 (42.4)	
≥ 3 วันต่อสัปดาห์	16 (10.2)	30 (19.0)		6 (7.8)	1 (3.2)	15 (13.5)	
< 3 วันต่อสัปดาห์	9 (5.8)	13 (8.2)		11 (14.3)	2 (6.5)	12 (10.8)	
การใส่ของเหลวอื่นในขวดนม	(n=110)	(n=117)	0.550	(n=72)	(n=18)	(n=93)	0.453
ใส่	48 (43.6)	51 (43.6)		22 (30.6)	8 (44.4)	35 (37.6)	
ไม่ใส่	62 (56.4)	66 (56.4)		50 (69.4)	10 (55.6)	58 (62.4)	

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
นมมื้อดึก	(n=156)	(n=157)	0.108	(n=77)	(n=31)	(n=113)	0.000
ไม่ดูด	9 (5.8)	16 (10.2)		39 (50.6)	0 (0.0)	22 (19.5)	
ดูด	147 (94.2)	141 (89.8)		38 (49.4)	31 (100.0)	91 (80.5)	
จำนวนครั้งที่เด็กดูดขวดนมมื้อกลางวัน	(n=110)	(n=115)	0.551	(n=72)	(n=18)	(n=92)	0.257
(ครั้ง/วัน)	4.5±1.9	4.3±1.9		3.4±1.6	4.1±1.9	3.6±1.9	
จำนวนครั้งที่เด็กดูดนมแม่มื้อกลางวัน	(n=62)	(n=48)	0.791	(n=7)	(n=14)	(n=24)	0.042
(ครั้ง/วัน)	6.3±3.0	6.1±3.7		2.0±1.3[a,b]	4.6±2.6[a]	4.2±2.2[b]	

จำนวนครั้งที่เด็กดูดขวดนมมื้อกลางวัน วิเคราะห์ด้วย One-Way ANOVA test

จำนวนครั้งที่เด็กดูดนมแม่มื้อกลางวัน วิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

[a, b, c] เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างสองกลุ่มระหว่าง กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และกลุ่มควบคุม กลุ่มที่มีตัวอักษรกำกับ [a] หรือ [b] หรือ [c] เหมือนกัน แสดงว่า 2 กลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) โดยการทำ Post hoc test (LSD)

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
จำนวนครั้งที่เด็กดูดขวดนมมื้อดึก (ครั้ง/คืน)	(n=84) 1.9±0.9	(n=90) 2.0±1.0	0.527	(n=30) 1.6±0.8	(n=17) 1.9±1.2	(n=71) 1.7±0.8	0.458
จำนวนครั้งที่เด็กดูดนมแม่มื้อดึก (ครั้ง/คืน)	(n=66) 3.1±1.3	(n=52) 3.0±1.8	0.667	(n=8) 1.5±0.5	(n=14) 2.0±0.7	(n=20) 2.2±1.2	0.225

จำนวนครั้งที่เด็กดูดนมแม่มื้อดึก วิเคราะห์ด้วย One-Way ANOVA test

จำนวนครั้งที่เด็กดูดขวดนมมื้อดึก วิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

6. ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์

ประสิทธิภาพการแปรงฟันของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.00) โดยกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้มีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์สูงขึ้นเล็กน้อย ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงเท่าเดิม ดังตารางที่ 19

7. ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmfs, dmft) และฟันผุที่เพิ่มขึ้น

ค่า dmfs, dmft จำนวนด้านที่ผุต่อซี่และฟันผุที่เพิ่มขึ้น (ด้าน) แตกต่างกัน (p=0.00) ระหว่าง 3 กลุ่ม โดยในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีค่าน้อยที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้มีค่ามากที่สุด ส่วนฟันผุที่เพิ่มขึ้น (ซี่)และจำนวนด้านฟันผุที่เพิ่มต่อซี่แตกต่างกัน (p=0.00) ระหว่างกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้กับกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้กับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดก่อนและหลังการศึกษา และฟันผุที่เพิ่มขึ้นหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์	(n=136)	(n=132)		(n=92)	(n=35)	(n=122)	
mean ± SD	0.9±0.8	1.1±0.9	0.060	0.5±0.7[a,b]	1.1±0.9[a]	1.1±0.9[b]	0.000

ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

[a, b, c] เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างสองกลุ่มระหว่าง กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และกลุ่มควบคุม กลุ่มที่มีตัวอักษรกำกับ [a] หรือ [b] หรือ [c] เหมือนกัน แสดงว่า 2 กลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) โดยการทำ Post hoc test (Dunnett T3)

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดก่อนและหลังการศึกษา และฟันผุที่เพิ่มขึ้นหลังการศึกษา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			
	กลุ่มศึกษา n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ n (%)	กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
	(n=158)	(n=161)		(n=93)	(n=35)	(n=123)	
dmfs	1.8±3.7	2.2±4.6	0.407	2.9±5.3[a,b]	15.3±10.6[a,c]	6.4±9.0[b,c]	0.000
dmft	1.1±1.9	1.2±2.2	0.696	1.8±2.8[a,b]	6.9±4.1[a,c]	3.1±3.6[b,c]	0.000
จำนวนด้านที่ผุต่อซี่				0.7±0.8[a,b]	2.1±0.8[a,c]	1.1±1.0[b,c]	0.000
ฟันผุที่เพิ่มขึ้น (ด้าน)	-	-	-	2.2±4.1[a,b]	11.6±9.5[a,c]	4.2±5.7[b,c]	0.000
ฟันผุที่เพิ่มขึ้น (ซี่)	-	-	-	1.4±2.4[a]	4.7±3.8[a,b]	1.9±2.2[b]	0.000
จำนวนด้านฟันผุที่เพิ่มต่อซี่	-	-	-	1.2±0.4[a]	1.8±0.7[a,b]	1.4±0.5[b]	0.000

dmfs, dmft และฟันผุที่เพิ่มขึ้นวิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis test

[a, b, c] เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างสองกลุ่มระหว่าง กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้ กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ และกลุ่มควบคุม กลุ่มที่มีตัวอักษรกำกับ [a] หรือ [b] หรือ [c] เหมือนกัน แสดงว่า 2 กลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) โดยการทำ Post hoc test (Dunnett T3)

บทที่ 4

บทวิจารณ์

โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้มากขึ้น การรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น เด็กได้รับการแปรงฟันและใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์มากขึ้น ประสิทธิภาพในการแปรงฟันดีขึ้น สะท้อนจากค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึกมากขึ้น เด็กที่หลับคาขวดนมและดูดนมมื้อดึกน้อยลง ความชุกของฟันผุและฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้

ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงอยู่ในการศึกษาร้อยละ 71.7 จำนวนที่หายไปเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดต่อไม่ได้ ผู้ดูแลเด็กเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ไม่ชัดเจนทำให้ตามหาไม่พบ ย้ายที่อยู่ไปนอกพื้นที่ หรือผู้ดูแลเด็กที่สามารถโทรนัดได้เมื่อนัดไปสองครั้งแล้วไม่มาตามนัด จัดเป็นกลุ่มที่หายไปเช่นกัน เหตุผลหลักที่ไม่มาตามนัดคาดว่ามีงานหรือตารางเวลาที่ไม่แน่นอน ลางานไม่ได้ เดินทางไม่สะดวกและเด็กป่วยในวันนัด ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่ติดต่อไม่ได้หรือไม่มาตามนัดจึงถูกตัดออกจากการศึกษา ซึ่งจำนวนตัวอย่างที่หายไปไม่ได้มีผลกระทบต่อผลการศึกษา เนื่องจากผู้ที่หายไปมีลักษณะทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็กไม่ต่างจากกลุ่มที่ยังคงอยู่ในการศึกษา และจำนวนที่หายไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีจำนวนใกล้เคียงกัน

ผู้ดูแลเด็กที่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรมที่สอนและมีสุขภาพช่องปากดีกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ได้ผลดีแต่อาจใช้ไม่ได้กับผู้ดูแลเด็กทุกคน แม้ว่าได้สอนและฝึกกันอย่างเข้มข้นแล้วก็ตามการหวังผลสำเร็จให้ได้ทุกคนคงเป็นเรื่องยากในทางปฏิบัติจริง ผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ปฏิบัติไม่ได้ตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้สอบถามหลังจากสิ้นสุดการศึกษา พบว่าสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อาจเป็นผลจากผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้ต้องออกไปทำงาน จึงฝากย่ายายให้ดูแลเด็กแทนในช่วงกลางวัน ย่ายายมักเป็นผู้ดูแลที่ค่อนข้างตามใจ ไม่ได้แปรงฟันให้เด็ก ไม่สามารถทนต่อเสียงร้องของเด็กได้และไม่เห็นด้วยกับการให้เด็กเลิกขวดนมในเวลานี้ ส่วนตัวผู้ดูแลเด็กที่เร่งรีบไปทำงานกลับมาก็เหนื่อยล้าและอยากพักผ่อน ทำให้ละเลยเรื่องการแปรงฟันให้เด็กไปบ้าง

กลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้โดยรวม และความรู้ด้านการเลิกขวดนมเพิ่มขึ้น คือ มีความรู้เรื่องอายุที่เด็กควรเลิกขวดนมร้อยละ 48.4 และผลเสียหากเด็กเลิกขวดนมช้าร้อยละ 62.4 แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกขวดนมน้อยมาก แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ไม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับหลายการศึกษาในอดีต[15,41,42] การศึกษานี้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ได้รับความรู้ ได้คำแนะนำในการเลี้ยงนมที่เหมาะสม ได้ฝึกทักษะการแปรงฟันและการเลิกขวดนมไป ถ้าหากไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว ก็ไม่เกิดประโยชน์ในการป้องกันฟันผุ ผลคือเด็กในกลุ่มนี้มีฟันผุที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

ในการศึกษานี้โปรแกรมที่ให้ไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกับการศึกษาในอดีตที่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[43] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาที่อ้างถึงนี้มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ สร้างการรับรู้ มีการฝึกทักษะการแปรงฟันประมาณ 5 ครั้ง โดยนัดผู้ปกครองมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขั้นตอนการให้ความรู้และสร้างการรับรู้มีเฉพาะผู้ปกครองเท่านั้น ไม่ได้มีเด็กเล็กอยู่พร้อมกัน เป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟังและการรับรู้ของผู้ปกครอง และนำไปสู่การเพิ่มการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังจากได้รับโปรแกรม ซึ่งแตกต่างกันกับการศึกษานี้ขณะทันตาภิบาลชวนผู้ดูแลเด็กพูดคุยเพื่อค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุของเด็ก หรือการให้ความรู้ สร้างการรับรู้ให้เกิดขึ้น มีเด็กอยู่ด้วยตลอดเวลา เด็กร้องไห้บ้าง ซุกซนวิ่งไปมาบ้าง เห็นว่าสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการรับความรู้ และการสร้างให้เกิดการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้น อาจต้องแยกวันที่ให้ความรู้ สร้างการรับรู้และวันที่ฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ดูแลเด็ก อาจทำการนัดเป็นรอบ ๆ ไป ถ้าจำเป็นต้องนัดผู้ดูแลเด็กและเด็กมาพร้อมกัน ควรหาผู้ช่วยไว้ดูแลเด็ก หรือให้มีผู้ดูแลเด็กมา 2 คน เพื่อฝากเด็กไว้กับอีกฝ่ายก่อน

การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นสิ่งทำนายการทำหรือไม่ทำพฤติกรรมที่คาดหวังได้[44] นั่นคือ หากมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง (มั่นใจว่าตนเองปฏิบัติได้) พบการทำพฤติกรรมนั้นสูง การศึกษาในอดีตพบว่าหากมีความมั่นใจในการแปรงฟัน ทำให้มีความถี่ในการแปรงฟันมากขึ้น[15] การศึกษานี้ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีความมั่นใจว่าสามารถแปรงฟันเด็กได้สะอาดจริง ๆ ร้อยละ 46.2 และมั่นใจว่าสามารถดูแลไม่ให้เด็กมีฟันผุได้ร้อยละ 55.9 จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ เด็กได้รับการแปรงฟันและใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์มากขึ้นเป็นร้อยละ

98.9 และ 94.6 การทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.7 และ 28.9 เด็กมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ลดลง ทำให้มีค่าเฉลี่ย dmfs, dmft และฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ซึ่งเป็นการสนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง[44] ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีเด็กที่หลับคาขวดนมหรือเต้านมลดลง เด็กที่ดูดนมมื้อดึกลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[7,34] แต่ตรงข้ามกับบางการศึกษาที่โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหลับคาขวดนม การดูดนมมื้อดึก[4,5,6] เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการหลับคาขวดนมหรือเต้านมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก[20] ส่วนผู้ดูแลเด็กที่ยังให้เด็กหลับคาขวดหรือเต้านมอยู่ แสดงว่าอาจไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่สอนไป เนื่องจากอาจติดกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบเก่า ที่ให้เด็กดูดนมขวดก่อนนอนทั้งในมื้อกลางวันหรือกลางคืน กล่าวง่าย ๆ คือ ใช้ขวดนมเป็นตัวกล่อมให้เด็กหลับ

ความถี่ในการดูดนมแม่และขวดนมมื้อกลางวันและมื้อดึกลดลง อาจเป็นผลจากผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ว่าเด็กในวัยนี้ควรได้รับอาหารมื้อหลักและเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ควรได้รับอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยนมถือเป็นอาหารเสริมเท่านั้น และเด็กวัยนี้สามารถหลับได้ยาวตลอดคืน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงให้รับประทานข้าวเป็นมื้อหลักมากขึ้น เด็กอิ่มข้าวจึงมีความถี่ในการดูดนมลดลง และผู้ดูแลเด็กพยายามให้เด็กนอนหลับยาวตลอดคืนหรือประกอบกับเป็นช่วงที่เด็กปรับเปลี่ยนการนอนในช่วงกลางคืนทำให้เด็กบางคนไม่ต้องตื่นมากินนมมื้อดึกบ่อยเหมือนเดิม

เด็กที่เลิกนมมื้อดึกได้ในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มี 49 คน (ร้อยละ 33.3) สาเหตุที่ผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติได้เนื่องจากได้รับความรู้เกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพหากเด็กยังคงดูดนมมื้อดึก ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้เกิดฟันผุเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและสติปัญญาด้วย เนื่องจากช่วงที่เด็กหลับมีการหลั่งฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเด็ก[23] จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความพยายามที่ทำให้เด็กเลิกดูดนมมื้อดึกให้ได้ แต่เป็นพฤติกรรมที่ทำได้ยากเช่นเดียวกับการเลิกขวดนมอย่างสิ้นเชิง ดังนั้นจึงมีผู้ดูแลเด็กจำนวนน้อยที่ทำได้ เนื่องจากมีอุปสรรค คือ ผู้ดูแลเด็กใจไม่แข็งพอ ทนเสียงเด็กร้องไม่ได้ และมีความคิดว่าให้เด็กโตกว่านี้จึงค่อยเลิกขวดนม สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต[4,12] จึงทำให้การเลิกนมมื้อดึกและเลิกขวดนมอย่างสิ้นเชิงไม่สำเร็จ

หลังการศึกษาเด็กที่ได้รับการแปรงฟันมากขึ้นและมีการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เพิ่มขึ้น ส่วนความถี่ในการแปรงฟันเพิ่มขึ้นในทั้งสามกลุ่มเป็นแบบเดียวกัน ตรงข้ามกับการศึกษาในที่ผ่านมา ที่ความถี่ในการแปรงฟันเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม[4,5,6,34] อาจเนื่องมาจากหลังผู้ดูแลเด็กได้ทราบผลการตรวจฟันเด็กในครั้งแรกทำให้ตื่นตัวและสนใจที่แปรงฟันให้เด็กมากขึ้น อย่างไรก็ตามในกลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพการแปรงฟันดีกว่า ซึ่งสังเกตได้จากปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงครึ่งหนึ่งในกลุ่มนี้ และมีฟันผุที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติได้และกลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[5,7,8,34] แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของ Vachirarojpisan[4] ที่ไม่พบความแตกต่างของฟันผุที่เพิ่มขึ้น

เป็นที่น่าตกใจว่ากลุ่มศึกษาที่ปฏิบัติไม่ได้ เป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุและการเพิ่มขึ้นของจำนวนฟันผุมากที่สุด อาจเนื่องมาจากตัวของผู้ดูแลเด็กเองที่ตามใจเด็ก ไม่มีวินัยในการเลี้ยงนม บางคนให้ย่ายายเลี้ยงเป็นหลัก มีการทำความสะอาดช่องปากอย่างไม่เหมาะสม ยังให้เด็กดูดนมมื้อดึก ไม่มีการทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนหรือนมมื้อดึก อีกทั้งเด็กในกลุ่มนี้มีการเลี้ยงนมแม่และหลับคาเต้านมมากกว่าอีก 2 กลุ่ม ซึ่งการเลี้ยงด้วยนมแม่ เด็กมักดูดนมแม่ในความถี่ที่มากกว่าการเลี้ยงด้วยนมขวด อาจทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับนมแม่ที่พบว่า เด็กที่ดูดนมแม่ไปจนอายุมากกว่า 12 เดือน เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่เลิกนมแม่ก่อนอายุ 12 เดือน 1.4-3 เท่า และเด็กที่กินนมแม่กลางดึกหรือมีความถี่ในการดูดนมแม่มากยิ่งมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 7-16 เท่า[45,46]

ในโปรแกรมนี้มีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเพียงครั้งเดียว และใช้ระยะเวลาในการศึกษาระยะสั้น ๆ จึงอาจเพิ่มความถี่ในการติดตามผล เช่น การเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับการทำงานในรพ.สต.อยู่แล้ว หรือขยายเครือข่ายให้อสม.เป็นผู้ช่วยติดตาม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรม อาจต้องใช้เวลาในการทำทันตกรรมป้องกันที่เข้มข้นมากกว่าอีก 2 กลุ่ม โดยทันตาภิบาลควรใช้เวลาในการพูดคุยซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงนม การทำความสะอาดช่องปากที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (ประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุร่วมกัน) ให้ผู้ดูแลเด็กได้เสนอแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถทำได้จริง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยการฝึกทักษะการแปรงฟันจนผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ และมีการติดตาม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความถี่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีการทาฟลูออไรด์วาร์นิชให้เด็กร่วมด้วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับสิ่งที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนมของลูก 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 การพูดคุยกับทันตาภิบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงนม การแปรงฟันหรือทำความสะอาดช่องปากเด็ก เพื่อค้นหาว่าพฤติกรรมใดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก ซึ่งคือการทำ MI และ HBM นั่นเอง ลำดับที่ 2 การได้ฝึกแปรงฟันและได้ทดลองแปรงฟันเด็กด้วยตนเองอย่างถูกวิธี เป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติและลำดับที่ 3 การนัดมาติดตามการเปลี่ยนแปลง ถือเป็นการกระตุ้น จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรม กระบวนการเหล่านี้ถือเป็นจุดแข็งของโปรแกรมและการศึกษา กล่าวได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญ ที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในโปรแกรมนี้

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีผลต่อการเพิ่มความรู้ เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการแปรงฟันและการดูแลเด็กไม่ให้มีฟันผุ มีการแปรงฟันและใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์มากขึ้น ทำความสะอาดหลังนมมื้อสุดท้ายก่อนนอนและมื้อดึกมากขึ้น เด็กหลับคาขวดนมน้อยลงและเลิกนมมื้อดึกได้ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง ความชุกของฟันผุต่ำ และฟันผุที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

ศึกษาผลระยะยาวจนเด็กอายุ 3-5 ปี ต่อการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรม ฟันผุที่เพิ่มขึ้นในเด็กทั้ง 3 กลุ่ม โดยทันตาภิบาลในพื้นที่แต่ละแห่งเป็นผู้ติดตามต่อเนื่องไป ผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษา

การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพแม่ทำได้ ลูกฟันดี เป็นตัวแบบในงานประจำตามปกติ โดยการคัดกรองเด็กตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในวันวัคซีน จากการซักถามพฤติกรรมการเลี้ยงนม การทำความสะอาดช่องปาก และการตรวจคราบจุลินทรีย์ ตรวจฟันผุ จากนั้นนัดผู้ดูแลเด็กและเด็กมาฝึกแปรงฟัน แนะนำวิธีการเลี้ยงนมที่เหมาะสม วางเป้าหมายการปฏิบัติ และติดตามอย่างต่อเนื่องตามความเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 ประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
2. American Academy on Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. ***Pediatr Dent*** 2009; 30: 40–3.
3. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานผลการสำรวจสภาวะช่องปากเด็ก ประเทศไทย. สงขลา; 2557.
4. Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y. The process and outcome of a programme for preventing early childhood caries in Thailand. ***Community Dent Health*** 2005; 22: 253-59.
5. วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. ประสิทธิผลของการสอนผู้ปกครองให้ฝึกปฏิบัติแปรงฟันเด็กอายุ 9-18 เดือนต่ออัตราผุ ถอน อุด ที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี. ***ว ทันต*** 2553; 60: 85-94.
6. Vichayanrat T, Steckler A, Tanasugarn C, Lexomboon D. The evaluation of a multi-level oral health intervention to improve oral health practices among caregivers of preschool children. ***Southeast Asian J Trop Med Public Health*** 2012; 43: 526–39.
7. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children. ***JADA*** 2004; 135: 731-38.
8. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. ***JADA*** 2006; 137: 789–93.
9. นภนต์ จันทมณี. การศึกษาแบบสุ่มเกี่ยวกับวิธีการเลิกขวดนมในเด็กอายุ 12-30 เดือน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
10. Maguire JL, Birken CS, Jacobson S, Peer M, Taylor C, Khambalia A, et al. Office-based intervention to reduce bottle use among toddlers: TARGet Kids! pragmatic, randomized trial. ***Pediatr*** 2010; 126: 343–50.

11. Franco S, Theriot J, Greenwell A. The influence of early counselling on weaning from a bottle. ***Community Dent Health*** 2008; 25: 115–8.
12. อุษา ยิ้มสุวรรณ. การสำรวจเทคนิคการเลิกใช้ขวดนมของเด็กอายุ 1½ -3 ½ ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โครงการนำร่อง) [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2552.
13. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ***Thai Dental Magazine***. 2012; 5: 14-5.
14. Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. Early childhood caries in children aged 6-19 months. ***Community Dent Oral Epidemiol*** 2004; 32: 133-42.
15. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. ***Aust Dent J*** 2008; 53: 52–60.
16. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ***Thai Dental Magazine***. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในประเทศไทย. 2011; 5: 26-9.
17. Sawasdivorn S, Wanthanaphuti P, Pue-arun S, Juansang S. Situation of baby bottle use: Is it suitable to recommend weaning by the age of one year. ***J Med Assoc Thai*** 2008; 91: 128-35.
18. Hammer LD, Bryson S, Agras WS. Development of feeding practices during the first 5 years of life. ***Arch Pediatr Adolesc Med*** 1999; 153: 189–94.
19. Chan SCL, Tsai JSJ, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. ***Int J Paediatr Dent*** 2002; 12: 322–31.
20. ชุติมา ไตรรัตนวรกุล, รพีพรรณ โชคสมบัติชัย. พฤติกรรมการเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. ***ว ทันต*** 2541; 48: 259-68.
21. Frazier JP, Countie D, Elerian L. Parental barriers to weaning infants from the bottle. ***Arch Pediatr Adolesc Med*** 1998; 152: 889–92.

22. วรางคณา อินทโลหิต, สลิตา อุปร, รสสุคนธ์ พานศรี. การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน. ***ว ทันต*** 2545; 7: 56-69.
23. Dentakids.net [homepage on the internet]. ประเทศไทย: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารสุข ผลเสียจากการดูดนมจากขวดนม. Online Resources [cited 2014 Dec 8]. Available from: http://www.dentakids.net/facilities5.html.
24. Bonuck KA, Kahn R. Prolonged bottle use and its association with iron deficiency anemia and overweight: a preliminary study. ***Clin Pediatr (Phila)*** 2002; 41: 603.
25. Gooze RA, Anderson SE, Whitaker RC. Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. ***J Pediatr*** 2011; 159: 431–6.
26. Bonuck K, Kahn R, Schechter C. Is late bottle-weaning associated with overweight in young children? Analysis of NHANES III data. ***Clin Pediatr (Phila)*** 2004; 43: 535–40.
27. Lampe JB, Velez N. The effect of prolonged bottle feeding on cow's milk intake and iron stores at 18 months of age. ***Clin Pediatr (Phila)*** 1997; 36: 569–72.
28. Brotanek JM, Halterman JS, Auinger P, Flores G, Weitzman M. Iron deficiency, prolonged bottle-feeding, and racial/ethnic disparities in young children. ***Arch Pediatr Adolesc Med*** 2005; 159: 1038–42.
29. Graham EA, Carlson TH, Sodergren KK, Detter JC, Labbe RF. Delayed bottle weaning and iron deficiency in southeast Asian toddlers. ***West J Med*** 1997; 167: 10–4.
30. Gao X, Lo ECM, McGrath C, Ho SMY. Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. ***Trials*** 2013; 14: 118.
31. ศรีกัลยา ภิญโญสโมสร และคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

32. Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S, Weinstein P: Effects of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. ***Pedia Dent*** 2007; 29: 16–22.
33. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The effi cacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. ***J Consult Clin Psychol*** 2003; 71: 843-61.
34. Manchanda K, Sampath N, Sarkar AD. Evaluating the effectiveness of oral health education program among mothers with 6-18 months children in prevention of early childhood caries. ***Contemp Clin Dent*** 2014; 5: 478–83.
35. Schwarz E, Lo ECM, Wong MCM. Prevention of early childhood caries–results of a fluoride toothpaste demonstration trial on Chinese preschool children after three years. ***J Public Health Dent*** 1998; 58: 12-18.
36. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. ***J Paediatr Child Health*** 2006; 42: 37–43.
37. Slot D, Wiggelinkhuizen L, Rosema N, Van der Weijden G. The efficacy of manual toothbrushes following a brushing exercise: a systematic review. ***Int J Dent Hygiene*** 2012; 10: 187–97.
38. อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2554.
39. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม Theories and techniques in behavior modification. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
40. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. ***ว สุขศึกษา*** 2550; 30: 10-2.
41. Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt ME. Caregiver Knowledge and Attitudes of Preschool Oral Health and Early Childhood Caries. ***Int J Circumpolar Health*** 2007; 66: 153-67.
42. Mani SA, Aziz AA, John J, Ismail NM. Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in

Kubang Kerian, Malaysia: a preliminary study. ***J Indian Soc Pedod Prev Dent*** 2010; 28: 78-83.

43. กฤติยา โนนใหญ่, นิรุวรรณ เทรินโบล์, ประวิ อ่ำพันธุ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลอี่หล่ำ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. ***ว ทันตาภิบาล*** 2556; 24: 13-23.
44. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model. ***Patient Education and Counseling*** 2010; 78: 269-72.
45. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. ***Acta Paediatr*** 2015; 104: 62-84.
46. Azevedo TD, Bezerra AC, Toledo OA. Feeding habits and severe early childhood caries in Brazilian preschool children. ***Pediatr Dent*** 2005; 27: 28-33.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ใบเชิญชวน ใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แบบสัมภาษณ์และการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์และการตรวจฟัน

ใบเชิญชวน

ขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

ข้าพเจ้า ทพญ.จุทามาส มณีโชติ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใคร่ขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการนี้

เนื่องจากในเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอหาดใหญ่ ยังมีการใช้ขวดนมเกินอายุที่ควรเลิกและมีปัญหาโรคฟันผุสูง เด็กอายุน้อยที่สุดที่ฟันผุได้ คือ 9 เดือน ถ้าหากไม่ได้รับการดูแล การทำความสะอาดช่องปากจากผู้ดูแลเด็กหรือการรักษาที่เหมาะสม ก็นำไปสู่ความเจ็บปวดและสูญเสียฟันในอนาคต สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุในกลุ่มเด็กเล็กที่ฟันเพิ่งเริ่มขึ้นสู่ช่องปาก คือ พฤติกรรมการเลี้ยงนมของผู้ดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม เช่น ให้เด็กหลับคาขวดนม ดูดขวดนมมื้อดึกและดูดขวดนมจนเกินช่วงอายุที่เหมาะสมและมาจากปัญหาในการทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก เช่น ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอนหรือหลังจากดูดนมมื้อดึก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก จึงทำให้เด็กเกิดโรคฟันผุได้ การป้องกันฟันผุเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเด็กเล็กมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในอำเภอหาดใหญ่ที่ผ่านมา ดำเนินการพร้อมกับคลินิกเด็กดีในวันนัดฉีดวัคซีน ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการมาก ทันตาภิบาลจึงไม่สามารถให้การส่งเสริมทันตสุขภาพได้อย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลเด็กไม่ได้ถูกฝึกแปรงฟันในเด็กจริง ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเลิกขวดนม ส่วนใหญ่เน้นการทาฟลูออไรด์เป็นหลัก

ทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับการให้โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็กในเรื่องการแปรงฟันและส่งเสริมพฤติกรรมเลิกขวดนมเพื่อทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และสามารถจัดการแปรงฟันให้เด็กได้อย่างมีคุณภาพ สม่ำเสมอ เด็กสามารถเลิกดูดขวดนมมื้อดึก และเลิกดูด

ขวดนมในช่วงอายุที่เหมาะสมได้ ทางคณะผู้วิจัยคาดว่าเป็นวิธีการที่ช่วยลดการเกิดฟันผุ และสามารถใช้เป็นวิธีป้องกันฟันผุในระดับชุมชนได้

ในการศึกษานี้รับอาสาสมัครเป็นผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุระหว่าง 9-18 เดือน จำนวน 350 คู่ เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ (การเจริญเติบโตและพัฒนาการตามเกณฑ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพได้จนสิ้นสุดระยะเวลาทำการวิจัย 6 เดือน และกลับมาติดตามผลตามนัดได้

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ มีการสุ่มให้เข้ากลุ่มการศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพตามระบบปกติ คือ การให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงนมที่เหมาะสม การเลิกขวดนม และการสอนแปรงฟันในโมเดล เป็นรายบุคคล ประมาณ 5-10 นาที

กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มศึกษา เมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว

กลุ่มศึกษา ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ (แม่ทำได้ ลูกฟันดี) โปรแกรมเป็นรายกลุ่ม โปรแกรมมี 2 ครั้ง ที่เวลาเริ่มต้นและครั้งที่ 2 อีก 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1

โปรแกรมแม่ทำได้ ลูกฟันดี คือ แม่ทำได้ หมายถึง แม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของลูกได้ ทั้งเรื่องการแปรงฟัน และพฤติกรรมการเลี้ยงนม การให้ลูกเลิกขวดนมได้ในช่วงอายุที่เหมาะสมและลูกฟันดี หมายถึง เมื่อแม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากลูกโดยการปฏิบัติดังข้างต้น ลูกก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุน้อยลง

โปรแกรมแม่ทำได้ลูกฟันดี ประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กได้ร่วมสนทนาพูดคุยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก การทำความสะอาดช่องปาก การเลี้ยงนม(นมขวด) มีการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิโอเรื่องลูกรักแจ่มใส ฉลาดสมวัย ฟันไม่ผุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของฟันน้ำนม ฟันผุในเด็กเล็ก สาเหตุความรุนแรงและการรักษาฟันผุในเด็กเล็ก ผลเสียของการไม่แปรงฟันและเลิกขวดนมในช่วงอายุที่เหมาะสมและแนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก (การแปรงฟันและเลิกขวดนม) เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากและร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง และแจกใบความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการแปรงฟัน และเทคนิคการเลิกขวดนม เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จากนั้นร่วมพูดคุยเพื่อหาแนวทางในการป้องกันฟันผุและตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้รับแจกอุปกรณ์การแปรงฟันและแก้วหัดดื่ม ได้ดูการสาธิตการใช้แก้วหัดดื่มและแปรงฟัน ผู้ดูแลเด็กถูกฝึกให้ใช้แก้วหัด

ดื่มและแปรงฟันจนสามารถทำได้จริง มีการนัดทำโปรแกรมครั้งที่ 2 ที่ 3 เดือน หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุป ในการวิจัยนี้ผู้ดูแลเด็กและเด็กต้องมาพบผู้ดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ (ทันตาภิบาล) ของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(รพ.สต.)ทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3 เดือน ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ครั้งที่ 3 สิ้นสุดการวิจัย เป็นการเก็บข้อมูลของทีมผู้วิจัย

การวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและอันตราย หากท่านมีข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อกับผู้วิจัย ทพญ.จุทามาส มณีโชติ ได้ที่ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 084-6339118
e-mail address: j_ee_djad@hotmail.com

ไม่ว่าท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านยังคงได้รับการบริการตามมาตรฐานเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่ถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใดท่านก็สามารถกระทำได้อย่างอิสระ

หากท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ โปรดซักถามจากคณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ทพญ.จุทามาส มณีโชติ
หัวหน้าโครงการ

หมายเหตุ : กรุณาอ่านข้อความให้เข้าใจก่อนเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา(สำหรับผู้ดูแลเด็ก)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วันที่……..เดือน……พ.ศ……

ข้าพเจ้า……..……..อายุ……ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่……..……ถนน……

ตำบล……..……อำเภอ ……..……

จังหวัด……..

ได้อ่าน/ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

หากข้าพเจ้าได้รับผลข้างเคียงจากการวิจัย ข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติ/การชดเชย ดังนี้

ข้าพเจ้าได้รับการดูแล รักษาและติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้คือ ทพญ.จุทามาส มณีโชติ หมายเลขโทรศัพท์ 084-6339118 ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเมื่อมีปัญหาใดๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการทำวิจัยในเรื่องนี้ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เกี่ยวข้องและคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 074-28-7500

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่ของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าโดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ผู้วิจัยรับรองว่าเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน เปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/ได้รับการอธิบายข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจโดยนักวิจัยได้ให้สำเนาแบบยินยอมที่ลงนามแล้วกับข้าพเจ้าเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน จำนวน 1 ชุด

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา(สำหรับเด็ก)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กในเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วันที่……..เดือน……

พ.ศ……

ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส

.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่……ถนน…….....

ตำบล……อำเภอ……..จังหวัด……..

ได้อ่าน/ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

หากผู้อยู่ภายใต้การดูแลของข้าพเจ้าได้รับผลข้างเคียงจากการวิจัย ผู้อยู่ภายใต้การดูแลของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติ/การชดเชย ดังนี้ ได้รับการดูแล รักษาและติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้คือ ทพญ.จุทามาส มณีโชติ หมายเลขโทรศัพท์ 084-6339118 ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเมื่อมีปัญหาใดๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการทำวิจัยในเรื่องนี้ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ที่เกี่ยวข้อง และคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทรศัพท์ 074-28-7500

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่ของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าโดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้อยู่ภายใต้การดูแลของข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ผู้วิจัยรับรองว่าเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวผู้อยู่ภายใต้การดูแลของข้าพเจ้าเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของผู้อยู่ภายใต้การดูแลของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อ

สาธารณชน เปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/ได้รับการอธิบายข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจโดยนักวิจัยได้ให้สำเนาแบบยินยอมที่ลงนามแล้วกับข้าพเจ้าเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน จำนวน 1 ชุด

ลงชื่อ……บิดา/มารดา/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ลงชื่อ……..……หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ……..……พยาน

ลงชื่อ……..……..พยาน

หมายเหตุ: ผู้เข้าร่วมโครงการที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและสามารถเขียนหนังสือได้ให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วย

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันและการเลี้ยงนม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ส่วนที่ 4แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการแปรงฟันและเลิกขวดนม

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการแปรงฟันและการเลี้ยงนม

วิธีใช้แบบสัมภาษณ์

1. สัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก (ผู้ถูกสัมภาษณ์) ก่อนการให้โปรแกรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ
2. ก่อนที่สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ต้องแจ้งผู้ถูกสัมภาษณ์ ให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เก็บเป็นความลับ เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยไม่สามารถทราบได้ว่า ข้อมูลต่างๆที่ได้มานั้นมาจากบุคคลใด
3. ใช้สรรพนามว่าลูกแทนชื่อบุตร/หลาน และแม่/พ่อ/ปู่/ย่า/ตา/ยาย เป็นต้น ตามความสัมพันธ์กับเด็กแทนชื่อของผู้ถูกสัมภาษณ์ ในแบบสัมภาษณ์นี้ขอให้คำว่าแม่เป็นหลัก
4. ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถาม (เป็นภาษาพูด) และตัวเลือกคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังอย่างชัดเจน ในกรณีเป็นคำถามปลายเปิดให้อ่านเฉพาะคำถาม
5. ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะของตัวเองหรือเด็กมากที่สุด
6. ช่องบันทึกข้อมูลต้องมีคำตอบ โดยนำตัวเลขคำตอบมาใส่ในช่อง ☐ หากคำถามใดไม่มีคำตอบให้ผู้สัมภาษณ์ลง Code 9 แทน

น.ส.จุทามาส มณีโชติ
นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก
วิชาเอกทันตกรรมสำหรับเด็ก

รหัสแบบสัมภาษณ์ (รหัสนำหน้าด้วยศูนย์ถ้ามีค่าน้อยกว่า 100) ☐☐☐

วันที่สัมภาษณ์ (วัน/เดือน/ปีเป็นตัวเลข) ☐☐/☐☐/☐☐

ผู้ถูกสัมภาษณ์เพศ.....มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น.....

อยู่ในเขตรพ.สต.....

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กหรือผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย X ในตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก

1.1 แม่มีอายุกี่ปี ตอบ……ปี

1.2 ขณะนี้มีสถานะภาพใด

(1) โสด (2) สมรส (3) หม้าย/หย่า/แยก

1.3 แม่นับถือศาสนาอะไร

(1) พุทธ (2) อิสลาม (3) คริสต์ (4) อื่นๆระบุ.....

1.4 แม่จบการศึกษาสูงสุด ระดับไหน

(0) ไม่ได้เรียน (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา (3) อนุปริญญา (4) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

1.5 แม่มีอาชีพหลักหรือทำงานอะไร

(1) แม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)

(2) ค้าขาย ขายของเล็กๆ น้อยๆ (ร้านเล็กๆ) ร้านเสริมสวย

(3) พนักงานบริษัท ธนาคาร และรัฐวิสาหกิจ

(4) เจ้าของกิจการ ร้านค้า (ร้านขนาดใหญ่)

(5) เกษตรกร ทำสวนของตนเอง เช่น กรีดยาง ทำสวนผลไม้

(6) รับจ้างทุกประเภท เช่น คนทำความสะอาด คนงานในโรงงาน รับจ้างทำนา กรีดยาง คนงานก่อสร้าง

(7) รับราชการ

(8) อื่นๆ.....

1.6 ส่วนใหญ่ใครเป็นผู้เลี้ยงดูและดูแลสุขภาพอนามัยเด็ก (ทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก)

(1) พ่อ/แม่ (2) ลุง / ป้า / น้า / อา (3) ปู่ / ย่า / ตา / ยาย (4) ญาติ (5) อื่น ๆ.....

1.7 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

(1) <5000 บาท (2) 5001-10000 บาท (3) 10001-15000 บาท (4) 15001-20000 บาท (5) >20000 บาท

1.8 รายได้ข้างต้นเพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่ (1) พอ..... (2) ไม่พอ.....

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก

1.8 ขณะนี้เด็กอายุ .....เดือน

1.9 เด็กเพศ (1) ชาย (2) หญิง

1.10เด็กคนนี้ เป็นลูกคนที่เท่าไร (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กด้านการแปรงฟันและการเลี้ยงนม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามแล้วเติมคำตอบลงในช่องว่าง

พฤติกรรมการเลี้ยงนมของผู้ดูแลเด็ก (พฤติกรรมที่ปฏิบัติในปัจจุบัน)

1. ตอนนี้แม่ให้นมลูกด้วยวิธีไหน**เป็นหลัก (บ่อยที่สุด)**

(1) นมแม่อย่างเดียว (ถามต่อข้อ 4) (2) นมแม่และนมขวด (3) ดูดขวดนมอย่างเดียว

(4) ดูดนมจากกล่องหรือแก้วอย่างเดียว (ไม่ต้องถามข้ออื่นต่อ)

(5) นมแม่และนมกล่อง (ถามต่อข้อ 4) (6) นมขวดและนมกล่อง

2. เริ่มดูดนมจากขวดนม ตั้งแต่อายุ .....เดือน

   เป็นนมผสมยี่ห้อ.....

   รส.....

3. นมหรือของเหลวอื่นๆ ที่แม่ใส่ในขวดนมให้ลูกดูด มีอะไรบ้าง

	1 ครั้ง/ สัปดาห์ (1)	2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ (2)	4-6 ครั้ง/ สัปดาห์ (3)	ทุกวัน (4)	ไม่เคย (5)
1.นมแม่					
2.นมกล่อง ยี่ห้อ.....รส.....					
3.นมข้นหวาน					
4.ไมโล โอวัลติน					
5.น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง ยี่ห้อ.....					
6.นมเปรี้ยว ยี่ห้อ.....					
7.น้ำผลไม้กล่องหรือขวด ยี่ห้อ.....					
8.น้ำผลไม้คั้นสด					
9.น้ำหวาน					

4. กลางวัน (ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงก่อนเข้านอนกลางคืน)

4.1 แม่ให้ลูกดูดนมจากขวดหรือไม่..... (1) ไม่ดูด (2) ดูด

4.2 แม่ให้ลูกดูดนมแม่หรือไม่..... (1) ไม่ดูด (2) ดูด

4.3 ให้ลูกดูดนมแม่ .....ครั้ง

4.4 ให้ลูกดูดนมขวด.....ครั้ง ครั้งละ.....ออนซ์

4.5 กลางวันลูก**หลับคาขวดนมหรือคาเต้านม**หรือไม่ **(ลูกหลับไป โดยที่แม่ไม่ได้เอาขวดนมออกหรือกินนมเสร็จไม่ได้ให้ดูดน้ำหรือทำความสะอาดก่อนเด็กหลับไป)**

(1) ไม่เคย (2) ทุกวัน (3) บางวัน (≥3 วัน/สัปดาห์) (4) นานๆ ครั้ง (<3 วัน/สัปดาห์)

5. **<u>กลางคืนช่วงที่เด็กหลับไปแล้ว เด็กตื่นมากินนมกลางดึกหรือตอนหัวรุ่งแล้วหลับต่อหรือไม่</u>**

(1) ลูกหลับยาว ไม่ตื่นเลย (ถามต่อข้อ 6)

(2) ตื่น แต่ไม่ให้นม กล่อมให้ลูกหลับต่อเอง (ถามต่อข้อ 6)

(3) ให้ลูกดูดนมแม่

(4) ให้ลูกดูดนมขวด

(5) ให้ลูกดูดน้ำ (ถามต่อข้อ 6)

5.1 ใน 1 คืน ลูกตื่นมาดูดนมแม่.....ครั้ง

5.2 ใน 1 คืน ลูกตื่นมาดูดนมขวด.....ครั้ง ครั้งละ.....ออนซ์

5.3 หลังจากลูกดูด**นมขวดหรือนมแม่กลางดึกเสร็จ แม่ทำอย่างไรก่อนให้ลูกนอนต่อ** (ตอบได้หลายข้อ)

พฤติกรรม	ทุกครั้ง (1)	บางครั้ง (≥3 ครั้ง/สัปดาห์) (2)	นานๆ ครั้ง (<3 ครั้ง/สัปดาห์) (3)	ไม่ทำเลย (4)
1.ไม่ทำอะไร ลูกหลับไปเลย				
2.เช็ด				
3.ดูดน้ำตาม				

6.ตอนนี้แม่ให้ลูกกินอาหารหลัก เช่น ข้าว กี่มื้อต่อวัน..... มื้อไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) มื้อเช้า (2) มื้อกลางวัน/เที่ยง (3) มื้อเย็น (4) อื่นๆ.....

7.แม่เคยให้ลูกเลิกขวดนมหรือยัง..... (1) ไม่เคย (2) เคย

ถ้าเคยทำอย่างไร..... (วิธีการสั้นๆ)

แล้วผลเป็นอย่างไร ..... (1) ได้ผล (2) ไม่ได้ผล

8.แม่คิดว่าให้ลูกเลิกขวดนมตอนอายุเท่าไร..... (เดือน/ปี)

พฤติกรรมการแปรงฟัน (**พฤติกรรมที่ปฏิบัติใน<u>ปัจจุบัน</u>**) ให้แม่เล่าพฤติกรรมการทำความสะอาด

9.ตอนนี้ทำความสะอาดฟันลูกอย่างไร บ่อยที่สุด

(1) ยังไม่ได้เช็ดหรือแปรงฟัน (ถามต่อ ข้อ 14)

(2) แปรงฟัน แม่เริ่มแปรงฟันให้ลูกตั้งแต่อายุเท่าไร.....

(3) ใช้ผ้าเช็ดอย่างเดียว

(4) ใช้ผ้าเช็ดและแปรงฟัน แม่เริ่มแปรงฟันให้ลูกตั้งแต่อายุเท่าไร.....

10. ส่วนใหญ่ใครเป็นคนทำความสะอาดฟันลูก

(1) พ่อ/แม่ (2) ปู่/ย่า/ตา/ยาย (3) ลุง/ป้า/น้า/อา

11. แม่แปรงฟันลูกบ่อยแค่ไหน (เช็ดฟันลูกบ่อยแค่ไหน)

(1) ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง (2) ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง (3) 5-6 ครั้ง/สัปดาห์

(4) 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ (5) 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (6) น้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

12. แม่แปรงฟันหรือเช็ดฟันลูกเวลาไหน

(1) ตอนเช้า (2) ตอนเที่ยง (3) ตอนเย็น (4) อื่นๆ.....

13. แม่ใช้ยาสีฟันแปรงฟันลูกหรือไม่..... (1) ไม่ใช้ (2) ใช้ ยี่ห้อ.....

เป็นยาสีฟัน (1) เด็ก (2) ผู้ใหญ่

แม่ใช้ยาสีฟันปริมาณเท่าไร (เอารูปแสดงให้ดู ไม่ต้องอ่านตัวเลือก)

(1) แตะเป็นชั้นบางๆ (2) ขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียว (3) ใหญ่กว่าเมล็ดถั่วเขียว

14.**หลังลูกดูดนมจากขวดนม<u>หรือนมแม่มื้อสุดท้ายก่อนนอน</u>** แม่ทำอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	ทุกครั้ง (1)	บางครั้ง (≥3 ครั้ง/สัปดาห์) (2)	นานๆ ครั้ง (<3 ครั้ง/สัปดาห์) (3)	ไม่ทำเลย (4)
1.ให้เด็กหลับไปเลย				
2.แปรงฟัน				
3.เช็ด				
4.ดูดน้ำตามหลัง				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการแปรงฟันและเลิกขวดนม

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ผู้ดูแลเด็กตอบ

ข้อ	คำถาม	ระดับการเห็นด้วยของท่าน				
		จริงที่สุด (5)	จริง (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่จริง (2)	ไม่จริงที่สุด (1)
1	ถ้าลูกมีคราบขี้ฟันที่ผิวฟัน ลูกมีโอกาสฟันผุสูง					
2	ถ้าลูกฟันผุ ลูกตัวเล็ก โตช้าและไม่ฉลาด					
3	ถ้าลูกฟันไม่ผุ ลูกมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์มีพัฒนาการสมวัย					
4	การให้ลูกดูดนมจากขวดหรือเต้าในช่วงกลางดึกแล้วลูก ก็หลับต่อ ไม่ทำให้ฟันผุ					
5	เด็กที่กินนมขวดมาก มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน					
6	การแปรงฟันให้ลูกทำยาก ลูกร้องและไม่ยอมให้แปรง					
7	ถ้าไม่แปรงฟันให้ลูกตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ลูกมีโอกาสฟันผุสูง					
8	แม่ที่ให้ลูกหลับคาขวดนมหรือเต้า ลูกมีโอกาสฟันผุสูง					
9	ถ้าแม่แปรงฟันเอาคราบขี้ฟันที่ผิวฟันออกหมด ลูกฟันไม่ผุ					
10	การให้ลูกเลิกนมขวด ทำยาก ลูกร้องงอแง					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ผู้ดูแลเด็กตอบ

ข้อ	คำถาม	ระดับความมั่นใจของท่าน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1	แม่มั่นใจว่าสามารถแปรงฟันให้ลูกได้ทุกวัน					
2	แม่มั่นใจว่าสามารถแปรงฟันให้ลูกได้วันละ 2 ครั้ง					
3	แม่มั่นใจว่าสามารถแปรงฟันลูกให้สะอาดได้จริง ๆ					
4	แม่มั่นใจว่าถ้าลูกตื่นกลางดึก แม่สามารถทำให้ลูกหลับต่อได้ โดยไม่ต้องให้ดูดนมจากเต้าหรือขวดนม					
5	แม่มั่นใจว่าสามารถทำให้ลูกเลิกขวดนมได้สำเร็จก่อนเด็กอายุปีครึ่ง (ถามเฉพาะเด็กที่กินนมขวด)					
6	แม่มั่นใจว่าสามารถดูแลลูกไม่ให้มีฟันผุได้สำเร็จ					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลเด็ก

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามแล้วใส่คำตอบตามตัวเลือกและเติมในช่องว่าง

1. ควรเริ่มแปรงฟันให้ลูกเมื่อไร

(1) ฟันซี่แรกขึ้น (2) ฟันขึ้นประมาณ 4-6 ซี่ (3) ฟันขึ้นเต็มปาก

2. เด็กวัยนี้ใช้ยาสีฟันได้หรือยัง

(1) ได้ (2) ไม่ได้ (3) ไม่ทราบ

3. ถ้าเด็กวัยนี้ต้องใช้ยาสีฟัน แม่มีวิธีเลือกยาสีฟันอย่างไร

(1) ยาสีฟันเด็กที่มีรสชาติดี

(2) ยาสีฟันเด็กที่มีฟลูออไรด์

(3) ไม่ทราบ

4. ถ้าเด็กต้องใช้ยาสีฟัน ปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมในการแปรงฟันเด็ก ควรใช้ปริมาณเท่าไร **(เอารูปแสดงให้ดู ไม่ต้องอ่านตัวเลือก)**

(1) แตะเป็นชั้นบางๆ (2) ขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียว (3) ใหญ่กว่าเมล็ดถั่วเขียว (4) ไม่ทราบ

5. แม่ทราบไหมว่าแม่ควรให้ลูกเลิกดูดนมจากขวดนมเมื่อลูกอายุเท่าไร

(1) อายุ 6 เดือน (2) อายุ 12-18 เดือน (3) อายุ 19-24 เดือน

(4) มากกว่าอายุ 2 ปี (5) ไม่ทราบ

6. แม่ทราบไหมว่าเด็กที่เลิกขวดนมช้า มีผลเสียต่อสุขภาพเด็กอย่างไรบ้าง (ให้ตอบมาเท่าที่รู้/ตอบไม่รู้ได้) ☐มี ระบุ... ☐ ไม่มี ☐ไม่รู้

(6.1).....

(6.2).....

(6.3).....

7. ถ้าเห็นว่าผิวฟันลูกมีจุดสีขาวขุ่น แสดงว่า

(1) ลูกยังฟันไม่ผุ (2) ลูกมีฟันผุ (3) ไม่ทราบ

แบบบันทึกการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์และการตรวจฟัน

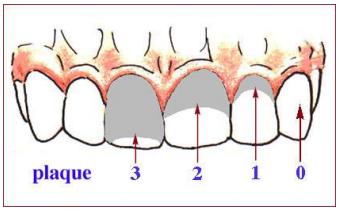
วันที่ตรวจ.....

1. สถานที่รพ.สต. .....

2. เพศ 1.ชาย 2.หญิง

3. อายุ.....เดือน

52La 51La 61 La 62La



Tooth surface

O									U	ฟันด้านนั้นยังไม่ขึ้น
D									S	ฟันไม่ผุ
M									1	ฟันผุระยะเริ่มต้น
Pa									2	ฟันผุถึงชั้นเคลือบฟัน
La									3	ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟัน
	54	53	52	51	61	62	63	64	4	ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน
	84	83	82	81	71	72	73	74	5	ฟันที่อุดแล้วไม่ผุ
La									6	ฟันที่อุดแล้วผุ
Li									7	ฟันที่ถูกถอนไปเนื่องจากผุ
M									8	ไม่สามารถตรวจได้
D										
O										

ภาคผนวก 2
คู่มือการให้ความรู้ในการแปรงฟันและการเลิกขวดนม

การให้ความรู้ในการแปรงฟัน

1. **ควรเริ่มแปรงฟันให้เด็ก** ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น
2. **การตรวจคราบจุลินทรีย์ที่ผิวฟัน**

   ใช้นิ้วชี้ยกริมฝีปากบนขึ้น ใช้หลอดกาแฟตัดปลายขูดที่ผิวฟันบริเวณคอฟัน ถ้าหากมีคราบเหนียวสีขาว เหลืองติดออกมา แสดงว่าที่ผิวฟันมีคราบจุลินทรีย์ ต้องแปรงฟันเอาคราบนี้ออกให้หมด เนื่องจากคราบจุลินทรีย์ เป็นบริเวณที่สะสมของเชื้อโรคที่ทำให้ฟันผุ ภายใต้คราบนี้อาจพบผิวฟันมีลักษณะขาวขุ่น นั้นคือ เริ่มมีฟันผุระยะแรกแล้ว การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอ ยับยั้งไม่ให้ฟันผุลุกลามจนเป็นรู
3. **ปริมาณยาสีฟัน**

   ยาสีฟันฟลูออไรด์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 1000 ppm ปริมาณที่ใช้ในการแปรงเพียงแค่แตะเป็นชั้นบางๆ เท่านั้น
4. **ท่าในการแปรงฟัน**

   ให้แปรงฟันเด็กในท่านอน โดยแม่นั่งกางขาและเหยียดขาตรงไปข้างหน้า เด็กนอนระหว่างช่องว่างของขาแม่ในตำแหน่ง 12 นาฬิกา หากเด็กดิ้นให้แม่ใช้ขาพาดขาและแขนของเด็กไว้ อาจใช้ผ้าห่อแขนและขาของเด็ก หรือหากมีผู้ช่วยขณะแปรงฟัน ให้ผู้แปรงและผู้ช่วยนั่งเข่าชนกัน วางศีรษะเด็กบนตักผู้แปรง ขาเด็กอยู่ระหว่างลำตัวของผู้ช่วย แล้วให้ผู้ช่วยแปรงใช้แขนและข้อศอกหนีบขา และเอามือจับมือของเด็กไว้
5. **ขั้นตอนการแปรงฟัน**

   ควรแจ้งแม่ให้ทราบว่าในระหว่างการแปรงฟัน เด็กอาจร้องไห้ ดิ้น และอาจมีเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ อาการเหล่านี้สามารถหายไปได้เองหากแม่แปรงฟันให้ลูกทุกวันอย่างสม่ำเสมอ โดยแปรงวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น (อาจแปรงในช่วงอาบน้ำ) มีขั้นตอนดังนี้

   ใช้นิ้วแหวกกระพุ้งแก้ม กันริมฝีปาก วางแปรงตั้งฉากกับผิวฟันถูไปมาในแนวนอนตำแหน่งละ 10 ครั้ง เริ่มจากด้านแก้ม ไปด้านเพดานหรือด้านลิ้น และด้านบดเคี้ยว หลังจากแปรงฟันครบทุกตำแหน่งแล้ว จึงใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วหมาดๆ เช็ดฟองที่ตัวฟันและลิ้นออก

6. **ตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน**
   โดยใช้หลอดขูดที่ผิวฟันโดยเฉพาะที่คอฟัน เมื่อไม่พบคราบเหนียวสีขาวเหลือง ผิวฟันเรียบเงา แสดงว่าแปรงฟันสะอาดแล้ว

การให้ความรู้ในการเลิกขวดนม

1. **ควรเลิกนมมื้อดึกให้ได้** เนื่องจากวัยนี้เด็กนอนได้นานขึ้น 6-8 ชั่วโมง โดยไม่หิว การเลิกนมมื้อดึกได้เป็นบันไดขั้นต้นที่ช่วยให้เด็กเลิกขวดนมได้ง่ายขึ้นเมื่ออายุหลัง 1 ปี สิ่งสำคัญคือ การปล่อยให้เด็กนอนหลับอย่างต่อเนื่องทำให้ฮอร์โมนที่ช่วยการเจริญเติบโตหลั่งได้ดี สารเคมีที่ช่วยการพัฒนาสมองทำงานได้ดี เกิดผลดีต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็ก และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุ เพราะเด็กเริ่มมีฟันขึ้นแล้ว
2. **อายุที่เด็กควรเลิกขวดนมอย่างสิ้นเชิง คือ ช่วงอายุ** 12-18 **เดือน**หรือหนึ่งปีถึงหนึ่งปีครึ่ง ยังเป็นช่วงที่เด็กยอมทำตามคำสั่งได้ง่าย หากรอจนกระทั่งอายุใกล้สองปี เด็กมักเริ่มอยากเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น การบอกให้เลิกขวดนมในช่วงนี้มีโอกาสที่เด็กขัดแย้ง ไม่ทำตามสั่งได้มาก โดยให้เด็กดูดนมจากกล่องหรือแก้วแทน
3. **ข้อเสียของการดูดขวดนมนานเกินช่วงอายุที่เหมาะสม** คือ ฟันผุ เด็กกินนมมากจนอิ่มและไม่ยอมกินข้าว เด็กที่กินนมมากมีโอกาสอ้วนหรือน้ำหนักเกิน เสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมอง และหากแม่ให้ลูกดูดนมจากขวดกลางดึกก็รบกวนวงจรการนอนส่งผลต่อการเจริญเติบโต ลดโอกาสพัฒนาการทางภาษา และลดทักษะการใช้มือ
4. เด็กควรได้รับอาหารเสริมตามวัยที่เหมาะสม เช่น เด็กอายุ 9 เดือน เริ่มให้อาหารมื้อหลัก 2 มื้อ เด็กอายุ 1 ปีขึ้นไปควรได้รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อและนมเป็นเพียงอาหารเสริมเท่านั้น โดยแบ่งกิน 3 มื้อ <u>วันละไม่เกิน 21-24 ออนซ์</u> สำหรับเด็กอายุ 9-12 เดือนและสำหรับเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป<u>วันละไม่เกิน 18-20 ออนซ์</u>
5. สุดท้ายไม่ว่าเลือกใช้วิธีใดก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดในการปรับพฤติกรรมเด็ก คือ ความอดทน ความสม่ำเสมอ และความร่วมมือกันของผู้ใหญ่ในบ้าน ในช่วงของการเปลี่ยนแปลง เด็กอาจหงุดหงิดง่าย ดูไม่มีความสุข ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองใจอ่อนและยอม

ตามใจ ให้พยายามเตือนตนเองไว้ว่าสิ่งที่ทำทั้งหมดเพื่อประโยชน์ในอนาคตของเด็กเอง เขาได้เติบโตอย่างเข้มแข็งและเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

วิธีการที่แนะนำในการเลิกขวดนม

เริ่มจากแม่ตั้งใจจริงที่ให้ลูกเลิกขวดนม และต้องแจ้งให้คนในครอบครัวทราบว่าลูกถึงวัยที่ต้องเลิกขวดนมแล้ว เพื่อความร่วมมือและความเข้าใจกันของทุกคนในครอบครัว เนื่องจากเด็กอาจร้องไห้งอแง หรือหงุดหงิด ระหว่างการฝึกให้เด็กเลิกขวดนม ควรกอดเด็กเพิ่มเป็นพิเศษ ให้ชมเชยถ้าเด็กทำได้

วิธีการเลิกใช้ขวดนมอาจทำได้หลายวิธี

1. **แบบค่อยเป็นค่อยไป** เหมาะกับเด็กที่ติดขวดแล้ว ส่วนใหญ่ได้ผลใน 3 สัปดาห์

วิธีการ

- ค่อยๆ ลดปริมาณนม เช่น จาก 8 ออนซ์ เหลือ 4 ออนซ์ และลดจำนวนมื้อลง เริ่มจากมื้อกลางวันก่อน แล้วค่อยเริ่มมื้อดึก และให้เด็กดูดนมจากแก้วหรือกล่องแทน จนเลิกขวดนมได้ในที่สุด
- หากเด็กงอแงอาจใส่น้ำให้เด็กดูดแทนนมในช่วงมื้อกลางวันหรือก่อนนอน
- อาจใช้วิธีขยายจุกนมให้รูกว้างขึ้น เพื่อให้เด็กระมัดระวังการดูดมากขึ้น ไม่สามารถนอนดูดสบายๆ เหมือนก่อน แต่ต้องไม่กว้างจนเด็กสำลัก
- บีบมะนาวใส่ในขวดนม เมื่อบอกเด็กว่านมเสีย หรือทาบอระเพ็ดที่จุกนม
- อาจดึงดูดความสนใจเด็กโดยให้เลือกแก้ว ตกแต่งแก้วเอง ใช้หลอดแบบแปลก ๆ
- หากเด็กตื่นกลางดึก กล่อมให้เด็กหลับต่อเอง เช่น ตบก้นเบา ๆ โดยไม่เอาขวดนมให้เด็กดูดเพื่อหลับต่อ
- ไม่นำขวดนมติดตัวเมื่อออกจากบ้าน

2. **แบบทดแทน** เหมาะกับเด็กที่ติดขวด แต่ไม่ถือขวดนมติดตัวไปมา ไม่หลับคาขวดนม เด็กที่เริ่มใช้แก้ว ขณะทานอาหารหรืออาหารว่างบ้างแล้ว

วิธีการ

- ใช้แก้วหัดดื่ม โดยเริ่มจากใส่น้ำปริมาณน้อย ๆ ให้เด็กฝึกจิบก่อน ระยะแรกเด็กอาจยังสำลักหรือทำน้ำหกเรี่ยราดบ้าง
- ให้เด็กใช้แก้วขณะทานอาหารทุกมื้อ ไม่ใช่ใช้เฉพาะเมื่อถึงมื้อนม
- ไม่ให้เด็กถือขวดนมติดตัว

3. **วิธีเลิกทันทีทันใด** เหมาะกับเด็กที่ค่อยๆ ยอมเลิกขวดนมบ้างแล้วและไม่ค่อยสนใจขวดนมมาก เช่น ยังดูดขวด เพียงวันละ 1-2 มื้อ หรือกรณีที่ติดขวดแล้วและลองใช้วิธีแบบค่อยเป็นค่อยไปแล้ว ไม่ได้ผล วิธีนี้พ่อแม่ต้องใจแข็ง เด็กงอแงสักพักก็ปรับตัวได้เอง

วิธีการ

- บอกให้เด็กรู้ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนถึงเวลาให้เลิกใช้ เช่นบอกว่าหนูโตแล้วถึงเวลาทิ้งขวด เลิกดูดขวดนมได้แล้ว
- บอกเด็กทุกวันว่าอีกไม่นาน หนูไม่ต้องใช้ขวดนมอีกแล้ว
- เมื่อถึงเวลาเก็บขวดนม ต้องเก็บให้พ้นสายตาเด็ก หรือให้เด็กช่วยแม่เก็บขวดนมใส่ถุงนำไปบริจาค หรือเอาไปทิ้งถังขยะ เขาได้ทราบว่าต้องตัดใจจากจริง ๆ
- ให้รางวัลเด็กเมื่อไม่ดูดขวดนมตลอดวันหรือตลอดคืนที่ผ่านมา
- เตรียมน้ำหรือนมใส่แก้ว พร้อมสำหรับเด็กดูดเมื่อเด็กร้องหาขวดนม
- ให้เด็กมีสิ่งของทดแทนขวดนม อาจเป็นตุ๊กตาหรือของเล่นที่ชอบ เอาไว้กอดเมื่อคิดถึงขวดนม

ภาคผนวก 3

หนังสือรับรองผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

ที่ ศธ 0521.1.03/ 1190

คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ไปรษณีย์เลขที่ 17
ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขคอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา"

รหัสโครงการ EC5806-25-P-LR

หัวหน้าโครงการ ทันตแพทย์หญิงจุฑามาส มณีโชติ

สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาหลังปริญญา ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย (Research Ethics Committee) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพิจารณาศึกษาการวิจัยในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ในคราวประชุมครั้งที่ 6/2558 **เมื่อวันที่** 18 มิถุนายน 2558

ให้ไว้ ณ วันที่ 30 มิ.ย. 2558

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.ศรีสุรางค์ สุทธปริยาศรี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

หมายเหตุ :- ออกแทนหนังสือรับรองฉบับที่ ศธ 0521.1.03/778 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2558 เนื่องจากเปลี่ยนชื่อโครงการตามข้อเสนอแนะของกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

RESEARCH ETHICS COMMITTEE (REC)
BUILDING 1 5TH FLOOR ROOM 504
TEL. 66-74-287533, 66-74-287504
FAX. 66-74-287533

FACULTY OF DENTISTRY
PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY
HADYAI, SONGKHLA 90112, THAILAND
TEL. 66-74-212914, 66-74-429871, 66-74-287500
FAX. 66-74-423871, 66-74-212922

Documentary Proof of Ethical Clearance

Research Ethics Committee (REC)

Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University

The Project Entitled The Effects of Oral Health Promotion Program on Tooth Brushing Behavior, Weaning of Baby Bottle Use among Caregivers and Caries Increment of 9-18 Months Old Children in Hat Yai District, Songkhla Province

REC Project No. : EC5806-25-P-LR

Principal Investigator : Miss Jutamas Maneechot

Approved by Research Ethics Committee (REC), Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University.

This is to certify that REC is in full Compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Date of Approval : 30 OCTOBER 2015 **No. of Approval** : MOE 0521.1.03/ 1190

(Asst. Prof. Dr. Srisurang Suttapreyasri)
Chairman of Research Ethics Committee

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวจุทามาส มณีโชติ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710820004

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2555

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาภายในประเทศ โรงพยาบาลปะนาเระ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ปีการศึกษา 2557-2558

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ทันตแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลปะนาเระ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

1. จุทามาส มณีโชติ, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ดวงธิดา ไพบูลย์วรชาติ, วศิน มหาศรานนท์. สภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ 9-18 เดือน ในอำหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา; การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 38 ประจำปี 2559 มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1เรื่อง "บัณฑิตศึกษากับการพัฒนาสู่โลกาภิวัตน์" วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2559; ณ อาคารเอกาทศรถ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, ประเทศไทย. 2559. หน้า 162-171.