

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน

Family Factors Associated with Dental Health Behavior of Schoolchildren



ระพีภัทร์ ไชยยอดวงษ์*

Rapeephat Chaiyodwong

ด.ร. วรรรณี เตียวยาคีเรศ**

Wannee Deoisres

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนและปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยปัจจัยด้านครอบครัวที่ศึกษาได้แก่ รายได้ของครอบครัว การศึกษาของมารดา การสอนของมารดา การเป็นแบบอย่างของมารดา การให้ส่งเสริมแรงจูงใจจากมารดา การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายขนมสำหรับเด็ก การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดการประถมศึกษาแห่งชาติ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และมารดาของนักเรียน จำนวนกลุ่มละ 180 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับมารดาตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การสอนของมารดา การเป็นแบบอย่างของมารดา การให้ส่งเสริมแรงจูงใจจากมารดา และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม แหล่งขายขนมสำหรับเด็ก และแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน

เด็ก ชุดที่ 2 สำหรับนักเรียนตอบ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมทันตสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยด้านครอบครัวแต่ละปัจจัยไม่มีอิทธิพลและไม่สามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อแยกพฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์ และพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์ และพฤติกรรมการบริโภคได้ร้อยละ 17.2 และ 14.7 ตามลำดับ

Abstract

The purposes of this study were to examine dental health behavior of schoolchildren and to identify family factors affecting dental health behavior of schoolchildren. The samples consisted of 180 pairs of schoolchildren grade 10-12 and their mothers in Amphur Samchuk,

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Suphanburi Province. The instrument of this study was a set of questionnaire that composed of the questionnaire for mothers including personal background, maternal teaching, maternal role model, maternal reinforcement, and physical environment; and the questionnaire for schoolchildren including personal status, dental health behavior, and family supporting. Descriptive statistic and simultaneous multiple regression were used to analyze the data.

The major findings revealed that dental health behavior of schoolchildren was rated at a moderate level. Family factors were not statistically predictive overall dental health behavior of schoolchildren. However, family income was statistically associated with the use of fluoride and food consumption behavior of schoolchildren.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากโรคในช่องปากส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและมีการสูญเสียฟันตามมามีผลต่อการทำหน้าที่บดเคี้ยวและความสวยงาม เสียบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจ ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ และที่สำคัญไปกว่านั้นคือสุขภาพของร่างกายอาจจะเริ่มเสื่อมโทรมจากการมีสุขภาพช่องปากไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจลุกลามเป็นสาเหตุซ้ำเติมให้โรครุนแรงมากขึ้น (มัลลิกา สิริรัตน์, 2535) ทำให้ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี การมีคุณภาพชีวิตที่ดีส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสุขภาพของร่างกายซึ่งรวมถึงทันตสุขภาพ การมีทันตสุขภาพที่ดีหมายถึงการที่สภาวะในช่องปากมีความสะอาดปราศจากโรคในช่องปาก รวมถึงเหงือกและฟันมีความแข็งแรงและได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

หากเด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมาะสม จะช่วยฝึกเด็กให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีตามมา สร้างความภาคภูมิใจในตนเอง นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่เราควรใส่ใจและไม่ควรละเลย โดยเฉพาะครอบครัวของเด็กที่นับว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่เด็กมีความใกล้ชิดมากที่สุดและถือว่าเป็นเป้าหมายหลอมทางพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมทันตสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นด้านที่ต้องมุ่งเน้นและปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนปี ค.ศ.2010 (Velsor-Friedrich, 2000) ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในระดับอำเภอของนักเรียนตามโรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาของอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2543 ทั้งหมด 29 โรงเรียน พบว่ามีนักเรียนเป็นโรคเหงือกอักเสบมากกว่าร้อยละ 40 จำนวน 7 โรงเรียน นักเรียนที่มีสภาวะผิวดำที่ตื้นต้องรักษาเร่งด่วน เช่น ต้องถอนฟันมีมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 28 โรงเรียน นักเรียนที่มีฟันผุถาวรมีมากกว่าร้อยละ 20 จำนวน 10 โรงเรียน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนยังเป็นปัญหาอยู่และต้องการการแก้ไข

ในการดำเนินงานทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนให้บรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์ที่สำคัญทางหนึ่งคือการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้ความรู้กับครอบครัว กระตุ้นให้เห็นความสำคัญอย่างสม่ำเสมอในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน ปรับและแก้ไขพฤติกรรมต่างๆ ในด้านทันตสุขภาพให้ถูกต้อง เพื่อเป็นการปลูกฝังนิสัยทันตสุขภาพที่ดีให้ติดกับตัวเด็กไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยดูแลมากที่สุดเพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่เด็กต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่เกิดจนโตอย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลา (Bronfenbrenner, 1979) โดยเฉพาะ

มารดาเป็นบุคคลที่สามารถทำบทบาทได้ดีที่สุดในเรื่อง การชี้แนะพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่เด็ก เพราะ เป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด จะเห็นได้ว่าครอบครัว นั้นเป็นบริบทที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัว จะทำหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกใน ครอบครัวไปจนตลอดชีวิต (Phillips, 1997) การที่ สมาชิกในครอบครัวจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับอยู่กับครอบครัวเป็นสำคัญ เมื่อเรามองครอบครัวเป็น ระบบการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกคนใดคนหนึ่งย่อม ส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย (Friedman, 1992) ดังนั้นพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของเด็กนั้นอาจเป็นผลมาจากการดูแลของมารดา รวมไปถึงการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายใน ครอบครัวด้วย

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนและศึกษา งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ายังมีส่วนน้อยที่มุ่งศึกษาวิจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านครอบครัว (สันติ บุญช่วย, 2539; สุदारัตน์ สุขเจริญ, 2539 ; โสภา ชื่นชูจิตต์, 2541) การ ศึกษาปัจจัยทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรม ทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนครั้งนี้ จะเป็นแนวทางใน การนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติและแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นในเรื่องทันตสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาของประเทศ ต่อไป กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎี นิเวศน์วิทยาของครอบครัว (family ecological theory) ของ บรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1979) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่า พัฒนาการของบุคคล เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่ง แวดล้อมที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่ สิ่งแวดล้อมของบุคคล แบ่งเป็น 4 ระบบ ดังนี้คือ (Herrin & Wright, 1998 cited in Lackey & Walker, 1998)

1. ระบบเล็ก (microsystem) เป็นระบบสิ่ง แวดล้อมที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่และใกล้ชิดกับบุคคล

มากที่สุด ประกอบด้วย สถานที่ บุคคลต่างๆ ความ สัมพันธ์ บทบาทของบุคคล และอื่นๆ ตัวอย่างสิ่ง แวดล้อมในระบบเล็ก ได้แก่ บ้าน บุคคลในครอบครัว โรงเรียน ครู เพื่อนนักเรียน และบทบาทของสมาชิกใน ครอบครัว เป็นต้น

2. ระบบกลาง (mesosystem) เป็นสิ่ง แวดล้อมที่เพิ่มขยายจากสิ่งแวดล้อมในระบบเล็กของ บุคคล ในช่วงเวลาเฉพาะเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น ช่วง การไปเข้าค่ายภาคฤดูร้อน การไปร่วมโครงการหรือ กิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

3. ระบบภายนอก (exsosystem) เป็นสิ่ง แวดล้อมภายนอกในระบบเล็กของบุคคล ตามทฤษฎีนี้ หมายถึงโครงสร้างทางสังคม ตัวอย่างเช่น รัฐบาล การ คมนาคม การสื่อสาร เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น

4. ระบบใหญ่ (macrosystem) เป็นสิ่ง แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของสถาบันต่างๆ ใน ระบบทุกระบบที่กล่าวมา ซึ่งมีทั้งสิ่งที่แสดงให้เห็นเป็น รูปธรรม เช่น กฎหมาย หรือกฎระเบียบ และทั้งที่เป็น นามธรรมและสะท้อนออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ประเพณีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

บุคคลจะมีพัฒนาการเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ระบบเหล่านี้ ในการศึกษาค้นคว้าพัฒนาการของบุคคล คือ พฤติกรรม ทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน และสิ่งแวดล้อมที่คาดว่า จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน คือ ปัจจัยด้านครอบครัวของเด็ก ได้แก่ รายได้ของ ครอบครัว การศึกษาของมารดา การสอนของมารดา การเป็นแบบอย่างของมารดา การให้สิ่งเสริมแรงจาก มารดา การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่ง ขยายชมสำหรับเด็ก และการเข้าถึงแหล่งขยายอุปกรณ์ ทำความสะอาดฟันเด็ก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพของ เด็กวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดการประถมศึกษาแห่งชาติอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี อาศัยอยู่กับมารดา และมารดาของนักเรียนจำนวน 180 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) สำหรับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบปกติ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและปรับปรุงจากแบบสอบถามจากงานวิจัยอื่น หากคุณภาพของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนจำนวน 30 คน ในโรงเรียนที่ไม่ได้เป็นโรงเรียนที่ทำการเก็บข้อมูลจริง หากความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับมารดาตอบ มี 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ

มารดา

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ การสอนของมารดา (16 ข้อ) ลักษณะการวัดเป็นแบบสอน/ไม่สอน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82 การเป็นแบบอย่างของมารดา (13 ข้อ) ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .70 การให้สิ่งเสริมแรงจากมารดา (10 ข้อ) ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .85

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ทศนิยม มหาวิน (2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม (6 ข้อ) การเข้าถึงแหล่งขายขนมสำหรับเด็ก (4 ข้อ) และการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก (4 ข้อ) ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับเด็กนักเรียนตอบ มี 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียน เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สุดารัตน์ สุขเจริญ (2539) ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบางครั้ง และ ไม่เคยทำเลย มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตทำการศึกษาโดยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน

2. เมื่อได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองโดยความร่วมมือของครูประจำชั้น ก่อนให้นักเรียนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และถามความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียนที่จับฉลากได้เป็นกลุ่มตัวอย่างและยินดีร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบสอบถามในชั้นเรียนโดยไม่จำกัดเวลา ผู้วิจัยอยู่กับนักเรียนตลอดเวลาเพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนที่มีข้อสงสัยได้ซักถาม ในขณะเดียวกันให้นักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างรอนอกห้องเรียนเพื่อไม่ให้รบกวนเพื่อนขณะทำแบบสอบ เมื่อนักเรียนตอบเสร็จผู้วิจัยตรวจดูความสมบูรณ์ของคำตอบให้ครบถ้วน และแจกแบบสอบถามสำหรับมารดาให้กับนักเรียน และนัดให้นักเรียนนำมาคืนครูประจำชั้นภายใน 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยไปเก็บแบบสอบถามของมารดาจากครูประจำชั้นอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (statistical package for the social science / for window) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะ

บุคคลของมารดาและนักเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา

2. วิเคราะห์พฤติกรรมทัศนสุขภาพและปัจจัยครอบครัวของเด็กวัยเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา

3. วิเคราะห์อิทธิพลและอำนาจการร่วมทำนายของปัจจัยครอบครัวต่อพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression)

ผลการวิจัย

1. นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50.6 และ 49.4 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 9 - 13 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 10.21 ปี แยกตามชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 4,5,6 มีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 31.7, 35.0, 33.3 ตามลำดับ

2. มารดานักเรียน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.41 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 84.4 การศึกษาของมารดา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.0 จำนวนปีของการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 ปี มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและประกอบอาชีพส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 42.8 ตามลำดับ ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.8 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,655.78 บาท

3. ปัจจัยครอบครัว ด้านบทบาทของมารดา ได้แก่ การสอนของมารดาและการเป็นแบบอย่างของมารดา พบว่ามีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนการให้สิ่งเสริมแรงจากมารดามีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์พอใช้

4. ปัจจัยครอบครัว ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว มีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์พอใช้

5. ปัจจัยครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายนมสำหรับเด็ก การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก พบว่าทุกเรื่องมีระดับการเข้าถึงอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

6. พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยรวมทุกด้านพบว่า มีระดับการปฏิบัติในเกณฑ์พอใช้

7. ตัวแปรทำนาย 9 ปัจจัย คือ รายได้ของครอบครัว การศึกษาของมารดา การสอนของมารดา การเป็นแบบอย่างของมารดา การให้สิ่งเสริมแรงจากมารดา การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายนมสำหรับเด็ก และการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก พบว่าไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการทันตสุขภาพโดยรวมของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อแยกพฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์และพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 17.2 และ 14.7 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. รายได้ของครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการทันตสุขภาพโดยรวมของเด็กวัยเรียนได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของร่าฟิง ชรบัตนทิต (2536) และของสันติ บุญช่วย (2539) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของนักเรียนและสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เมื่อแยกพฤติกรรมทันตสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า รายได้ของครอบครัว

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของโจนส์และวูดส์ (Jones & Woods, 2000) พบว่าความร่ำรวย ความยากจนเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสุขภาพ และเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเม็กซิโก ที่พบว่าเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำซึ่งไม่สามารถจะจัดซื้ออาหารที่มีประโยชน์และยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีได้ จึงมีปัญหาฟันผุและความต้องการรักษาสูงกว่าเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับสูง (Irigoyen, Moupome, & Mejia, 2000) ด้วยเหตุนี้ครอบครัวที่มีฐานะการเงินดีย่อมสามารถที่จะจัดหาปัจจัยที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อสุขภาพไว้ให้กับบุตร ได้มากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ยอมรับได้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ฟลูออไรด์และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อทันตสุขภาพที่ดี

2. การศึกษาของมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากว่าในปัจจุบันสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีมากมายไม่ว่าจะเป็นวิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หนังสืออ่านเล่น ทำให้มารดาที่มีการศึกษาสูงและมีการศึกษาดำ สามารถที่จะได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ได้เท่าเทียมกัน (informal education) โดยเฉพาะโทรทัศน์ที่เป็นสื่อที่มีผลต่อผู้รับมากที่สุด เข้าถึงประชาชนมากที่สุด (โสภา ชื่นชูจิตต์, 2541) และแหล่งความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ (ทัศนีย์ มหาวัน, 2540) ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของมารดาซึ่งเป็นการศึกษาอย่างเป็นทางการในโรงเรียน (formal education) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้อง

กับการศึกษาของชัยยุทธ สิริวิบูลย์กิติ และคณะ (2535) และการศึกษาของธีระ มนต์ประสิทธิ์ (2542) ที่พบว่า การศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

3. การสอนของมารดา คือการสอนหรือไม่ ได้สอนของมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัย เรียนได้ การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากขึ้นอยู่กับเรื่องของเทคนิคการสอน และคุณภาพการสอนของมารดา ร่วมด้วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้วัดวิธีการสอนและคุณภาพการสอน นอกจากนี้เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มี พัฒนาการทางสังคมที่ขยายขอบข่ายกว้างขวาง เด็ก มักใช้เวลากับบุคคลอื่นมากขึ้น แม้ว่าบิดามารดาจะมี บทบาทสำคัญในการอบรมสั่งสอนแต่บุคคลอื่นๆ นอก บ้านก็เริ่มมีบทบาทสำคัญในการอบรมสั่งสอนดูแลเด็ก และพบว่าเด็กวัยนี้ก็มักจะเชื่อฟังครูมากกว่าบิดา มารดาโดยครูจะเป็นสื่อที่ดีที่สุดสำหรับเด็กที่อยู่ใน สถาบันการศึกษา (กองทันตสาธารณสุข, 2537) และ ในบางครั้งเมื่อมีการสอนเด็กก็ไม่รับรู้ว่าเป็นการสอน จากมารดาหรือในบางที่เด็กอาจจะได้รับการสอนเรื่อง ทันตสุขภาพมาแล้วจากที่โรงเรียน จึงทำให้ไม่สนใจที่จะรับฟังและเอาใจใส่กับการสอนของมารดา จึงเป็น เหตุผลในการอธิบายผลการศึกษาคั้งนี้ว่าการสอน ของมารดาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้

4. การเป็นแบบอย่างของมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ อธิบายได้ว่า การเรียนรู้ โดยผ่านตัวแบบเป็นการเรียนรู้ที่บุคคลสังเกตจาก พฤติกรรมของตัวแบบ โดยเฉพาะเมื่อเห็นตัวแบบ แสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรงร่วม ด้วย แนวโน้มที่จะลอกเลียนแบบพฤติกรรมนั้นจะมีสูง (โยธิน ศันสนยุทธและคณะ, 2533) ซึ่งเด็กจะทำตาม

โดยเฝ้ามองและฟังในสิ่งต่างๆ รอบตัว สามารถรับฟัง จดจำกฎที่เป็นนามธรรมจากพฤติกรรมที่มามีผลต่อ การเริ่มและเรียนรู้ (Bark, 1993) ถ้ามีการสังเกตการ เลียนแบบและคิดอย่างเป็นกระบวนการ ความมุ่งมั่นหวัง และการตั้งใจที่จะทำตามมา (Greig, & Taylor, 1999) ความใส่ใจเป็นสิ่งสำคัญมากในการเลียนแบบ หากเด็กขาดความสนใจ ขาดการรับรู้พฤติกรรมทันตสุขภาพที่มารดาแสดงเป็นแบบ เด็กก็จะไม่สามารถ เรียนรู้และเลียนแบบได้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งในการ อธิบายว่าการเป็นแบบอย่างของมารดาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของเด็กวัยเรียนได้

5. การให้สิ่งเสริมแรงจากมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ อภิปรายผลได้ว่า การที่เรา ต้องการให้เด็กทำสิ่งที่ดีและอยากให้เด็กทำสิ่งนั้นบ่อยๆ ต้องให้คำชมเชย เมื่อเด็กทำพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา และได้รับคำชมเชยเด็กจะทำสิ่งนั้นบ่อยๆ ซึ่งเป็น ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่ต้องการคำชมเชย ในทาง ตรงกันข้าม หากบิดามารดาไม่ชมเชยแต่ใช้วิธีเฉยเมย หรือแสดงท่าทีเย็นชากับสิ่งที่เด็กทำ จะส่งผลทำให้ เด็กทำพฤติกรรมนั้นน้อยลงหรือค่อยๆ หยุด พฤติกรรมนั้นในที่สุด แต่บ่อยครั้งที่บิดามารดาใน สังคมไทยเราเมื่อเห็นลูกทำผิดมักจะดุด้วยการลงโทษ แต่เมื่อเห็นลูกทำดีกลับทำเฉยๆ ไม่ชมเชย ทำให้เด็ก ลดพฤติกรรมลงและเลิกทำไปไม่ช้า (นวลศิริ เปาโรหิตย์, 2540) และถึงแม้ว่ามารดาจะมีการเสริมแรงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมแต่ถ้าเด็กไม่รับรู้ว่าเป็นการเสริมแรง พฤติกรรมที่ฟังประสงค์ก็ไม่สามารถเกิดได้ จึงเป็น เหตุผลหนึ่งที่อธิบายได้ว่าการให้สิ่งเสริมแรงจาก มารดาไม่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของเด็กได้

6. การให้การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว

พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนที่สำคัญจากครอบครัวสำหรับเด็กนอกเหนือจาก สิ่งของ เครื่องใช้ วัตถุ เงินทอง แล้วการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในรูปแบบอื่น อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กมากกว่า เช่น การสนับสนุนครอบครัวในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กๆ ทุกคน ทุกๆอายุ และสามารถจะนำไปสู่พฤติกรรมทางบวกได้ และการให้การสนับสนุนทางข้อมูล (support message) จะช่วยให้เด็กมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (self - esteem) และถ้าได้รับการสนับสนุนในระดับสูงจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมทางสังคมที่ดี (Noller, & Fitzpatrick, 1993) มากกว่าการให้ข้อมูลในลักษณะบังคับควบคุม (control message) นอกจากนี้ยังพบว่าระบบพี่น้อง (sibling) ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษาเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของเด็กวัยเรียนเพราะพี่น้องจะช่วยดูแลในการกระทำบทบาทที่ยากและช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ เวลาที่มีความเครียด (Furman et al., 1989 cited in Greig, & Taylor, 1999) พี่น้องเป็นแหล่งสำคัญของเด็กในด้านทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมถึงแม้ว่าจะไม่มีอำนาจเท่าเทียมบิดามารดา แต่พี่น้องก็พยายามที่จะบังคับให้เด็กทำพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นทั้งพฤติกรรมที่ดีและไม่ดี (Bukatko, & Daehler, 1995) จากเหตุผลดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัวเพียงในรูปแบบจำกัดอยู่ที่การจัดหาวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลสุขภาพเพียงมิติเดียวจึงไม่สามารถส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้

7. การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ อธิบายได้ว่า แม้ครอบครัวจะสามารถไปรับบริการได้สะดวกสบายมาก

ขึ้นจากสภาพถนนหนทางที่สะดวกของจังหวัดสุพรรณบุรี มีรถโดยสารวิ่งตลอด ถึงแม้จะมีระยะทางไกลหรือใกล้ก็ตาม แต่พบว่าครอบครัวไม่ค่อยได้พาเด็กไปรับบริการทันตกรรมเท่าใด เนื่องจากอาจมองว่า ค่ารักษาพยาบาลแพง ประกอบกับมารดาส่วนใหญ่ต้องทำงานในเวลากลางวัน เด็กต้องไปเรียนหนังสือ ฉะนั้นการจะพาเด็กไปได้ก็คือวันเสาร์ วันอาทิตย์หรือนอกเวลาราชการ ซึ่งสถานบริการต่างๆ ทางราชการไม่ได้เปิดให้บริการทันตกรรมนอกเวลา นอกจากคลินิกเอกชน ที่ค่าบริการแพง ดังนั้นถ้าเด็กไม่มีปัญหาทัศนสุขภาพและไม่รุนแรงมากหรือถ้ารุนแรงมากแต่เด็กไม่ยอมไปเพราะความกลัวหรือเหตุผลใดก็ตาม แม้ว่าครอบครัวจะอยู่ใกล้สถานบริการทันตกรรมแต่ไม่ไปรับบริการก็ไม่เกิดผลอะไร จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้

8. การเข้าถึงแหล่งชายขนมสำหรับเด็ก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก เด็กมักจะใช้เวลาที่โรงเรียนเป็นหลักและที่สำคัญจากการศึกษาพบว่าบริเวณโรงเรียนของเด็กนั้นเองที่เป็นแหล่งชายขนมที่สำคัญที่อยู่ใกล้เด็กมากที่สุด ทำให้เด็กเข้าถึงแหล่งชายขนมได้ง่าย แม้ว่าบ้านของเด็กเองจะอยู่ไกลจากร้านชายขนมก็ตาม เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งอาจจะอธิบายได้ก็คือการวัดตัวแปรนี้มารดาเป็นผู้ตอบ ซึ่งอาจมีมุมมองคนละแบบกับเด็กและจริงๆ ตัวเด็กเองที่เป็นคนเข้าถึงแหล่งได้มากกว่าที่มารดาคิดและมอง สิ่งนี้จึงอธิบายได้ว่าการเข้าถึงแหล่งชายขนมสำหรับเด็กไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้

9. การเข้าถึงแหล่งชายอุปกรณ์ทำความสะอาด

สะอาดพื้นเด็ก . พบว่าไม่มีความสัมพันธ์และไม่
สามารถทำนายพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัย
เรียนได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทาง
เศรษฐกิจและโครงสร้างทางสังคมทำให้ทุกหมู่บ้านมี
ความเจริญขึ้น เกิดความสะดวกสบายในการเข้าถึง
แหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดพื้นเด็ก ส่วนใหญ่
ทุกหมู่บ้าน จะมีร้านค้าประจำหมู่บ้านที่ขายอุปกรณ์
จำพวกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ซึ่งเป็นของใช้ในชีวิต
ประจำวันอยู่แล้ว จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันเท่าใด
นักในการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดพื้น
เด็ก และเด็กยังสามารถได้รับอุปกรณ์ทำความสะอาด
พื้นได้แก่ แปรงสีฟันและยาสีฟันจากที่โรงเรียนด้วย จึง
ทำให้การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดพื้น
เด็กไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนาย
พฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติ พฤติกรรมทัศนสุขภาพ
ของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่
รับผิดชอบในการดูแลทัศนสุขภาพของเด็กวัยเรียน ควร
เร่งหากลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เด็กมี
พฤติกรรมทัศนสุขภาพในระดับที่ดียิ่งขึ้น กระตุ้นให้
เห็นความสำคัญในเรื่องทัศนสุขภาพให้เท่าเทียมกับ
โรคอื่นๆ สำหรับในโรงเรียนน่าจะมียุทธศาสตร์นอก
เหนือจากครอบครัวโรงเรียนควรให้ความสำคัญในการ
ส่งเสริมพฤติกรรมทัศนสุขภาพของเด็กเนื่องจากเป็น
สิ่งแวดล้อมที่เด็กวัยเรียนใช้เวลาอยู่ด้วยมากที่สุดแห่ง
หนึ่ง

2. ด้านการวิจัย ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว
เพิ่มเติมได้แก่ รูปแบบการเป็นบิดามารดา ระบบพี่น้อง
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและเด็ก ความมี

คุณค่าในตนเองของเด็ก โดยศึกษาว่าปัจจัยเหล่านี้เมื่อ
นำมาศึกษาร่วมกับปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษาไว้ในครั้งนี้จะ
ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของเด็กหรือไม่
อย่างไร พร้อมกันนี้ควรศึกษาทั้งพื้นที่ในเขตเมืองและ
เขตชนบทไปพร้อมกันเพื่อให้มีความหลากหลายใน
กลุ่มของประชากร และการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัย
ทางโรงเรียนและครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
ทัศนสุขภาพของเด็ก

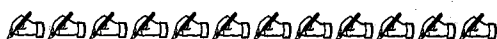
3. ด้านการบริหาร

3.1 ควรกำหนด นโยบายที่เน้นการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มากขึ้นโดย
เฉพาะพฤติกรรมทัศนสุขภาพและมุ่งเน้นไปที่
ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กและจัด
กิจกรรมที่ช่วยเพิ่มทักษะในการดูแล

3.2 ผู้บริหารโรงเรียน ควรจัดให้มีนโยบาย
ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมทัศนสุขภาพที่ดี เช่น จัดให้มี
อุปกรณ์สำหรับแปรงฟันที่โรงเรียนครบถ้วนและให้
นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกคน การจัดผัก
ผลไม้ให้นักเรียนได้รับประทานทุกวัน หรือค้นหา
นักเรียนตัวอย่างที่มีพฤติกรรมทัศนสุขภาพที่ดีเพื่อ
เป็นแบบอย่างกับนักเรียนคนอื่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
ทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาทำให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอบคุณ
บัณฑิตวิทยาลัยที่อุดหนุนทุนวิทยานิพนธ์บางส่วน



เอกสารอ้างอิง

- กองทันตสาธารณสุข. (2537). รายงานผลการสำรวจสุขภาพทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัยยุทธ สิริวิบูลย์กิติ, และคณะ. (2535). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียนในจังหวัดลพบุรี. กรุงเทพฯ : งานวิจัยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ธีระ มนต์ประสิทธิ์. (2542). พฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นอนุบาลและประถมศึกษาปีที่ 1 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ มหาวาน. (2540). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2540). ศิลปะการสร้างวินัยที่ชนะใจลูก (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : คอมแพคท์พรีนท์.
- มัลลิกา สิริรัตน์. (2535). กระบวนการทันตสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน ศันสนยุทธ, และคณะ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- รำพึง ษรบัณฑิต. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันติ บุญช่วย. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนประถมปลายอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ สุขเจริญ. (2539). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภา ชื่นชูจิตต์. (2541). พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนลาติตวิทยาการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี. ชลบุรี : กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี.
- Bark, L.E. (1993). *Infants, children, and adolescents*. Boston : Allyn & Bacon.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Toward an experimental ecology of human development*.

American Psychologist, 513-531.

Bukatko, D., & Daehler, M.W. (1995). **Child development: A thematic approach**. Boston : Houghton Mifflin.

Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral science**. 2 nd ed. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Friedman, M.M. (1992). **Guidelines for family assessment family nursing: Theory and practice**. 3 rd ed. Norwalk,LT : Appleton&Lange.

Greig, A., & Taylor, J. (1999). **Doing research with children**. London : SAGE Publication. Irigoyen, M.E., Maupome, G., & Mejia, A.M. (2000). [Online]. Available : [http://www.contentsCDH 16 1999.htm](http://www.contentsCDH161999.htm).

Jones, C.M., & Woods, K. (2000). [Online]. Available : <http://www.EADPH Santander Congress Abstracts.htm>.

Noller, P., & Fitzpatrick, M.A. (1993). **Communication in family relationship**. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.

Lackey, N., & Walker, B.L. (1998). **Family nursing practice: An Ecological Framework for family nursing practice and research**. Philadelphia : W.B.Saunders.

Phillips, C.R. (1997). **Mother-Baby nursing**. Philadelphia : AWHONN. Velsor-Friedrich, B. (2000). Healthy people 2000/2001 : Health appraisal of the nation and future objective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (1), 47-48.