

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปริญญานิพนธ์

ของ

เขาวรัตน์ สุภกรรม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

68761

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษและเหงือกอักเสบ
ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6
ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ
ของ
เยาวรัตน์ ศุภกรรม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2540

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ) ลักษณะชีวสังคม (เพศ รายได้ของครอบครัว) เป็นตัวทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน เพศชาย 207 คน เพศหญิง 176 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

ผลการศึกษา พบว่า

1. นักเรียนทั้งหมดมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบและความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ ในระดับมาก และไม่มีการรับรู้เลยในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
2. ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมปฏิบัติในกลุ่มรวมได้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติได้ดีที่สุดในทุกระดับการปฏิบัติ
3. นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมปฏิบัติดีกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ไม่พบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงและนักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF AND DENTAL CARIES AND
GINGIVITIS PREVENTIVE BEHAVIOR OF PRATHOM SUKSA VI STUDENTS
IN AYUTTHAYA PROVINCE

AN ABSTRACT

BY

YAOWARAT SUPAGAM

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 1997

ABSTRACT

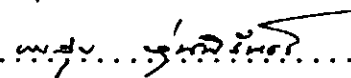
The purpose of the study was to study the predictive value of dental caries and gingivitis preventive behavior and to compare dental caries and gingivitis preventive behavior and health belief in difference biosocial factors among Prathom sukka VI students in Ayutthaya Province. The variables include health belief (perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefits of take action). All these variables were the predictor. The samples of this study were 383 students of Prathom sukka VI (male 207 female 176). The study used multistage random sampling method. The instrument for collecting the data were the questionnaires.

The result of this study revealed that :

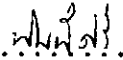
1. Most of students posed a moderate level of health belief and dental caries and gingivitis preventive behavior. Perceived severity and Perceived benefit of taking action were high level. Perceived susceptibility was low level.
2. Health belief and biosocial factors could predict the dental caries and gingivitis preventive behavior (total group), perceived susceptibility was the best predictor.
3. Female students with high level of the family's income had better dental caries and gingivitis preventive behavior than male students with low level of family's income at significant level .001
4. There were no significant difference concerning health belief among female students with high level of family's income and male students with low level of family's income.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

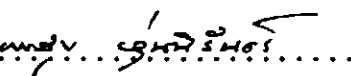
.....  ประธาน

(ผศ.ดร.พรสุข หุ่นจันทร์)

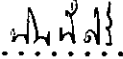
.....  กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี รัตนทิพย์)

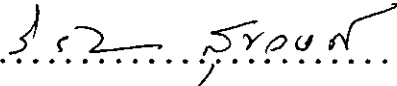
คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน

(ผศ.ดร.พรสุข หุ่นจันทร์)

.....  กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี รัตนทิพย์)

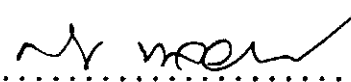
.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ.วิริยา สุขวงศ์)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ.นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ความสำเร็จของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยกราบขอบคุณ ในความเป็น “ครู” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ และอาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ และเป็นกำลังใจให้ตลอดมา ขอขอบคุณคณะกรรมการเพิ่มเติม ได้แก่ รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌายกุล อาจารย์วิริยา สุขวงศ์ ที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจคุณภาพเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล อาจารย์ ร.ท.ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง ร.น. ที่ให้คำปรึกษาในการใช้สถิติและคอมพิวเตอร์

และขอขอบคุณ ในความรัก ความเข้าใจ ของผู้ร่วมงานโครงการอยุธยาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทั้ง แรงใจและแรงกายแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ด้วยคุณค่าแห่งปริญญานี้ ขอมอบแด่ คุณบิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เขาวรัตน์ สุภกรรม

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	7
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	7
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	37
สมมติฐานในการวิจัย	52
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	53
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ประชากร.....	53
กลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	55
ลักษณะของเครื่องมือ.....	55
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	58
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	59
วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล.....	60
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	65

บทที่	หน้า
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	79
บทย่อ.....	79
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	79
วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	84
ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ.....	84
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก	95
ภาคผนวก ข	97
ภาคผนวก ค	104
ประวัติย่อผู้วิจัย	107

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 อายุการขึ้นของพืนน้ามน.....	8
2 อายุการขึ้นของพืนถาวร.....	9
3 แนวคิดทางพันธุกรรมป้องกัน.....	21
4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มโรงเรียน.....	54
5 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	66
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ	67
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ จำแนกตามเพศ.....	68
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ จำแนกตามระดับ รายได้ของครอบครัว.....	69
9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ.....	69
10 ปริมาณการทำนาย พฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือก อกเสบโดยลักษณะชีวสังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนายใน กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมปฏิบัติรวม ระดับสูง และระดับต่ำ.....	70
11 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ.....	73
12 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมปฏิบัติระดับ สูงเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ.....	73
13 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมปฏิบัติระดับ ต่ำเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ.....	73
14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพรวมกับ พฤติกรรมปฏิบัติรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืนผุและเหงือกอกเสบ.....	74

15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง ของพฤติกรรมการปฏิบัติรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเมื่อพิจารณาตามเพศ และระดับรายได้ของครอบครัว.....	74
16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เมื่อจำแนกเป็น 4 ประเภท ตามเพศ และระดับรายได้ของครอบครัว จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน.....	76
17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง ของความเชื่อด้านพฤติกรรมเมื่อพิจารณาตามเพศ และระดับรายได้ของครอบครัว.....	77
18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 2 ประเภท ตาม เพศ จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน ระดับรายได้ของครอบครัว จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน.....	78
19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 2 ประเภท ตามระดับรายได้ของครอบครัว จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน.....	78
20 คำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ 3 ด้าน.....	106
21 คำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ.....	106

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 อายุการขึ้นของพืชน้ำนมและพืชน้ำนม	11
2 รูปร่างของพืชน้ำนมต่าง ๆ	12
3 ลักษณะความแตกต่างระหว่างพืชน้ำนมและพืชน้ำนม	12
4 โครงสร้างต่าง ๆ ของพืชน้ำนม	13
5 ตำแหน่งที่พบพืชน้ำนม	18
6 องค์ประกอบของการเกิดพฤติกรรมปฏิบัติ	31
7 การปฏิบัติตนของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย	33
8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค	36
9 กรอบแนวคิดในงานวิจัย	51
10 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพืชน้ำนมและ หนังสืออีกเล่มกับเพศและระดับรายได้ของครอบครัว	75

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ประกาศหลักการ นโยบาย และเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 ทุกประเทศทั่วโลกต่างแข่งขันกันที่จะให้ประชาชนของตนเองได้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีการส่งเสริม ป้องกันโรคเป็นมาตรการสำคัญ และได้ยอมรับเป็นเอกฉันท์ว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญที่จะไขไปสู่เป้าหมายดังกล่าว เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา (สาธารณสุข, กระทรวง. 2522 : 127)

สำหรับประเทศไทย ได้มีความเห็นชอบจากการประชุมสมัชชาในระดับชาติใน ปี พ.ศ. 2522 เรื่อง กลวิธีสำหรับสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ว่าด้วยการบริการสาธารณสุขมูลฐาน 11 อย่าง และให้จัดบริการทันตสุขภาพเป็นหนึ่งในกลุ่มบริการทางสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทยต้องมีบริการทันตสุขภาพเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ทุกคนพึงจะได้รับ และได้กล่าวถึงสาเหตุของปัญหาทันตสาธารณสุขว่า เกิดจากการเลี้ยงดูมีผลให้เกิดพฤติกรรม การบริโภคไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคขนมหวานเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการแปรงฟันสม่ำเสมอคือ ร้อยละ 38.70 ในกลุ่มอายุ 12 ปี และร้อยละ 34.90 ในกลุ่มอายุ 60 ปี ถ้าพิจารณาข้อยกเว้นไปใน พื้นที่ต่าง ๆ จะพบว่าผู้ที่ระบุว่าตนเองแปรงฟันสม่ำเสมอมีมากเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 75.70) รองลงมาได้แก่เขตเมือง (ร้อยละ 55.40) และต่ำสุดได้แก่เขตชนบท (ร้อยละ 33.60) และจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ในปี 2537 มีรายละเอียดดังนี้

1. สภาวะโรคฟันผุ ในฟันน้ำนมของกลุ่มอายุ 3 ปี พบว่า 6 ใน 10 คน เป็นโรคฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 97.00 และร้อยละ 12.10 ของฟันที่ผุไม่ได้รับการรักษา ในเด็กกลุ่มอายุ 6 ปี เป็นระยะที่เริ่มมีฟันถาวรในช่องปากร้อยละ 85.30 เป็นโรคฟันผุ ส่วนกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่าร้อยละ 53.90 เป็นโรคฟันผุและฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 75.00 ของฟันที่เป็นโรคทั้งหมด

2. สภาวะปริทันต์ ในกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า เพียงร้อยละ 2.30 ที่มีสภาพเหงือกปกติและ ร้อยละ 97.70 มีสภาพเหงือกที่เป็นปัญหาคือ มีหินปูนร้อยละ 87.50 และร้อยละ 75.30 เป็นผู้ที่ มีสภาพเหงือกอักเสบในระดับที่มีเลือดออก ดังนั้นความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ในกลุ่มอายุนี้นี้คือ เหงือกอักเสบและมีหินปูน ซึ่งปัญหาที่พบสามารถแก้ไขได้ด้วยการแปรงฟันถูกร้อยอย่างสม่ำเสมอ และการขูดหินปูน (ทันตสาธารณสุข, กอง. 2537 : 3 - 6)

กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเป็นวัยที่ง่ายต่อการปลูกฝังพฤติกรรม ให้ถูกต้องทั้งยังสามารถควบคุมดูแลได้ครอบคลุมและทั่วถึง เพราะเด็กเหล่านี้รวมตัวกันอยู่ในโรงเรียน ดังนั้นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานทันตสุขภาพ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524 ใช้กลวิธีทันตกรรมแบบเพิ่มทวีจากการดำเนินการตามกลวิธีนี้พบปัญหาคือ การขาดแคลนทันตบุคลากรในการดำเนินงาน จนกระทั่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 ได้กำหนดให้มีกลวิธีเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาขึ้นจากหลักการของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ชุมชน (ซึ่งในที่นี้หมายถึงโรงเรียน) พึ่งตนเองได้ ทั้งในด้านการค้นหาปัญหาด้วยดัชนีง่าย ๆ การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและการแสวงหาบริการทันตกรรมที่ถูกต้องในกรณีจำเป็น ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นนั้นแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคในช่องปาก ซึ่งนักเรียนจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 2 ครั้งโดยครู ส่วนที่ 2 เป็นการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคในช่องปาก โดยมีโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและโครงการอมฟลูออไรด์เดือนละ 2 ครั้ง และในส่วนที่ 3 นั้นจะเน้นในเรื่องของการรักษา ฟันผุสภาพช่องปากให้สามารถมีสภาพเหงือกและฟันใช้งานได้ตามปกติ สิ่งที่ได้ดำเนินการคือ การส่งต่อนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากแล้วพบว่า เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางทันตกรรมมายังสถานบริการสาธารณสุข และจากการดำเนินงานตามกลวิธีเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพที่ผ่านมาจนถึงปี 2537 ของโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ พบว่านักเรียนประถมศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 50.00 การป้องกันร้อยละ 80.00 และการรักษาเพียงร้อยละ 17.00 แต่จากเป้าหมายได้กำหนดไว้ว่านักเรียนประถมศึกษาควรได้รับการตรวจและส่งเสริมป้องกันตามลักษณะของปัญหา 10.50 ล้านคน ได้รับการบำบัดรักษาร้อยละ 46.00 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังห่างไกลเป้าหมายอยู่มาก(สาธารณสุข, กระทรวง. 2535 : 33)

ในปี 2537 จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นตัวแทนของนักเรียนประถมศึกษา มีอัตราการเกิดโรคฟันผุถึงร้อยละ 65.50 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซี่/คน และส่วนใหญ่เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึง 1.6 ซี่/คน และสภาวะปริทันต์ปกติ ร้อยละ 48.90 ในจำนวนนี้มีโรคเหงือกอักเสบที่มีหินน้ำลายถึงร้อยละ 30.10 (ทันตสาธารณสุข, ฝ่าย. 2537) เมื่อพิจารณาจากเป้าหมายทันตสุขภาพเพื่อบรรลุสุข ภาพดีถ้วนหน้า กลุ่มอายุ 12 ปี ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยายังห่างไกลเป้าหมายอยู่ ดังนั้นการรณรงค์แก้ไขปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และการฟื้นฟูสภาพช่องปากมีความ

จำเป็นอย่างยิ่งเพราะโดยธรรมชาติของโรคในช่องปาก มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ถึงกับเสียชีวิตแต่ถ้าเป็นโรคแล้วจะมีผลเสียหลายด้าน ได้แก่ เศรษฐกิจ สุขภาพจิต และในการรักษาทางทันตกรรมนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินการที่ได้ผลคือ การป้องกันการเกิดโรค ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ทำการวิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดโรคในช่องปากจากการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานะในช่องปากของประชากรจากประเทศต่าง ๆ ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคในช่องปากนั้นมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่หนึ่ง ในประเทศที่ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการป้องกันโรคในช่องปากนั้น ประชากรของประเทศจะมีแนวโน้มของสถานะในช่องปากในทางที่ดีขึ้น ลักษณะที่สอง ในประเทศที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคในช่องปากนั้น ประชากรของประเทศจะมีแนวโน้มของสถานะในช่องปากที่แย่ลง ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าไว้ว่า

(ทันตสาธารณสุข, กอง. 2532 : 17)

เป้าหมายที่ 1 กลุ่มอายุ 5-6 ปี

ร้อยละ 30 ของประชากรไม่เคยเป็นโรคฟันผุ ทั้งในฟันน้ำนมและฟันถาวร

ร้อยละ 80 ของประชากรปราศจากโรคฟันผุในฟันถาวร

ร้อยละ 80 ของประชากรมีสภาพเหงือกปกติ

เป้าหมายที่ 2 กลุ่มอายุ 12 ปี

มีค่าเฉลี่ยของอัตราการเป็นโรคฟันผุไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน

มีค่าเฉลี่ยของสถานะปริทันต์ปกติไม่น้อยกว่า 3 ใน 6 ส่วนของช่องปาก

เป้าหมายที่ 3 กลุ่มอายุ 18 ปี

ร้อยละ 75 ของประชากรมีฟันที่ใช้งานได้ครบ 20 ซี่

ค่าเฉลี่ยของสถานะปริทันต์ปกติไม่น้อยกว่า 2 ใน 6 ส่วนของช่องปาก

ดังนั้นการป้องกันโรคในช่องปากที่สำคัญคือการสร้างให้นักเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถทำนายแนวโน้มสถานะช่องปากประชาชนในชาติต่อไป ให้มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ดังที่มาเลอร์ (Mahler) ได้กล่าวว่า ถ้าสุขภาพไม่ได้เริ่มที่ปัจเจกบุคคลแล้วไซ้ ก็ไม่ต้องไปหวังว่าเราจะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ (Lewin. 1981 : 177 - 184) การที่จะก่อให้เกิดผลทางด้านการป้องกันโรคนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้าน จากการศึกษารื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันของวิกูล วิลาสเสสต์ (2534 : 95 -110) พบว่า ปัจจัยทางเพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยทางอ้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟัน ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยด้านชีวสังคม และโรคช (Rokeach. 1970) ได้กล่าวว่า การที่จะมีพฤติกรรม

กรรมการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีนั้น นอกจากจะต้องอาศัยปัจจัยทางลักษณะชีวสังคมแล้ว ความเชื่อก็มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเช่นกัน เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะทำให้บุคคลกระทำการต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่ก็ตาม จะเห็นได้ว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของมนุษย์และความเชื่อนี้น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1974 : 336 - 385) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้เป็นปัจจัยหลัก ส่วนปัจจัยร่วมอื่น ๆ ก็ได้แก่ ปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม

จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ของครอบครัว ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบอย่างไร

๑. ๒๕๖๓ (๖) ๒๕๖๓

๒๕๖๓ เมื่อ ปีที่ ๒๕๖๓ สันนิษฐาน
๓. ๐๖/๒๕๖๓ (๖) ๒๕๖๓

✓ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

๑. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคม ในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๖

๒. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๖ ที่มีลักษณะทางชีวสังคมที่ต่างกัน

๑/๒

๑/๒ > ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

๑. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการเรียนการสอนและการจัดเนื้อหาของทันตสุขศึกษาให้สอดคล้องกับเนื้อหาในกลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตได้เหมาะสม

๒. เพื่อเป็นประโยชน์แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ในการปลูกฝังพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางทันตสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. ประชากร

ประชากรคือนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2539 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 8,913 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน เป็นนักเรียนชาย 207 คน และนักเรียนหญิง 176 คน ได้มาจากวิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1967 : 581)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

3.1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1.2 ลักษณะทางชีวสังคม

เพศ

รายได้ของครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ประกอบด้วย

3.2.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อเหงือกและฟัน

3.2.2 การแปรงฟันถูกวิธีและสม่ำเสมอ

3.2.3 การตรวจฟันด้วยตนเอง

3.2.4 การพบทันตบุคลากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่บุคคลค่อย ๆ เรียนรู้และทำความเข้าใจ อาจเป็นความรู้สึกลึกซึ้ง ความคาดหวังทางด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลจะเรียนรู้ หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดนั้น บุคคลนั้นจะต้องยอมรับว่าสิ่งนั้นอยู่ในการรับรู้ หรือในจิตใจของตน ดังนั้นการศึกษาศาสนาเชื่อด้านสุขภาพจึงศึกษาในด้านของการรับรู้ของบุคคล เป็นการตีความสิ่งเร้าที่มากกระทบ อันมีผลให้เกิดการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ส่วน

1.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หมายถึง การตีความถึงความรู้สึกของนักเรียนต่อสิ่งเร้า สิ่งเร้าในที่นี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยด้วยโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และการที่นักเรียนรับรู้ถึงอันตรายที่มี ผลกระทบต่อสถานะต่าง ๆ เช่น ในการดำรงชีวิตประจำวัน ต่อฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

1.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หมายถึง

การตีความของสภาวะสภาพในช่องปากและพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคฟันผุและเหงือกอักเสบในชีวิตประจำวัน อันจะมีผลให้เกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หมายถึง การตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามาสัมผัส ความรู้สึกรับรู้ของนักเรียน ให้มีการรับรู้ถึงข้อดีที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

2. พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หมายถึง การกระทำของนักเรียนเกี่ยวกับการรักษาฟันและสภาวะในช่องปากให้สามารถใช้งานได้ในสภาวะปกติ (ในการวิจัยนี้ขอใช้คำว่าพฤติกรรมการปฏิบัติ) ซึ่งจะมีการกระทำในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อเหงือกและฟัน หมายถึง การกระทำของนักเรียนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวติดฟัน

2.2 การแปรงฟันถูกวิธีและสม่ำเสมอ หมายถึง การกระทำของนักเรียนเกี่ยวกับการแปรงฟันทุกวัน ๆ ละ 3 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า กลางวัน และก่อนนอน รวมถึงการเลือกใช้แปรงสีฟันที่ถูกต้อง

2.3 การตรวจฟันด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำของนักเรียนเกี่ยวกับการตรวจดูสภาพในช่องปากของตนเองที่มีวัตถุประสงเพื่อดูสภาพเหงือกและฟันว่ายังคงมีสภาพที่สามารถใช้งานได้และหรือควรได้รับการดูแลจากทันตบุคลากร

2.4 พบทันตบุคลากร หมายถึง การกระทำของนักเรียนเกี่ยวกับการไปพบทันตบุคลากร ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสภาพเหงือกและฟัน และหรือเพื่อทำการบำบัดรักษาเหงือกและฟันให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ

3. นักเรียน หมายถึง นักเรียนชายและหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2539 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ต่อเดือน อันได้แก่ เงินเดือน บำเหน็จเงินปันผล เป็นต้น นำมารวมกันคิดเป็นรายได้ต่อเดือน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. 2536 : 46) คือ

5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท

5.2 3,000 - 6,500 บาท

5.3 6,501 - 10,000 บาท

5.4 สูงกว่า 10,000 บาท

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับทันตกรรมป้องกันและการดูแลอนามัยช่องปาก
 - 1.3 พฤติกรรมการปฏิบัติ
 - 1.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ
2. การวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเหงือกและฟัน

ฟัน (The Tooth) เป็นผลงานอันประณีตที่ธรรมชาติได้สร้างสรรค์ขึ้นมาให้มนุษย์ เป็นอวัยวะที่สำคัญและมีคุณค่ามหาศาลหลายประการ คุณค่าอันยิ่งใหญ่ที่เห็นได้อย่างชัดเจนก็คือการใช้ประโยชน์ในการเคี้ยวอาหาร ในการกินอาหาร ซึ่งเป็นปฏิบัติการของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนวันตาย

ฟันเปรียบดังอาวุธที่เราใช้ต่อสู้กับอาหาร ซึ่งมีสภาพและลักษณะแปลก แตกต่างกันไปมากมาย เพราะอาหารที่เรากินมีทั้งของแข็ง ของเหลว ของเหนียว แลยังมีทั้งร้อนทั้งเย็นสารพัด ฟันก็สามารถกัดเคี้ยวอาหารนั้น ๆ ได้ตามความต้องการทั้งสิ้น ซึ่งฟันของมนุษย์นั้น มี 2 ชุด คือ

ฟันชุดแรก เรียกว่า ฟันน้ำนม (Deciduous Teeth/Primary Teeth) มี 20 ซี่ แบ่งเป็นฟันบน 10 ซี่ ฟันล่าง 10 ซี่ เมื่อมารดาตั้งครรภ์ได้ประมาณ 6 สัปดาห์ จะเริ่มมีหน่อฟัน (Tooth Bud) เกิดขึ้นในตำแหน่งที่จะเจริญเป็นขากรรไกรของทารก หน่อฟันซึ่งมีลักษณะนุ่มจะมีแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสฟอรัสมาสะสมทำให้มีลักษณะแข็งขึ้นตามลำดับ และมีรูปร่างเป็นฟันที่สมบูรณ์หลังจากคลอดประมาณ 6-7 เดือน ฟันน้ำนมจะเริ่มงอกโผล่พ้นจากขากรรไกรล่างบริเวณตรงกลางข้างหน้า 2 ซี่ และทยอยขึ้นตามมาเป็นลำดับครบ 20 ซี่ เมื่ออายุได้ 2 1/2 - 3 ปี

ความสำคัญของฟันน้ำนม

ฟันน้ำนมแบ่งออกเป็นหมู่ตามรูปร่างและหน้าที่เช่นเดียวกับฟันถาวร ดังนั้น หน้าที่ส่วนใหญ่ของฟันน้ำนมจึงคล้ายคลึงกับฟันถาวร กล่าวคือ

1. ใช้กัด ตัด และบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด
2. ให้ความสวยงามแก่ใบหน้า
3. ช่วยในการออกเสียงพูดให้ชัดเจน
4. ช่วยในการเจริญของขากรรไกรให้เป็นไปอย่างปกติ และช่วยกันที่ไว้ให้ฟัน

ถาวร ซึ่งจะขึ้นมาแทนที่ให้ขึ้นมาอยู่ในตำแหน่งที่ถูก มีผู้เข้าใจผิดคิดว่าฟันน้ำนมให้ประโยชน์ในการบดเคี้ยวเพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงไม่ได้ดูแลรักษาฟันน้ำนม การปล่อยให้ฟันน้ำนมจะทำให้เกิดโรคฟันผุลุกลามและมีอาการเจ็บปวด หรือสูญเสียฟันไปก่อนที่จะทำหน้าที่โดยสมบูรณ์

ฟันชุดที่สอง เรียกว่า ฟันถาวร (Permanent Teeth/Secondary Teeth) มี 32 ซี่ แบ่งเป็น ฟันบน 16 ซี่ ฟันล่าง 16 ซี่ เมื่อเด็กอายุ 6 ปี ฟันถาวรซี่แรกคือ ฟันกรามซี่ที่ 1 จะขึ้นมาในช่องปาก มี 4 ซี่ (เป็นฟันบน 2 ซี่ ฟันล่าง 2 ซี่) ซ้ายและขวา ตำแหน่งที่ขึ้นจะอยู่ถัดจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 2 ซึ่งเป็นฟันน้ำนมซี่สุดท้ายเข้าไป และฟันถาวรอื่น ๆ จะทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม ซึ่งจะค่อย ๆ โยกหลุดไปเป็นลำดับ ฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 จะขึ้นถัดจากฟันกรามแท้ซี่แรกเข้าไปจนครบ 28 ซี่ เมื่ออายุได้ประมาณ 12-13 ปี

ตาราง 1 อายุการขึ้นของฟันน้ำนม

ตำแหน่ง	อายุ		ตำแหน่ง	อายุ	
	ขึ้น	หลุด		ขึ้น	หลุด
ฟันบน			ฟันล่าง		
ฟันหน้าซี่กลาง	7 1/2 เดือน	7 1/2 ปี	ฟันหน้าซี่กลาง	6 เดือน	6 ปี
ฟันหน้าซี่ข้าง	9 เดือน	8 ปี	ฟันหน้าซี่ข้าง	7 เดือน	7 ปี
ฟันเขี้ยว	18 เดือน	11 1/2 ปี	ฟันเขี้ยว	16 เดือน	9 1/2 ปี
ฟันกรามซี่ที่ 1	18 เดือน	10 1/2 ปี	ฟันกรามซี่ที่ 1	12 เดือน	10 ปี
ฟันกรามซี่ที่ 2	24 เดือน	10 1/2 ปี	ฟันกรามซี่ที่ 2	20 เดือน	11 ปี

(49)

ตาราง 2 อายุการขึ้นของฟันถาวร

ตำแหน่งฟันบน	อายุ	ตำแหน่งฟันล่าง	อายุ
ฟันหน้าซี่กลาง	7-8 ปี	ฟันกรามซี่ที่ 3	17-21 ปี
ฟันหน้าซี่ข้าง	8-9 ปี	ฟันกรามซี่ที่ 2	11-13 ปี
ฟันเขี้ยว	11-12 ปี	ฟันกรามซี่ที่ 1	6-7 ปี
ฟันกรามน้อยซี่ที่ 1	10-11 ปี	ฟันกรามน้อยซี่ที่ 1	11-12 ปี
ฟันกรามน้อยซี่ที่ 2	10-12 ปี	ฟันกรามน้อยซี่ที่ 2	10-12 ปี
ฟันกรามซี่ที่ 1	6-7 ปี	ฟันเขี้ยว	9-10 ปี
ฟันกรามซี่ที่ 2	12-13 ปี	ฟันหน้าซี่ข้าง	7-8 ปี
ฟันกรามซี่ที่ 3	17-21 ปี	ฟันหน้าซี่กลาง	6-7 ปี

ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนันทเกียรติ. 2532 : 20

ความสัมพันธ์ระหว่างการหลุดของฟันน้ำนมและการขึ้นของฟันถาวร

ฟันน้ำนมจะทยอยหลุดออกไปและฟันถาวรจะขึ้นมาแทนที่ เมื่อเด็กอายุประมาณ 6 ปี ฟันถาวรซี่แรกที่ขึ้นคือ ฟันกรามซี่ที่ 1 ฟันซี่นี้ไม่ได้ขึ้นแทนที่ฟันน้ำนม แต่จะขึ้นถัดจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 2 และฟันถาวรซี่ต่อ ๆ ไปจะทยอยขึ้นมาตามลำดับ

ปกติหน่อฟันถาวรจะอยู่ตรงปลายรากฟันของฟันน้ำนม ในฟันน้ำนมที่มีรากเดียว หน่อฟันถาวรจะอยู่ตรงปลายรากของฟันน้ำนม ส่วนฟันกรามน้ำนมซึ่งมี 2-3 ราก หน่อของฟันถาวรจะอยู่ระหว่างรากฟันน้ำนมและมีการสะสมธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส ที่หน่อฟันนั้น เมื่อถึงเวลาที่ฟันถาวรจะขึ้น ฟันถาวรจะค่อย ๆ ดันรากฟันน้ำนมให้ละลายไปจนฟันน้ำนมโยกหลุดเอง ฟันถาวรจึงค่อย ๆ โผล่ทะลุเหงือกขึ้นมาในช่องปาก

รูปร่างของฟัน

ธรรมชาติสร้างฟันของคนให้มีขนาด รูปร่าง และลักษณะแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เพื่อใช้ประโยชน์ในการกินอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรูปร่างและชื่อต่าง ๆ ดังนี้

1. ฟันตัดหรือฟันกัด (Incisors) มีจำนวน 8 ซี่ บน 4 ซี่ และล่าง 4 ซี่ อยู่ด้านหน้าสุด มีรูปร่างบาง มีลักษณะค่อนข้างแบน ส่วนปลายมีขอบบางและคม ทำหน้าที่ตัดหรือกัดอาหาร ฟันพวกนี้มีรากเดียว

2. ฟันเขี้ยว (Canine or Cuspid) มีจำนวน 4 ซี่ อยู่ถัดเข้าไปจากฟันตัด มีลักษณะค่อนข้างแหลม อวบ แข็งแรง ทำหน้าที่ฉีกอาหาร และเป็นฟันซึ่งที่รักษาทรงมุมปากมิให้เล็กลง ฟันชนิดนี้มีรากเดียว เช่นเดียวกับฟันตัด

3. ฟันกรามน้อย หรือฟันหน้ากราม (Premolar or Bicuspid) มีจำนวน 8 ซี่ อยู่ถัดเข้าไปจากฟันเขี้ยว มีลักษณะคล้ายฟันกราม แต่มีขนาดเล็กกว่า หน้าฟันมีร่องเช่นเดียวกับฟันกราม (ฟันกรามน้อยนี้จะฟันถาวรที่ขึ้นมาแทนที่ฟันกรามของฟันน้ำนม) ทำหน้าที่ขบหรือช่วยในการเคี้ยวอาหารมีรากตั้งแต่ 1-2 ราก

4. ฟันกราม (Molar) มีจำนวน 12 ซี่ อยู่ข้างในสุดจะเป็นฟันถาวรที่มีเพิ่มมากขึ้นกว่า ฟันน้ำนม (ซึ่งทำให้ฟันถาวรมีทั้งหมด 32 ซี่) มีขนาดใหญ่กว่าฟันหมู่อื่น ๆ ลักษณะรูปเกือบสี่เหลี่ยมหน้าฟันกว้าง มีร่องที่เกิดจากยอดฟัน (Cusp) ของฟันมาต่อกัน ซึ่งทำให้เป็นจุดอ่อนของฟันกรามและฟันกรามน้อย ฟันหมู่นี้มีความแข็งแรง ทำหน้าที่บดอาหารให้ละเอียด ฟันหมู่นี้มีรากตั้งแต่ 2-3 รากขึ้นไป

หน้าที่ของฟัน

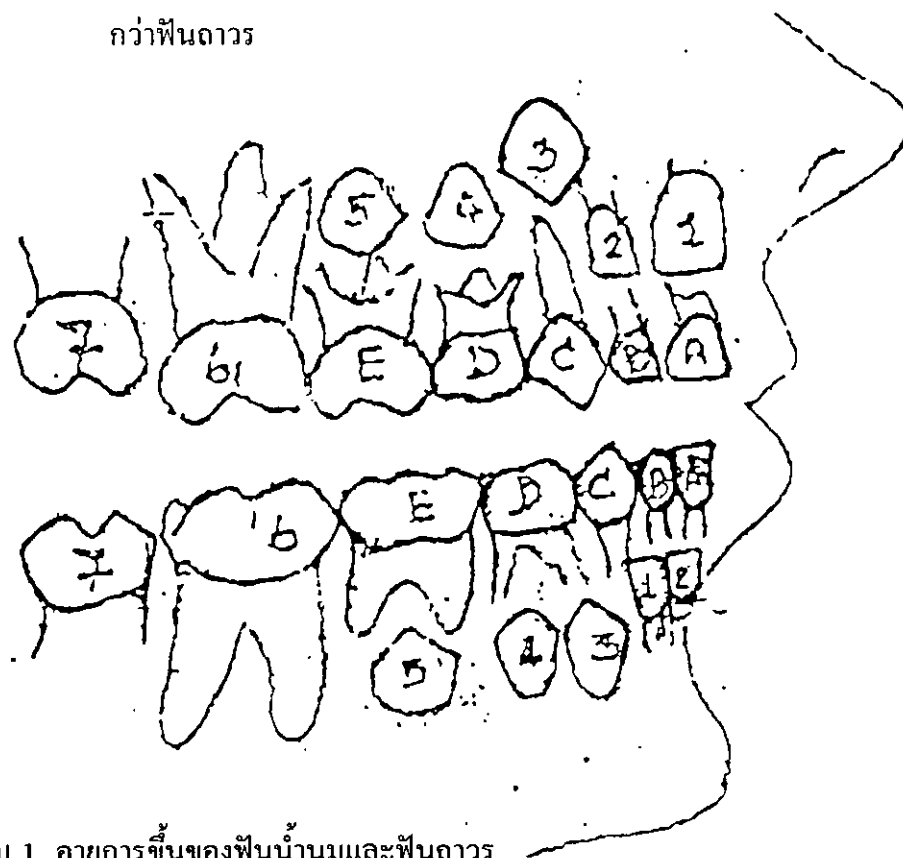
1. หน้าที่และประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของฟัน คือ ใช้ในการเคี้ยวอาหาร (Mastication) ธรรมชาติสร้างฟันให้มีลักษณะที่แข็งแรง เพื่อให้ใช้เคี้ยวอาหารให้ละเอียด อาหารคำหนึ่งต้องเคี้ยวประมาณ 20 ครั้ง และแรงในการบดเคี้ยวแต่ละครั้งประมาณ 40,000 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว จะเห็นได้ว่าฟันต้องทำหน้าที่อย่างหนักตลอดเวลา ทุกวัน ทุกเดือน และ ทั้งปี บางคนอาจใช้ฟันแทบทุกนาทีกี่ว่าได้เนื่องจากชอบกัดฟันเล่น หรือบางคนชอบนอนกัดฟัน ฟันจะถูกบดเคี้ยวเกิดแรงกระแทกกันด้วยความแรงตลอดเวลา จึงควรดูแลรักษาฟันให้ดีไม่ควรปล่อยให้เกิดโรคหรือความเจ็บปวด เพราะฟันต้องทำงานหนักตลอดเวลา ควรดูแลให้แข็งแรงอยู่เสมอ

2. ส่งเสริมความงามบนใบหน้า (Eshetics) ฟันนอกจากจะทำหน้าที่สำคัญในการกินการเคี้ยวอาหารแล้ว ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความงามบนใบหน้า ถ้าช่วงล่างของใบหน้าบริเวณปากของใครก็ตามไม่มีฟัน ใบหน้าของเขาจะมีลักษณะเป็นอย่างไร บางคนมีฟันแต่ฟันห่าง เกหรือบิดเบี้ยว แลดูไม่สวย คนที่มีฟันขาวสะอาดและเรียงกันเป็นระเบียบสวยงาม จึงนับว่าเป็นคนโชคดียิ่ง ยิ่ง เวลาจะพูดจะยิ้มก็จะเป็นเสน่ห์อย่างหนึ่งที่ดึงดูดให้ผู้พบเห็นเกิดความรู้สึกยินดีที่ได้อยู่ใกล้ชิด แต่ในรายที่ต้องสูญเสียฟันไปตั้งแต่อายุน้อย การสูญเสียฟันจะเป็นสาเหตุทำให้แลดูแก่เกินวัย ปากยุบแก้มตอบ ฟันจึงมีความสำคัญและมีคุณค่าต่อความสวยงามของใบหน้าเป็นอย่างยิ่ง

3. ช่วยในการออกเสียงพูด (Speech) ในชีวิตประจำวัน ฟันบางซี่โดยเฉพาะฟันหน้าถ้าขาดหายไปจะทำให้ออกเสียงตัวอักษรบางตัวไม่ชัดเจน เช่น ส - ซ - ศ - ฬ เป็นต้น คนที่ไม่มีฟันจะออกเสียงพูดไม่ชัดเกิดปมด้อยแก่ตนเอง การปล่อยให้เกิปัญหานี้ขึ้นกับฟันแม้แต่เพียงเล็กน้อยก็นับได้ว่าเป็นการสูญเสียที่มากมายหลายประการ การป้องกันอย่าให้เกิดอันตรายขึ้นกับฟัน จึงนับเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

ข้อแตกต่างระหว่างฟันน้ำนมและฟันถาวร

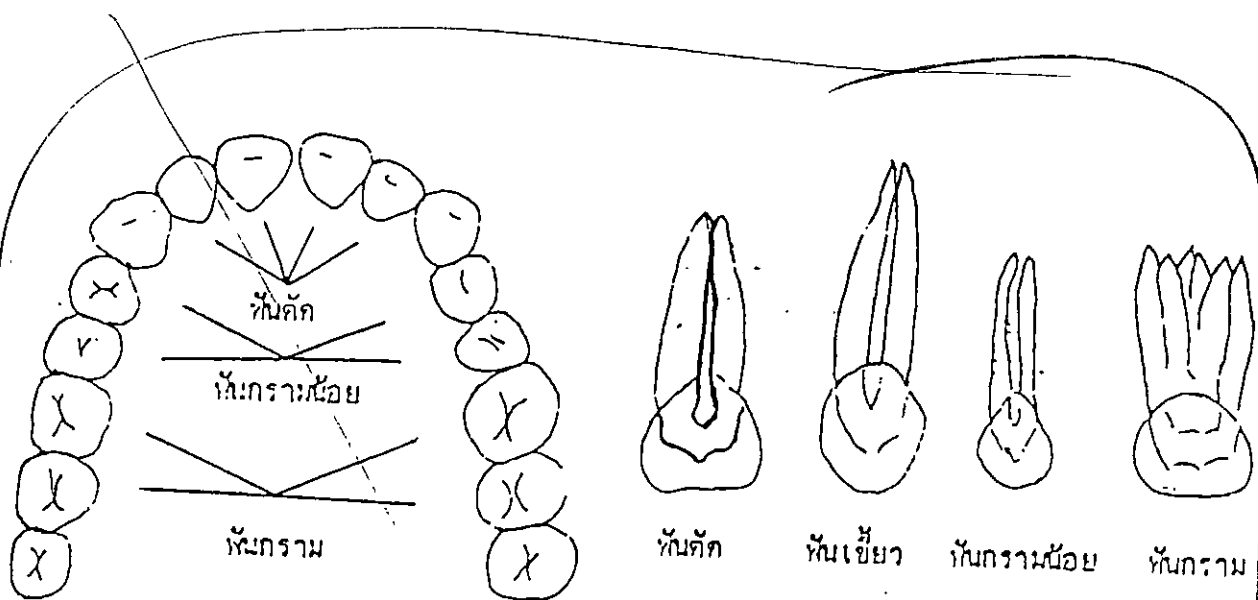
1. สี สีของฟันน้ำนมจะขาวกว่าฟันถาวร โดยปกติฟันถาวรจะมีสีขาวอมเหลือง
2. ขนาด ฟันน้ำนมจะมีขนาดเล็กกว่าฟันถาวร
3. รูปร่าง ฟันน้ำนมและฟันถาวรในหมู่เดียวกันจะมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นฟันกรามน้อยซึ่งไม่มีในฟันน้ำนม
4. คอฟัน ฟันกรามน้ำนมจะมีส่วนคอดมากที่บริเวณคอฟัน มากกว่าฟันถาวร
5. รากฟัน รากฟันน้ำนมจะพอมบาง เรียวเล็ก และปลายจะโค้ง หรือกางออกมากกว่าฟันถาวร



ภาพประกอบ 1 อายุการขึ้นของฟันน้ำนมและฟันถาวร

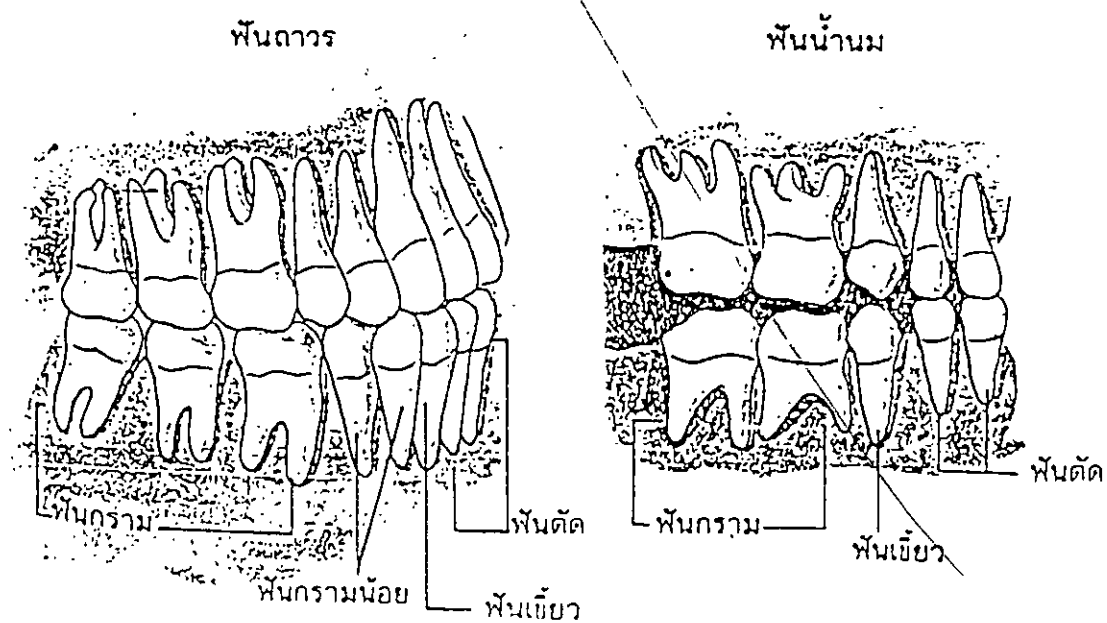
หมายเหตุ จากภาพ A - E เป็นฟันน้ำนม และ 1 - 7 เป็นฟันถาวร

ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนนท์เกียรติ. 2532 : 22



ภาพประกอบ 2 รูปร่างของฟันชนิดต่าง ๆ

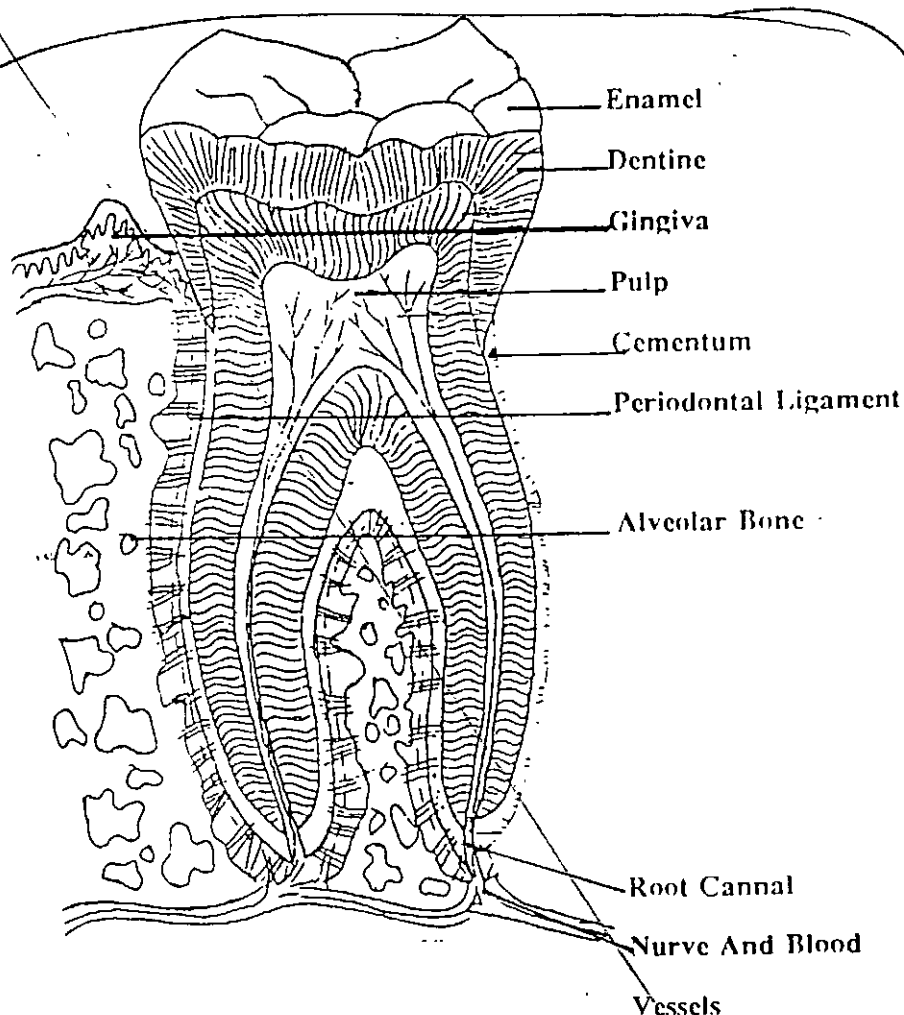
ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนนท์เกียรติ. มปป. : 22



ภาพประกอบ 3 ลักษณะความแตกต่างระหว่างฟันแท้และฟันน้ำนม

ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนนท์เกียรติ. มปป. : 22

ฟันประกอบด้วย ส่วนที่เป็นตัวฟันหรือหัวฟัน (Crown) และส่วนรากฟัน (Root) ตรงรอยต่อระหว่างตัวฟันกับรากฟันเรียกว่า คอฟัน (Cervical) ส่วนของตัวฟันที่โผล่พ้นเหงือกขึ้นมาเรียกว่า ตัวฟันทางคลินิก (Clinical Crown) แม้ว่าฟันแต่ละซี่จะมีขนาดและรูปร่างต่างกัน แต่โครงสร้างทางจุลกายวิภาควิทยาเหมือนกัน ดังนั้นเมื่อผ่าฟันออกเป็น 2 ซีก จะปรากฏโครงสร้างต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4 โครงสร้างต่าง ๆ ของฟัน

ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนนท์เกียรติ. มปป. : 25

1. อีนาเมล (Tooth Enamel)

อีนาเมลหรือเคลือบฟันประกอบกันขึ้นเป็นผิวนอกสุดของส่วนตัวฟัน (Crown) ประกอบด้วยสารอนินทรีย์ประมาณ 96% ส่วนใหญ่เป็นพวกแคลเซียมฟอสเฟต และแร่ธาตุอื่นๆ เช่น

แคลเซียมคาร์บอเนต แคลเซียมฮดรอกซีฟอสเฟต เกลือของโซเดียมและโปตัสเซียม ส่วนที่เหลืออีกประมาณ 4% เป็นสารอินทรีย์จำพวก สารเคราติน และน้ำ

2. เด็นติน (Dentine) เด็นตินหรือเนื้อฟันเป็นส่วนที่อยู่ทั้งในส่วนตัวฟัน และส่วนรากฟัน ตามปกติจะมองไม่เห็นเพราะมีอีนาเมล และซีเมนต์คลุมอยู่ เด็นตินเป็นโครงสร้างส่วนใหญ่ของฟัน ให้รูปร่างและความแข็งแรงแก่ฟัน และเป็นส่วนที่ล้อมรอบพัลพ์ทั้งหมด

เด็นตินประกอบด้วย สารอินทรีย์ จำพวกเกลือแร่ คล้ายกับอีนาเมล ประมาณ 70% ที่เหลืออีก 30% เป็นสารอินทรีย์ และน้ำ เด็นตินเป็นส่วนประกอบที่มีความแข็งแรงและมีความยืดหยุ่นด้วย

3. พัลพ์ (Tooth Pulp) พัลพ์หรือโพรงประสาทฟัน เป็นส่วนที่อยู่ในช่องหรือโพรงใจกลางฟัน พัลพ์ส่วนที่อยู่ในส่วนของตัวฟัน เรียกว่า พัลพ์แชมเบอร์ (Pulp Chamber) และอยู่ในส่วนของรากฟัน เรียกว่า พัลพ์คานัล (Pulp Canal) ตรงรูเปิดปลายรากฟัน จะติดต่อกับเอ็นซีดปริทันต์ด้วย

พัลพ์เป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อ่อนนุ่มประกอบด้วย เซลล์ เส้นใย หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาท สารพื้น (Ground Substance)

4. ซีเมนต์ (Cementum)

ซีเมนต์หรือเคลือบรากฟัน เป็นเนื้อเยื่อบาง ๆ ประกอบขึ้นเป็นผิวนอกของรากฟัน ปกคลุมเด็นตินของรากฟัน ซีเมนต์จะติดต่อกับ อีนาเมลตรงคอฟัน

ซีเมนต์ประกอบด้วยอินทรีย์สารเป็นโครงร่าง (Organic Matrix) ซึ่งเป็นสารจำพวก คอลลาเจนไฟเบอร์ และสารพื้น ต่อมาเมื่อแร่ธาตุซึ่งส่วนใหญ่เป็นแคลเซียมและฟอสฟอรัสในรูปของผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ (Hydroxy Apatite) มาสะสมทำให้แข็งกระจายอยู่ในซีเมนต์ ในขั้นนี้ไม่มีเส้นเลือดและไม่มีเส้นประสาท

ด้านต่าง ๆ ของฟัน ซึ่งหมายถึง ด้านของตัวฟันที่มองเห็นได้ในช่องปาก ซึ่งแบ่งตามชนิดของฟัน ได้ดังนี้

1. ฟันหน้า และฟันเขี้ยว มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านใกล้ริมฝีปาก (Labial Surface)

1.2 ด้านใกล้ลิ้น (Lingual Surface) ในฟันล่าง หรือด้านใกล้เพดาน (Palatal Surface)

1.3 ด้านข้าง (Proximal Surface) จะมีด้วยกัน 2 ด้าน คือ ด้านใกล้
เส้นกลางตัว (Mesial Surface) ด้านไกลเส้นกลางตัว (Distal
Surface)

2. ฟันบดเคี้ยว มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านใกล้กระพุ้งแก้ม (Buccal Surface)

2.2 ด้านใกล้ลิ้น (Lingual Surface) ในฟันล่าง หรือด้านใกล้เพดาน
(Palatal Surface)

2.3 ด้านข้าง (Proximal Surface) จะมีด้วยกัน 2 ด้าน คือ ด้านใกล้
เส้นกลางตัว (Mesial Surface) ด้านไกลเส้นกลางตัว (Distal
Surface)

2.4 ด้านบดเคี้ยว (Occusal Surface)

อวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในช่องปากมีดังนี้

1. เอ็นยึดปริทันต์ (Periodontal Ligament) เอ็นยึดปริทันต์เป็นชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน
อยู่ระหว่างซีเมนต์ของรากฟันกับผิวด้านในของกระดูกเบ้ารากฟัน ทำหน้าที่ยึดฟันให้ติดอยู่กับ
กระดูกเบ้าฟัน

2. กระดูกเบ้าฟัน (Alveolar Bone) กระดูกเบ้าฟัน คือ ส่วนหนึ่งของกระดูกขากรรไกร
บนและล่าง เป็นที่รองรับและเป็นที่อยู่ของฟัน แนวกระดูกสันเหงือกส่วนที่รองรับฟันจะเจริญ
มาพร้อม ๆ กับฟัน และค่อยละลายหายไป เมื่อสูญเสียฟัน

3. เยื่อเมือกในปาก (The Oral Mucous Membrane) เยื่อเมือก (Mucous Membrane)
หมายถึง เยื่ออ่อนที่บุส่วนที่เป็นช่องหรือเป็นโพรงของร่างกายซึ่งมีทางเปิด ออกไปยังภายนอก
เช่น เยื่อในช่องปาก เยื่อในช่องจมูก เยื่อในโพรงไซนัส เยื่อในกระเพาะและลำไส้ เป็นต้น
เยื่อเมือกในปากหรือเรียกว่า เยื่อเมือกช่องปาก (Oral Mucosa) มีหน้าที่ป้องกันเนื้อเยื่อ
ชั้นข้างใต้ รับรู้ความรู้สึก โดยมีตัวรับรู้ความรู้สึกต่อการสัมผัส อุณหภูมิและให้ความชุ่มชื้นเนื่อง
จากมีต่อมน้ำเหลืองอยู่ในชั้นนี้

4. เหงือก (Gingival) เหงือกเป็นส่วนหนึ่งของเยื่อเมือกในปาก ที่ปกคลุมกระดูกเบ้าฟัน
และที่ล้อมรอบคอฟัน เหงือกแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามลักษณะของตำแหน่ง และการยึดต่อกับ
เนื้อเยื่อข้างใต้ ได้แก่

4.1 เหงือกอิสระ (Free Gingival) เป็นชั้นของเหงือกบาง ๆ อยู่ล้อมรอบคอฟัน
เคลื่อนไหวได้เล็กน้อยเวลาบดเคี้ยวอาหาร ในฟันทุกซี่แนวของขอบเหงือกจะหยักโค้งไปตามแนว

ขนานกับ ซี.อี.เจ. (C.E.J. มาจาก Cemento Enamel Junction) เรียกว่า สคอลลอปด์ไลน์ (Scalloped Line) ขอบเหงือกจะบางมองเห็นจรดกับตัวฟัน ในลักษณะคล้ายคมมีด

4.2 เหงือกยึด (Attached Gingival) อยู่ติดลงมาจากเหงือกอิสระ เริ่มจากบริเวณ ร่องเหงือกอิสระ (Free Gingival Groove) แล้วสิ้นสุด ติดต่อกับ เนื้อเยื่อกระดูกเบ้าฟัน (Alveolar Mucosa) เหงือกส่วนนี้จะสัมผัสแน่นอยู่บนกระดูกเบ้าฟัน ไม่เคลื่อนไหว ลักษณะเฉพาะของเหงือกยึดคือ การมีผิวรูสั่ม (Stippling)

ผิวรูสั่มเป็นผลมาจาก การยื่นยาวของเนื้อเยื่อเข้าไปในชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ข้างใต้ โครงสร้างดังกล่าวนี้ ช่วยให้เหงือกแข็งแรงทนทาน ต่อแรงบดเคี้ยวได้

4.3 เหงือกระหว่างฟัน (Interdental Gingival or Interdental Papilla) เป็นส่วนของเหงือกที่อยู่ระหว่างผิวฟัน 2 ซี่ ซึ่งอยู่ชิดกัน เมื่อมองจากด้านหน้าหรือด้านหลัง (Facial or Lingual Surface) จะเป็นรูปสามเหลี่ยม โดยมีฐานเป็นเหงือกยึดและขอบ 2 ข้างของสามเหลี่ยมเป็นขอบเหงือกอิสระ

ด้านต่าง ๆ ของเหงือก มีดังนี้

1. เหงือกด้านริมฝีปากและด้านข้างแก้ม (Labial and Buccal Gingival) หมายถึง เหงือกด้านนอกบริเวณฟันหน้าและฟันหลังตามลำดับ จะอยู่ต่ำกว่าขอบเหงือกลงมา 4-5 มม. เหงือกจะสิ้นสุดเป็นแนวคลื่น ต่ำจากแนวนี้นี้ เยื่อเมือกจะเป็นสีแดงเกาะหลวม ๆ กับเนื้อเยื่อข้างใต้ เคลื่อนไหวได้อิสระกว่า

2. เหงือกด้านเพดาน (Palatal Gingival) หมายถึง เหงือกทางด้านใน ของฟันหน้าบน โดยจะต่อไปกับเยื่อเมือกของเพดานแข็ง และแยกไม่ออกจากเหงือกส่วนนี้สิ้นสุดอยู่ที่ใด

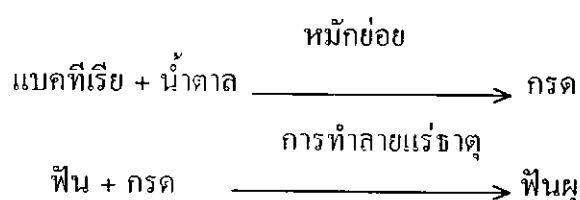
3. เหงือกด้านหลัง (Lingual Gingival) หมายถึง เหงือกด้านในของฟันหน้าล่างส่วนนี้เป็นเหงือกที่เกาะแน่นอยู่บนเนื้อเยื่อข้างใต้ ส่วนเยื่อเมือกที่อยู่ติดลงไป จะเกาะกันอย่างหลวม ๆ และสีแดงกว่า

โรคฟันผุ (Dental Caries)

โรคฟันผุ หมายถึง โรคที่มีการทำลายส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อแข็งของฟัน จัดอยู่ในประเภทโรคเรื้อรังโรคฟันเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยและทุกเชื้อชาติ ร่องรอยการผุจะยังคงอยู่ตลอดไปไม่มีการซ่อมสร้างเนื้อฟันให้เหมือนเดิมได้แม้ว่าจะได้รับการบูรณะแล้วก็ตาม การผุเริ่มเป็นได้ตั้งแต่ฟันเริ่มโผล่ขึ้นมาในช่องปาก

สาเหตุของโรคฟันผุ

สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุมีทั้งสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ในที่นี้อ้างถึงทฤษฎีกรดทำลายฟัน (The Acidogenic Theory) ซึ่งกล่าวว่า โรคฟันผุเป็นขบวนการทางเคมี (Chemico-Parasitic Process) คือ ขั้นแรกได้มีการทำลายแร่ธาตุ (Decalcification) ของอีนาเมลและเด็นติน ขั้นต่อไปจะมีการสลายตัวผุเป็นสารอยู่ ๆ ส่วนกรดที่ทำให้เกิดขบวนการทำลายแร่ธาตุบนตัวฟันนั้นมาจากผลพลอยได้จากการที่แบคทีเรียย่อยน้ำตาลที่อยู่รอบ ๆ ตัวฟัน



การลุกลามของโรคฟันผุ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 กรดเริ่มกัดกร่อนชั้นเคลือบฟัน จะมองไม่เห็นการดำเนินไปของโรค อาจเห็นเพียงลักษณะเป็นสีเทา หรือดำ ในระยะนี้ไม่มีการแสดงอาการใด ๆ

ระยะที่ 2 ถ้าระยะที่ 1 ไม่ได้ได้รับการรักษาฟันจะผุถึงชั้นเนื้อฟัน ลักษณะจะเป็นรูสีเทา อาจมีอาการเสียว การผุในระยะจะมีอาการเสียวฟันเมื่อถูกน้ำร้อนหรือน้ำเย็น และจะลุกลามเร็ว เพราะชั้นเนื้อฟันแข็งแรงน้อยกว่าในชั้นเคลือบฟัน

ระยะที่ 3 กรดจะทำลายเนื้อฟันเกือบถึงโพรงประสาทฟัน หรือทะลุโพรงประสาทฟัน ฟันจะมีลักษณะเป็นรู มีกลิ่นบูด จะมีอาการปวดฟัน อาจปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นพัก ๆ

โรคเหงือกอักเสบ (Gingivitis) ๖

โรคเหงือกอักเสบ หมายถึง กระบวนการใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับเหงือกรอบคอฟัน

สาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ

สาเหตุ เกิดจากการแปรงฟันไม่ถูกวิธี ฟันไม่สะอาด มีคราบอาหาร และเชื้อจุลินทรีย์ หรือแผ่นคราบจุลินทรีย์หมักหมมอยู่บนผิวฟันและบริเวณขอบเหงือก และมีสาเหตุร่วม เช่น มีฟันเกทำให้อาหารค้างตามซอกฟัน การหายใจทางปาก การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียว

อาการที่พบบ่อยในเด็กประถมศึกษา จะเป็นโรคเหงือกอักเสบในระยะที่ 1 ลักษณะเหงือกจะมีลักษณะบวมแดง เริ่มไม่แนบสนิทกับตัวฟัน เผยได้ อาจมีเลือดออกขณะแปรงฟันจาก

เหงือกที่บวม อาจมีหินปูนเกาะบางซี่ ในระยะนี้ไม่มีการทำลายกระดูกหุ้มรากฟัน ลักษณะของเหงือกอักเสบเรื้อรังและเหงือกอักเสบเฉียบพลันสังเกตได้ดังนี้

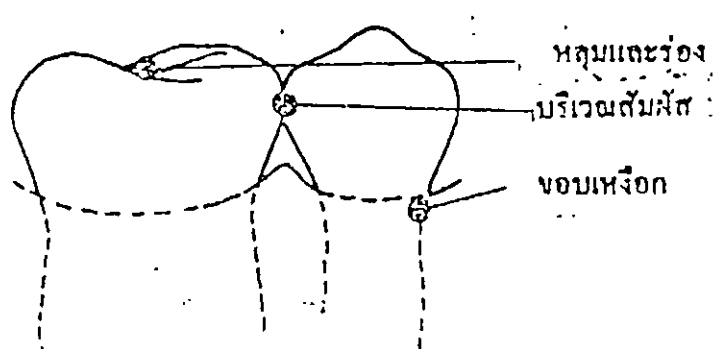
เหงือกอักเสบชนิดเฉียบพลัน

1. เหงือกสีแดงจัด
2. พบแผลร่วมด้วย
3. เลือดออกง่ายเมื่อมีสิ่งระคายเคืองเล็กน้อย
หรือมีเลือดออกเอง
4. ปรากฏอาการเจ็บปวด

เหงือกอักเสบชนิดเรื้อรัง

1. เหงือกมีสีแดงปนน้ำเงิน
2. เหงือกบวมแต่ไม่มีแผล
3. อาจมีเลือดออกระหว่างแปรงฟันหรือ
ไม่มีเลือดออกเลย
4. ไม่ปรากฏอาการเจ็บปวด

การรักษาโรคเหงือกอักเสบ ได้แก่ การแปรงฟัน การขูดหินปูน เพื่อกำจัดสาเหตุของการเกิดโรค



ภาพประกอบ 5 ตำแหน่งที่พบฟันผุบ่อย

ที่มา : อาริรัตน์ ผลิตนันทเกียรติ. 2532 : 35

แนวคิดเกี่ยวกับทันตกรรมป้องกันและการดูแลอนามัยช่องปาก

ทันตกรรมป้องกัน หมายถึง การใช้มาตรการทั้งหมด เพื่อรักษาและคงสภาพของสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

ทันตกรรมป้องกันเป็นการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยแบบทั้งหมด หมายความว่า เป็นการดูแลทันตสุขภาพของคนไข้ทั้งปาก ไม่เฉพาะฟันซี่ใดซี่หนึ่งหรือเพียงบริเวณใด บริเวณหนึ่งในช่องปากเท่านั้น โดยเน้นหนักในเรื่องการผสมผสานระหว่างชีวิต จิตใจและสังคมของผู้ป่วยซึ่งเป็น มนุษย์ ที่มีชีวิต จิตใจ วิญญาณ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน

ระดับของทันตกรรมป้องกัน

แนวคิดในการป้องกันโรคจะสัมพันธ์กับธรรมชาติการเกิดโรค ดังนั้นการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันจะครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรคจนถึงระยะที่เกิดโรคขึ้นแล้ว โดยสามารถจัดระดับการป้องกันเป็น 3 ระดับ คือ

1. ทันตกรรมป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันทางทันตกรรมลำดับแรกที่สำคัญ และมีประสิทธิภาพที่สุด จะเป็นการป้องกันก่อนระยะที่โรคจะเกิดขึ้น มุ่งเน้นไปที่ระยะก่อนเกิดโรครวมถึงการเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องให้มีความต้านทานต่อการเกิดโรคได้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1.1 การส่งเสริมทันตสุขภาพ (Dental Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้สมบูรณ์โดยทั่วๆ ไปไม่เฉพาะเจาะจงประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- การให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
- การวางแผนในการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม
- การบริโภคสารอาหารให้ครบถ้วน
- การตรวจฟันเป็นประจำ

1.2 การป้องกันชนิดจำเพาะเจาะจง (Specific Protection) หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมการต้านทานโรค ประกอบด้วย

- การดูแลอนามัยช่องปากที่ดี
- การใช้ฟลูออไรด์ในชุมชน คือการเติมฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่ม (น้ำประปา)

- การเคลือบฟลูออไรด์
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ติดฟัน
- การแปรงฟันหลังอาหารทันที
- การปิดร่องฟันในฟันที่มีความไวต่อการเกิดฟันผุ

2. **ทันตกรรมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)** เป็นการป้องกันทางทันตกรรมที่เกิดโรคหรือความผิดปกติแล้ว ไม่ให้ลุกลามมากขึ้น อันได้แก่การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่มและให้การรักษาทันที การปล่อยปละละเลยไม่ทำการรักษาทันทีจะทำให้โรคลุกลามเลวระยะนี้ไป การป้องกันระยะนี้เป็นการกระทำในระยะก่อนมีอาการของโรค

มาตรการที่ใช้คือ

- การตรวจช่องปากอย่างละเอียด โดยใช้ภาพถ่ายรังสีเข้าช่วย
- การให้การรักษাবริเวณที่เกิดโรคทั้งหมด ได้แก่การอุดฟัน
การขูดหินน้ำลาย
- การรักษาครอบคลุมถึงบริเวณใกล้เคียงรอยโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำอีก
- ให้การดูแลรักษาความผิดปกติของฟันที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาการ
- กำหนดตรวจฟันนักเรียนเป็นประจำ

3. **ทันตกรรมป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)** เป็นการป้องกันในระยะที่โรคดำเนินการไปเกือบขั้นสุดท้ายหรือระยะที่มีความพิการเกิดขึ้นแล้วเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะลดความพิการที่เกิดขึ้นให้น้อยลงและทำให้อวัยวะนั้นสามารถกลับคืนเข้าสู่สภาพที่ใช้งานได้อีก ซึ่งประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การจำกัดความพิการ (Disability Limitation)

- การใส่ยากระตุ้นเนื้อฟันให้มีการสร้างตัวขึ้นมาปิดบริเวณที่ทะลุโพรงประสาทฟัน
- การรักษารากฟัน
- การบูรณะฟันให้คงเดิม เช่น ครอบฟัน
- การถอนฟัน เมื่อฟันผุลุกลามจนไม่สามารถจะรักษาได้
- การป้องกันมิให้เกิดการรวมตัวของหนองเป็นฝีโดยการระบายหนอง

3.2 การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสุขภาพหลังจากที่โรคถูกจำกัดลงไปแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ได้ต่อไปอีก

- การใส่ฟันปลอม ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปโดยต้องมีลักษณะที่ถูกต้องได้รูปร่าง และใช้งานได้ตามปกติ
- การใส่เครื่องมือกันฟันล้ม เมื่อถอนฟันน้ำนมออกก่อนกำหนด

ตาราง 3 แนวคิดทางทันตกรรมป้องกัน

ระดับของการป้องกัน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ
การจัดลำดับการป้องกัน	ระยะก่อน การเกิดโรค	ระยะมีการดำเนิน ของโรค	ระยะสุดท้ายของ การเกิดโรค
มาตรการที่ใช้	การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันชนิด จำเพาะเจาะจง	การตรวจวินิจฉัยตั้ง แต่เริ่มแรกและให้ การรักษาทันที	การกำจัดความพิการ การฟื้นฟูสุขภาพ

ที่มา : ทวีศักดิ์ พากเพียร และคณะ. 2534 : 5

การดูแลอนามัยช่องปาก

1. สภาพความแตกต่างของแต่ละบุคคล ที่จะเลือกอุปกรณ์และวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ความพร้อม ความสามารถในการใช้มือ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างทราบจุดยืนหรือกับกลไกการป้องกันตนเองของบุคคลนั้น ที่จะทำให้เกิดโรคนั้นขึ้น นั่นคือการเน้นการเข้าถึงโดยให้ความสำคัญต่อความเป็นมนุษย์มากกว่าอุปกรณ์วิธีการ

2. การดูแลอนามัยช่องปาก เป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลที่จะดูแลตนเองควบคู่ไปกับการดูแลภายใต้ความรับผิดชอบของนักวิชาชีพ แต่ควรให้ความสำคัญเน้นหนักกับการดูแลตนเองมากกว่าการดูแลของนักวิชาชีพ

3. การดูแลอนามัยช่องปากที่มีประสิทธิภาพนั้นเป้าหมายอยู่ที่สุขภาพของช่องปากของ

ปัจเจกบุคคลมิใช่เพียงแค่ว่าให้มีระดับอนามัยช่องปากที่ได้มาตรฐานเท่านั้น ดังนั้น ผู้รับผิดชอบดูแล ต้องมีความตระหนักในเป้าหมายที่ถูกต้องและควรได้รับการจูงใจให้เกิดความตระหนักและต้องการ ปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นในระยะยาว

4. การดูแลอนามัยช่องปากที่มีประสิทธิผลนั้น เป็นเรื่องของการดูแลเพื่อที่จะปรับปรุงส่งเสริมทำนุบำรุงอย่างถาวร ดังนั้นแนวคิดในการดูแลอนามัยช่องปาก เป็นเรื่องของวิถีชีวิตที่มีการแปร่งฟันให้สะอาดทั่วถึงเป็นประจำสม่ำเสมอตลอดชีวิต トラบที่ยังมีฟันอยู่ในปาก

5. เพื่อให้บรรลุถึงการดูแลอนามัยช่องปากที่มีประสิทธิภาพของประชาชน การเข้าถึง ปัจเจกชนครอบคลุมทั่วถึงจนถึงชุมชนของเขาเหล่านั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสถานภาพ หรือลักษณะเฉพาะตัว ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะ ได้ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกันในแต่ละระดับ

ดังนั้นการดูแลอนามัยช่องปากเพื่อความครอบคลุมและครบวงจรในด้านทันตกรรม ป้องกัน ได้แก่

1. การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน
2. การแปรงฟันสม่ำเสมอและถูกวิธี
3. ไปพบทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเพื่อตรวจรักษาโรคฟันเป็นประจำทุก 6 เดือน
4. การตรวจฟันด้วยตนเอง

1. การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด มนุษย์ต้องการอาหารเพื่อไปใช้ในขบวนการต่างๆ ของร่างกาย การได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องครบถ้วนและเพียงพอจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายรวมทั้งอวัยวะในช่องปากแข็งแรงสมบูรณ์

อาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมี 5 หมู่ คือ

อาหารหลักหมู่ที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งและนม ให้สารอาหาร โปรตีน ซึ่งมีหน้าที่เสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย

อาหารหลักหมู่ที่ 2 ประกอบด้วย ข้าว น้ำตาล เผือก มัน ให้สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมีหน้าที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย

อาหารหลักหมู่ที่ 3 ประกอบด้วย ผักใบเขียวและพืชผักอื่นๆ ให้สารอาหารประเภท วิตามินและเกลือแร่ มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้เป็นปกติ

อาหารหลักหมู่ที่ 4 ประกอบด้วย ผลไม้ต่างๆ ให้สารอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ เช่นเดียวกับอาหารหลักหมู่ที่ 3

อาหารหลักหมู่ที่ 5 ประกอบด้วย ไขมันจากสัตว์และพืช ให้สารอาหารประเภทไขมัน มีหน้าที่ให้ความอบอุ่นและพลังงานแก่ร่างกาย

เมื่ออาหารเข้าสู่ร่างกายแล้วจะถูกย่อยให้ร่างกายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย บริเวณที่สร้างฟันและเนื้อเยื่อรอบฟัน ต้องการอาหารจำพวกเกลือแร่ คือแคลเซียมและ ฟอสฟอรัส และวิตามิน เพื่อช่วยสร้างกระดูกและฟันให้แข็งแรง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะก่อนฟันขึ้นระยะนี้ฟันต้องการอาหารประเภทเกลือแร่ แคลเซียมและ ฟอสฟอรัส มารดาในระยะตั้งครรภ์ต้องการแร่ธาตุทั้ง 2 ชนิดสูงมากกว่าปกติ อาหารที่มีแคลเซียมและ ฟอสฟอรัสสูงได้แก่ นม ไข่แดง อาหารทะเลจำพวก ปู หอย ปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง ผักสีเขียว ผลไม้ งาม

ระยะหลังฟันขึ้น ระยะนี้ฟันยังต้องการอาหารประเภทแคลเซียม ฟอสฟอรัส และ วิตามินเพื่อใช้ในการเจริญของกระดูกและฟัน จนถึงวัยหนุ่มสาว หลังจากนั้นความต้องการจะลดลง

อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ

1. อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุได้ จะประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรตที่ถูกหมักได้ โดยแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน คาร์โบไฮเดรตที่ถูกหมักได้จะพบได้ในอาหารทั่วไปซึ่งจะแบ่งออกเป็นน้ำตาลที่มีโมเลกุลอยู่ในรูปต่างๆ ได้แก่กลูโคส ฟรุคโตส ซูโครสเป็นต้น และ ซูโครสเป็นน้ำตาลที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับฟันผุในมนุษย์ สาเหตุเพราะว่ามีการใช้น้ำตาลอย่างกว้างขวางในประชาชนที่มีความชุกชุมของโรคสูง และด้วยบทบาทพิเศษของซูโครสในการเปลี่ยนเป็น เด็กแทรนส์ (Dextrans) ระหว่างการสร้างแผ่นคราบจุลินทรีย์ ส่วนฟรุคโตสนั้นเป็นน้ำตาลที่มีอยู่ในผลไม้เป็นส่วนใหญ่จะทำให้เกิดฟันผุได้เพียงร้อยละ 75 ของฟันผุที่เกิดจากซูโครส ดังนั้นผลไม้ที่มีน้ำตาลก็ยังมีอันตรายต่อฟันในอัตราที่ต่ำ เนื่องจากฟรุคโตสที่มีอยู่ในผลไม้เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลชนิดอื่นยังพบว่ามีความเข้มข้นต่ำ

2. อาหารเหนียวติดฟัน ส่วนใหญ่แล้วจะพบว่าน้ำตาลที่เหลวใสจะถูกกลืนลงคออย่างรวดเร็วทำให้น้ำตาลมีเวลาอยู่ในช่องปากได้ไม่นาน ส่วนอาหารหวานที่เหนียวและแข็งจะต้องใช้เวลาในการกินแต่ละครั้ง เช่นลูกอม ลูกกวาดที่ตั้งใจทำขึ้นเพื่อให้ละลายอย่างช้าๆ ในน้ำลายหรืออาหารหวานลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลวก็ต้องใช้เวลานานในการบริโภคโดยการปล่อยให้ละลายช้าๆ ในน้ำลาย

อาหารที่ทำให้เกิดโรคเหงือก

สาเหตุของโรคเหงือกขึ้นอยู่กับสารพิษจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ เอ็นไซม์ หินปูน การสับฟันผิดปกติประมาณร้อยละ 90 และขึ้นอยู่กับอาหารและฮอร์โมนอีกประมาณร้อยละ 10 ผลของอาหารที่มีต่อโรคเหงือกมี 2 อย่าง คือเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารและเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคเหงือกและปริทันต์

ลักษณะของอาหารที่ทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ดังนี้

1. อาหารที่นุ่ม เหนียว ชุ่ม ทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์มากกว่าผัก ผลไม้ ซึ่งมีพวก เซลลูโลส เป็นเส้นใย มี แกรนด์ (Grain) ใหญ่มีความสามารถในการทำความสะอาดสูง แต่อาหารที่อ่อนนุ่มทำให้เกิดเศษอาหาร ตกค้างบนตัวฟันได้ง่ายซึ่งเชื้อโรคจะนำไปใช้เป็นอาหารได้

2 ส่วนประกอบของอาหาร อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่หมัก ได้เช่น แป้ง น้ำตาล จะทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ง่าย เนื่องจากขนาดของโมเลกุลละเอียด เชื้อโรคนำไปใช้เป็นอาหารได้ง่าย

ลักษณะของอาหารที่มีประโยชน์ต่อเหงือกและฟัน

ลักษณะของอาหารที่ช่วยทำความสะอาด ฟันคือ ไม่แข็งเกินไป กรอบ มีเส้นใย มีน้ำมากได้แก่ ผัก ผลไม้ดิบต่างๆ มีประโยชน์ คือช่วยทำความสะอาด ทำให้ปากสะอาด และกลัมนเนื้อได้ทำงาน การเคี้ยวจะกระตุ้นให้น้ำลายออกมากเป็นการชะล้างฟัน ทำให้ลดปริมาณเชื้อโรค ลดการหมักหมมของเศษอาหารบนตัวฟัน และยังทำให้การหมุนเวียนของโลหิตที่เหงือกดี ทำให้เหงือกแข็งแรงทนต่อการเสียดสีได้ดี นอกจากนี้แล้ว การเคี้ยวอาหารที่หยาบยังช่วยส่งเสริมให้ กระดูกหุ้มรากฟันมีการเจริญเติบโตแข็งแรง อาหารที่ช่วยทำความสะอาดช่องปากเช่น ฝรั่ง ชมพู่ มันแกว แตงโม สับปะรด แตงกวา พุทรา ผักสดต่างๆ เป็นต้น

การปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเพื่อทันตสุขภาพ

วิธีเคี้ยวอาหารให้ถูกต้อง

ก. ใช้ฟันแต่ละชนิดในช่องปากให้ถูกต้องตามหน้าที่ ถ้าใช้ฟันเคี้ยวอาหารไม่ถูกต้อง จะเกิดผลเสียคือฟันหน้าสึกอย่างรวดเร็วกว่า เพราะใช้ขบและบดเคี้ยวอาหารด้วย

ฟันกรามน้อยสึกมาก เพราะใช้ฉีกและบดเคี้ยวอาหารด้วย

ฟันหน้าเขยิบหรือหักหมดสวย เพราะใช้ขบ ฉีกและบดเคี้ยวอาหาร

ข. ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน (เคี้ยวคำหนึ่งไม่ต่ำกว่า 25 ครั้ง) ถ้าเคี้ยวไม่ละเอียดก่อนกลืนจะมีผลเสียต่อสุขภาพ

ข้อควรปฏิบัติหลังกินอาหารทุกครั้ง ควรทำความสะอาดฟันและเหงือกดังนี้

1. แปรงฟันด้วยวิธีที่ถูกต้อง
2. ถ้าไม่สามารถแปรงฟันได้ ให้บ้วนปากแรงๆ หลายๆ ครั้งเพื่อให้เศษอาหาร ที่ติดค้างหลุดออกไป

2. การแปรงฟันที่ถูกวิธี

การแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด แม้จะใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟันที่มีคุณภาพดีตามที่ได้นำแนะแต่ถ้าแปรงไม่ถูกวิธีก็จะได้ผลไม่ดี หรือ อาจเกิดผลร้ายด้วยซ้ำไป มีคนเป็นจำนวนมากที่เอาใจใส่เรื่องความสะอาด แปรงฟันทุกวัน วันละหลายครั้งก็ยังปรากฏว่าฟันสกปรก มีหินปูนเกาะที่ฟันด้านในหรือมีอาการเหงือกกร่นหรือเสียว คอฟัน ด้านนอกมากเวลาแปรง สิ่งเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธีทั้งสิ้น

คนส่วนมากมักเอาใจใส่ฟันเฉพาะบริเวณฟันด้านหน้าซึ่งมองเห็นได้ง่ายเท่านั้นความจริงควรเอาใจใส่ให้ทั่วถึงทั้งด้านนอกและด้านในของฟันหน้าและฟันหลัง นอกจากนี้เวลาแปรงฟันต้องแปรงเหงือกรอบๆ ตัวฟันด้วย การจับแปรง ในการแปรงฟันแต่ละครั้งจะมีการจับแปรงอยู่ 2 ลักษณะคือ

1. วางด้ามแปรงไว้ในฝ่ามือ กำแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือวางรับด้านหลังของด้ามแปรง การจับแปรงในลักษณะนี้ใช้ในกรณี

ก. แปรงฟันด้านนอกข้างขวา และด้านในข้างซ้ายของฟันกรามทั้งบนและล่าง

ข. แปรงฟันหน้าด้านในทั้งบนและล่าง

ค. แปรงฟันด้านบดเคี้ยวของฟันทุกซี่

2. วางด้ามแปรงไว้ในฝ่ามือ กำแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือวางรับด้านหน้าของด้ามแปรง การแปรงแบบนี้ใช้ในกรณี

ก. แปรงฟันบนด้านนอกข้างซ้าย และด้านในข้างขวาของฟันกรามทั้งบนและล่าง

ข. แปรงฟันหน้าด้านนอกทั้งบนและล่าง

ข. แปรงฟันหน้าด้านนอกทั้งบนและล่าง

การแปรงฟันที่ถูกต้องทำให้ฟันสะอาดการแปรงฟันที่ถูกวิธีมีหลายวิธีและการจะใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและลักษณะของช่องปากของผู้แปรงฟันเอง ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีแปรงฟันที่ใช้กันโดยทั่วไปมี 2 วิธี คือ

1. วิธีโรลเทคนิค (Roll Technique)

วิธีแปรง

แปรงฟันล่างด้านนอก สอดแปรงไว้ระหว่างกระพุ้งแก้มกับฟัน หันให้ด้านข้างของขนแปรง ตอนบนวางชิดกับขอบเหงือก หมุนข้อมือให้ปลายขนแปรงปิดจากเหงือกไปหาฟัน ออกแรงกดเล็กน้อย และให้ปลายขนแปรงกวาดไปตลอดด้านนอกของฟัน ค่อยๆ เคลื่อนจากข้างในสุดออกมาจนทั่วทุกซี่

แปรงฟันบนด้านนอก สอดแปรงไว้ในลักษณะเดียวกัน แต่หันปลายขนแปรงในทิศทางตรงกันข้าม หมุนข้อมือกลับตรงกันข้ามกับฟันล่าง

แปรงฟันล่างด้านใน สอดแปรงให้อยู่ระหว่างลิ้นกับฟันวางให้ด้านข้างของขนแปรงตอนปลายขอบเหงือก หมุนข้อมือให้ขนแปรงปิดจากเหงือกขึ้นไปหาฟันเช่นเดียวกับการแปรงฟันด้านนอก

แปรงฟันบนด้านใน ทำเช่นเดียวกับการแปรงฟันล่างด้านใน แต่หงายขนแปรงขึ้นให้ ด้านข้าง ของแปรงตอนปลายชิดกับขอบเหงือกและหมุนข้อมือให้ขนแปรงปิดกวาดจากเหงือกไปยังตัวฟันทำให้ตลอดทุกซี่

แปรงฟันหน้าบนและฟันล่างด้านใน ให้ทำเช่นเดียวกันคือวางขนแปรงด้านข้างตอน ปลายให้ชิดขอบเหงือก แล้วหมุนข้อมือให้ขนแปรงปิดกวาดจากเหงือก ไปสู่ฟันโดยหันบนให้ปิดลงและฟันล่างให้ปิดขึ้นบน

แปรงฟันด้านบดเคี้ยว วางแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟันกราม ให้ด้านขนานกับแนวฟันดูเข้าออกจากด้านในสุดออกมาด้านนอกของช่องปาก ใช้แปรงฟันกรามได้ทุกซี่

2. วิธีโมดิฟายเบสเทคนิค (Modified Bass Technique)

วิธีแปรง

แปรงฟันบนด้านนอก หงายขนแปรงขึ้นให้สอดอยู่ระหว่างกระพุ้งแก้มและตัวฟัน

จรดจน แปรงตรงบริเวณคอฟันและขอบเหงือก(ให้ชนแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน) ขยับแปรง ไปมาเล็กน้อยหลายๆครั้ง ข้อมือให้ชนแปรงปัดลงล่างผ่านชอกฟันและตัวฟันในบริเวณนั้น โดยตลอด ทำจนทั่วทุกซี่

แปรงฟันบนด้านใน หงายชนแปรงขึ้น สอดแปรงเข้าไปในปากด้านเพดานจรด ชนแปรง ตรงบริเวณฟันและขอบเหงือก (ให้ชนแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน) ขยับแปรงไปมาเล็กน้อยตามแนวราบหลายๆครั้งแล้วบิดข้อมือให้ชนแปรงปัดขึ้นบนผ่าน ชอกฟันและตัวฟันในบริเวณนั้นโดยตลอด ทำจนทั่วทุกซี่

แปรงฟันล่างด้านนอก คว่ำชนแปรงให้สอดอยู่ระหว่างกระพุ้งแก้มและตัวฟันจรด ชนแปรงตรงบริเวณฟันและขอบเหงือก (ให้ชนแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน) ขยับแปรงไปมาเล็กน้อย ตามแนวราบหลายๆครั้ง แล้วบิดข้อมือให้ชนแปรงปัดขึ้นบนผ่านชอกฟันและตัวฟันในบริเวณนั้น โดย ตลอดทำจนทั่วทุกซี่

แปรงฟันด้านล่างใน คว่ำชนแปรงให้สอดอยู่ระหว่างลิ้นกับตัวฟันจรดชนแปรง บริเวณคอฟันและขอบเหงือก (ให้ชนแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน) ขยับแปรงไปมาเล็กน้อยตามแนวราบหลายๆ ครั้ง แล้วบิดข้อมือให้ชนแปรงปัดขึ้นบน ผ่านชอกฟันและตัวฟันในบริเวณนั้นตลอดทำงาน ทั่วทุกซี่

แปรงฟันบนด้านบดเคี้ยว หงายแปรงขึ้นให้ชนแปรงสัมผัสกับตัวฟันด้านบดเคี้ยว ออกแรงแปรงเข้าออกในบริเวณนั้นโดยตลอด

สรุป การแปรงฟันจะทำให้ปากและฟันสะอาดเหงือกแข็งแรงและมีความต้านทานโรคสูง การแปรงฟันให้ปากและฟันสะอาด ขึ้นกับส่วนประกอบหลายอย่างคือ

1. ต้องมีแปรงที่ถูกลักษณะ มีขนาดพอเหมาะตามสภาพในช่องปากของแต่ละบุคคล
2. ต้องแปรงฟันให้ถูกวิธี ซึ่งมีข้อควรจำพอสรุปได้ ดังนี้
 - 2.1 แปรงฟันในทิศทางที่ฟันงอก หรือจางง่ายก็คือ ฟันล่างปัดขึ้นบน ฟันบนปัดลงล่าง
 - 2.2 เมื่อเริ่มแปรง วางแปรงในแนวนอน ให้ชนแปรงชี้เข้าหาขอบเหงือกก่อน แล้วจึงแปรงออกจากขอบเหงือกเพื่อกวาดเศษอาหารที่ติดตามร่องฟันละชอกฟันออกและให้แปรงอย่างนี้บริเวณละ 8-10 ครั้ง

- 2.3 การแปรงฟันโดยทั่วๆ ไป ไม่ควรออกแรงมากเกินไป ต้องแปรงให้ทั่วทุกซี่และทุกวัน
- 2.4 ไม่ควรรีบร้อนในการแปรงฟัน ควรใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย ประมาณ 3-5 นาที
- 2.5 ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือก่อนเข้านอนและหลังตื่นนอนหรือถ้าทำได้ควร แปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ ถ้าไม่สามารถแปรงได้ควรบ้วนปากแรงๆ
- 2.6 หลังจากแปรงฟันแล้ว ควรทำความสะอาดลิ้นโดยใช้แปรงสีฟันแปรงจากโคนลิ้นมาทางปลายลิ้นให้สะอาด

3. ไปพบทันตแพทย์หรือทันตภิบาล เพื่อตรวจและรักษาโรคฟันเป็นประจำทุก 3 เดือน ซึ่งมีเหตุผลในการไปตรวจและรักษาโรคฟันดังนี้

1. เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดทรมานจากโรคฟันผุ โรคเหงือก ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล สามารถช่วยบำบัดรักษาจากอาการดังกล่าวได้
2. เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาทันที โรคฟันและโรคเหงือกเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะการเกิดโรคนานต่อเมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้นจึงแสดงอาการต่างๆออกมา เช่นการเสียวฟันเวลาเคี้ยวอาหารเย็นจัด ร้อนจัดหรือมีเศษอาหารติดขึ้นต่อไปก็มีอาการปวดเป็นระยะๆ และปวดติดต่อกัน หรือมีอาการปวดร่วมกับอาการอักเสบ ฉะนั้นท่านควรเอาใจใส่ต่อสุขภาพช่องปากของท่าน โดยไปรับการตรวจรักษาฟันเป็นประจำทุก 6 เดือน เมื่อทันตแพทย์หรือทันตภิบาลพบสิ่งผิดปกติใดๆ ในช่องปากของท่าน ท่านจะได้รับการบำบัดรักษาทันที ซึ่งมีผลดีหลายด้านคือ

- 2.1 ในด้านเศรษฐกิจ ประหยัดเงิน กล่าวคือท่านเสียเงินเล็กน้อยในการรักษาแต่ต้นจะประหยัดได้มากกว่าการรักษาเมื่อโรคนั้นรุนแรง และการรักษายุ่งยากขึ้น
- 2.2 ในด้านเวลา เสียเวลาเพียงเล็กน้อยแล้วหายจากอาการต่างๆ ได้หมด
- 2.3 ในด้านสุขภาพ สุขภาพของเหงือกและฟันปกติดังเดิม ซึ่งมีผล ทำให้สุขภาพทั่วๆ ไปของร่างกายดีขึ้นด้วย

3. ไปปรึกษาขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคนอกจากนี้ท่านอาจจะรับทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคต่างๆ ภายในช่องปากอีกด้วย

4. การตรวจฟันด้วยตนเอง

การตรวจฟันด้วยตนเองควรตรวจภายหลังการแปรงฟัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสภาพในช่องปากของตนเอง ถ้ามีความผิดปกติจะได้รับการรักษา แต่เน้น ๆ ไม่ต้องรอให้เกิดอาการเสียว หรือปวดขึ้น จะช่วยประหยัดเวลาและไม่ทรมาน

อุปกรณ์ที่ใช้ มีกระจกส่องหน้าธรรมดา หรืออาจใช้กระจกเงาบานเล็กส่องเพื่อช่วยสะท้อนให้เห็นบริเวณที่มองไม่เห็นตรง ๆ ได้

สภาพในช่องปากที่ควรให้ความสนใจ

1. ฟันผุตั้งแต่เริ่มเป็นจุดดำ จนถึงมีการสูญเสียเนื้อฟัน ได้แก่ ฟันผุเป็นรูตื้น ๆ จนถึง ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน
2. โรคเหงือก ลักษณะมีตั้งแต่เหงือกบวมแดงมีเลือดออก มีหินน้ำลายไปจนถึง เหงือก ร่นมีหนอง
3. ความสะอาดภายในช่องปากว่ามีคราบอาหารติดตามตัวฟันหรือไม่ ถ้าพบสภาพดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งมีความผิดปกติอื่น ๆ ควรปรึกษาทันตบุคลากร

วิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง

1. ตรวจฟันหน้าบนและล่าง ยิ้ม ยิงฟันกับกระจกให้เห็นฟันหน้าทั้งหมด ทั้งตัวฟันและเหงือก
 2. ตรวจฟันกรามด้านติดแก้ม ยิ้มกว้าง ไปถึงฟันกราม อาจใช้นิ้วมือช่วยดึงมุมปากเพื่อให้เห็นชัดเจน
 3. ตรวจด้านในของฟันล่าง ก้มอ้าปากกว้าง กระจกกลิ้งขึ้นเวลาตรวจฟันกรามล่าง
 4. ตรวจด้านบดเคี้ยวของฟันกรามล่าง อ้าปากดูด้านบดเคี้ยวของฟันล่าง
 5. ตรวจฟันบนด้านเพดาน และด้านบดเคี้ยว เงยหน้าอ้าปากดูในกระจกและ
- ในส่วนของฟันหน้าด้านเพดาน ควรใช้กระจกส่องปากช่วยสะท้อนให้เห็นฟันด้านใน

ถ้าผิดปกติ

๑ พฤติกรรมการปฏิบัติ

พฤติกรรม หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การคิด ความรู้สึก ความสนใจ เป็นต้น

พฤติกรรมเป็นผลที่เกิดจากการกระทำปฏิกิริยาของ อินทรีย์ (Organism) กับ สิ่งแวดล้อม (Environment) จะมีผลออกมาในรูปที่สังเกตได้ด้วยบุคคลอื่นและที่สังเกตไม่ได้ พฤติกรรมดังกล่าวมีส่วนประกอบด้วยกัน 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)

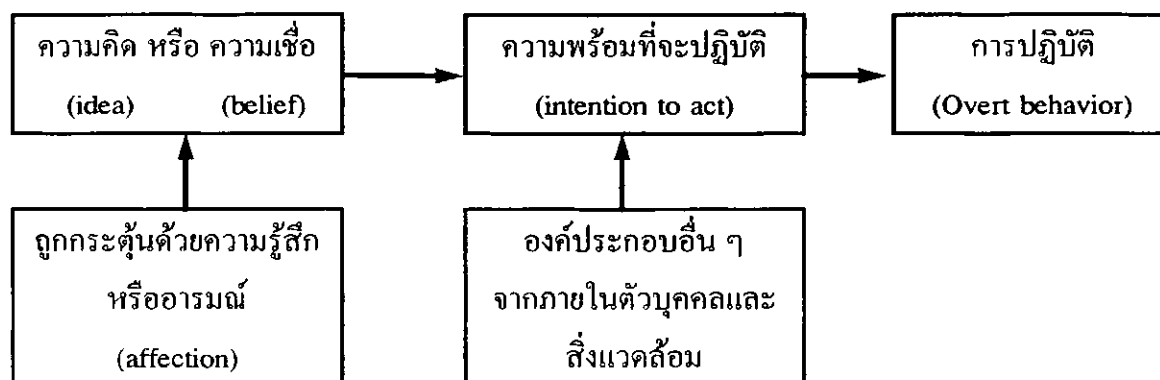
พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรับรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้หมายถึงความถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้เกิดภายในจิตใจของบุคคลและเป็นส่วนหนึ่งที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมด้านอื่น ๆ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาเป็นองค์ประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถวัดผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงาน เช่นทางการศึกษา การสาธารณสุข โรคิช (Rokeach) กล่าวว่า เจตคติทุกอย่างของบุคคลเป็นส่วนที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือมีส่วนประกอบทางด้านการปฏิบัติหรือทางพฤติกรรม (Behavior Component) นั่นเอง เหตุผลก็เพราะว่าความเชื่อทุกความเชื่อที่รวมตัวกันเข้าเป็นเจตคติ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อด้านการอธิบายประเมินค่า หรือการสนับสนุนก็ตาม จะเป็นตัวแทนของความพร้อมในการจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 26) การทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติของบุคคลนั้น โคแทนดอปานี (Kothandapani. 1971 : 9) ได้เสนอแนะวิธีการที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมอาจทำได้โดยการวัดเจตคติของบุคคลในด้านต่างๆ 3 ด้าน คือ ความรู้สึก ความเชื่อ และความตั้งใจที่จะกระทำ และขณะเดียวกันก็ศึกษาพฤติกรรม หรือ การปฏิบัติจริง จากแนวความคิด พอสรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของการเกิดพฤติกรรมปฏิบัติ

ที่มา : Kothandapani. 1974 : 9

จากรายละเอียดที่กล่าวมา พฤติกรรมนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้านแต่มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการแสดงออกขั้นสุดท้าย ส่วนในด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไป และมีเป้าหมายสุดท้ายเหมือนกันก็คือ การให้ประชาชนปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน การตัดเล็บรักษาความสะอาด ฯลฯ อุบล เลี้ยววารินทร์ (2534 : 30) ได้กล่าวว่า บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยแข็งแรงมักจะเป็นบุคคลที่รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยของตนโดยการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระเบียบ มีวินัย ควบคุมตนทั้งด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันการติดโรค และการเกิดโรค พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้รวมเรียกว่าพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนั้นคงจะมี แนวคิดเกี่ยวกับโรค และการเกิดโรค หรือสภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง กระบวนการเกิดโรคหรือภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายนั้นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก ตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และตัวเชื้อโรค (ถ้าโรคนั้นเกิดจากการติดเชื้อ) การที่บุคคลจะเกิดโรคได้นั้นย่อมขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ และเมื่อเป็นโรคแล้วการจะให้หายจากโรคบุคคลนั้นต้องปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งจึงจะทำให้หายจากโรคนั้น จะเห็นว่าพฤติกรรมปฏิบัติมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนเกิดโรคและขณะเกิดโรคหรือเจ็บป่วย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28 - 31) ได้แยกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. พฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive Health Behavior)
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick - Role Behavior)



พฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive Health Behavior)

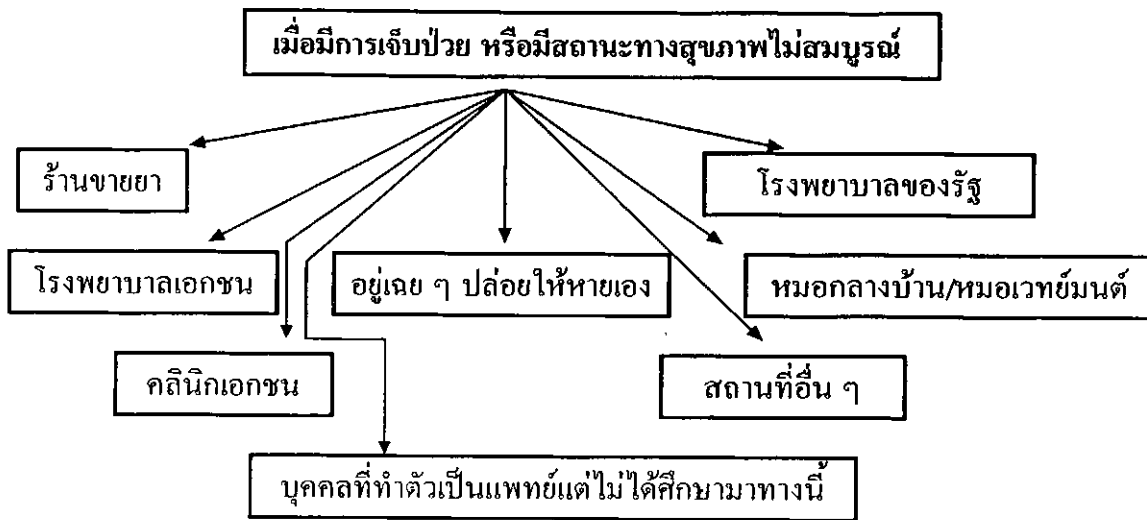
พฤติกรรมป้องกันการโรคนี้เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล จะเห็นว่า ตั้งแต่เข้าคนเราปฏิบัติภารกิจส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น นับตั้งแต่การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร การพักผ่อน การปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตใจ การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดบ้านเรือน สิ่งแวดล้อม ฯลฯ จะเห็นว่าการปฏิบัติที่กล่าวมาจะต้องทำให้ถูกต้อง เหมาะสมจึงจะช่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และชุมชนได้ พฤติกรรมการป้องกันการโรคนอกจากจะเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันแล้วยังจะต้องรวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีน ตลอดจนการไปพบแพทย์ ทันตแพทย์เพื่อตรวจร่างกายเป็นประจำ การไปรับบริการการป้องกันการโรคนี้ถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มหนึ่งซึ่งงานทางด้านสุขศึกษาถือเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งที่จะมุ่งหวังให้เกิดกับประชาชนในทุกชุมชน

โดยสรุปพฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันของบุคคลเพื่อไม่ให้เกิดโรค และการปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick - Role Behavior)

เมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ฯลฯ หรือ ทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง คิดกลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว ฯลฯ อาการเหล่านี้ซึ่งผิดแปลกไปจากคนปกติ อาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตามกิจได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้เรียกว่า เกิดการเจ็บป่วย หรือ มีโรค

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะมีการปฏิบัติตนแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม สถานบริการในชุมชน ฯลฯ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจได้แก่ การไปรับบริการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การไปตรวจตามนัด เป็นต้น การปฏิบัติต่าง ๆ เหล่านี้รวมเรียกว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยนั้นอาจทำได้หลายประการ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 การปฏิบัติตนของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 31

จะเห็นว่าประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติแตกต่างกันไป ตามองค์ประกอบทางสังคม วัฒนธรรม และองค์ประกอบเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นในการที่จะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องนั้น สุขศึกษาจะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะทำให้ประชาชนได้เกิดความรู้เกิดแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสมเพื่อให้หายจากโรค

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ (Belief) นั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach. 1970) ส่วนเอจเซนและฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein. 1980 : 80) กล่าวว่า ความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Intention) และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (Behavior) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งทฤษฎีของเอจเซนและฟิชเบน นี้เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการกระทำความผิดพฤติกรรม ในด้านความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น แอนเดอร์สัน (Anderson) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการจูงใจที่จะใช้บริการทางด้านสุขภาพ และ

เจตคติที่มีต่อการใช้บริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งความรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคนั้น (Kirscht. 1974 : 396) จะเห็นได้ว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของมนุษย์ แม้กระทั่งในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้เริ่มกำเนิดจากแนวความคิดของ เกรท เลวิน (Kurt Lewin) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ที่กล่าวว่า โลกของผู้รับรู้จะเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของการรับรู้ ซึ่งหมายถึงความเชื่อด้านสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวจะไม่มีผลต่อการกระทำ ยกเว้นเสียแต่ว่าสิ่งแวดล้อมนั้นจะอยู่ในการรับรู้ หรือในจิตใจของบุคคลนั้น (Marshall. 1974 : 2)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1966 โรเซนสตอค (Rosenstock) ได้นำมาจัดตั้งเป็นแบบแผนของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยนำเอาจิตวิทยาสังคมเข้ามาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่ได้แสวงหาการป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าเขาไม่มีแรงจูงใจ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ยกเว้นในกรณีที่บุคคลมีการรับรู้ว่าเขามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค พอสรุปได้ว่าองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อของโรเซนสตอค จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการลดโอกาสเสี่ยง

หรือ ช่วยลด ความรุนแรงของโรค (Rosenstock. 1974 : 330)

ต่อมา เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman. 1974 : 348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่ออธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลที่นำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาตนเอง โดยเน้นที่แรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค และปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านพฤติกรรมสังคมที่จะชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) การเสนอแนวความคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ให้ดีขึ้น สรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยของบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์

หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้ตรวจร่างกายหรือวินิจฉัยโรค ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วยในเรื่องของ

1.1 ความเชื่อของผู้ป่วยต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยถึงโอกาสเป็นโรคซ้ำ หรือเกิดอาการของโรคขึ้นมาอีก

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคอื่น ๆ หรือการเกิดโรค

แทรกซ้อนต่าง ๆ และจากการศึกษาวิจัยของ เบคเกอร์ สรุปได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการ ป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et al. 1977 : 366)

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อ ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงและกระทบกระเทือนต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิด อันตรายหรือกระทบกระเทือนต่อสถานะทางสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking Action and The Barriers to Taking Action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตาม คำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย หรือการเป็นโรคได้ และมีความ เชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี เหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริงโดยไม่มีอุปสรรคหรือ ความยุ่งยากที่จะกีดขวางต่อการปฏิบัตินั้น ๆ ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ของโรคเป็นอย่างดี แต่ถ้าขาดความร่วมมือ และการยอมรับในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว บุคคล นั้นจะไม่สามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้

4. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง สภาพของอารมณ์ ความรู้สึกเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่ง อาจมาจากภายใน หรือภายนอกตัวบุคคล เช่น เมื่อเจ็บป่วยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามนั้นขึ้นอยู่กับ ระดับของแรงจูงใจว่ามาก น้อยเพียงใด

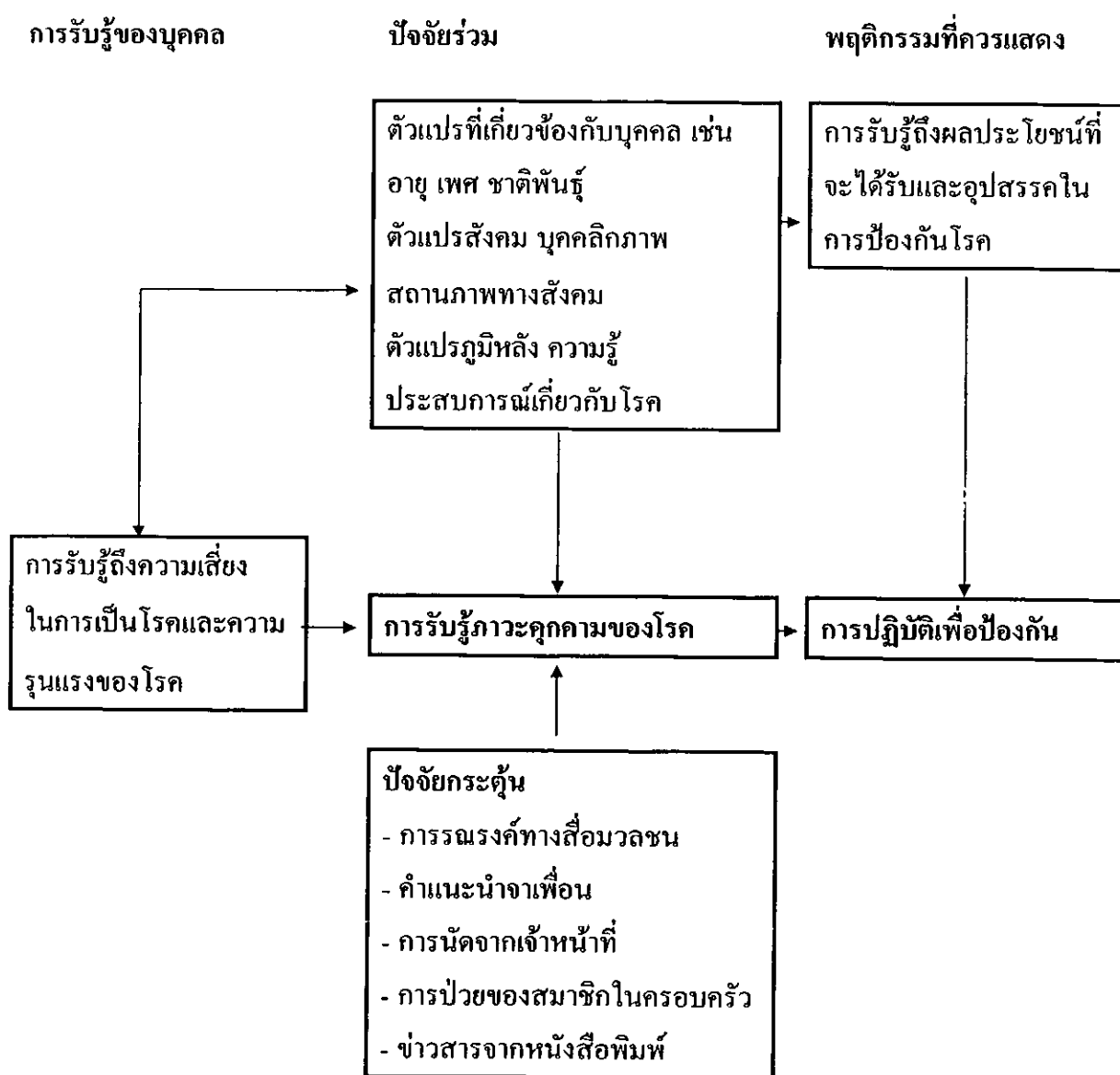
5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของ ผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่ให้การทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ อย่างสม่ำเสมอ มี 3 ตัวแปร คือ

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

5.2 ความต่อเนื่องของการไปตรวจรักษา

5.3 ตัวแปรด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ ที่จะเป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action)

สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ตามกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker) ดังนี้



ภาพประกอบ 8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Mashall H.Becker. 1974 : 7

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

ชินกิ้น ๖๑

1. งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน

1.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

✓ แลงลี (Langlie. 1977 : 244 - 260) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งพฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่ การซื้อของ การเดินทาง พฤติกรรมทางตรง ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การใส่ยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้

แอนดีโอไล (Andreoli. 1981 : 323 - 328) ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 71 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรค ✕

แฮลลอน (Hallal. 1982 : 137 - 142) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมของเพศหญิง ในกลุ่มตัวอย่าง 201 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น ✕

✓ อัลลาร์ด (Allard. 1989 : 448 - 452) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 - 65 ปี จำนวน 1,072 คน พบว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อย และมีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มาก เรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ✕

กันโรคเอดส์ และยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ

✓ มอนท์ โกเมอร์ และคณะ (Montgomery SB;et.al. 1989) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของ X
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดย
การศึกษาแบบ Cohort เป็นเวลานาน 18 เดือน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และ
ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันโรคเอดส์ ส่วนในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นไม่สามารถวัดความ
สัมพันธ์ออกมาได้ ✓

บัซซ์ และแอนนอทท์ (Bush PJ,Iannotti RJ. 1990 : 69 - 86) ศึกษาถึงความสัมพันธ์
ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กวัยรุ่น จำนวน 270 คน พบว่า การรับรู้
ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิด
อาการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.2 งานวิจัยในประเทศไทย

✓ สมทรง สุทธิศิลป์ (2529) ศึกษาความเชื่อ และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการ X
ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตร ในเขตพื้นที่ยากจนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 386 คน
พบว่า รายได้ต่อครัวเรือนต่อปีของมารดา การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลในการกำหนด
พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ต่อครัวเรือนต่อปีมากจะมี
พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากกว่ามารดาที่มีรายได้ต่อครัวเรือนต่อปีปานกลางและน้อย
เช่นเดียวกันมารดาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่า
มารดาที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน
100 ราย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึง
ประโยชน์-อุปสรรคต่อการรักษา และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ
รักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ส่วนการ
เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจที่แตก

ต่างกัน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่แตกต่างกัน

✓ พนมศรี เสาร์สาร (2531) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการตรวจที่หน่วยกามโรค จำนวน 380 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ระดับข่าวสารและโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคเอดส์ ✕

สุริ โอภาสศิริวิทย์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-40 สัปดาห์ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับการดูแลตนเอง หมายความว่า ถ้ามีอุปสรรคมากจะทำให้ดูแลตนเองได้ไม่ดี และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ในเรื่องปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือนนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก

✓ สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ จำนวน 150 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นกามโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค และยังพบว่าระยะเวลาในการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ ส่วนในเรื่องของอายุ ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค ✕

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาโรอินทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดชั้นถอนพิษ ที่วัชรพยาบาล จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ✕

เอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ แต่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ การศึกษาปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 5.12

✓ ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค จำนวน 200 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค และฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เรื่องโรคสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ร้อยละ 18.80 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้าน การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

✓ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคตับอักเสบบีไวรัสบี ในคู่สมรสของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคตับอักเสบบีไวรัสบี และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีไวรัสบี ในคู่สมรส คือ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย โดยมีอำนาจทำนายร้อยละ 22.28

✓ จินตนา เหลืองสุวลัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในเขตชุมชนแออัดคลองบางชื่อ จำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนในเรื่องของระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ คือวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อย แต่พบว่า วัยรุ่นอายุน้อย และเป็นโสด ไม่มีโอกาส

เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และประสบการณ์การป่วยเป็นกามโรค ส่วนปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่างมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ดีที่สุด

นิตยา เข็นฉ่ำ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 162 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ คือผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ดี แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ย ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่นั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่

รุ่งศรี ศศิธร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคณงานก่อสร้าง จำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และปัจจัยชักนำภายนอกนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ส่วนปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

✓ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของคณงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี จำนวน 210

คน พบว่า ลักษณะงาน รายได้ครอบคลุม การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิกาโคชิส และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิกาโคชิสได้ร้อยละ 25.20

บุญกร สุรรังสรรค์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจร ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 320 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ ระดับการศึกษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำภายนอกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ส่วนปัจจัยที่ทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันมลพิษทางเสียง คือ สิ่งชักนำภายนอกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำภายใน และระดับการศึกษา ซึ่งมีอำนาจในการทำนายได้ ร้อยละ 30.37

✓ รุ่งศรี ยิ่งทอง (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและการรับรู้ทั้งสามด้าน (โอกาสเสี่ยง/ความรุนแรง/ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติ) อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ รายได้ การรับรู้ถึงประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นพบว่า รายได้ ค่านิยมทางสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระดับการศึกษา อายุ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 34.18

สุรินทร์ กลัมพากร (2538) ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาของผู้ใช้เข็มฉีดยาตามปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการใช้เข็มฉีดยา สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติโดยรวม สิ่งชักนำภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการใช้

เข้มขันนิริภัย สิ่งชักนำภายใน สิ่งชักนำภายนอก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้เข็มขันนิริภัย ได้ร้อยละ 41.25

2. งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติเกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

โฮล (Houle. 1982 : 256 - 261) ได้ศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ทางด้านทันตสุขภาพจาก ประสพการณ์เรียนรู้ทางทันตสุขภาพในระยะยาวในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ในรัฐไอแลนด์ จำนวน 3 โรงเรียน โดยโรงเรียนที่ 1 สอนตามหลักสูตรศึกษาโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ โรงเรียน ที่ 2 สอนโดยนักสุขภาพ โดยกาบรรยายอภิปรายและโรงเรียนที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมไม่มีการสอน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มที่ 1 มีความรู้และการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ 2 และที่ 3

ปีเตอร์เซน (Petersen. 1989 : 53 - 59) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตกรรม ป้องกัน ของกลุ่มคนงานในประเทศเดนมาร์ก ลักษณะของโปรแกรมนั้นต้องให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมและเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ในที่ทำงาน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับทันตกรรมป้องกัน ดีวก่อนทดลอง

ฮัสซาลา (Hyssala. 1992 : 125 - 129) ได้ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของพ่อในครอบครัวรุ่นใหม่ ในประเทศฟินแลนด์ พบว่าระดับความรู้ของภรรยาจะเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมทันตสุขภาพของสามี และในครอบครัวที่ภรรยามีระดับความรู้สูง บุตรจะมีสภาวะช่องปากดีกว่าครอบครัวที่ภรรยามีระดับความรู้ต่ำ

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

2.2.1 ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ

จิรา โพธิ์พัฒนชัย (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกัน โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ในหญิงตั้งครรภ์ โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ในการสร้างโปรแกรมทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังได้รับทันตสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมกาปฏิบัติ ตัวในการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ดีวกกลุ่มควบคุม

รำพึง ขรบัณฑิต (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ในนักเรียนประถมศึกษา โดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมทันตสุขศึกษา นักเรียนมีการประเมินอันตราย การประเมินปัญหา การปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง

2.2.2 สถานภาพโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ดุษฎี ยั่งยืน (2531 : 1 - 15) ได้ศึกษาสถานภาพโรคฟันผุในเด็กเขตชนบท อายุ 7-12 ปี จำนวน 641 คน พบว่าสถานภาพโรคฟันผุต่ำกว่าเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร และมีลักษณะสมมาตรกันของสถานภาพโรคฟันผุในฟันถาวรข้างซ้ายและขวา

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุลและคนอื่น ๆ (2534 : 186 - 192) ได้ศึกษาอัตราผุ ถอน อุด ทั้งชนิดเป็น ซี่/คน และ ด้าน/คน ในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 2-6 ปี ในฟันถาวรของเด็กอายุ 7-12 ปี ที่เข้ามาใช้บริการตรวจทางคลินิกและได้รับการถ่ายภาพรังสีชนิดในทวิภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 831 คน ใน พ.ศ. 2513, 2518, 2523, 2528 และ 2531 พบว่า

1. อัตราผุถอนอุดเป็นซี่/คนในฟันถาวรเด็กอายุ 7-12 ปี ลดจาก 4.92 ใน พ.ศ. 2513 เป็น 2.39 ใน พ.ศ. 2531 และลดจาก 8.06 เป็น 3.75 ด้าน/คน
2. ในเด็ก 2-6 ปี อัตราผุถอนอุดในฟันน้ำนมเป็น ซี่/คน ลดจาก 12.47 ใน พ.ศ. 2513 เป็น 4.55 ใน พ.ศ. 2528 แต่เพิ่มเป็น 5.3 ใน พ.ศ. 2531 และอัตราการผุเป็น ด้าน/คน ลดจาก 36.61 ด้าน/คน ใน พ.ศ. 2513 เป็น 12.30 ใน พ.ศ. 2528 แต่เพิ่มเป็น 14.21 ใน พ.ศ. 2531
3. อัตราผุถอนอุดในฟันน้ำนมทั้งเป็นซี่หรือด้านต่อคนไม่แตกต่างกันในเด็กหญิง หรือ เด็กชาย ในปีต่าง ๆ ที่ทำการศึกษา
4. อัตราผุถอนอุดในฟันถาวรทั้งชนิด ซี่/คน และ ด้าน/คนของเด็กหญิงจะมากกว่าเด็กชายใน พ.ศ. 2513, 2518 และ 2528 แต่จะไม่ต่างกัน ใน พ.ศ. 2531
5. อัตราผุถอนอุดเป็น ซี่/คน ด้าน/คน ของฟันถาวรเด็กอายุ 12 ปี และฟันน้ำนมเด็กอายุ 6 ปี จะมีค่าสูงกว่าจากการสำรวจเด็กกรุงเทพมหานครของกระทรวงสาธารณสุข
6. อัตราผุถอนอุดในฟันถาวรเด็กอายุ 12 ปี กลุ่มนี้ เท่ากับ 3.84 ซี่/คน ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ซึ่งตั้งไว้ว่าควรเป็น 3.00 ซี่/คน และเป้าหมายชาติคือ 1.50 ซี่/คน ใน พ.ศ. 2543

พิสมร ตันทุกะสิริและคนอื่น ๆ (2535 : 35 - 40) ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ภายหลังการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปาที่มีความเข้มข้น 0.70 PPM ในเขตประปาท้องถิ่น อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าค่าของฟันผุ อุด ถอน นับเป็นด้าน (DMFS) ในฟันแท้ของเด็กในท้องถิ่นที่ใช้น้ำประปาปรับระดับฟลูออไรด์เท่ากับ 2.05 ด้านต่อคน ซึ่งน้อยกว่า ค่าฟันผุ อุด ถอน ของเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่นอกเขตประปา มีค่าเท่ากับ 2.25 ด้านต่อคน เด็กที่ได้รับฟลูออไรด์จะมีอัตราฟันผุลดลงร้อยละ 33.22 มีอัตราการปลอดจากโรคฟันผุ ร้อยละ 54.34 ขณะที่อัตราการปลอดจากโรคฟันผุในเด็กกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเท่ากับร้อยละ 36.87 และอัตราการสูญเสียฟันประชิด ในเด็กกลุ่มทดลองน้อยกว่าเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างเห็นได้ชัด

ระวีวรรณ ปัญญางาม และยุทธนา ปัญญางาม(2534 : 207 - 273) ได้ศึกษาสถานภาพโรคฟันผุของฟันน้ำนมเด็กอายุ 7-60 เดือน ในเขตกรุงเทพมหานครที่มาจากครอบครัวซึ่งด้อยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม จำนวน 2,700 คน พบว่า ฟันน้ำนม เริ่มพบรอยผุปรากฏในฟันตัดกลางขึ้นบนเป็นลำดับแรก เมื่อเด็กมีอายุในช่วง 7-12 เดือน แนวโน้มการผุของฟันตัดบนสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 13-36 เดือน หลังจากนั้นอัตราการผุค่อนข้างคงที่ ส่วนฟันกรามบนและฟันล่าง มีแนวโน้มการผุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อมีอายุ 3 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น โดยเด็กที่มีฟันตัดบนผุ หรืออุดตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ในอัตรา 4.94, 6.91, 12.09 และ 13.38 เท่าของเด็กที่มีฟันตัดบนไม่ปรากฏรอยผุหรืออุดเมื่อเด็กมีอายุในช่วง 37-42, 43-48, 49-54 และ 55-60 เดือน ตามลำดับ

ระวีวรรณ ปัญญางามและโอเบเอื้อ เจริญทรัพย์ (2535 : 41 - 48) ได้ศึกษาตัวการผุของฟันแท้ของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อายุ 6-12 ปี จำนวน 728 คน พบว่า อัตราความชุกของโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 73.90 โดยอัตราความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มฟันกรามเป็นร้อยละ 25.40, 35.31, 44.42, 55.04, 52.49, 50.41 และ 47.47 ในเด็กอายุ 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12 ปีตามลำดับ

สุวานีย์ จินตยงค์คุณ (2537 : 116 - 127) ได้ศึกษา สภาวะโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีสภาวะทุพโภชนาการอายุ 7-12 ปี พบว่าการศึกษาสภาวะโรคฟันผุของฟันกรามซี่แรก ในเด็กนักเรียนที่มีสภาวะโภชนาการขาดแคลน จำนวน 402 คน กับนักเรียนที่มีสภาวะโภชนาการปกติ 408 คน พบว่า มีดัชนีบ่งชี้สุขภาพในช่องปาก ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ค่าเฉลี่ยฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันถอนของเด็กกลุ่มที่มีสภาวะโภชนาการปกติ มีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่มีสภาวะ

โภชนาการขาดแคลน และพบว่า ค่าเฉลี่ยฟันผุของเด็กที่มีสภาวะโภชนาการปกติ มากกว่าเด็กกลุ่มที่มีสภาวะโภชนาการขาดแคลน

คารศ บวรสิทพงษ์และคนอื่น ๆ (2531 : 56 - 64) ได้ศึกษาโรคเหงือกอักเสบในเด็กนักเรียนประชากรที่มีอายุระหว่าง 9-12 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 420 คน เพื่อหาดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI) และดัชนีเหงือกอักเสบ (GI) พบว่าร้อยละ 90.80 ของเด็กมีอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ($OHI \geq 3.10$) และร้อยละ 93.80 มีโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับปานกลาง ($GI \geq 1.1$) สำหรับสภาพอนามัยช่องปากของนักเรียนทั้งกลุ่ม อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ($OHI = 4.10$) ขณะที่ความรุนแรงของเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง ($GI = 1.40$) การสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กในจังหวัดเชียงใหม่ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคปริทันต์ในอัตราสูงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันควรเริ่มทำตั้งแต่วัยเด็ก

วารุณี อาริราษฎร์ (2534) ได้ศึกษา ภาวะโรคปริทันต์และการรักษาที่จำเป็นในนักเรียนประถมศึกษาอายุ 12 ปี สังกัดกรุงเทพมหานคร อายุ 12 ปี จำนวน 720 คน ด้วยดัชนีวัดสภาวะปริทันต์ (CPITN) พบว่า เป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 100.00 โดยร้อยละ 92.50 มีภาวะโรคปริทันต์สูงสุดที่ระดับ 2 (มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 6.53 มีภาวะโรคปริทันต์สูงสุดที่ระดับ 1 (มีเลือดออก) ร้อยละ 0.97 มีภาวะโรคปริทันต์สูงสุดที่ระดับ 3 (ร่องลึก 4-5 ม.ม.) และไม่พบภาวะโรคปริทันต์สูงสุดที่ระดับ 4 (ร่องปริทันต์ลึกมากกว่า 6 ม.ม.) ในนักเรียนทุกคน ส่วนความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาโรคปริทันต์ พบว่า นักเรียนทั้งหมดต้องได้รับการแนะนำ การรักษาอนามัยช่องปากและร้อยละ 93.44 จำเป็นต้องได้รับการขูดหินน้ำลาย

2.2.3 ปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ทิพาพร วังกิ่งคำและคนอื่น ๆ (2530 : 34) ได้ศึกษา เชิงทดลองกับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนประถมศึกษา 59 โรงเรียน ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองจำนวน 49 คน ซึ่งได้รับการขูดหินปูน และมีโปรแกรมแปรงฟันถูกวิธี กลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน ซึ่งมีโปรแกรมการแปรงฟันถูกวิธีเพียงอย่างเดียว การประเมินผลการศึกษาใช้ดัชนีสภาวะเหงือกอักเสบ (Dental index 3) พบว่ากลุ่มทดลองจะมีระดับความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สิริวรรณ ทราชน้อย (2535 : 262 - 267) ได้ศึกษา อิทธิพลของความรู้ในการสอนการแปรงฟัน ต่อสภาวะอนามัยในช่องปากของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 374 คน พบว่า ได้รับการสอนทบทวนการปฏิบัติการแปรงฟันเป็นระยะทุก 1, 2 และ 6 เดือน ต่อครั้งตามลำดับ การทดลองใช้ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าเด็กวัย 6-9 ปี จำเป็นต้องมีการสอนทบทวนหรือกระตุ้นให้มีการแปรงฟันเป็นระยะทุก 1, 2 และ 3 เดือนต่อครั้ง และไม่ควรรนานเกินกว่า 3 เดือนต่อครั้ง เด็กกลุ่มที่สอนทบทวนใช้ความรู้ 1 เดือนต่อครั้งมีสภาวะอนามัยในช่องปากสะอาดดีที่สุดที่สุดใน 4 กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดระยะทดลองช่วง 6 เดือน นอกเหนือจากความรู้หรือความบ่อยครั้งของการสอนทบทวน รูปแบบและวิธีการสอนก็มีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และพฤติกรรมอนามัยทันตสุขภาพที่ต่อเนื่องกัน

ประ โยชน์ เพ็ญสุดและคนอื่นๆ (2535) การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการสอนวิชาทันตสุขศึกษาโดยชุดการเรียน วิธีเรียนโดยรับฟังการบรรยายโดยครู และเรียนโดยฟังบรรยายโดยทันตภิบาลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 92 คน พบว่า วิธีบรรยายหน้าชั้นเรียนได้รับการสนใจมากกว่าการให้เด็กนักเรียนอ่านเอง เด็กนักเรียนสามารถได้รับความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และนักเรียนมีโอกาสดูถามข้อสำคัญได้ในทันทีที่ไม่เข้าใจ ส่วนการเปรียบเทียบการบรรยายหน้าชั้นเรียนระหว่างครูกับทันตภิบาล ปรากฏว่าครูสอนได้ดีกว่า เด็กนักเรียนให้ความสนใจในเนื้อหามากกว่าทันตภิบาลเป็นผู้สอน

ประ โยชน์ เพ็ญสุด (2532) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบการรับรู้ด้วยตนเองกับสภาวะโรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 โดยกลุ่มหนึ่งจะได้รับการสอนทันตสุขศึกษาอย่างสม่ำเสมอ โดยทันตแพทย์อีกกลุ่มไม่ได้รับการสอนทันตสุขศึกษา ทันตแพทย์จะสัมภาษณ์นักเรียนทั้งสองกลุ่มในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุของตนเอง ความต้องการรักษาทางทันตกรรม ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันฟันผุ และแหล่งความรู้ด้านทันตสุขศึกษาที่ได้รับ จากนั้นทำการตรวจสอบสภาวะโรคฟันผุในช่องปาก พบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนทันตสุขศึกษาอย่างสม่ำเสมอ สามารถรับรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุของตนได้ดีกว่านักเรียนกลุ่มที่ไม่ได้รับทันตสุขศึกษา และนักเรียนที่ได้รับการสอนทันตสุขศึกษาจะสามารถรับรู้รอบโรคฟันผุในระยะเริ่มแรกได้เร็วกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับ

8.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาปฏิบัติกับลักษณะชีวสังคม

3.1 เพศ

เพศเป็นลักษณะหนึ่งของบุคคลที่จะกำหนดบทบาททางสังคม ในการปฏิบัติและพฤติกรรม การแสดงออก ปัจจัยทางเพศมีอิทธิพลต่อเจตคติด้านสุขภาพ เพศจึงเป็นตัวกำหนดว่า ควรทำ หรือ ไม่ควรทำพฤติกรรมใด ดังที่ โอเรม ได้กล่าวว่า "เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และสวัสดิภาพของบุคคล" (Orem. 1988 : 235 - 238) และจากการศึกษา งานวิจัยที่สนับสนุนแนวความคิดนี้มีดังนี้

จากการศึกษาของไนมีและคณะ พบว่า เพศหญิงมักมีความสนใจในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่"ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง วอล์กเกอร์และคณะ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย (นิรนาท วิทยาโชติคุณ. 2534 : 21 อ้างอิงจาก Neimi,et al. 1988; Walker,et al. 1988) และ การศึกษาในเด็กไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่าเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย (สุรีย์ จันทร์ โมลี และคณะ. 2527 ; วิณา ทองวิเศษสุข. 2528; เฉลลา เพียรชอบ. 2529) และจากการศึกษาของ ประยดา แก้วดวงเทียน (2533) เกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลผิวหนัง พบว่า นักเรียนหญิงมีความเอาใจใส่ดูแลผิวหนังของตนเองมากกว่านักเรียนชาย และ รัชนิวรรณ จินธรรม (2531) ศึกษาในนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาพบว่านักศึกษาหญิงมีมีโนทัศน์ทางสุขภาพและการดูแลตนเองดีกว่านักเรียนชาย

ส่วนในเรื่องทันตสุขภาพ จากการศึกษาของ อัมพร ศาสตร์ (2521) ได้ศึกษาสภาพช่องปากในเด็กวัยรุ่น พบว่าเด็กหญิงรักษาความสะอาดช่องปากได้ดีกว่าเด็กชาย ซึ่งสอดคล้องกับ สายสุนีย์ ทับทิมเทศ (2528) ที่ศึกษาผลการอดได้รอได้ที่มีต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ ซึ่งพบว่า นักเรียนหญิงมีการปฏิบัติตัวด้านทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนชาย และภัทริรา บุญเสริมส่ง (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมกาปฏิบัติดีกว่านักเรียนชาย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติและการดูแลตนเอง ได้แก่ การศึกษาของ สุภาพ กลีบบัว (2524) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ด้านอนามัยและสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพเหงือกและฟัน และจากการศึกษาของ วรวรรณ เหนือคลอง (2534) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแล

ตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังการได้รับรังสีรักษา พบว่าไม่พบความแตกต่างในการดูแลตนเองของเพศหญิงและเพศชาย แสดงว่าเพศยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติ

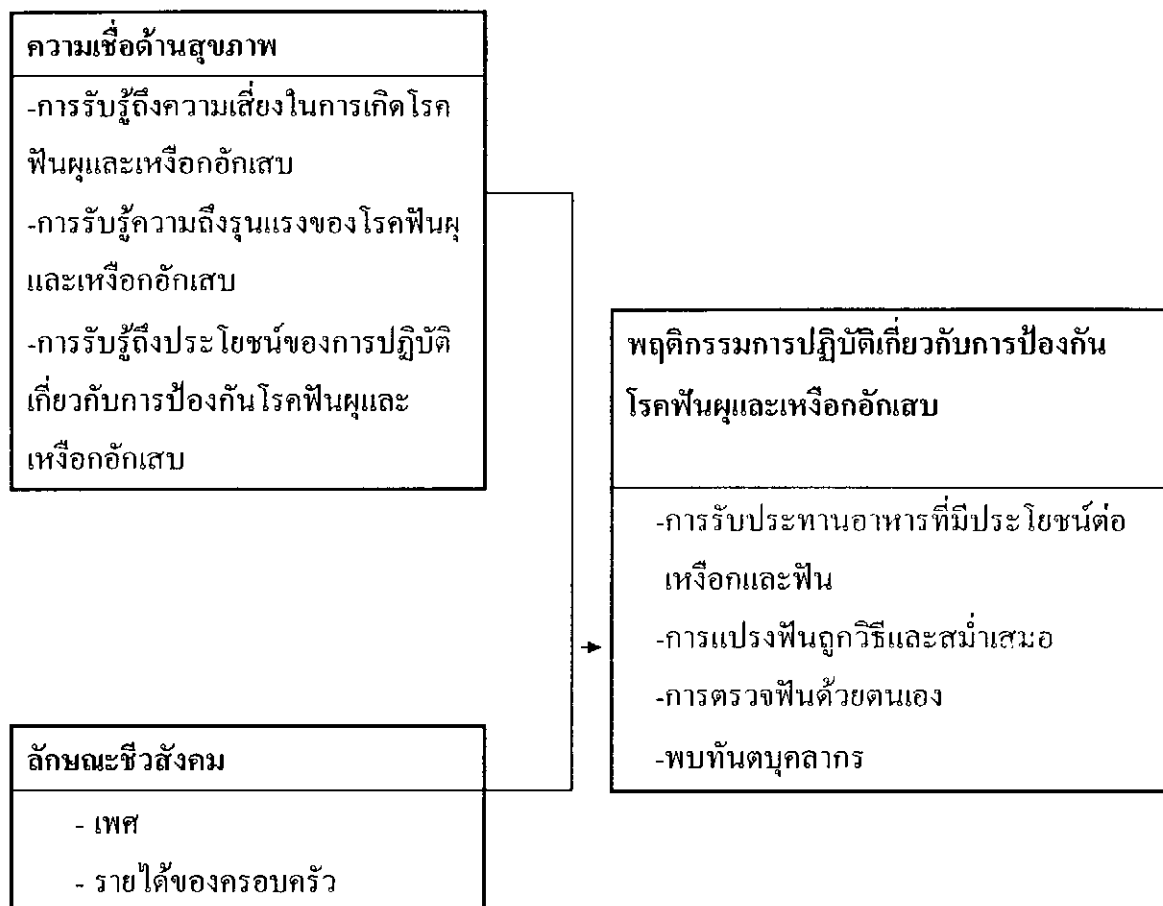
3.2 รายได้ของครอบครัว

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสามารถวัดได้จากรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค จากการศึกษานี้ของโคเบอร์น์และโปป (Coburn and Pope, 1974) พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านส่งเสริมและด้านป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมและป้องกันโรคสูงกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ สิมิเลย์ และคณะ (Similey et al. 1972 : 476 - 481) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก พบว่า เด็กที่เจ็บป่วยบ่อยส่วนใหญ่มากจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้การนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันของครอบครัวในกลุ่มนี้มีน้อยมาก และกรีน (Green, 1970 : 341) ยังพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จะพานบุตรไปรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง ซึ่งขัดแย้งกับรันดอลล์และวีลเลอร์ (Randall and Wheeler, 1973) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของระดับรายได้กับพฤติกรรมการใช้บริการการป้องกันสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรค พบว่าระดับรายได้ของครอบครัวมีผลต่อการใช้บริการในการป้องกันโรคเพียงเล็กน้อย

ส่วนการศึกษางานวิจัยในประเทศ ลำดวน ภาวครานนท์ (2516 : 110 - 141) ได้ศึกษาวิจัยในเด็กเล็ก พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ระดับปานกลางทั้งในเมืองและในชนบทได้รับวัคซีนป้องกันโรคมกกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ และวชิรา กสิโกศล (2521) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก พบว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำแต่จากการศึกษาของ วัลภา ผิวทน (2527) ที่ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมกับความร่วมมือของมารดาในการพานบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการพาดูแลบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ได้มีผู้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประเด็นต่าง ๆ เช่น จากการศึกษาของเอี่ยมพร

กานจนรังสีชัย (2532) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 55.116 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) และนภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี ได้ร้อยละ 22.28 และร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคชิลิโคซิสได้ร้อยละ 25.20 ตามลำดับ แต่ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนสุขภาพพบว่าไม่มีงาน วิจัยใดที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและ เหงือกอักเสบ ของนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนได้ดีกว่าตัวแปรใดเพียงตัวแปรเดียว
2. ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียน และลักษณะชีวสังคมสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้
3. นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ
4. นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่จะศึกษาในครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2539 ในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวนโรงเรียนที่จัดการสอนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รวมทั้งสิ้น 431 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียน 8,913 คน เป็นนักเรียนหญิง 4,334 คน เป็นนักเรียนชาย 4,579 คน (วางแผน, ฝ้าย. 2539)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีการศึกษา 2539 จำนวน 383 คน นักเรียนชาย 207 คน นักเรียนหญิง 176 คน โดยใช้การคำนวณจากสูตรของยามานะ (Yamane. 1967 : 581) กำหนดขนาดตัวอย่างของประชากร ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง

แทนค่า

$$383 = \frac{8,913}{1 + 8,913(.05)^2}$$

เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

(Multistage Random Sampling)

1. สุ่มสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ จากทั้งหมด 16 สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอมา 8 สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 50 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
2. สุ่มกลุ่มโรงเรียนที่อยู่ใน 8 สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ มาสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอละ 1 กลุ่มโรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
3. สุ่มตัวอย่างโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มโรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใน 1 กลุ่มโรงเรียน สุ่มมา 1 โรงเรียน
4. สุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตามจำนวนของสัดส่วนที่คำนวณได้ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

ตาราง 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มโรงเรียน

สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ	ชื่อกลุ่มโรงเรียน	ชื่อโรงเรียน	กลุ่มตัวอย่าง		
			ชาย	หญิง	รวม
1. พระนครศรีอยุธยา	เพนียด	ลุมพลีชนูปถัมภ์	48	33	81
2. บางบาล	บุรพา	วัดโพธิ์	19	19	38
3. บางปะหัน	นครไทร	วัดนาค	21	19	50
4. บางปะอิน	พระราชวัง	ชุมพลนิกายาราม	42	40	82
5. นครหลวง	นครหลวง	พิบูลย์วิทยา	15	10	25
6. ผักไห่	ลาดน้ำเค็ม	วัดโพธิ์	24	18	42
7. ภาชี	ภาชี	สุนทรอุปถัมภ์	22	23	45
8. วังน้อย	ศรีชล	วัดศรีประชา	16	14	20
รวม			207	176	383

๑ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะชีวสังคม ได้แก่

เพศ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ในองค์ประกอบต่าง ๆ จำนวน 37 ข้อ

2.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ข้อ 1-11

2.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ข้อ 12-25

2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ
และเหงือกอักเสบ ข้อ 26-37

ลักษณะของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ของ
ลิเคิร์ท (Likert) ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีด้านบวกและด้านลบ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินการ
รับรู้ของตนเองว่าเห็นด้วยมากน้อยเพียงใดตามข้อความที่ได้รับไปไว้ในแบบวัด โดยแต่ละข้อคำถามจะ
เรียงระดับความคิดเห็นสลับกัน เพื่อลดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถาม (Bias) ซึ่งแบ่งออกเป็น
5 ระดับ ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ เมื่อเห็นว่าข้อความหรือประโยชน์นั้นไม่ตรงกับ
ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามเลย

หมายเลข 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย คือ เมื่อเห็นว่าข้อความหรือประโยชน์นั้นตรงกับ
ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามเพียงเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง เห็นด้วยพอสมควร คือ เมื่อเห็นว่าข้อความหรือประโยชน์นั้นตรงกับ
ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามพอสมควร

หมายเลข 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก คือ เมื่อเห็นว่าข้อความหรือประโยชน์นั้นตรงกับ
ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามมาก

หมายเลข 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ เมื่อเห็นว่าข้อความหรือประโยชน์นั้นตรงกับ
ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างยิ่ง

การให้คะแนนความคิดเห็นมีทั้งข้อความที่เป็นไปในทางบวกและทางลบ ดังนั้นการให้คะแนน จะให้ตามความหมายของข้อความ ดังนี้

ข้อความทางบวก

หมายเลข 1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
หมายเลข 2	หมายถึง	เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
หมายเลข 3	หมายถึง	เห็นด้วยพอสมควร	ให้ 3 คะแนน
หมายเลข 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
หมายเลข 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน

ข้อความทางลบ

หมายเลข 1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
หมายเลข 2	หมายถึง	เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
หมายเลข 3	หมายถึง	เห็นด้วยพอสมควร	ให้ 3 คะแนน
หมายเลข 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
หมายเลข 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย

1.00 - 1.49	ไม่มีการรับรู้เลย
1.50 - 2.49	มีการรับรู้เพียงเล็กน้อย
2.50 - 3.49	มีการรับรู้ปานกลาง
3.50 - 4.49	มีการรับรู้มาก
4.50 - 5.00	มีการรับรู้มากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ในองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ จำนวน 16 ข้อ

3.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อเหงือกและฟัน

3.2 การแปรงฟันถูกวิธีและสม่ำเสมอ

3.3 การตรวจฟันด้วยตนเอง

3.4 พบทันตบุคลากร

ลักษณะแบบสอบถามวัดการปฏิบัติ เป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale)

มีตัวเลือก 3 ตัว ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง และหรือกระทำไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยได้กระทำเลย และหรือมีการกระทำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถามขึ้นกับข้อความดังนี้

1

ข้อความทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน

ข้อความทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	2	คะแนน

เกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.34 - 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบดีมาก
ค่าเฉลี่ย	0.67 - 1.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุและเหงือกอักเสบเลยหรือมีแต่ไม่ดี ควรปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและตรวจในเรื่องของการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญในต่าง ๆ 6 ท่าน

1.1 การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ว่าสอดคล้องกับสิ่งที่จะวัดหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ให้คะแนน +1 คะแนน

ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ให้คะแนน 0 คะแนน

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ให้คะแนน -1 คะแนน

1.2 นำผลจากการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ มาหา IC ในแต่ละข้อแล้วพิจารณาดังนี้ถ้าได้ค่า IC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ก็แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้น มีความเที่ยงตรง ตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้าได้ค่า IC น้อยกว่า 0.5 ก็แสดงว่าแบบสอบถามข้อนั้น ไม่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ไม่สามารถนำไปใช้ได้

1.2.1 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 91 ข้อ

ได้ข้อคำถามที่มีค่า $IC \geq .05$ จำนวน 57 ข้อ

1.2.1 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ

ได้ข้อคำถามที่มีค่า $IC \geq .05$ จำนวน 22 ข้อ

2. หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

โดยการนำแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและวัดการปฏิบัติที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประจักษ์ จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน และหญิง 50 คน แล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนก นำมาวิเคราะห์เป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค 25% ของ เอ็ดเวิร์ด และทดสอบสถิติค่าที (t-test)

2.1 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 57 ข้อ

ได้ข้อคำถามที่มีค่า $r \geq 1.75$ จำนวน 37 ข้อ

2.2 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมกาปฏิบัติ จำนวน 22 ข้อ

ได้ข้อคำถามที่มีค่า $r \geq 1.75$ จำนวน 16 ข้อ

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและวัดการปฏิบัติไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

3.1 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 37 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น
ทั้งฉบับได้ .8852

3.2 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมกาปฏิบัติ จำนวน 16 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น
ทั้งฉบับได้ .7787

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตแนะนำตัวในการขอความร่วมมือในการใช้พื้นที่ทำการวิจัยและใช้กลุ่มประชากร จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ไปถึงศึกษานิการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.2 นำหนังสือแนะนำตัวจากศึกษานิการจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไปขอความร่วมมือจากโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในวันที่ 24 - 26 กุมภาพันธ์ 2540

2.2 ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามทุกฉบับให้มีความสมบูรณ์ และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดจำนวน 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ มาลงรหัสเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล-

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS FOR WINDOWS (Statistical Package for The Social Sciences for Windows version 3.1) ในการทดสอบสมมติฐาน โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำคู่มือการลงรหัสและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาลงรหัส
2. ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัส
3. จัดกระทำกับข้อมูลในการป้อนข้อมูลในโปรแกรม
4. ดำเนินการประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติมีดังนี้

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทางชีวสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ 3 ด้าน) และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีประสิทธิภาพในการทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จากลักษณะชีวสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ทั้ง 3 ด้าน) ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรต้นที่มากกว่า 2 กลุ่มใช้ Two-Way Analysis of Variance ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3, 4 และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ Scheffe'

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐานได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนน

N แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

1.3 หาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

$$SD = \sqrt{\frac{N \sum X^2 + (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

N แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงโดยใช้วิธีของ โรวินELLI และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนโดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards) และทดสอบค่าที (t-test) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 139)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

t แทน ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ

S_H^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง

S_L^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง

n_L แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบัก จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α แทน ค่าความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อแบบสอบถาม

S_i^2 แทน ความแปรปรวนในแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติทดสอบสมมติฐาน

3.1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นเพื่อนำไปสู่การพยากรณ์ หรือการประมาณค่าของตัวแปรตามด้วยตัวแปรต้นโดยต้องใช้ตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปและเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง ซึ่งมีรูปแบบของสมการถดถอยดังนี้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2539 : 294 - 295)

$$\text{สมการในรูปของประชากร } Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

$$\text{สมการในรูปของตัวอย่าง } y = b_0 + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k + e$$

$$\text{สมการพยากรณ์ } y = b_0 + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการถดถอย

Y = ค่าของตัวแปรตาม (Dependent Variable) จะใช้สัญลักษณ์ y สำหรับค่าปริมาณ หรือทำนาย (Predict) จากตัวอย่าง

X_1 = ค่าของตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ตัวที่ i จะใช้สัญลักษณ์ X_i สำหรับตัวแปรอิสระที่ i ที่ได้จากตัวอย่าง

β_0 = ค่าคงที่ (Constant) ของสมการถดถอยในรูปประชากร b_0 สำหรับค่าคงที่ของสมการถดถอยในรูปตัวอย่าง

β_1 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของตัวแปรอิสระที่ i (X_i) และใช้สัญลักษณ์ b_i สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระตัวที่ i ที่ได้จากตัวอย่าง X_i ซึ่งค่า B_i หรือ b_i นี้จะแสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่า X ตัวที่ i ต่อค่า Y ดังนี้คือ ถ้าค่า X ตัวที่ i เปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้ค่า Y เปลี่ยนไป B_i หรือ b_i หน่วยโดยคำนึงถึงตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากตัวที่ i มีค่าคงที่ ดังนั้นค่า B_i หรือ b_i อาจจะเรียกว่า Partial Regression Coefficient

ε = ค่าความแตกต่างหรือความคลาดเคลื่อน (Error or Residual) ของการประมาณค่า Y

e = ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น คือ $e_j = y_i - y_j$

✓ การประมาณค่าตัวแปรตาม Y โดยตัวแปรอิสระ $X_1, X_2, \dots, X_n$ นั้นยังคงใช้กำลังสองน้อยที่สุด (Least - Square method) เพื่อนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ b_1

3.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two - Way Analysis of Variance)
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 จากสูตร (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2539 : 222)

$$X_{ij} = \mu + \alpha_i + \beta_j + \varepsilon_{ij} \quad ; \quad i = 1, 2, \dots, r$$

$$j = 1, 2, \dots, j$$

μ	แทน	ค่าเฉลี่ยโดยทั่วไป (General Grand Mean)
α_i	แทน	ค่าคงที่ซึ่งแสดงผลกระทบ (Mean effect) ของปัจจัยที่ 1 ระดับ i
β_j	แทน	ค่าคงที่ซึ่งแสดงผลกระทบ (Mean effect) ของปัจจัยที่ 2 ระดับ j
ε_{ij}	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยของค่าสังเกต X_{ij}

ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนด้วย Scheffe' จากสูตร (กานดา พูนลาภทวี, 2530 : 339)

$$s = \left[\sqrt{(k-1)F_{\alpha(k-1, N-k)}} \right] \left[\sqrt{MSw \left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right)} \right]$$

F	แทน	ค่า F ที่ระดับความมีนัยสำคัญ ที่ขึ้นความเป็นอิสระ $k-1$ และ $N-K$
MSw	แทน	ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนภายในกลุ่ม
N	แทน	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด
n_i, n_j	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ i และ j ตามลำดับ
k	แทน	จำนวนกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายของพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา และตัวแปรทางชีวสังคม อาจจะเพิ่มอำนาจในการทำนายดังกล่าวได้ โดยมีตัวแปรต้น 2 ตัวคือ (1) ลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ และรายได้ของครอบครัว (2) ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะศึกษาจากการรับรู้ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ 4 ด้าน คือ

- (1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- (2) การแปรงฟันถูกวิธีและสม่ำเสมอ
- (3) การตรวจฟันด้วยตนเอง
- (4) พบทันตบุคลากร

- ผลการศึกษาค้นคว้า

ในบทนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาและสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

การนำเสนอข้อมูลพื้นฐานนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ใช้อธิบายด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย

ข้อมูลชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 383 คนเป็นนักเรียนชาย 207 คน นักเรียนหญิง 176 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 และ 46.00 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัว พบว่า นักเรียนร้อยละ 32.38 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 6,501 - 10,000 บาทต่อเดือน รายได้ของครอบครัวรองลงมาอยู่ในช่วง 3,000 - 6,500 บาท ต่อเดือน และสูงกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.68 และ 26.89 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน มีร้อยละ 13.05 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	N	ร้อยละ
เพศชาย	207	54.00
เพศหญิง	176	46.00
รวม	383	100.00
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	50	13.05
3,000 - 6,500 บาท	106	27.68
6,501 - 10,000 บาท	124	32.38
สูงกว่า 10,000 บาท	103	26.89
รวม	383	100.00

พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพรวม ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน พบว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน 3.00 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และเมื่อพิจารณาจำแนกตามการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน พบว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 มีการรับรู้มากในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพิษและเห็บออกอัสเสบ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษและเห็บออกอัสเสบ คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.99 และ 3.72 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพิษและเห็บออกอัสเสบ พบว่านักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีการรับรู้ในด้านนี้ คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.31 ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษและ

เหงือกอักเสบ พบว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.31 (ตาราง 6)

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.
ความเชื่อด้านสุขภาพ	5	3.00	.29
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	5	3.72	.53
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	5	1.31	.22
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ	5	3.99	.46
พฤติกรรมปฏิบัติ	2	1.31	.22

เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ พบว่านักเรียนหญิงและชายมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.09 และ 2.93 ตามลำดับ มีการรับรู้มากในเรื่องของความรุนแรงของโรค ($\bar{X} = 3.81$, $\bar{X} = 3.63$) และมีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$, $\bar{X} = 3.90$) และไม่มีการรับรู้เลยในเรื่องของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ คือ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.35 และ 1.27 ตามลำดับ

ในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ พบว่านักเรียนหญิงและชายมีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.35 และ 1.27 ตามลำดับ ในภาพรวมนักเรียนหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพรวม , รายด้านของการรับรู้ , พฤติกรรมปฏิบัติ สูงกว่านักเรียนชายในทุกกลุ่ม (ตาราง 7)

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว พบว่า นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูง (มีรายได้ตั้งแต่ 6,501 บาท ขึ้นไป) และรายได้ของครอบครัวต่ำ (มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 6,501 บาท) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพทั้งภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$, $\bar{X} = 2.94$) มีการรับรู้มากในเรื่องของประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และไม่มีการรับรู้เลยในเรื่องของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

แต่โดยภาพรวมนักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่านักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ พบว่า นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 1.34$) และนักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.26$) (ตาราง 8)

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	เพศ					
	ชาย			หญิง		
	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.
ความเชื่อด้านสุขภาพ	5	2.93	.30	5	3.09	.26
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	5	3.63	.55	5	3.81	.50
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	5	1.27	.20	5	1.35	.23
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ	5	3.90	.48	5	4.09	.42
พฤติกรรมการปฏิบัติ	2	1.27	.21	2	1.35	.23

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จำแนกตามระดับรายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	รายได้ของครอบครัว					
	สูง			ต่ำ		
	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.
ความเชื่อด้านสุขภาพ	5	3.05	.28	5	2.94	.30
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	5	3.74	.54	5	3.68	.53
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	5	1.34	.22	5	1.26	.22
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ	5	4.06	.42	5	3.88	.49
พฤติกรรมการปฏิบัติ	2	1.34	.22	2	1.26	.22

เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการวิเคราะห์ความแปรปรวนตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยจึงขอเสนอข้อมูลเพิ่มเติมในการแบ่งค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตาราง 9

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นกลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพตั้งแต่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ตาราง 9)

2. พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุและเห็บกิ้งกิ้งเสบ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีค่าคะแนนการปฏิบัติต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ตาราง 9)

ตาราง 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุและเห็บกิ้งกิ้งเสบ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.00	383	100.00
ระดับสูง	≥ 3.00	196	51.17
ระดับต่ำ	< 3.00	187	48.83
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.72	383	100.00
ระดับสูง	≥ 3.72	196	51.17
ระดับต่ำ	< 3.72	187	48.83
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1.31	383	100.00
ระดับสูง	≥ 1.31	211	55.09
ระดับต่ำ	< 1.31	172	44.91
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	3.99	383	100.00
ระดับสูง	≥ 3.99	211	55.09
ระดับต่ำ	< 3.99	172	44.91
พฤติกรรมกรปฏิบัติ	1.31	383	100.00
ระดับสูง	≥ 1.31	211	55.09
ระดับต่ำ	< 1.31	172	44.91

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า และสมมติฐานการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานข้อที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้ดีกว่าตัวแปรใดเพียงตัวแปรเดียว

ในส่วนนี้เป็นการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยมีลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายในกลุ่มรวม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบวิเคราะห์จำนวนทุกกรณี

ตาราง 10 ปริมาณการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยลักษณะชีวสังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนายในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติรวม ระดับสูง และระดับต่ำ

	รวม	เปอร์เซ็นต์การทำนาย						
		ลักษณะชีวสังคม			ความเชื่อ	ความเชื่อ + ลักษณะชีวสังคม		
		เพศ	รายได้	รวม		เพศ	รายได้	รวม
พฤติกรรมการปฏิบัติ		***	**	***	***	***	**	***
รวม	383	3.07	2.79	5.47	22.59	22.88	23.30	23.57
		*		*	***	***	***	***
สูง	211	3.06	1.56	4.14	12.16	13.11	12.57	13.42
					***	**	***	***
ต่ำ	172	0.70	1.41	2.16	9.73	9.74	10.46	8.90

* , **, *** , มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01, และ .001 ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 10 มีตัวทำนาย 3 ชุด คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะชีวสังคม และชุดรวม (ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ รายได้ของครอบครัว) พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติรวม สามารถทำนายได้ด้วยตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคม ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 22.59 และ 5.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัวทำนายรวม 3 ตัวได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ รายได้ของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ร้อยละ 23.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ดีกว่าตัวแปรลักษณะชีวสังคมตัวใดเพียงตัวเดียว

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ร้อยละ 12.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และลักษณะชีวสังคมมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 4.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าลักษณะชีวสังคมร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ดีกว่าตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 13.42

ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับต่ำ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติร้อยละ 9.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะชีวสังคมมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 2.16 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าตัวทำนายในกลุ่มรวม (ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ รายได้ของครอบครัว) สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ร้อยละ 8.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีอำนาจในการทำนายต่ำกว่าความเชื่อด้านสุขภาพเพียงตัวแปรเดียว

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผลการวิเคราะห์สนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน กล่าวคือ ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ได้ในทุกกลุ่มของพฤติกรรมการปฏิบัติ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนลักษณะชีวสังคมร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้เฉพาะพฤติกรรมการปฏิบัติรวมและระดับสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติรวมและระดับสูงเท่านั้น (ตาราง 10)

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และลักษณะชีวสังคมสามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายได้

จากสมมติฐานข้อนี้คำนวณด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเป็นตัวเกณฑ์ และมีลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนาย ในการวิเคราะห์แบ่ง

พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติกลุ่มรวม พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติระดับสูง พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติระดับต่ำ ด้วยตัว
ทำนายความเชื่อด้านสุขภาพรวม การรับรู้ 3 ด้าน และลักษณะชีวสังคม พบว่า

พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติรวม มีตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ การรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า
สัมประสิทธิ์การทำนาย 1.00 นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติ
กรรมการณ์ปฏิบัติได้ร้อยละ 100.00 ต่อจากนั้นในขั้นตอนที่ 2 ไม่มีตัวแปรใดถูกเลือกเข้ามาพิจารณา
(ตาราง 11)

พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติระดับสูง มีตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ การรับ
รู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่า
สัมประสิทธิ์การทำนาย .6990 นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติ
กรรมการณ์ปฏิบัติได้ร้อยละ 69.90 ต่อจากนั้นในขั้นตอนที่ 2 ไม่มีตัวแปรใดถูกเลือกเข้ามาพิจารณา
(ตาราง 12)

พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติระดับต่ำ มีตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ การรับ
รู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์
การทำนาย 1.00 นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติ
ได้ร้อยละ 100.00 ต่อจากนั้นในขั้นตอนที่ 2 ไม่มีตัวแปรใดถูกเลือกเข้ามาพิจารณา (ตาราง 13)

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยมีความเชื่อด้านสุขภาพรวม เป็นตัว
ทำนาย และพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติรวม พบว่า ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ
ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
.2258 หมายความว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติรวมได้ร้อยละ 22.58
ต่อจากนั้นในขั้นตอนที่ 2 ไม่มีตัวแปรใดถูกเลือกเข้ามาพิจารณา (ตาราง 14)

เมื่อพิจารณาตัวทำนายต่าง ๆ รวม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพรวมสามารถทำนาย
พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรครวมได้ ร้อยละ 22.58 ได้ และเมื่อพิจารณาถึงการรับรู้
พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติรวมและระดับต่ำได้
สูงถึง ร้อยละ 100.00 และสามารถทำนายพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติระดับสูงได้ร้อยละ 69.90

จน 5 ต.ค. 61 41125 cv. Matrix

ส่วนตัวทำนายลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ของครอบครัวไม่สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ในทุกกลุ่ม ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้เฉพาะในกลุ่มรวมเท่านั้น และลักษณะชีวสังคมไม่สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายได้

ตาราง 11 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการปฏิบัติรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ตาราง 11 00914 ต.ค. 61 41125

ขั้นที่ 1	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² adjust	F (Eqn)
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	1.00	1.00	1.00	
F(1, 382) = undefined					

ไม่ได้ใช้ (กลวิธี cv. Matrix)

ตาราง 12 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูงเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ขั้นที่ 1	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² adjust	F (Eqn)
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.8361	.6990	.6961	297.30 ***
overall F(1, 128) = 297.30					

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 13 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการปฏิบัติระดับต่ำเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ขั้นที่ 1	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² adjust	F (Eqn)
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	1.00	1.00	1.00	
overall F(1, 110) = undefined					

ตาราง 14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพรวมกับ
พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ขั้นที่ 1	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² adjust	F (Eqn)
1	ความเชื่อด้านสุขภาพ	.475	.2258	.2238	111.15 ***
overall F(1, 381) = 111.15					

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานข้อที่ 3 คือ นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

ในการศึกษานี้จัดรายได้ของครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง - ระดับต่ำ
การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบสมมติฐานนี้เป็นแบบ 2 ทาง (Two-Way Analysis of
Variance) พิจารณาโดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและ
เหงือกอักเสบ นำเสนอดังนี้

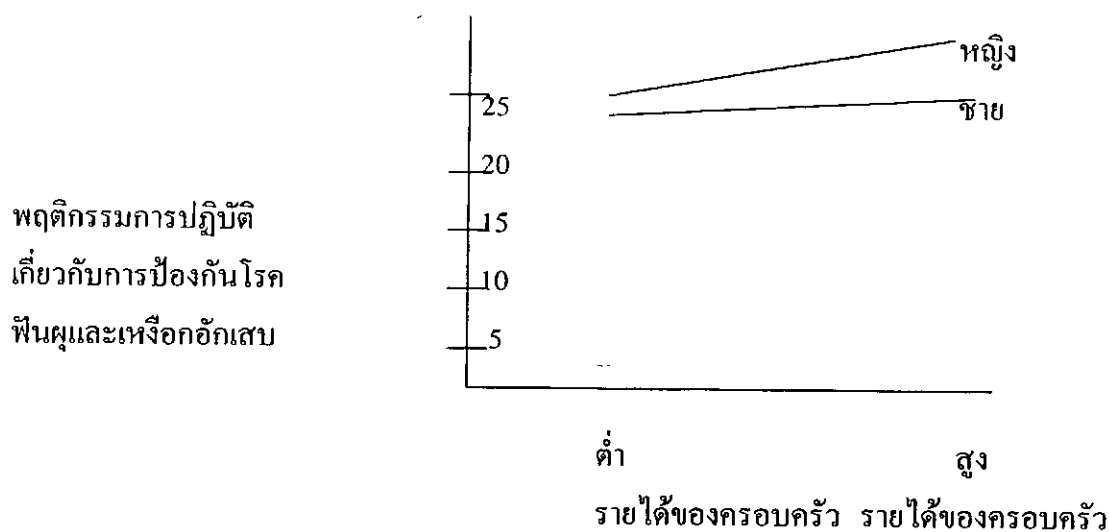
ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง ของพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เมื่อพิจารณาตามเพศและรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F (Eqn)
เพศ (ก)	106.648	1	106.648	.685**
รายได้ของครอบครัว (ข)	114.998	1	114.998	10.443**
ก x ข	49.877	1	49.877	4.529*
ส่วนที่เหลือ	4173.505	379	11.012	
รวม	4445.029	382	11.636	

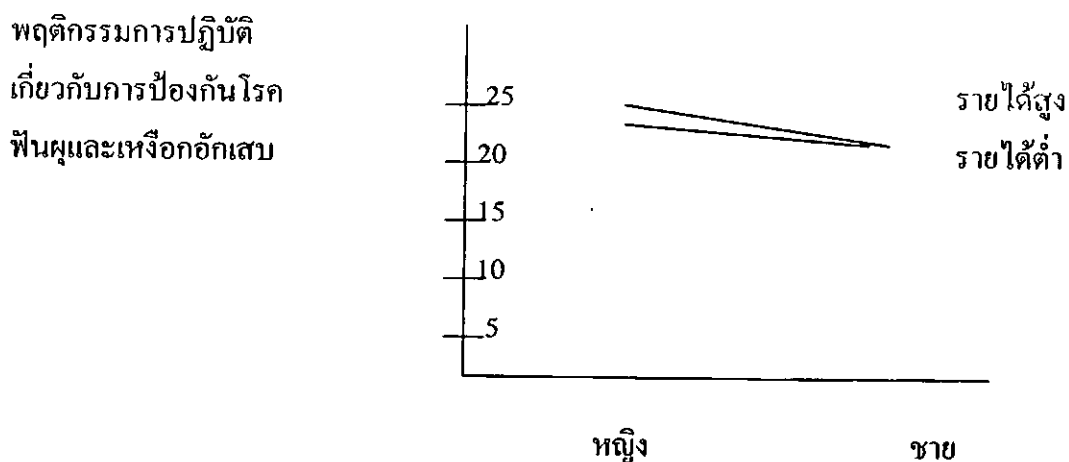
*,** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 15 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศ และรายได้ของครอบครัว หมายความว่า พฤติกรรมการปฏิบัติของนักเรียนแตกต่างกัน เมื่อคำนึงถึงเพศและรายได้ของครอบครัว พร้อม ๆ กัน ซึ่งอธิบายได้ดังภาพ

(ก)



(ข)



ภาพประกอบ 10 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบกับเพศและระดับรายได้ของครอบครัว

จากภาพประกอบ 9 พบว่ากลุ่มนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มนักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวสูง และกลุ่มนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

นักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติดีกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของกลุ่มนักเรียนที่แบ่งตามระดับรายได้และเพศมาพร้อมกัน รวม 4 กลุ่มไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ พบลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ คือ (ตาราง 16)

นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำและสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นจึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ดังนี้ คือ นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เมื่อจำแนกเป็น 4 ประเภท ตามเพศและระดับรายได้ของครอบครัว จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน

กลุ่ม		รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	1	2	3	4
เพศ	รายได้ของครอบครัว		คน	ของคะแนน	22.20	20.34	20.17	20.54
หญิง	สูง	1	116	22.20	-	1.86*	2.03*	1.66*
หญิง	ต่ำ	2	91	20.34		-	0.17	.2
ชาย	ต่ำ	3	65	20.17			-	.37
ชาย	สูง	4	111	20.54				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 4 นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

ในการศึกษาส่วนนี้ แบ่งระดับรายได้ของครอบครัวออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับสูง ระดับต่ำ เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง (Two - Way Analysis of Variance) โดยมีตัวแปรตามคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ นำเสนอดังนี้

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง ของความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามเพศและระดับรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
เพศ (ก)	3673.282	1	3673.282	22.809***
รายได้ของครอบครัว (ข)	1234.676	1	1234.676	7.667**
ก x ข	542.430	1	542.430	3.368
ส่วนที่เหลือ	61036.563	379	161.046	
รวม	66486.950	382	174.050	

, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 17 พบว่า มีความแตกต่างระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนเพศหญิงและชายมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่าง ๆ กัน เมื่อพิจารณาถึงระดับรายได้ของครอบครัวและเพศพร้อม ๆ กัน ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงสรุปได้ว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศและรายได้ของครอบครัวกับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายความว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนไม่ต่างกันเมื่อคำนึงถึง เพศ และรายได้ของครอบครัวพร้อม ๆ กัน แต่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนแตกต่างกันเมื่อคำนึงถึงเพศและรายได้ของครอบครัวเป็นรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ดังนั้น เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งตามเพศ รวม 2 กลุ่ม (เพศหญิง, เพศชาย) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่แบ่งตามระดับรายได้ของครอบครัว รวม 2 กลุ่ม (ระดับสูง, ระดับต่ำ) ไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ พบลักษณะความแตกต่างดังนี้ นักเรียนหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .001 นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตาราง 17 และ ตาราง 18

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ดังนี้ คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพได้เนื่องจากตัวแปรเพศ และรายได้ของครอบครัว ทั้ง 2 ตัวแปรไม่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 2 ประเภทตามเพศ จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน

ตัวแปร	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	1	2
เพศ			ของคะแนน	141.49	147.94
ชาย	1	207	141.49	-	6.45***
หญิง	2	176	147.94		-

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 2 ประเภทตามระดับรายได้ของครอบครัว จากนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 383 คน

กลุ่ม	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	1	2
รายได้ของครอบครัว			ของคะแนน	142.29	145.94
ต่ำ	1	156	142.29	-	3.65*
สูง	2	227	145.94		-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคมในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ความเชื่อด้านสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีลักษณะชีวสังคมที่ต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ทำการศึกษาคือเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของยามานะ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน เป็นนักเรียนชาย 207 คน นักเรียนหญิง 176 คน ทำการสุ่มให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

วิธีการรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลลักษณะชีวสังคม แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประจักษ์ ซึ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 100 คน เป็นนักเรียนชาย 50 คน นักเรียนหญิง 50 คน และนำมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด แล้วนำมาทดสอบค่าที (t-test) ข้อคำถามที่นำมาหาค่าความเชื่อมั่นจะมีค่า $t \geq 1.75$ วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตรคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบร็ค โดยแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพทั้งชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบทั้งชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยคำนวณ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย
2. วิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรลักษณะชีวสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทาง (Two - Way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีเฟลเฟ

10. ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.31$, S.D. = .22) ความเชื่อด้านสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.0$, S.D. = .29) และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = .53, $\bar{X} = 3.99$, S.D. = .46) และไม่มีการรับรู้เลยในเรื่องของโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ($\bar{X} = 1.31$, S.D. = .22)

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า “ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนได้ดีกว่าตัวแปรใดเพียงตัวแปรเดียว” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวสังคม (เพศ และรายได้ของครอบครัว) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้เฉพาะในกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติรวม และกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูง คือ ร่วมทำนายได้ร้อยละ 23.57 และ 13.42 ตามลำดับ และไม่สามารถร่วมทำนายในกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติระดับต่ำได้

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า “ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนและลักษณะชีวสังคมสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

10

10

ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้าน สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้ ร้อยละ 22.58 และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับสูงและระดับต่ำได้ ~~๓๐๖๖๐ ตารางที่ 14 หน้า ๗4~~

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติรวมและพฤติกรรมการปฏิบัติระดับต่ำ ระดับสูงได้ ร้อยละ 100.00, 100.00, 69.90 ตามลำดับ ~~๓๐๖๖๐ ตารางที่ 11, 12, 13~~

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า “นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบดีกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ดังนี้

หน้า ๗3

นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในภาพรวมนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติแตกต่างจากนักเรียนชายและหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำและนักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติสูงกว่าในทุกกลุ่ม ~~๓๐๖๖๐ ตารางที่ 16 หน้า ๗6~~

สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า “นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนไม่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาจากเพศ และระดับรายได้ของครอบครัวพร้อมกัน และเมื่อพิจารณาจากตัวแปรที่ละด้าน พบว่า เพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย และนักเรียนที่มีระดับรายได้ของครอบครัวสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ ~~๓๐๖๖๐ ตารางที่ 17 หน้า ๗๗ และ ๓๐๖๖๐ ตารางที่ 1๘, 1๙~~

หน้า ๗๘

✓ อภิปรายผล

✓ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ในเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน ผลวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

หน้า ๗๘

สมมติฐานข้อที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพและลักษณะชีวิตสังคมสามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนได้ดีกว่าตัวแปรใดเพียงตัวแปรเดียว

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบกลุ่มรวม ระดับสูงและระดับต่ำได้ เมื่อนำลักษณะชีวสังคมเข้าร่วมทำนายสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้ในกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติรวม และกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูง ส่วนในกลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติระดับต่ำ ลักษณะชีวสังคมไม่สามารถร่วมทำนายได้ ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อทุกความเชื่อที่รวมตัวกันเข้าเป็นเจตคติจะเป็นตัวแทนของความพร้อมในการจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 26) และนอกเหนือจากความเชื่อแล้ว องค์ประกอบอื่น ๆ จากภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมาเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติ (Kothandapani. 1971 : 9) ซึ่งเพศเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ ดังที่โอเรม (Orem. 1988 : 235 - 238) ได้กล่าวว่า เพศ จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อกองไว้ซึ่งการทำหน้าที่และสวัสดิภาพของบุคคล ส่วนสถานภาพทางเศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมได้อีกประการหนึ่ง ดังการศึกษาของโคเบอร์นและโป๊ป (Coburn and Pope. 1974) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรค ในด้านการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ จากผลการวิจัยนี้มีผลงานวิจัยที่สอดคล้องได้แก่การศึกษาของ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวและความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคซึลิโคซิสได้ สุรินทร กลัมพากร (2538) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยได้ อัลลาด (Allard. 1989 : 448 - 452) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์และรู้งศรี ชัยทอง (2537) พบว่า รายได้สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ แต่จากการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) กลับพบว่า เพศ และรายได้ของครอบครัวไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียน และลักษณะชีวสังคมสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้

ผลการศึกษาพบว่า ยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพรวมสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ในทุกกลุ่มพฤติกรรม และเมื่อแยกตามการรับรู้ 3 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้ในทุกกลุ่มพฤติกรรมเช่นกัน

(กลุ่มพฤติกรรมการปฏิบัติรวม/ระดับสูง/ระดับต่ำ) ส่วนเพศ และรายได้ของครอบครัวไม่สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้ ทั้งนี้เพราะโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค บุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติรวมและระดับต่ำได้ร้อยละ 100.00, และพฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูงได้ร้อยละ 69.90 เป็นเพราะเมื่อบุคคลตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคได้ จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากโรคนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮลลอน (Hallal, 1982 : 137 - 142) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และนิตยา เข็นฉ่ำ (2535) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ งานวิจัยที่ขัดแย้งได้แก่ การศึกษาของนภัสวรรณ อินประสิทธิ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิสได้ เช่นเดียวกับรุ่งศรี ชุ่มทอง (2537) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ และสุรินทร์ กลัมพากร (2538) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาได้ ส่วนลักษณะชีวสังคมไม่สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้

สมมติฐานข้อที่ 3 นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุราและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

ผลการศึกษาพบว่า ยอมรับสมมติฐาน หมายความว่า นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุราและเหงือกอักเสบสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ซึ่งอภิปรายผลได้ว่านักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำมีพฤติกรรมการปฏิบัติต่ำ เพราะรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 179 - 180) กล่าวว่า เศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีวรรณ ปัญญางาม และยุพธนา ปัญญางาม (2534 : 207 - 273) ที่พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวด้อยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีแนวโน้มการสุขของฟันสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับวชิรา กลสิโกศล (2521) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีการปฏิบัติตนดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวัลภา ผิวทน (2527) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัว

ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการพาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค ส่วนเพศนั้นจะเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้มีการกำหนดพฤติกรรมกาปฏิบัติเด่นชัดขึ้นซึ่งจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมปฏิบัติดีกว่าเพศชายในทุกกลุ่มรายได้ แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพช่องปากดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของภทริธา บุญเสริมส่ง (2536) ที่พบว่านักเรียนหญิงมีการปฏิบัติดีกว่านักเรียนชาย และอัมพร ศาสตร (2521) ที่ศึกษาสภาพช่องปากในเด็กนักเรียนวัยรุ่น พบว่า เด็กนักเรียนหญิงรักษาความสะอาดช่องปากได้ดีกว่านักเรียนชาย สายสุนีย์ ทับทิมเทศ (2528) พบว่า นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีกว่านักเรียนชาย ชัดแจ้งกับการศึกษาของสุภาพ กลีบบัว (2524) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพเหงือกและฟัน

สมมติฐานข้อที่ 4 นักเรียนหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศ และรายได้ของครอบครัวต่อความเชื่อด้านสุขภาพ อันเนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นผลรวมจากปัจจัยหลายด้าน ซึ่งเพศและรายได้ของครอบครัวเป็นเพียงปัจจัยบางส่วนที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ และรายได้ของครอบครัว พบว่า นักเรียนหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนชาย นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ แสดงให้เห็นว่าเพศ รายได้ของครอบครัวซึ่งแสดงถึงสถานภาพทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างบุคคลให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมด้านอื่น ๆ ร่วมด้วยจึงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อด้านสุขภาพ อันจะส่งผลไปถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ และลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น ๆ

✱ ✱

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. การให้ทันตสุขภาพศึกษาในโรงเรียนในปัจจุบันเป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งเด็กจะมีความหลากหลาย ทั้งพฤติกรรมกาปฏิบัติและความสนใจ ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ได้พบว่า เพศ รายได้ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ดังนั้นในการให้ทันตสุขภาพศึกษาสามารถนำกลุ่มเพศหญิงและมีรายได้ของครอบครัวสูงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างและหรือกลุ่มพี่เลี้ยง กลุ่มผู้นำ เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมกาปฏิบัติในนักเรียนที่มีพฤติกรรมกาปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้

2. แนวทางการสอนทันตสุขศึกษา ซึ่งในปัจจุบันจะเป็นการสอนเกี่ยวกับ โครงสร้าง หน้าที่ของฟัน การดำเนินไปของโรค จากแบบจำลอง และจากผลการวิจัยนี้ได้พบว่าถึงแม้เด็กนักเรียนจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ ส่วนเด็กนักเรียนที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้นแนวทางการสอนควรให้เด็กได้เรียนรู้จากของจริงเช่น การสอนเรื่องการเกิดโรคฟัน นอกจากนี้จะสอนถึงการดำเนินไปของโรค ผลเสียของการเกิดโรคฟันผุแล้ว ควรเพิ่มเติมในส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคด้วย ได้แก่ ลักษณะการเรียงตัวของฟัน รูปร่างฟันที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ซึ่งลักษณะต่าง ๆ นี้ นักเรียนสามารถเรียนรู้ได้จากสภาพช่องปากจริงของตนเอง หรือของเพื่อนได้ การสอนในรูปแบบนี้จะเป็นประสบการณ์ตรงให้แก่เด็กนักเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีงานวิจัยในเชิงทดลองโดยใช้โปรแกรมการสอนทันตสุขศึกษา ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ที่นำนักเรียนหญิงซึ่งมีรายได้ของครอบครัวสูงมาเป็นกลุ่มกระตุ้นในการสร้างพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
2. ควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติในกลุ่มนักเรียนที่ได้รับการตรวจสภาพช่องปากแล้วพบว่ามีความสะอาดช่องปากที่ดี และสภาพช่องปากที่ไม่ดี (Poor Oral Hygiene) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
3. กรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจควรเพิ่มตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว โรงเรียน ตัวแปรระดับการรับรู้ข่าวสาร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กานดา พูนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซนเตอร์การพิมพ์, 2530.

จินตนา เหลืองสุวลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. (3)

จิรภา โพธิ์พัฒนชัย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทัศนศึกษาในพฤติกรรมป้องกันโรค ฟันผุและเหงือกอักเสบ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

เจลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลตนเองของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร- นคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

ชุติมา ไตรรัตนวรกุล และคณะ. "อัตราผุ ถอน อุด ของเด็กนักเรียนอายุ 2-12 ปี ที่มารับ บริการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่าง พ.ศ.2523-2531," วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 14(4) : 186-192 ; กรกฎาคม-สิงหาคม 2534.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ดาเรศ บุรลิกพงศ์ และคณะ. "โรคเหงือกอักเสบในนักเรียนประถมศึกษาอายุ 9-12 ปี ," วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 38(2) : 56-64 ; มีนาคม-เมษายน 2531.

ต๋อย ยังน้อย. "การประมาณสถานภาพโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาเขตชนบท," วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 18(1) : 1-15 ; มกราคม 2531.

ทวีศักดิ์ พากเพียร. ทันตกรรมป้องกัน. โครงการตำราวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2534. อัดสำเนา.

ทันตสาธารณสุข. กอง. กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

- _____. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4. กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- ทันตสาธารณสุข, ฝ่าย. “รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2537.” จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2537.
- ทิพาพร วังกิ่งคำ และคณะ. รายงานผลการวิจัยเรื่องผลการแปร่งฟันถูกวิธีร่วมกับการอุดหินปูน เปรียบเทียบกับการแปร่งฟันถูกวิธีเพียงกิจกรรมเดียวในการลดปัญหาโรคเหงือกอักเสบในเด็กนักเรียนประถมศึกษาในชนบท. โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น, 2530.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคซิฟิลิซิสของคณงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา. ×
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา เข็นจำ. ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ ของบุคลากรชายใน โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- นิรนาท วิทโชติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- บุษกร สุรังสรรค์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจร ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การจราจรหนาแน่น ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.
- ประยดา แก้วดวงเทียน. “การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ การปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และภาวะผิวหน้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร,” การประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 ระหว่าง มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง คุณภาพชีวิตของคนเมืองหลวง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2533.

- ประโยชน์ เพ็ญสุด และคณะ. รายงานผลการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการสอนวิชาทันตสุขศึกษา โดยชุดการเรียน โดยรับฟังคำบรรยายโดยครูและเรียน โดยฟังบรรยายโดยทันตภิบาลของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 . วิทยาลัยครูเชียงใหม่ สหวิทยาลัยล้านนา, 2535.
- ประโยชน์ เพ็ญสุด. “รายงานผลการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบการรับรู้ด้วยตนเองกับสภาวะของโรคฟันผุที่ตรวจพบทางคลินิกระหว่างนักเรียน 2 กลุ่ม,” รายงานการประชุมทางวิชาการคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วางแผน,ฝ่าย. สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2539. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2539.
- พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- พิสมร ดันทุกะสิริ และคณะ. “ความชุกของโรคฟันผุในเด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี หลังการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา,”วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15(1) : 35-40 ; มกราคม-กุมภาพันธ์ 2535.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ฟิวเจอร์ปรีนแอนด์มีเดีย จำกัด, 2535.
- ภัทริรา บุญเสริมส่ง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชลบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ระวีวรรณ ปัญญางาม และยุทธนา ปัญญางาม. “อุบัติการณ์โรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็กกรุงเทพมหานคร อายุ 7-60 เดือน,”วารสารทันตแพทยศาสตร์. 42(1) : 207-273 ; มกราคม-กุมภาพันธ์ 2534.
- ระวีวรรณ ปัญญางาม และโอภาส เจริญทรัพย์. “การผุของฟันแท้ของนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร,”วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15(1) : 41-48 ; มกราคม-กุมภาพันธ์ 2535.

รัชนิวรรณ จินธรรม. มโนทัศน์ทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.

รุ่งศรี ยิ่งทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

รุ่งศรี ศศิธร. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

รำพึง ขรบัณฑิต. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

ลำดวน ภวักรานนท์. “การศึกษาวิจัยเรื่องเด็กเล็ก พ.ศ.2516,” รายงานวิจัยโครงการสังคม กองวางแผนกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2516. อัดสำเนา.

วชิรา กสิโกศล. การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2521. อัดสำเนา.

วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์มหบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

วารุณี อารีราษฎร์. “ภาวะโรคปริทันต์และการรักษาที่จำเป็นในนักเรียนประถมศึกษาอายุ 12 ปี สังกัดกรุงเทพมหานคร,”วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 14(1) : 41-48 ; มกราคม-กุมภาพันธ์ 2534.

วิกุล วิลาสเสสธ. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน,” วารสารอนามัย. 20(2) : 95-110 ;
กุมภาพันธ์ 2534.

วีณา ทองวิเศษสุข. ผลของการใช้การเสริมแรงทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ
นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

วรวรรณ เหนือคลอง. ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2539.

ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อ
ป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบไวรัสบี. X
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. 10
อัดสำเนา.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว
พ.ศ.2536. สำนักนายกรัฐมนตรี, กรุงเทพฯ : 2536.

สาธารณสุข, กระทรวง. Strategies for health for all by the Year 2000 รายงานสัมมนา
ระดับชาติ วันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2522. ประจวบคีรีขันธ์ : โรงพิมพ์ทหารค่ายธนรัชต์,
2522.

_____. รายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ 2535. กรุงเทพฯ, 2535.

สายสุนีย์ ทับทิมเทศ. ผลการฝึกอดได้รอได้ที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ. วิทยา-
นิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

สิริวรรณ ทราชน้อย. “อิทธิพลของความถี่ในการสอนแปรงฟันต่อสภาวะอนามัยในช่องปาก
ของเด็กนักเรียนประถมต้น,” วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 42(5-6) : 262-267 ;
กันยายน-ธันวาคม 2535.

สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
การโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : X
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อ
ป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุวานีย์ จินตยงค์. "สภาวะโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครที่มี
ภาวะทุโภชนาการ อายุ 7-12 ปี," วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 44(3) : 116-127 ;
พฤษภาคม-มิถุนายน 2537.

สุรินทร์ กลัมพากร. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้
เข็มฉีดยาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศา-
สตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัย
บางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามา
ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สุริย์ จันทร์ โมลี และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
ปีที่ 6 และผู้จบประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

สุภาพ กลีบบัว. ความรู้ด้านอนามัย และสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.

สมทรง สุกสีลปี. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน
โรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

อารีรัตน์ ผลิตนนท์เกียรติ. จุลกายวิภาควิทยาช่องปาก. มปป. อัดสำเนา.

_____. ทันตพยาธิ. 2532. อัดสำเนา.

อัมพร ศาสตร์. "การอบรมและชักจูงใจผู้ป่วยโรคปริทันต์," วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์.
28(1) : 15-22 ; มกราคม-กุมภาพันธ์ 2521.

อุบล เลี้ยววารินทร์. ความสัมพันธ์ของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้
ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะ เข้ารับการบำบัดขั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดนำเนา. x (12)

Ajzen,I and M.Fishbein. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior,
Englewood Cliffs, N.J. : Practice-Hall, 1980.

Allard R. "Belief about AIDS as Determinant of Preventive Practices and of Support for Coercive Measures," American Journal Public Health. 79(4) : 448-452 ; April, 1989. (1)

Andreoli,Kathleen G. "Self Concept and Health Belief in Complicant an Noncomplicant Hypertention Patiens," Nursing Research. 30 : 323-328 ; November-December, 1981. (2)

Becker,MH. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance:A Field Experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 348-366 ; December, 1977.

_____. "The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory," Health Education Monographs. 2 : 336-385 ; Winter, 1974.

Becker,MH and Maiman,LA. "Social Behavioral Determinants of Complicant with Health and Medical Care Reccommendation," Medical Care. 13 : 10-20 ; January, 1975.

Brush PJ and Iannotti RJ. "A Children's Health Belief Model," Medical Care. 28 : 69-86 ; January, 1990.

Coburn,D.,and Pope C.R.. "Socio-economic Status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15 : 67-78 ; January, 1974.

Green L.W. "Status Identity and Preventive Health Behavior," Pacific Health Education Report. "Quoted in Rosenblum:Stone and Skipper, 1970.

Hallal,J.C. "The Relationship of Health Belief,Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Woman," Nursing Research. 31 : 137-142, 1982. x (3)

Houle ,Bonnic . "The Impact of Longterm Dental Health Education on Oral Hygiene," Journal of School Health. 52(4) : 256-261 ; April, 1982.

- Hyssala,L,et al., "Dental Health Behavior in Father of Young Families in Finland,"
Community Dental Oral Epidemiology. 20(3) : 125-129 ; June, 1992.
- Kirscht,John P. "The Health Belief Model and Illness Behavior," Health Education
Monograph. 3 : 387-405 ; Winter, 1974.
- Kothandapani. A Psychological Approach to the Prediction of Contraceptive Behavior.
 Chapel Hill,North Carolina : Carolina Population Center, 1971.
- Langlie,J.K. "Social Net Work,Health Belief and Preventive Health Behavior," Journal of
Health and Social Behavior. 18 : 244-260 ; September, 1977.
- Lewin,L.S. "Self - Care in Health : Potential and Pitfalls," World Health Forum. 2(2) :
 177-184 ; February, 1981.
- Marshall H.Becker. The Health Belief Model and Personal Health Behavior.
 NewJersy : Charles B.Slock Inc, 1974.
- Montegermery J.B.,et al. "The Health Belief in understanding Complicance with Preventive
Recommendation for AIDS : How Useful ?," AIDS Education Prevention. (6)
 4 : 303-323 ; Winter, 1989.
- Orem,D.e. Nursing:Concepts of Practice. Missouri : Mossby-Year Book,Inc., 1988.
- Petersen.PE., "Evaluation of Dental Prevention Programe for Denish Chocolate Worker,"
Community Dental Oral Epidermiology. 17(2) : 53-59 ; April, 1989.
- Rokeach,Milton. Belief,Attitudes and Values. San Francisco:Jossey-Bass Inc.Publisher,
 1970.
- Rosenstock IM. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," Health
Education Monographs. 2 : 330-335 ; Winter, 1974.
- Rundall,Thomas G.and John R.C.Wheeler. "Factors Associated with Utilization of the Swine
 Follow Vaccination Program Among Senior Citizens in Tompkins Country," Medical
Care. 17 : 191-200 ; 1979.
- Similey,Jane,et al., "Maternal and Infant Health and their Associated Factors in an Inner City
 Population," American Journal Public Health. 62(15) : 476-481 ; 1972.
- Yamane,Taro. Statistics An Introductory. 2nd ed.New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผศ.ดร.สมบัติ กชสิทธิ์

รองอธิการบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา สถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาเขตกรรณ

2. ผศ.วิภาวี เกียรติศิริ

รองหัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาเขตกรรณ

3. ผศ.สุพร พูลสุข

ผู้อำนวยการสำนักวางแผนและพัฒนา สถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

4. นายอิสระ โกวิทวิบูล

หัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

5. เรือโทไพฑูลย์ อ่อนมั่ง

อาจารย์ระดับ 6 ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

6. ทันตแพทย์หญิงทฐิรินทร์ มานะกิจ

ทันตแพทย์ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคพิษและเห็บกิ้งก่า

หมายเลขแบบสอบถาม () () ()

**แบบสอบถามวัดความเชื่อและการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**

คำชี้แจง

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ที่วัดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และเป็นแบบสอบถามที่วัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ มีแบบสอบถามทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฟันผุ
และเหงือกอักเสบ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับของการรับรู้และการปฏิบัติตนของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยขอให้ ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ คำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและโปรดตอบทุกข้อเพื่อ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ด้วย

นางสาวเขาวรัตน์ สุภกรรม
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

หมายเลขผู้ตอบแบบสอบถาม () () ()

โรงเรียน..... อำเภอ.....

ชื่อ-สกุล..... ชั้น

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลชีวสังคม

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย / หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่าน

1. เพศ () หญิง () ชาย []

2. นักเรียนพักอาศัยอยู่กับ

() บิดา มารดา

() ญาติ

[]

3. รายได้ของมารดา/บิดา หรือผู้ปกครองที่พักอาศัยอยู่

() ไม่มีรายได้

() มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท

() 3,001- 6,500 บาท

() 6,501- 10,000 บาท

() สูงกว่า 10,000 บาท

เฉลี่ยรายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน

[]

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง เมื่อท่านอ่านข้อความข้างล่างนี้แล้ว ขอให้ทำเครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับ ความเชื่อ หรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด ได้เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ความคิดเห็น				
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
1. ฟันที่ผุเป็นรูทำให้มีกลิ่นปากเหม็น	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย
2. การปล่อยฟันผุไว้นาน ๆ ไม่เป็น อะไรเพราะฟันจะค่อย ๆ หลุดไปเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย
3. โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคฟันผุ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย พอ สมควร
4. อาการปวดฟันเป็นสิ่งที่ทรมาณจิตใจ	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. คนที่ปวดฟันทำให้เสียสุขภาพ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6. อาการปวดฟันเพียงเล็กน้อยไม่ จำเป็นต้องพบหมอฟันเพราะอาจหาย ได้เอง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย
7. อาการเหงือกบวมหายได้เองตาม ธรรมชาติ	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร
8. เหงือกที่บวมแดงทำให้เคี้ยวอาหารไม่ สะดวก	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย
9. เหงือกอักเสบทำให้มีกลิ่นปากเหม็น น่ารังเกียจ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10. การที่เราไม่มีฟันเคี้ยวอาหารนั้น ไม่มีผลใด ๆ ต่อร่างกาย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร
11. การใช้ฟันกัดแทะของแข็งบ่อย ๆ อาจทำให้สูญเสียฟันได้	เห็นด้วย เพียงเล็กน้อย	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค				
12. โรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถป้องกันได้	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13. ไม่ว่าจะดูแลรักษาพิษอย่างไร เราก็มไม่สามารถหลีกเลี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าได้	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย
14. พิษจะแข็งแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับ เพราะพันธุกรรม	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอสมควร
15. โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อจากคน หนึ่งสู่คนหนึ่งได้	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก
16. พิษเป็นสิ่งที่แข็งแรงที่สุดจึงไม่ จำเป็นต้องดูแล	เห็นด้วย พอสมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย
17. พิษที่มีร่อง หรือหลุมลึกจะมี โอกาสสุได้ง่าย	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18. ถ้าแปรงฟันได้สะอาดสามารถป้อง กันพิษสุนัขบ้าได้แน่นอน	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก
19. ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษาพิษเลย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอสมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
20. การแปรงฟันก่อนนอนเป็นบาง ครั้งไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอสมควร
21. การกินอาหารหวานทำให้พิษสุนัขบ้าได้	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก
22. พิษที่ออกแล้วไม่จำเป็นต้องดูแล มาก เพราะหมอได้รักษาให้แล้ว	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย พอสมควร
23. เลือดออกตามไรฟันเป็นเรื่องปกติ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
24. การรับประทานอาหารที่เหนียวทำ ให้เหงือกอักเสบได้ง่าย	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง

ข้อความ	ความคิดเห็น				
25. การกินผักผลไม้จะลดการเกิดโรค เหงือกอักเสบได้	เห็นด้วย พอสมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ					
26. การแปรงฟันทำให้มีกลิ่นปากหอม สดชื่น	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก
27. การใช้แปรงสีฟันที่ถูกต้องจะทา ความสะอาดฟันได้ดี	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
28. การแปรงฟันทุกครั้งหลังรับ ประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็น	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย
29. การแปรงฟันถูกวิธีเป็นการป้องกัน โรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้ดี	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร
30. การแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้งทำ ให้เสียเวลาในการทำงานอื่น	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย พอสมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก
31. แปรงฟันในตอนเช้าอย่างเดียว ก็เพียงพอแล้ว	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย พอ สมควร
32. การแปรงฟันก่อนนอนไม่จำเป็น	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
33. การรับประทานผลไม้ทำให้ฟัน แข็งแรง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย
34. การกินนมเป็นประจำช่วยบำรุงฟัน	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร
35. การไปตรวจฟันกับหมอฟันเป็นการ สิ้นเปลืองเงินทองโดยเปล่าประโยชน์	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
36. เราไม่จำเป็นต้องดูแลฟันตนเอง เพราะอย่างไรก็ต้องไปตรวจฟัน ทุก 6 เดือน อยู่แล้ว	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย พอ สมควร	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
37. การส่องกระจกดูฟันทำให้พบความ ผิดปกติได้เร็ว	เห็นด้วย พอสมควร	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย เพียงเล็ก น้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

คำชี้แจง เมื่อท่านอ่านข้อความข้างล่างนี้แล้ว ขอให้ทำเครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับ
การปฏิบัติของท่านมากที่สุด ได้เพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ เป็นประจำ
1. นักเรียนรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
2. นักเรียนรับประทานอาหารทะเล	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง
3. นักเรียนดื่มน้ำอัดลม	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ เป็นประจำ
4. นักเรียนใช้แปรงสีฟันของคนอื่น	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
5. นักเรียนแปรงฟันก่อนนอน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
6. นักเรียนแปรงฟันโดยวิธี ฟันบนปิดลงล่าง ฟันล่าง ปิดขึ้นบน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
7. นักเรียนพิถีพิถันในการล้างแปรงสีฟัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
8. นักเรียนแปรงฟันด้วยความรีบร้อน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
9. นักเรียนแปรงฟันโดยไม่ใช้ยาสีฟัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
10. นักเรียนส่องกระจกเพื่อตรวจดูฟัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
11. นักเรียนไปพบหมอฟันเมื่อปวดฟัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
12. นักเรียนปรึกษาเรื่องฟันจากหมอฟัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
13. นักเรียนใช้ฟันหน้ากัดของแข็ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
14. นักเรียนใช้ฟันกัดปากกาหรือกั๊กเล็บ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
15. นักเรียนชอบกัดฟันเล่น	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
16. เวลารับประทานอาหารนักเรียนเคี้ยวอาหารไม่ ละเอียด	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ

ภาคผนวก ค.

ตารางคำอ่านจำแนกของแบบสอบถาม

ตาราง 20 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
(การรับรู้ 3 ด้าน)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	1.86	21	2.15
2	2.50	22	4.58
3	3.56	23	2.53
4	3.22	24	1.83
5	2.06	25	2.35
6	3.31	26	2.67
7	3.09	27	2.13
8	2.37	28	2.14
9	3.38	29	3.74
10	2.80	30	2.63
11	3.67	31	4.54
12	2.80	32	2.49
13	3.91	33	4.95
14	1.89	34	3.04
15	1.88	35	3.69
16	4.08	36	4.00
17	2.51	37	2.96
18	3.04		
19	2.94		
20	3.73		

$$\alpha = .8852$$

ข้อ 1-1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อ 12-25 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ข้อ 26-37 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รู้จากการปฏิบัติ

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	4.41
2	1.85
3	3.05
4	1.85
5	6.67
6	6.11
7	3.30
8	1.98
9	2.40
10	4.77
11	1.87
12	3.73
13	2.55
14	5.41
15	3.43
16	5.70

$$\alpha = .7787$$

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวเขาวรัตน์ ศุภกรรม

เกิดวันที่ 24 เดือน ธันวาคม พุทธศักราช 2512

สถานที่เกิด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 38 หมู่ 5 ตำบลหันตรา อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2533 ประกาศนียบัตรชั้นตาภิบาล จากวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
พ.ศ.2536 วิทยาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จากสถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาเขตกรณ
พ.ศ.2540 การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร