

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า รวบรวมเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวางกรอบแนวคิดในการศึกษาตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
2. สถานะฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
5. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ความสำคัญของฟันน้ำนม

ฟันน้ำนมมีหน้าที่สำคัญในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดง่ายต่อการย่อยในกระเพาะอาหาร สามารถดูดซึมไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเต็มที่ และยังมีสำคัญต่อการสนับสนุนหรือส่งเสริมความสวยงามแข็งแรงของใบหน้า (นิศยา ตั้งชูรัตน์, 2548 : 25-84) เป็นแนวให้ฟันแท้เจริญเติบโตได้ตามปกติขึ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง ทำให้สามารถพูดหรือออกเสียงได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเสียง ส ช ฌ ษ หรืออีกหลายเสียงที่ต้องผ่านไรฟัน หากเด็กวัยนี้เกิดฟันผุจะลุกลามอย่างรวดเร็ว เนื่องจากฟันน้ำนมมีความหนาของผิวเคลือบฟันน้อย และเด็กไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเต็มที่จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล นอกจากนี้การให้การรักษาทางทันตกรรมแก่เด็กเหล่านี้ยังเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเด็กไม่มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือและเด็กเกิดความกลัว (ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์, 2545 : 1)

พัฒนาการของการเกิดฟันน้ำนม

การเกิดฟันน้ำนมในเด็กวัยก่อนเรียนนี้ ส่วนใหญ่จะเกิดบริเวณหน้าฟันก่อน ตามด้วยฟันกราม ฟันน้ำนมซี่ที่หนึ่งบนและล่าง ฟันเขี้ยว และฟันกรามซี่ที่สองตามลำดับ (วัลชนี ปิงแก้ว, 2549 : 5) ซึ่งเป็นการทำลายเนื้อฟันส่วนที่โผล่มาในช่องปาก เกิดได้ทั้งในส่วนของตัวฟันและรากฟัน การทำลายเนื้อฟันจะเกิดขึ้นทีละน้อย โดยค่าความเป็นกรดที่ทำให้ฟันน้ำนมถูกทำลายคือ 5.5 จนเกิดเป็นรอยผุสีน้ำตาลหรือสีดำเป็นโพรงเป็นรูขึ้น เมื่อเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะทำให้ส่วนของเนื้อฟัน ถูกทำลายอย่างถาวรไม่มีทางที่จะหายได้เอง ต้องอาศัยการรักษาทางทันตกรรมด้วยการถอนฟัน หรืออุดฟัน ขบวนการเกิดฟันน้ำนมขั้นนั้นค่อนข้างมีความซับซ้อน ซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรียภายในช่องปาก โดยเฉพาะเชื้อสเตรปโตคอคโคไลที่อาศัยอยู่บนตัวฟัน โดยเชื้อแบคทีเรียนี้จะทำหน้าที่ย่อยสลายอาหารพวกน้ำตาลที่ตกค้างในช่องปาก เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานในการเจริญเติบโตของตัวมันเอง ทำให้เกิดกรดภายในช่องปาก โดยเฉพาะกรดแลคติกที่สามารถทำลายโครงสร้างของฟัน ด้วยการสลายแร่ธาตุของฟันทำให้เกิดการผุกร่อน แต่เนื่องจากฟันเป็นอวัยวะที่แข็งแรงมาก ดังนั้นกว่าที่กรดจะสามารถทำลายโครงสร้างของฟันได้ ต้องอาศัยระยะเวลาที่กรดสัมผัสกับฟันต่อเนื่องเป็นเวลานานและบ่อยเพียงพอ (อรทัย แก้วจันทร์, 2547 : 4) ดังนั้นหากเด็กก่อนวัยเรียนได้รับประทานอาหารบ่อยเท่าไร ก็ยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมผุเท่านั้น เนื่องจากแบคทีเรียจะใช้เวลาเพียง 5 นาทีในการย่อยสลายน้ำตาล ทำให้ช่องปากมีความเป็นกรดต่ำกว่า 5.5 และความเป็นกรดนี้จะสามารถอยู่ได้นานถึง 20 นาทีหลังมีอาหาร ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานะฟันน้ำนมไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ โดยระยะแรกอาจไม่รู้ตัวเลยหากไม่ได้สนใจหรือสังเกตให้ดี

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดกรด อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต สิ่งแวดล้อมภายในช่องปาก ช่วงเวลาที่เหมาะสม (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2547 : 14) ปัจจัยภายนอกช่องปากที่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางปัจจัยภายในทั้ง 4 ประการ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ทักษะคิดของพ่อแม่ (สุนทร จินตฤทธิ์, 2548 : 13) และพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเติมน้ำตาลลงในนมและอาหารให้เด็ก การให้กินน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ไม่เคยความสะอาดฟันให้เด็กอายุ 2 - 3 ปี การขาดความเอาใจใส่ในการดูแลทันตสุขภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง เพราะคิดว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญ และผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กก่อนวัยเรียนไปพบทันตแพทย์ ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุอย่างรุนแรง

ผลกระทบของการเกิดโรคฟันน้ำนม

การเกิดโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน นำไปสู่การสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร ทำให้เด็กมีพัฒนาการในการพูด การสมาคมซ้ากว่าปกติ และยังเกิดผลเสียต่อการขึ้นของ

ฟันแท้ด้วย ส่วนผลเสียที่เห็นได้ชัดเจนคือ ความเจ็บปวดทรมานเมื่อโรคลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน หรือเมื่อมีอาการอักเสบ ไข้เจ็บอาหารไม่ได้ มีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร การพัฒนา ด้านสติปัญญาบุคลิกภาพเกิดสภาวะทุพโภชนาการตามมา เนื่องจากอาการปวดฟันจะทำให้เจ็บอาหาร ไม่ได้ ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นในปริมาณที่ไม่เพียงพอในระยะเวลาานาน ๆ

การป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนม

การเกิดโรคฟันผุในอายุน้อย ๆ จะส่งผลต่อความยากลำบากในการรักษาที่เพิ่มขึ้นด้วย ผลของการมีฟันผุในฟันน้ำนมคือความเจ็บปวด การติดเชื้อ มีปัญหาการบดเคี้ยว และยังมีผลต่อน้ำหนักตัวและการเจริญเติบโตของเด็ก อาจส่งผลต่อบุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง และมีผลต่อการเกิดฟันผุและพัฒนาการของฟันแท้ เด็กที่มีฟันน้ำนมจะมีเชื้อในช่องปากมากกว่าเด็กที่มีฟันไม่ผุ จึงอาจมีผลให้ฟันน้ำนมซี่อื่น ๆ ในปากรวมถึงฟันแท้ผุมากขึ้นด้วย ดังนั้นการแก้ปัญหาฟันผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันฟันผุ โดยมีหลักการสำคัญคือ

การป้องกันฟันผุในเด็ก ควรกระทำตั้งแต่ขณะแม่ท้องเพราะฟันน้ำนมของเด็กเริ่มสร้าง และมีการสะสมของแร่ธาตุเกือบสมบูรณ์ขณะอยู่ในครรภ์ ให้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และให้บริการรักษาแม่เพื่อป้องกันการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูก

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จำเป็นต้องผ่านทาง การดูแลของพ่อแม่หรือ ผู้ปกครองประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปากเด็ก โดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีการผสม ฟลูออไรด์ และควบคุมการบริโภคอาหารหวานของเด็กให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ศรีสุตา ลีละศิธร, 2551 : 3-6)

สภาวะฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนี้ส่วนใหญ่ จะมีลักษณะเช่นเดียวกับการเกิดโรคฟันผุชนิดลุกลามในฟันหน้าของฟันน้ำนม ซึ่งเป็นการลุกลามชนิดพิเศษ คือ ฟันหน้าบน จะลุกลามมากในขณะที่ฟันหน้าล่างจะมีรอยผุเล็กน้อยหรือไม่มีเลย (ชมรมทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2541 : 11) และจะลุกลามมายังฟันกรามทั้งข้างบน และล่างในเวลาไม่นานหลังจากฟันขึ้น ลักษณะดังกล่าวนี้ จะพบมากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนของไทย (กองทันตสาธารณสุข, 2545 : 10) การกระจายของโรคฟันผุในฟันน้ำมนั้นจะขึ้นอยู่กับลำดับการขึ้นของฟัน ระยะเวลาที่มีการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม (Milnes, 1996) จากการศึกษาของไวท์สตรีนท์ (Weinstein, 1994 อ้างถึงใน วัลลภนิ ปิงแก้ว, 2549 : 6) พบว่า ฟันน้ำนมที่ผุในระยะเริ่มแรกจะสามารถลุกลามเป็นฟันผุได้ในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 12 เดือน ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Grindefor & Others (1996) ที่ได้ทำการติดตามฟันผุในระยะ

เริ่มแรกของเด็กอายุ 2.5 ปี พบว่า ร้อยละ 64 กลายเป็นฟันผุภายใน 1 ปีต่อมา และเด็กที่เริ่มมีฟันน้ำนมผุ ในอายุน้อยจะมีการลุกลามของโรคได้เร็วกว่า รวมทั้งมีจำนวนฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่า เมื่อเทียบกับเด็ก ที่มีฟันผุในอายุระหว่างอายุที่มากกว่า และผลการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข (2545) พบว่า การผุของฟันน้ำนมจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในช่วงเด็กอายุ 1 ปี ถึง อายุ 3 ปี ซึ่งลักษณะการเกิดโรคฟัน ในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีลักษณะพิเศษคือ ฟันหน้าจะผุลุกลามมากในขณะที่ฟันล่างมีรอยผุน้อยมาก หรือ ไม่มีเลย (Ripa,1998) ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 5 ปี ถึง 6 ปี ในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 5 ของกองทันตสาธารณสุข (2545) และสอดคล้องกับการศึกษา ของปิยะธิดา ประเสริฐสมและคณะ (2546) ที่พบว่า ฟันบนหน้าของเด็กก่อนวัยเรียนจะเริ่มผุเมื่ออายุเพียง 9 เดือน และจะพบผุมากในอายุ 1 ปี ถึง 2 ปี ส่วนอายุระหว่าง 2 ปี ถึง 3 ปีนั้นจะพบการผุในฟันน้ำนมสูง

จากการรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2551 ของกองทันต สาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีเด็กอายุ 3 ปีที่ปราศจากฟันผุร้อยละ 36.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ เด็กอายุ 3 ปีต้องปราศจากฟันผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ส่วนการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 3 ปี จำแนกระดับภาคและปีการสำรวจตั้งแต่ปี 2548 ถึงปี2551 พบว่า มีอัตราฟันผุ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ จำแนกเป็นภาคและปีที่สำรวจ

ระดับ	ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ถ่วงน้ำหนัก)			
	พ.ศ.2551	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2548
ประเทศ	36.2	37.15	35.23	33.58
ภาคกลาง	35.2	37.26	33.92	33.64
ภาคเหนือ	38.36	38.79	37.12	34.53
ภาคอีสาน	38.48	39.01	37.44	34.46
ภาคใต้	30.59	31.36	27.77	27.05
กทม.	ไม่สำรวจ	ไม่สำรวจ	41.2	41.47

(กองทันตสาธารณสุข, 2552ข : 47)

จากการสำรวจของระบบการเฝ้าระวัง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ในปี 2551 ภาคอีสานมีเด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งที่ร้อยละ 38.48 ส่วนภาคที่มีเด็กอายุ

3 ปี ปราศจากฟันผุน้อยที่สุดคือ ภาคใต้ที่ร้อยละ 30.59 และเมื่อทำการจำแนกตามรายจังหวัดจะพบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ดังตารางที่ 2.2

จากตารางที่ 2.2 จะเห็นได้ว่าปี 2551 จังหวัดมีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุดคือ จังหวัด นราธิวาสที่ร้อยละ 14.20 และจังหวัดมีเด็กปราศจากฟันผุน้อยที่สุดคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ร้อยละ 46.85 สำหรับจังหวัดชุมพรพบว่า มีแนวโน้มเด็กปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจากปี 2550 ที่ร้อยละ 0.13 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้คือไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 แต่ผลจากการสำรวจของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร ในปี 2551 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจาก ฟันผุเพียง ร้อยละ 34.00 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

สำหรับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งล่าสุด ปี 2552 ทั้งประเทศพบว่า มีเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 39.83 แต่ยังไม่มีการจำแนกระดับภาคสำหรับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของ เด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุปี 2552 ของพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่า มีเด็กที่ปราศจากสภาวะ ฟันผุเพียง ร้อยละ 31.00

ตารางที่ 2.2 ผลการสำรวจสภาวะเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ พ.ศ.2545-2551 จำแนกรายจังหวัดภาคใต้

จังหวัด	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551
	%CF	%CF	%CF	%CF
นครศรีธรรมราช	40.18	46.42	47.80	46.85
สุราษฎร์ธานี	25.23	23.70	18.60*	32.51
ชุมพร	27.86	37.37	43.80	43.93
ระนอง	29.00	47.00	48.40	43.93
พัทลุง	29.77	25.03	26.67	25.79
ตรัง	18.90	19.63	20.79	26.60
พังงา	26.82	27.41	35.80	21.60
สงขลา	31.08	23.98	28.93	22.35
ภูเก็ต	52.14	46.94	55.11*	46.69
กระบี่	28.70	21.80	27.11	ไม่สำรวจ
สตูล	17.61	20.28	27.36	28.94
ยะลา	17.92	26.95	30.12	31.52

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

จังหวัด	พ.ศ.2548 %CF	พ.ศ.2549 %CF	พ.ศ.2550 %CF	พ.ศ.2551 %CF
ปัตตานี	17.64	20.85	ไม่สำรวจ	26.36
นราธิวาส	15.20*	14.00*	19.00	14.20*

(กองทันตสาธารณสุข, 2552ข : 47)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพสามารถจะแยกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) พฤติกรรมภายนอก หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถที่จะมองเห็นเป็นรูปธรรมได้ สำหรับพฤติกรรมภายในเป็นส่วนของค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมา จึงต้องอาศัยความเข้าใจพฤติกรรมภายในของบุคคลด้วย สุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะปัญหาด้านทันตสุขภาพ (คะนิงนิตย์ ปิติบุญพัฒน์, 2548 : 11) ดังนั้นพฤติกรรมถูกจัดเป็นหนึ่งในสามปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยที่แปรเปลี่ยนตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคม (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2550 : 10) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่มีความสำคัญกับการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ปิยะธิดา ประเสริฐสม และคณะ, 2546 : 14)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework

แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework ของกรีน (Green, 1991) เป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Costructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพที่มีแนวคิดว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพของคนเรานั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย
2. ในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะต้องวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมก่อน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ จะได้นำมาวางแผนและกำหนดวิธีการทางสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework จะให้ความสำคัญที่ตัวผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการแล้วพิจารณาถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการวางแผน โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลกร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1-2 การวิเคราะห์ทางสังคมและระบาดวิทยา เป็นการวิเคราะห์ขั้นแรก โดยเริ่มจากการประเมินถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลหรือกลุ่มหรือสังคมนั้น ๆ ว่าอยู่ในสภาพอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางสุขภาพ จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุบ่งชี้และประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม จากปัญหาทางด้านสุขภาพ ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุบ่งชี้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในระยะนี้ก็คือ การจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 4-5 การวิเคราะห์ทางด้านการศึกษาระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่ม ปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling Factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing Factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุซึ่งจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องตัดสินใจไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ปัจจัยนี้จะเป็นความพึงพอใจของตัวบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ความพึงพอใจนี้อาจสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง และเวลา สิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่ายและความสามารถในการเข้าถึงสิ่งของจำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้พฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ปัจจัยเอื้อนี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรมพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้าน

ทักษะ (Skill) ต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

แหล่งทรัพยากร (Resource) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

แหล่งบริการ (Health Service) ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ

ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย ในระยะนี้มุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กร ซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและ กิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงาน ตามแผนงานโครงการ ตั้งเริ่มวางแผน โดยจะประกอบไปด้วยการประเมิน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

พฤติกรรมการดูแลความสะอาดช่องปาก

การทำความสะอาดช่องปาก เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก วิธี ที่ง่ายและใช้ในการทำความสะอาดฟันของเด็กคือ การแปรงฟัน โดยอายุที่เริ่มแปรง ความถี่ในการแปรงฟัน และการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ล้วนมีผลต่อโรคฟันผุในเด็ก (วัลธินี ปิงแก้ว, 2549 : 11) จากการศึกษาพบว่า การแปรงฟันบ่อยนั้นจะช่วยลดฟันผุได้ เนื่องจากป้องกันการก่อตัวของเชื้อแบคทีเรีย อีกทั้งยังสามารถหยุดและชะลอการเกิดโรคฟันผุในระยะแรกได้ ซึ่งวรางคณา อินทโลहित และคณะ (2545) ได้แนะนำให้เด็กเริ่มแปรงฟันเมื่อฟันขึ้น 2 ถึง 4 ซี่ และต้องมีผู้ดูแลให้แปรงฟันอย่างใกล้ชิด และจากการศึกษาของก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ และคณะ (2547) พบว่า การที่แปรงฟันของเด็ก เป็นประจำหรือการแปรงฟันให้เด็กล้วนมีผลต่อฟันผุ และการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และวิธีการแปรงนั้นสามารถกำจัดคราบแบคทีเรียได้ดีด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม เด็กยังไม่สามารถที่แปรงฟันให้สะอาดได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อมือยังไม่ แข็งแรง ผู้ปกครองจึงควรช่วยเด็กแปรงฟัน แต่จากการศึกษาอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมการทำ ความสะอาดช่องปากของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2550) พบว่า เด็กเริ่มฟันเองที่อายุ 1 ปี โดยมีสัดส่วนหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่แปรงฟันสม่ำเสมอสองครั้งต่อวัน โดยผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ ยังไม่เห็นความสำคัญในการแปรงฟัน ทำให้เด็กจำนวนมากเกิดความเคยชินกับสภาพในช่องปาก ที่ไม่สะอาด และสร้างโอกาสให้เกิดความคุ้นชินกับสภาพการมีเศษอาหารติดฟันหรือมีกลิ่นปากได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร ล้อมสิริอุดม (2545) ที่พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะปล่อยให้ เด็กแปรงฟันเอง เนื่องจากไม่มีเวลาและคิดว่าเด็กสามารถแปรงฟันได้เอง และจากการศึกษาของสุณีย์ พลภาณุมาศ (2546) พบว่า พ่อแม่เริ่มจะให้เด็กแปรงฟันเองที่อายุ 1 ปี ถึง 2 ปี ถึงร้อยละ 63.9 ส่วนเด็ก อายุ 3 ปี ร้อยละ 24.80 และเด็กอายุ 4 ปี ถึง 5 ปี จะแปรงฟันเองโดยไม่มีผู้ปกครองดูแลถึงร้อยละ 87

พฤติกรรมการดูแลการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การกระทำใด ๆ ของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มี หรือเกี่ยวข้องกับ การบริโภคอาหาร คือ การเลือกซื้ออาหาร การเลือกบริโภค และการบริโภคอาหารนอกจากจะเป็นเรื่อง ของความต้องการสารอาหารเพื่อการดำรงชีพแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ได้แก่

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การบริโภคอาหารเป็นวัฒนธรรมที่คนในสังคมปฏิบัติและมีการสืบทอดกันมา โดยผ่านกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคม โดยมีแหล่งถ่ายทอดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่สำคัญคือ พ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิดและดูแลเด็ก การทำความเข้าใจกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยให้ทำความเข้าใจกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้บุคลากรสามารถนำมาผสมผสานกับความรู้ทางด้านวิชาการ เพื่อให้คำแนะนำด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อคนในชุมชน

อาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ นม รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งอาหารเหล่านี้จะช่วยทำให้เชื้อสเตรปโตคอคโคไค (Streptococci) ในช่องปากเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เด็กที่ชอบบริโภคอาหารเหล่านี้จะมีเชื้อดังกล่าวอยู่ร้อยละ 60 ของเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดในช่องปาก (วัลธินี ปิงแก้ว, 2549 : 8-9)

1. นม

นมเป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และหลังจากนั้นจะใช้เป็นอาหารเสริม ซึ่งอาจเป็นนมมารดาหรือนมผงคัดแปลงซึ่งส่วนใหญ่จะทำมาจากนมวัว ซึ่งในนมจะมีแลคโตสที่แบคทีเรียสามารถนำน้ำตาลชนิดนี้ไปใช้สร้างกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาล แต่คุณสมบัติอีกอย่างหนึ่งของนมก็คือ สามารถช่วยป้องกันฟันผุได้ เนื่องจากนมมีสารโปรตีน แคลเซียม และฟอสฟอรัส เป็นส่วนประกอบจึงสามารถช่วยชะเทินความเป็นกรดได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่านมแม่หรือนมวัวเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย หากแต่จะเกิดโรคฟันน้ำนมจากการเลี้ยงดูเนื่องจากวิธีการเลี้ยงหรือการเติมสารอื่นเพิ่มเข้าไปในนม เช่น น้ำตาล น้ำผึ้ง ซึ่งจากการผลศึกษาของ Seow (1998) พบว่าถ้ามีการเติมน้ำตาลลงไป ในนม จะทำให้อัตราฟันผุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของสุรางค์ เศรษฐพูนท์ (2548) พบว่าเด็กอายุ 4 ปี ถึง 5 ปี ดื่มนมรสหวานถึงร้อยละ 66.52

สำหรับวิธีการเลี้ยงเด็กด้วยนมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะก่อให้เกิดโรคฟันผุชนิดลุกลามฟันหน้าของฟันน้ำนมอย่างรวดเร็ว การให้เด็กหลับคาขวดนมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ (2547) พบว่า เด็กอายุ 6 เดือนถึงอายุ 30 เดือนที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี มีพฤติกรรมการหลับคาขวดนมถึงร้อยละ 26.2 และมีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่หลับคาขวดนมถึง 1.4 เท่า และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูนมแม่ จะมีอัตราฟันน้ำนมผุน้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยนม

มีหลักฐานหลายการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำตามหลังการดื่มนมจะช่วยลดอัตราโรคฟันผุ สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) วรางคณา อินทโลหิต และคณะ (2545) และก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์, 2542) จากการศึกษาของปิยะธิดา ประเสริฐสม และคณะ (2546) พบว่าเด็กมักจะถูกเลี้ยงด้วยนมแม่ในช่วง 3 เดือนแรก และตามด้วย

นมขวด อายุเฉลี่ยที่เลิกดื่มนมขวดคือ 39.31 เดือน และเด็กที่ฟันไม่ผุนั้นผู้เลี้ยงดูจะให้บุตรหลานหย่านมแม่หรือนมขวดอายุไม่เกินขวบครึ่ง (วราภรณ์ อินทโลหิต และคณะ, 2545) นอกจากนี้เด็กที่มีฟันผุจะหย่านมช้าคืออายุ 2 ปี ถึงอายุ 4 ปี และเลี้ยงดูด้วยนมแม่นานกว่า 24 เดือน จะมีฟันผุสูงกว่าเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 24 เดือน (Dinil & Others, 2000 : 187) ซึ่งนับว่าระยะเวลาในการเลี้ยงดูด้วยนมเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดโรคฟันผุในเด็กปัจจัยหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกาให้นมเด็กนอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิด วิธีการเลี้ยง ระยะเวลาในการให้นมการดูดนมเมื่อติด และการใช้ขวดนมเป็นเครื่องกล่อมนอน หรือการหลับคาขวดนมแล้วยังพบว่ากาให้เด็กดื่มนมอยู่เป็นระยะเวลานาน ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งเด็กที่มีฟันหน้าบนของฟันน้ำนมผุ ส่วนใหญ่จะถูกเลี้ยงดูด้วยนมเฉลี่ยวันละ 8.3 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันหน้าบนของฟันน้ำนมผุ ซึ่งจะถูกลี้ยงดูด้วยนมเฉลี่ยเพียงวันละ 2.2 ชั่วโมงเท่านั้น นอกจากนี้ของเหลวที่ใส่ในขวดนมให้เด็กดูด เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือการเติมน้ำตาลน้ำผึ้งลงในนม ล้วนมีส่วนทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

2. อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล

การบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลหรือขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ซึ่งคุณสมบัติของอาหารที่จะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุได้นั้น Edmonson (1990) ได้สรุปประเด็นสำคัญไว้ดังนี้

ชนิดและปริมาณน้ำตาลในขนม โดยขนมของเด็กส่วนใหญ่จะประกอบด้วยแป้งและน้ำตาล ยังมีน้ำตาลในปริมาณมากแบบที่เรียกจะใช้น้ำตาลในการสร้างกรดได้มากขึ้นเท่านั้น ส่วนอาหารประเภทแป้งตามปกติถ้าไม่อมไว้เป็นเวลานาน หรือไม่ผสมน้ำตาลลงไป จะไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ดังนั้นการอมข้าวหรือพวกแป้งจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ ดังนั้นการอมข้าวหรือพวกแป้งจะมีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคฟันผุ

ความเป็นกรดของอาหาร อาหารที่มีทั้งน้ำตาลและความเป็นกรดสูง เช่น เครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว และน้ำอัดลมหากบริโภคบ่อย ๆ จะส่งผลให้ฟันผุร้อนไม่เรียบ และเป็นที่สะสมของกรดแบบที่เรียกได้มากขึ้น

ความสามารถของอาหารในการติดค้างในช่องปาก ความถี่และลำดับการบริโภค ถึงแม้ว่าตามปกติหลังรับประทานอาหารเสร็จ น้ำลายจะกำจัดกรดได้หมดโดยใช้เวลาประมาณ 20 ถึง 40 นาที และสมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) ได้ทำการประยุกต์เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของกลุ่มขนมและเครื่องดื่ม ได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ลูกอม ขนมไทย ขนมแป้งกรอบ ถั่วเคลือบแป้งต่าง ๆ น้ำอัดลม กลุ่มที่เสี่ยงสูงปานกลาง ได้แก่ กลุ่มขนมไข่ เค้กต่าง ๆ เยลลี่

กลุ่มที่เลี้ยงต่ำ ได้แก่ ผลไม้ ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำแข็งไส

ซึ่งจะพบได้ว่ากลุ่มที่บริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นประจำจะมีฟันผุมากกว่ากลุ่มที่บริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานกับโรคฟันผุของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2550) พบว่า มีผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 14.1 ที่ระบุว่าเด็กจะบริโภคอาหารรสหวานเป็นประจำ โดยสัดส่วนการบริโภคอาหารรสหวานจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 8 ในเด็กอายุ 1 ปี ถึงเด็กอายุ 2 ปี เป็นร้อยละ 19.20 ในกลุ่มเด็กอายุ 4 ปี ถึงอายุ 5 ปี เพิ่มขึ้น 2.3 เท่า ซึ่งจะใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ (2547) ที่พบว่า สัดส่วนเด็กอายุ 6 เดือนถึงอายุ 30 เดือน กินอาหารรสหวานเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 9 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 12 เดือน เป็นร้อยละ 17.1 ในกลุ่มเด็กอายุ 25 เดือนถึง 30 เดือน เพิ่มขึ้น 2 เท่า

นอกจากนี้เด็กยังมีการบริโภคอาหารระหว่างมื้อโดยเฉลี่ยวันละ 3 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วยน้ำตาล พบว่า ความถี่ของการบริโภคอาหารระหว่างมื้อมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคฟันผุสำหรับการเลือกซื้อขนมและเครื่องดื่มจากการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2550) พบว่า เด็กเลือกซื้อขนมเองร้อยละ 46 ขณะที่การศึกษาของอุไรพร จิตต์แจ้งและคณะ (2547) พบว่า ร้อยละ 48.50 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาต่างกันเพียง 3 ปี พบว่า เด็กที่เริ่มซื้อขนมเองเริ่มเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยค่าขนมของเด็กเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทผู้เลี้ยงดูในการกำกับดูแลการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มเริ่มลดลง เด็กวัยนี้ยังขาดวิจารณญาณในการเลือกขนมที่เหมาะสม นอกจากนี้รายการขนมและเครื่องดื่มส่วนใหญ่ที่บริโภคระหว่างมื้อ ยังเป็นอาหารที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ลูกอม ช็อกโกแลต ขนมกรุกรอบ ไอศกรีม

3. ผักและผลไม้

สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2547) พบว่า ปัจจุบันเด็กบริโภคผักเป็นประจำทุกวันเพียงร้อยละ 52.4 ที่เหลือเป็นกลุ่มที่ไม่กินผัก หรือเลือกกินผักบางชนิด และพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะปัญหาฟันผุมากกว่ากลุ่มเด็กที่กินผักอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้เลี้ยงดูตามใจเด็กในเรื่องการกินอาหาร ทำให้เด็กกว่าครึ่งไม่ได้ถูกฝึกกินผักตั้งแต่เด็ก (วัลธินี ปิงแก้ว, 2549 : 11)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การป้องกันและควบคุมโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นจะต้องอาศัยทั้งการดูแลความสะอาดช่องปากและการปรับพฤติกรรมการบริโภค ทั้งในส่วนของตัวเด็กเอง และในส่วนของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดู พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน โดยผ่านทาง การดำเนินชีวิตประจำวัน ความคิด ความเชื่อ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาและวิเคราะห์ในด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมกรรมการตรวจฟันและการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรทางการแพทย์

การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างสม่ำเสมอ นับเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ละเลยไม่ได้ ความถี่ของการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ คือ

1. ในเด็กเล็กที่เริ่มหัดแปรงฟันเอง ควรตรวจทำความสะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง ในเด็กโตที่แปรงฟันเองได้ดี (อายุ 7 ปีขึ้นไป) ควรตรวจทำความสะอาดช่องปากเด็ก อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง
2. ควรให้เด็กตรวจเองเดือนละครั้ง และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจทุกครั้ง เมื่อพาเด็กไปรับบริการที่คลินิกเด็กดี หรือพาเด็กไปพบทันตบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง (กองทันตสาธารณสุข, 2545 : 41-55)

สำหรับพฤติกรรมกรรมการตรวจฟันและการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านมาพบว่า ก่อนข้างมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของชุมชน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคฟันผุนั้นขึ้นอยู่กับ การเห็นคุณค่าต่อฟันของตนเอง ความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดโรค โดยผู้ที่เห็นความสำคัญของฟัน หรือเคยรู้สึกถึงความรุนแรงของโรค มีแนวโน้มจะไปพบทันตบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า (คะเนิงนิษฐ์ ปิติบุญญพัฒน์, 2548 : 12-13)

ความสามารถในการเข้าถึงบริการทั้งคำรักษาพยาบาลและระยะทาง โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ห่างไกลและยากจน ก็อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการไปพบทันตบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาของ Ismail & Sohn (2001) ที่ทำการศึกษาในประเทศเคนาดา พบว่า แม้รัฐบาลพยายามแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในเด็ก โดยมีโครงการให้เด็กได้รับการดูแลรักษาสุขภาพฟันฟรี แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจนก็ยังคงมีสภาวะฟันผุสูงกว่าเด็กในครอบครัวฐานะดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่าไม่มีผู้ใดเขียนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุมานำมาใช้ เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนมาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีดังนี้

ความรู้

เป็นความสามารถที่จดจำและระลึกถึงเรื่องราวที่รับได้ แล้วเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่บุคคลได้รับ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และเป็นปัจจัยสำคัญในกลุ่มปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ซึ่งจุฑามาศ ตรีรัตนพันธ์ และ อุทัยวรรณ กาญจนมด (2542) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง พบว่า สภาวะฟันผุของเด็กจะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองที่ต่ำ และจากการศึกษาของทัศนีย์ มหาวัน (2540) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กด้านทันตสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucia & Others (2005) ที่พบว่า การเรียนรู้โดยการศึกษาด้านสุขภาพในการดูแลตนเองนั้นทำให้อัตราการเกิดฟันผุลดลง

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเอาปัจจัยนำด้านความรู้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ความเชื่อ

เป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้นๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความเชื่อเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงและให้ความไว้วางใจถือได้ว่าความเชื่อเป็นระบบความรู้ทางสังคมวัฒนธรรม เมื่อบุคคลมีความเชื่อดังกล่าวจะทำให้มีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ๆ (ทัศนีย์ มหาวัน, 2540) การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนพบว่า ชาวบ้านเชื่อว่าฟันน้ำนมจะหลุดตามวัยเมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ (ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน วิระฤทธิพันธ์ (2545) ที่พบว่าชาวบ้านมีความเชื่อว่าฟันผุเกิดจากแมงกินฟันและการถอนฟันให้เด็กจะทำให้เด็กประสาทเสีย และจากการศึกษาของทัศนีย์ มหาวัน (2540) พบว่า ความเชื่อมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงพิจารณานำเอาปัจจัยด้านความเชื่อมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ทัศนคติ

เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด เป็นสภาพความพร้อมของบุคคลที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางใดทางหนึ่ง เช่น ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะมีทั้งผลดี และผลเสียในการเปลี่ยนพฤติกรรม (เพ็ญประภาศิริโรจน์, 2536 อ้างถึงใน ทศนีย์ มหาวาน, 2540 : 19-20) ซึ่งจากการศึกษาของจุฑามาศ ตรีรัตนพันธ์ และอุทัยวรรณ กาญจนมล (2542) พบว่า สภาวะโรคฟันผุมีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติที่ต่ำดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์ (2545) พบว่า ผู้ปกครองที่เคยมีประสบการณ์โรคฟันผุจะมีทัศนคติที่ดีต่อการแปรงฟัน และให้ความสำคัญกับการแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ทศนีย์ มหาวาน (2540) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง จากงานวิจัยที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ส่วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือไม่ ผู้วิจัยคาดว่าทัศนคติน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง จึงนำเอามาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

การเข้าถึงแหล่งบริการ

เป็นปัจจัยเอื้อที่อำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกเป็น 5 มิติ

ความพร้อมของบริการที่มีอยู่

การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้สะดวก โดยคำนึงถึงแหล่งที่ตั้ง การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการไม่ไกล รวมทั้งขั้นตอนในการขอรับบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญและจำเป็นที่ทำให้ผู้ปกครองเข้าถึงแหล่งบริการได้

ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการรับบริการทำให้เข้าถึงแหล่งบริการได้ง่าย

ความสามารถของผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

การยอมรับคุณภาพของการบริการ คือการยอมรับในการให้บริการ มีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม มีความพึงพอใจในการบริการ

จากการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2543) ในเรื่องการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในเรื่องของค่าใช้จ่ายประจำวัน และค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย และจากการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ (2546) พบว่าระยะทางในการเดินทางมารับบริการจากบ้าน 20.7 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเดินทางจากบ้านมารับบริการ

ด้วยตนเองร้อยละ 55.0 ส่วนกลุ่มที่มารับบริการด้วยตนเองไม่ได้ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ มีปัญหาเกี่ยวกับขาพาด และมีปัญหาเกี่ยวกับคนพาไป และจากการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยของสุณี วงศ์คาเทพ (2547) พบว่า กลุ่มสิทธิ 30 บาท ซึ่งเป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท มีปัญหาในการเข้าถึงบริการช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งควรเข้าถึงแหล่งบริการเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพมากที่สุด จากงานวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำเอาปัจจัยการเข้าถึงแหล่งบริการมาเป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยแบ่งเป็น 2 ตัวแปรย่อย ดังนี้

1. การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม
2. การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก

การได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทันตสุขภาพ

การสื่อสาร นับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ และยังพบว่า การได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนมีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (ทัศนีย์ มหาวาน, 2540 : 65) เช่นเดียวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า การให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากร่วมกับการอบรมพี่เลี้ยงเด็กในการดูแลทันตสุขภาพ จะส่งผลให้การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงินทอง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือด้านจิตใจ และอารมณ์จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ทั้งทางด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนั้นจึงได้นำเอาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอสวิ จังหวัดชุมพร

ประวัติความเป็นมา

อำเภอสวิ เป็นเมืองเก่าแก่ตามประวัติศาสตร์อำเภอนี้ ตั้งอยู่ภาคใต้ทางฝั่งตะวันออกของประเทศไทย เมืองสวิ ตั้งอยู่ริมคลองสวิ ต่อมาเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2440 ได้ตั้งที่ทำการอำเภอสวิครั้งแรกในหมู่ที่ 5 ตำบลนาโพธิ์ โดยใช้บ้านพักของนายริน ทองคำ เป็นที่ตั้งของที่ว่าการชั่วคราว ตั้งอยู่ครึ่งปีก็ย้ายไปตั้งที่บ้านของนายชุ่ม กำนันตำบลปากแพรก ปฏิบัติงานได้พิเศษ จึงย้ายที่ว่าการไปอยู่

ริมแม่น้ำสวี ตำบลสวี พ.ศ. 2462 ที่ว่าการอำเภอสวี ชำรุดไม่สามารถใช้ปฏิบัติราชการ ได้จัดสร้าง ที่ว่าการอำเภอสวีขึ้นใหม่ที่หมู่ที่ 5 ตำบลนาโพธิ์ ซึ่งเป็นชุมชนที่เป็นศูนย์รวมการค้าต่าง ๆ ที่ใหญ่ที่สุด ของอำเภอสวี 24 มกราคม 2511 ที่ว่าการอำเภอสวีได้ถูกเพลิงไหม้ กรมการปกครองจึงอนุมัติ งบประมาณพิเศษให้ก่อสร้างที่ว่าการอำเภอหลังใหม่ และมีพิธีเปิดเมื่อ วันที่ 30 มกราคม 2512 ใช้ปฏิบัติ ราชการอยู่ถึง พ.ศ. 2544 เป็นระยะเวลา 32 ปี อาคารที่ว่าการอำเภอสวีชำรุดทรุดโทรมตามสภาพ การใช้งาน กรมการปกครองได้อนุมัติงบประมาณให้ก่อสร้างที่ว่าการอำเภอหลังใหม่ เมื่อ ปี พ.ศ. 2543 เมื่อ 1 ตุลาคม 2544 ได้ย้ายที่ว่าการอำเภอสวี มาปฏิบัติงานที่ว่าการอำเภอสวี (หลังใหม่) ตั้งอยู่ที่ บ้านคอนรักษ์ หมู่ที่ 4 ตำบลสวี จนถึงปัจจุบันและในอนาคตจะพัฒนาให้เป็นศูนย์ราชการอำเภอสวี อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อเตรียมความพร้อมในการบริการประชาชนแบบเบ็ดเสร็จ (กิตติศักดิ์ เต็มณา, 2549)

เนื้อที่/พื้นที่ 799.578 ตารางกิโลเมตร

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอสวีตั้งอยู่ทางตอนกลางของจังหวัดชุมพร มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครอง ข้างเคียงต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอเมืองชุมพร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อ่าวไทย

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอทุ่งตะโก อำเภอหลังสวน และอำเภอละอุ่น (จังหวัดระนอง)

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอละอุ่น และอำเภอกระบุรี (จังหวัดระนอง)

การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอสวีแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 11 ตำบล 115 หมู่บ้าน ได้แก่

1. นาโพธิ์ (Na Pho)
2. สวี (Sawi)
3. ทุ่งระยะ (Thung Raya)
4. ท่าหิน (Tha Hin)
5. ปากแพรก (Pak Phraek)
6. ด่านสวี (Dan Sawi)
7. ครน (Khron)
8. วิสัยใต้ (Wisai Tai)
9. นาสัก (Na Sak)
10. เขาทะลุ (Khao Thalu)
11. เขาค่าย (Khao Khai)

การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่องค์การบริหารส่วนตำบลวิ ประกอบด้วยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลนาโพธิ์ ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลนาโพธิ์
2. องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ (นอกเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์)
3. องค์การบริหารส่วนตำบลวิ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวิและตำบลปากแพรกทั้งตำบล
4. องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งระยะ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทุ่งระยะทั้งตำบล
5. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหิน ครอบคลุมพื้นที่ตำบลท่าหินทั้งตำบล
6. องค์การบริหารส่วนตำบลด่านสวี ครอบคลุมพื้นที่ตำบลด่านสวีทั้งตำบล
7. องค์การบริหารส่วนตำบลครน ครอบคลุมพื้นที่ตำบลครนทั้งตำบล
8. องค์การบริหารส่วนตำบลวิสัยใต้ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวิสัยใต้ทั้งตำบล
9. องค์การบริหารส่วนตำบลนาสัก ครอบคลุมพื้นที่ตำบลนาสักทั้งตำบล
10. องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทะลุ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเขาทะลุทั้งตำบล
11. องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเขาค่ายทั้งตำบล

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป

ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเหตุให้มีฤดูกาลเพียง 2 ฤดู คือ ฤดูฝน และฤดูร้อน

ด้านทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของอำเภอ

1. เขื่อนเขาตะนาวศรี แนวยาวจากเหนือจดใต้ แหล่งธรรมชาติป่าไม้เขตร้อน ซึ่งมีทรัพยากรด้านป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์
2. มีพื้นที่ชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย แนวเหนือจดใต้ ด้านทิศตะวันออกของพื้นที่ยาวประมาณ 20 กิโลเมตร มีชายหาดที่เงียบสงบ สวยงาม ยังคงความเป็นธรรมชาติ และมีป่าชายเลนที่สมบูรณ์ เป็นแหล่งอาศัยและแพร่ขยายพันธุ์สัตว์น้ำ
3. แหล่งต้นน้ำลำธารตามธรรมชาติ จำนวน 3 สาย ไหลลาดจากแนวทิศตะวันตกสู่ทิศตะวันออกอ่าวไทย แม่น้ำที่สำคัญคือ แม่น้ำสวีเฒ่าแม่น้ำสวีหนุ่ม รวมทั้งคลองขางที่ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำสวีหนุ่มซึ่งมีความยาว 5 กิโลเมตร
4. แหล่งชุมชนการประมงชายฝั่ง
5. ป่าไม้เขตร้อน พื้นที่อุดมเชิงนิเวศน์เขตร้อน พื้นที่ตลอดแนวเขื่อนเขาตะนาวศรีด้านทิศตะวันออกประกอบด้วยพื้นที่ป่าไม้เขตร้อนที่อุดมสมบูรณ์ มีพันธุ์ไม้ต่าง ๆ เช่น ไม้ประดู่ ไม้มะค่า ไม้แดง

6. แหล่งน้ำดิบ เป็นพื้นที่ตั้งอยู่ในเขตมรสุมทั้งสองฝั่งมีแหล่งน้ำดิบตามธรรมชาติ มากๆ ประกอบด้วย แม่น้ำ ลำธาร เนื่องจากฝนชุกเกือบตลอดปี มีช่วงห่างเพียง 3 เดือน คือ มี.ค. - พ.ค.

7. แหล่งพันธุ์ไม้นานาพันธุ์ อำเภอสวี มีป่าไม้ที่ยังอุดมสมบูรณ์ทำให้มีพันธุ์ไม้ มากมาย เช่น ไม้รัง ไม้เต็ง ไม้มะค่า ไม้แดง ไม้ประดู่ ไม้ตะเคียน เป็นต้น

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ได้แก่

1.1 เกษตรกรรม ผลผลิตการเกษตรที่สำคัญ และนำรายได้สู่ประชาชนชาว อำเภอสวี ได้แก่ ยางพารา ปาล์ม กาแฟ และสวนผลไม้ต่างๆ เช่น สับปะรด ทุเรียน ลองกอง เงาะ มังคุด ขอดเหลียง สะตอ กล้วย ฝรั่ง หวาน ลูกสละ

1.2 ประมง การประมงในอำเภอสวี ส่วนใหญ่จะเป็นการประมงชายฝั่งเรือประมง ขนาดเล็กและมีการเพาะเลี้ยงกุ้ง เลี้ยงปลากระพงชายฝั่ง

2. อาชีพเสริม ได้แก่ รับจ้างทั่วไป รวมทั้งการรับจ้างด้านแรงงานภาคเกษตรกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Rossow, L. (1990) พบว่า การบริโภคน้ำตาลของเด็กนั้นจะขึ้นอยู่กับมารดาเป็นหลัก โดย มารดาที่บริโภคน้ำตาลสูงจะพบว่า เด็กจะบริโภคน้ำตาลสูงเช่นกัน

ทัศนีย์ มหาวาน (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของ ผู้ปกครองในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง อยู่ในระดับไม่ดี-พอใช้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านพบว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดเหงือก และฟันให้เด็กและพฤติกรรมการตรวจฟันให้เด็กอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมการให้นม อาหาร ขนมแก่เด็ก และพฤติกรรมการพาเด็กไปพบทันตแพทย์อยู่ในระดับต่ำ

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูนม และของเหลวอื่นด้วยขวดนมที่สัมพันธ์กับอัตราฟันผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง พบว่า เด็กกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้ดื่มน้ำตามหลังจากดื่มนมมีอัตราฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ยเป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็ก ที่ดื่มน้ำตามหลังจากดื่มนม

วัลธินี ปิงแก้ว (2549) ได้ศึกษาสภาวะฟันผุและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยผู้ปกครองเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง พบว่า ในเด็กที่มีฟันไม่ผุผู้เลี้ยงดูให้บุตรหลาน หย่านมแม่หรือนมขวดเมื่ออายุไม่เกินขวบครึ่ง ส่วนเด็กที่มีฟันผุมักหย่านมช้าคือ 2-4 ปี และ

มีความสัมพันธ์ระหว่างการเล็กลงของฟันที่อายุน้อย และมากกว่าครึ่งกับสภาวะปราศจากฟันผุและสภาวะฟันผุมากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุณีย์ พลภานุมาศ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (4 ถึง 5 ปี) ในเขตเทศบาลจังหวัดนครนายก พบว่า แม่จะเริ่มแปรงฟันให้เด็กครั้งแรกเมื่ออายุ 1 ปี ถึงร้อยละ 71.8 และเริ่มให้เด็กแปรงเองเมื่ออายุ 1 ถึง 2 ปี ถึงร้อยละ 63.9 ส่วนเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 24.8 และเด็กอายุ 4 ถึง 5 ปี จะแปรงฟันเองโดยไม่มีผู้ใหญ่ดูแลถึงร้อยละ 87

ก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุโขทัย พบว่า การแปรงฟันเป็นประจำของเด็กหรือการแปรงฟันให้เด็กล้วนมีผลต่อฟันผุ

สมนึก ชาญด้วยกิจและคณะ (2547) ได้ศึกษาอิทธิพลของการบริโภคอาหารของเด็กไทยอายุ 6-30 เดือนต่อโรคฟันผุ พบว่า เด็กอายุ 6 ถึง 30 เดือน มีพฤติกรรมการหลับ คาวจนมากถึงร้อยละ 26.2 และเด็กมีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดูจนจนหลับคาวจนถึง 1.4 เท่า

ปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ (2550) ได้ศึกษาสำรวจเปลือกบรจุภัณฑ์ขนมและเครื่องดื่มที่เด็กบริโภค ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า เมื่อคำนวณปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยที่เด็กได้รับจากเปลือกบรจุภัณฑ์คือ 11.28 กรัม หรือ 2.82 ช้อนชา ซึ่งเป็นปัญหาการบริโภคน้ำตาลที่เกินในเด็ก

สุขสมพร บุญญาฤกษ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กชั้นประถมศึกษา ของอำเภอไกรสรพนมวิหาน จังหวัดสระหว้านนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปรับฟลูออไรด์ และผู้ปกครองไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ และไม่เคยพาเด็กไปตรวจช่องปากเลย

จินตนา พิเคราะห์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่วัยเด็ก มีความสำคัญกับพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของนักเรียนเมื่อโตขึ้น ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน การพานบุตรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กต่อไป

Milciuviene, S. & Others (2010) ได้ศึกษาประสบการณ์ฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 11-13 ปี : กรณีศึกษาทางนิเวศวิทยาจาก 27 ประเทศในยุโรป อิสราเอล แคนาดา และสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่แปรงฟันสม่ำเสมอจะมีอัตราฟันผุต่ำกว่าเด็กที่แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ และมีการบริโภคขนมสูง

Lucia, C. M. & Others (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ในประเทศบราซิล พบว่า การเรียนรู้จากการศึกษาด้านสุขภาพในการดูแลตนเองนั้น ทำให้อัตราการเกิดฟันผุน้อยลง

ทัศนีย์ มหาวาน (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลด้านทันตสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑามาศ ตรีรัตนพันธ์ และอุทัยวรรณ กาญจนมล (2542) ได้ศึกษาอิทธิพลของผู้ปกครองเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และพัฒนาการตอบสนองต่อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพในเด็กศูนย์ก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า สภาวะโรคฟันผุที่สูงในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่ต่ำ รวมทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมของครอบครัว

พัชรลักษ์ณ์ เกื่อนนาดี และ สุปริดา อุดุลยานนท์ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน : กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า นอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้ว ยังต้องไปรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาในการดูแลลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรหลานอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ การแปร่งฟันให้เด็กหรือการควบคุมการรับประทานอาหารหวานจึงทำได้น้อยลง

ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย พบว่า ผู้ปกครองที่เคยมีประสบการณ์ปวดฟันจะมีทัศนคติที่ดีต่อการแปร่งฟันให้มีความสำคัญกับการแปร่งฟัน จึงพยายามให้ลูกแปร่งฟันทุกวัน

วิภาพร ล้อมสิริอุดม (2545) ได้ศึกษาความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย กรณีศึกษา หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอนิคมน้ำจืด จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ชาวบ้านจะไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม เนื่องจากฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากไม่นาน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา รวมถึงการมีความเชื่อว่าฟันผุเกิดจากแมงกินฟันและการถอนฟันทำให้เด็กประสาธาเสียว

สุขสมพร บุญญาฤทธิ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กชั้นประถมศึกษา ของอำเภอไกรสอนพมวิหาน จังหวัดสระหว้านะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะประเด็นการกินขนมหวานและขนมขบเคี้ยวที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ในขณะที่ผู้ปกครองยังมีความรู้ความเข้าใจน้อยในเรื่องสารฟลูออไรด์ และพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงลบ

ด้านทันตสุขภาพในเรื่องของฟันน้ำนมที่มีการผุ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ปกครองคิดว่าไม่สำคัญและไม่จำเป็นต้องรักษาในเรื่องสารฟลูออไรด์ซึ่งผู้ปกครองคิดว่าทำให้

Jurgensen, N. & Petersen, P. E. (2009) ได้ศึกษาสุขภาพช่องปากและผลกระทบของปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมในการสำรวจภาคตัดขวางของเด็กอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประเทศลาว พบว่า เด็กที่มีทัศนคติในระดับปานกลางและระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2550) ได้ศึกษาความเป็นในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ.2550 พบว่า กลุ่มสิทธิ 30 บาท ซึ่งเป็นกลุ่มยากจนในพื้นที่ชนบท มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งควรได้รับการเข้าถึงบริการเพื่อการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพมากที่สุด กลับพบอัตราการใช้บริการเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2543) ได้ศึกษาการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกรณีศึกษาตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วยเล็กน้อย และยามป่วยหนัก การขาดแคลนเงินในการรักษาพยาบาล ย่อมส่งผลให้การบำบัดรักษาโรค หรือพัฒนาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง

ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมชาวเขาหมู่บ้านอีก่อปากกล้วย พบว่า การมีสถานบริการใกล้บ้าน การเพิ่มจำนวนบุคลากร การมีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการออกหน่วยทันตกรรมที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเข้าบริการทันตกรรมได้ง่ายขึ้น แต่กลับพบว่า มีการมารับบริการค่อนข้างต่ำ

จินตนา พิเคราะห์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การเข้าถึงสถานบริการของรัฐเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสภาวะฟันผุของนักเรียนมัธยมศึกษา

ทัศนีย์ มหาวาน (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กจากสื่อมวลชน เป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Petersen, P. E. & Othets (2002) ได้สำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สองในประเทศจีน พบว่า จังหวัดที่มีโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพเยอะ จะมีประสบการณ์ฟันผุน้อยกว่าจังหวัดที่มีโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพจำกัด

จิรพรรณ อินทา และคณะ (2542) ได้ประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การให้การสนับสนุนวัสดุ

อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากร่วมกับการอบรมที่เลี้ยงเด็กในการดูแลทันตสุขภาพจะส่งผลให้การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น

หฤทัย สุขเจริญโกศล (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี พบว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองหรือเพื่อนบ้าน ญาติจะเป็นแหล่งสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งวัยก่อนเรียน

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการศึกษาทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทันตสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง