พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

วิชุตา คงเหมือนเพชร[*] วิริณธิ์ กิตติพิชัย[**] ศุภชัย ปิติกุลตัง[**]

บทคัดย่อ

ปัญหาทันตสาธารณสุขในเด็กปฐมวัยคือโรคฟันผุ ผู้ปกครองมีบทบาทหลักในการดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุในบุตรหลาน การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 172 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 61.60 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยระดับปานกลาง มีพฤติกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปากระดับสูง (ร้อยละ 66.80) ด้านการเป็นแบบอย่างและด้านอาหารระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.90 และ 47.70) และด้านการเฝ้าระวังระดับต่ำ (ร้อยละ 41.90) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 6 ปัจจัย คือ ประสบการณ์การป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.05$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ($r = 0.26$ และ 0.22) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ($r = 0.20$ และ 0.19) เสนอแนะให้สร้างความตระหนักและเพิ่มทักษะการดูแลและตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์และทำงานนอกบ้าน เพื่อให้ผู้ปกครองเฝ้าระวังโรคฟันผุในบุตรหลานต่อไป

คำสำคัญ: โรคฟันผุ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 47(2): 189-199

[*] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

[**] ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early Childhood Caries) เป็นปัญหาทันตสาธารณสุขในเด็กไทย ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลเสียต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและระยะยาว อาจมีผลกระทบไปขัดขวางการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสติปัญญา[1] มีผลต่อการขึ้นของฟันแท้ทำให้ไม่สามารถขึ้นได้ตามปกติ หากมีความรุนแรงของโรคฟันผุมากและไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก[2] นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อการบรรเทาและแก้ปัญหา มีผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.80 ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ที่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.70 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ อุด ถอน (dmft) 2.70 ซี่/คน แม้จะเพิ่งมีฟันน้ำนมขึ้นครบ แต่ร้อยละ 3.20 ของเด็กเริ่มมีประสบการณ์ในการสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว นอกจากนี้พบว่า ในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์โรคฟันผุเกือบทั้งหมดจะเป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา คือ ร้อยละ 50.60 หรือเฉลี่ย 2.60 ซี่/คน อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กนี้พบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคกลาง คือ ร้อยละ 61.00 และ 59.60 ค่าเฉลี่ย dmft 3.10 และ 3.00 ซี่/คน ตามลำดับ[3]

จังหวัดอ่างทองเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน จากระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุขพบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ในจังหวัดอ่างทอง ปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 56.50 และ 53.50 ตามลำดับ สำหรับในอำเภอโพธิ์ทอง ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบฟันน้ำนมผุคิดเป็นร้อยละ 52.53 และ 52.01 ตามลำดับ[4] ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ถึงแม้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชจากทันตบุคลากรทุกปี แต่ฟันผุในเด็กปฐมวัยก็ยังไม่ลดลง สาเหตุประการหนึ่งมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครองคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม แล้วปล่อยให้ลูกหลับโดยมีขวดนมค้างในปาก[5] ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีอิทธิพลสูงสุดต่อพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กปฐมวัย[6]

มีการศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนได้แก่ ปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้เลี้ยงดู ปัญหาการรับประทานขนมหวาน ปัญหาการเลี้ยงดูด้วยขวดนม[7] รวมถึงการที่ผู้ปกครองละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน[8] และปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติมคือการแปรงฟัน ด้วยผู้ปกครองของเด็กเล็กถึงร้อยละ 55.80 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง นอกจากนี้การดื่มนมเป็นปัจจัยสำคัญประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ โดยพบว่า เด็กเล็กอายุ 3 ปียังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านสูงถึงร้อยละ 48.90 รวมทั้งยังมีการใช้นมขวดอยู่ถึงร้อยละ 39.40[4] นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กเล็ก ร้อยละ 97.90 ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน และส่วนใหญ่เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง โดยมีเด็กเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้นที่ได้รับการแปรงฟันซ้ำโดยผู้ปกครอง สำหรับความถี่ของการแปรงฟันในเด็กเล็กพบว่า ร้อยละ 90.90 มีการแปรงฟันเพียงหนึ่งครั้งต่อวันและร้อยละ 91.30 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า และเด็กเล็ก ร้อยละ 38.90 ที่แปรงฟันก่อนนอน[9] ทั้งนี้ยังพบว่า มีผู้ปกครองเด็กร้อยละ 32 แปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ[10]

จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เสนอว่า เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดการตอบสนองทางความคิด 2 แบบคือ การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทั้งสองแบบมีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนการประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) และการคาดหวังผลลัพธ์ (Perceived Response Efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์[11]

ในการวิจัยนี้มุ่งอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) ปัจจัยคุณลักษณะและประสบการณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (2) การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และ (3) การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 172 ตัวอย่าง โดยเป็นสัญชาติไทย อ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดย (1) จำแนกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กออกเป็น 3 กลุ่ม (เล็ก กลาง ใหญ่) (2) จับฉลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามสัดส่วน คือ เล็ก กลาง ใหญ่ เท่ากับ 5, 5, และ 2 ตามลำดับ (3) กำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละศูนย์ฯ ตามสัดส่วนของประชากร และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยปฐมวัยของผู้ปกครอง จำนวน 20 ข้อ (ด้านอาหาร 7 ข้อ ด้านการทำความสะอาด 6 ข้อ ด้านการเฝ้าระวัง 3 ข้อ และด้านการเป็นแบบอย่าง 4 ข้อ) ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ (3) ปฏิบัติบางครั้ง (2) และไม่เคยปฏิบัติ (1) ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ (การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 5 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 5 ข้อ) แบบวัดมีความเที่ยง 0.78 และการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 6 ข้อ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 4 ข้อ) แบบวัดมีความเที่ยง 0.81 ข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ คือ จากเห็นด้วย

(3) ไม่แน่ใจ (2) และไม่เห็นด้วย (1)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติที (Independent T-test) และการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2016-144

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 172 ตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.50) มีอายุ 20 ถึง 76 ปี เฉลี่ย 37.94 ± 12.65 ปี โดยมีอายุ 30-39 ปี มากที่สุด รองลงมา 20-29, 40-59 และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.10, 29.70, 27.90, 9.30 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.30) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีประมาณ 1 ใน 3 เป็นพนักงานโรงงาน (ร้อยละ 32.60) โดยพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 68.60) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัยพบว่า ร้อยละ 55.20 เป็นมารดา ซึ่งผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.70) ไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองประมาณร้อยละ 40 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และเด็กปฐมวัยประมาณร้อยละ 65 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.60) มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 34.90) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ปกครองส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายด้านระดับสูงด้านการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 66.80) ระดับปานกลาง ด้านการเป็นแบบอย่าง (ร้อยละ 52.90) และด้านอาหาร (ร้อยละ 47.70) และระดับต่ำ ด้านการเฝ้าระวัง (ร้อยละ 41.90) รายละเอียดในตารางที่ 1

Table 1 Dental Caries Preventive Behaviors.

Dental caries preventive behaviors	Mean ± SD	Number (Percentage)		
		High[a]	Moderate[b]	Low[c]
Overall	**45.82 ± 4.79**	**60 (34.90)**	**106 (61.60)**	**6 (3.50)**
Food	15.96 ± 2.27	77 (44.70)	82 (47.70)	13 (7.60)
Oral hygiene	15.23 ± 1.90	115 (66.80)	55 (32.00)	2 (1.20)
Stay alerted for oral health	5.82 ± 1.62	31 (18.00)	69 (40.10)	72 (41.90)
Being role model	8.81 ± 1.32	56 (32.60)	91 (52.90)	25 (14.50)

Note: The total score level: [a] 80 percent and over, [b] 60-79 percent, [C] Less than 60 percent.

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองส่วนมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูง (ร้อยละ 79.10) และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.90) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 86.00 และ 58.10 ตามลำดับ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 70.30) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.30) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.40)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ดังนี้ **(1) อาชีพ** ผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและด้านการเป็นแบบอย่าง สูงกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ($p < 0.05$) **(2) ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยทั้งในด้านรวมและรายด้าน สูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่มีประสบการณ์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ($p < 0.01$) **(3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุฯ ในด้านรวมและด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.19 ($p < 0.05$) และ 0.33 ($p < 0.01$) ตามลำดับ **(4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุฯ ในด้านรวม ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.20, 0.17 และ 0.16 ($p < 0.05$) ตามลำดับ **(5) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุฯ ในด้านรวม ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการทำความสะอาด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.22 ($p < 0.01$), 0.19 และ 0.18 ($p < 0.05$) ตามลำดับ **(6) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุฯ ในด้านรวม ด้านการทำความสะอาด ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 0.26, 0.23 ($p < 0.01$) 0.18 และ 0.16 ($p < 0.05$) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 2-3

Table 2 Comparisons of Mean Scores of Dental Caries Preventive Behaviors by Independent Variables.

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

Table 3 Pearson's Product Moment Correlation Coefficient (r) between the Independent Variables and Dental Caries Preventive Behaviors.

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

*p < 0.05, **p < 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยรายด้าน ระดับสูงในด้านการทำความสะอาดช่องปาก ระดับปานกลางในด้านการเป็นแบบอย่างและด้านอาหาร และระดับต่ำในด้านการเฝ้าระวัง เนื่องจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเห็นว่า การทำความสะอาดช่องปากเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แต่ยังขาดเรื่องการดูแลด้านอาหาร ด้านการเป็นแบบอย่าง และด้านการเฝ้าระวัง ทั้งนี้อาจเพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน โดยมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ภาระหน้าที่ในการทำงาน ทำให้ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัยน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ เพชรรัตน์[12] ที่พบว่า ร้อยละ 59.00 ของผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับสูง การศึกษาของ ฉลองชัย สกลวสันต์ และคณะ[9] ที่พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 97.90 ได้รับการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน ในขณะที่การศึกษาของ อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช[7] พบว่าผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ร้อยละ 93.80 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ซึ่งพบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านรวมและด้านการเป็นแบบอย่าง ซึ่งผู้ปกครองที่ทำงานที่บ้านจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลานมากกว่าผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน รวมถึงการได้เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้บุตรหลานปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของธนากร โตกิ่งแก้ว และ รุจิรา ดวงสงค์[13] ที่พบว่าอาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และจากผลการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองทั้งในด้านรวมและด้านย่อยทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมาก่อนจะทราบถึงปัญหา ได้เรียนรู้วิธีการดูแลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัยมากกว่าผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร บุตรวงษ์[14] ที่พบว่า มารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ดีกว่ามารดาที่มีบุตรคนแรก

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[11] โดยเมื่อผู้ปกครองรับรู้ว่าโรคฟันผุนั้นมีความรุนแรง และบุตรหลานของตนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ จึงได้พิจารณาว่าตนเองจะเผชิญต่อปัญหาของโรคฟันผุอย่างไร โดยการประเมินความสามารถของตนเองว่า มีมากน้อยเพียงใดในการที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน รวมถึงการประเมินต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหากว่าตนเองได้แสดงพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งหากพิจารณาแล้วว่า ตนเองสามารถที่จะทำพฤติกรรมและพฤติกรรมนั้นส่งผลให้บุตรหลานไม่มีโรคฟันผุ บุคคลก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางกลับกันหากผู้ปกครองไม่ได้ตระหนักต่อความเสี่ยงที่ลูกหลาน

จะเกิดโรคฟันผุก็จะไม่มีพฤติกรรมในการป้องกันฟันผุในบุตรหลาน อีกทั้งหากไม่มีความมั่นใจหรือเชื่อมั่นว่าการกระทำของตนเองนั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคฟันผุในบุตรได้ ก็จะไม่แสดงออกซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในบุตรหลานเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์[15] ที่ศึกษาในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมอนามัยช่องปากของนักเรียน และการศึกษาของสิริอนงค์ อ่ำพุทรา[16] พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การประเมินความเสี่ยงและการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมถึง อาชีพและประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานทันตสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการวางแผนดำเนินโครงการที่เหมาะสมต่อการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ดังนี้

1) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และการประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การฝึกทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากและการค้นหาฟันผุของเด็กกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้าน ผู้ปกครองที่ไม่ใช่มารดา และยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย

2) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้ปกครองที่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ประสบความสำเร็จ มีการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การแปรงฟันให้เด็ก และการตรวจหาฟันผุ อีกทั้งการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในการประเมินการเผชิญปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคฟันผุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ครูผู้ดูแลเด็กที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Guideline for oral health promotion of pre-school children. Bangkok: Bureau of Dental Health, Ministry of Public Health; 2013.
2. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005; 83(9): 664.
3. Bureau of Dental Health. The seventh national oral health survey in Thailand 2012. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013.

4. Dental health support system. Bureau of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Available at http://phdb.moph.go.th/hssd1/umd/HSS, accessed May 11, 2016.
5. Hoopon-erb P. Family factors influencing dental caries condition in children aged 1-3 years in Angthong Province. Journal of Public Health 2008; 38(2): 241-51.
6. Nanthamongkolchai S. Family, child rearing and development of preschoolers in Thailand. Journal of Public Health 2016; 46(3): 205-10.
7. Raktao U, Wongwech C. Knowledge, attitude and practice of parents/guardians regarding oral health care of pre-school children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2015; 2(1): 52-64.
8. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Vanden Broucke S, et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36(2): 168-178.
9. Sakolwason C, Butpun P, Narata R, Thepsukun S. Toothbrushing behavior of preschool children in daycare centers. Thai Pediatric Journal 2009; 16(1): 7-10.
10. Thongrungchai N, Banchonhattakit P. Factors related with the parents' behavior of helping their children age 1-5 years old in brushing teeth, in Nonsang District, Nhongbualumphu Province. Srinagarind Med J 2013; 28(1): 16-22.
11. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol: interdisciplinary and applied 1975; 91(1): 93-114.
12. Phetcharat R. Factors related to oral health status of children aged 3-5 years at child care center in Chom Bueng Ratchaburi. [M.S. Thesis in Social and Health System Management] Nakhon Pathom: Faculty of Graduate Studies, Silpakorn University, 2003.
13. Tokingkaw T, Duangsong R. Factors related to parental care givers' behaviors of oral care of pre-school children in child development center, Nakhon Ratchasima Province. Thai Dental Nurse Journal 2016; 27(1): 51-62.
14. Budwong S. Health behavior of mother concerning dental caries prevention of pre-school children attending well baby clinic of Kaeng Koi Hospital Changwat Saraburi. [M. Ed. Thesis in Health Education] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Srinakharinwirot University, 2001.

15. Salawongluk T. An application of the protection motivation theory and social support to promote oral health among phathomsuksa 3 students in Mueng District Nakhonratchasima Province. [M.S. Thesis in Public Health] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1998.

16. Amphutsa S. Factors influencing dental health care for preschool children of guardians. [M.Ed. Thesis in Health Education] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Srinakharinwirot University, 2005.

Dental Caries Preventive Behaviors Among Guardians of Preschool-Children in Child Development Centers, Phothong District, Angthong Province

Vichuta Kongmueanphet[*] *Wirin Kittipichai*[**] *Supachai Pitikultang*[**]

ABSTRACT

Dental health problems in early childhood are mainly caries. Guardians have important roles in taking care of the oral health and preventing their children from having caries. This research aimed to study early childhood caries preventive behaviors of guardians and related factors. The sample consisted of 172 guardians of preschool children in the Child Development Center by proportional stratified random sampling. Data collection was accomplished with self-administered questionnaires. The research findings revealed that 61.60% of the guardians had a moderate level of overall-dental caries preventive behaviors. Among the preventive behaviors, 66.80% of guardians taking care of oral hygiene behavior was at a high level, 52.90% being the role model and 47.70% taking care of food consumption were at a moderate level while 41.90% of those who stayed alerted for oral health was at a low level. Six factors related to dental caries preventive behaviors of guardians were the experience of preventing early childhood caries ($p < 0.001$), the guardians' occupation ($p < 0.05$), perceived response efficacy and perceived self-efficacy of the dental caries preventive behaviors ($r = 0.26$ and 0.22), perceived susceptibility and perceived severity of the early childhood dental caries ($r = 0.20$ and 0.19). Dental health agencies should organize trainings to create greater awareness and increase the skills in examining oral health to keep the guardians alerted for oral health of their children particularly, guardians who worked outside and those who did not have an experience in preventing caries.

Keywords: dental carries, preventive behavior, preschool children, guardian

J Public Health 2017; 47(2): 189-199

Correspondence: Wirin Kittipichai. Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand. E-mail: wirin.kit@mahidol.ac.th

[*] Graduate student in Master of Public Health, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

[**] Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University