

ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับ  
การใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติ เรื่องการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอร่องขวาง  
จังหวัดแพร่

อัจฉรา จิตจง



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับ  
การใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติ เรื่องการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอร่องขวาง  
จังหวัดแพร่

อัจฉรา จิตจง



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง ได้พิจารณาการศึกษา  
ค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับ  
การใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์  
เขตอำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....  
(ดร.บุญสือ ฉิมบ้านไร่)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ นพรัถ)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.บุญลือ นิมนต์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ทนตแพทย์หญิงศิริพรรณ เลขะพิพัฒน์ ทนตแพทย์หญิงทิวาศัย ธรรมสอน และทนตแพทย์หญิงดาวรุ่ง แสนคำลือ จังหวัดแพร่ ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ บุคลากรผ่านทันตกรรม พยาบาลห้องฝากครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลรื่องกวาง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูล และตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาการความรู้ด้านต่าง ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่อำนวยความสะดวก ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในหลักสูตรสาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ขอขอบพระคุณพ่อคุณแม่ สามี และลูกสาว ที่เป็นกำลังใจและช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ นิสิต สม.10 ที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการเรียนครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ ผู้ศึกษาค้นคว้าขออุทิศ แต่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

อัฉรฉา จิตจง

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ เขตอำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่
<b>ผู้ศึกษาค้นคว้า</b>	อัจฉรา จิตจง
<b>ที่ปรึกษา</b>	ดร.บุญลือ นิมนต์
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2556
<b>คำสำคัญ</b>	ประสิทธิผล, ทันตสุขศึกษา, สื่อบุคคล, สื่อวีดิทัศน์, หญิงตั้งครรภ์

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ เขตอำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคล จำนวน 32 คน และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบทดสอบความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลุ่มที่ได้รับสื่อวีดิทัศน์ไม่มีความแตกต่างกัน และระหว่างกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

**Title** EFFECTIVENESS OF DENTAL HEALTH EDUCATION USING PERSONAL INFORMATION COMPARE WITH VISUAL MEDIA ON CHILD ORAL HYGIENE AMONG PREGNANCY IN RONGKWANG DISTRICT, PHRAE PROVINCE, THAILAND.

**Author** Atchara Jitjong

**Advisor** Dr, Boonlue Chimbanrai

**Academic Paper** Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

**Keywords** effectiveness ,dental health education, personal information, visual media, pregnancy

### ABSTRACT

The aim of this research was to study the efficiency of dental health education media for pregnancy woman. The quasi-experimental study, two groups pre-test and post-test design, was applied to compare the efficiency of dental health education media between the dental health worker and the visual media, using purposive sampling to allocated the population samples into two groups, one group was educated by dental health worker, totally 32 persons and another by visual media, totally 32 persons. A questionnaire was developed to test knowledge and attitude in child oral hygiene among pregnancy. The finding were as pregnancy in both groups had higher score of knowledge after health education at the level of 0.05. Pregnancy in personal information group had higher score of attitude after health education at the level of 0.05 but in visual media group had no difference means score of attitude after health education. There was no difference between mean scores of the knowledge and attitude in both groups.

## สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย.....	6
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	7
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันและโรคฟันผุ.....	7
ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก.....	10
การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก.....	14
สุขศึกษาและสื่อทางสุขศึกษา.....	16
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม .....	24
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
กรอบแนวคิด.....	38
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์.....	46
ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก.....	50
ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก.....	56
ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก.....	58
5 บทสรุป.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	61
อภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก แบบทดสอบ.....	73
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า.....	80

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พ.ศ. 2553-2555 ของจังหวัดแพร่ ในกลุ่มเด็ก 18 เดือนและกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ.....	1
2 แสดงข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ .....	46
3 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง.....	50
4 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ ที่ตอบถูกต้องและข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กเล็กก่อนและหลังการทดลอง .....	51
5 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง.....	53
6 แสดงจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ ที่มีทัศนคติที่ดีและข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กเล็กก่อนและหลังการทดลอง .....	54
7 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กเล็กภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ...	56
8 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กเล็กระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ก่อน และหลังการทดลอง .....	58
9 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กเล็กภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ...	58
10 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ก่อน และหลังการทดลอง .....	59

## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	ปัจจัยซึ่งเป็นส่วนประกอบของกระบวนการเกิดฝัน.....	12
2	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุตรงและสาเหตุร่วมของโรคฝัน ....	14
3	ความสัมพันธ์ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในแง่สุขศึกษา .....	18
4	กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี.....	38



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทยอยู่ในระดับสูงเป็นลำดับ และมีแนวโน้มมากขึ้นในเขตชนบท จากรายงานการสำรวจในระดับประเทศโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีโรคฟันผุจากร้อยละ 66.5 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 61.4 ในปี พ.ศ. 2550 อัตราความชุกของโรคในภาพรวมลดลง แต่ในเขตชนบทพบอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 66.8 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 67.2 ในปี พ.ศ. 2550 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551) และจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พ.ศ. 2553-2555 ของจังหวัดแพร่ ในกลุ่มเด็ก 18 เดือน และกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ ดังตารางที่ 1 พบว่า โรคฟันผุสามารถพบได้ในเด็กที่อายุน้อยหรือในฟันที่เพิ่งขึ้นในช่องปาก

ตาราง 1 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พ.ศ. 2553-2555 ของจังหวัดแพร่ ในกลุ่มเด็ก 18 เดือนและกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ

อายุ	เป้าหมาย	เป้าหมาย	2553	2554	2555
	ระดับประเทศ	ระดับจังหวัด	%CF	%CF	%CF
18 เดือน	100	100	94.1	95.7	91.2
3 ปี	41.0	50.0	42.4	48.7	54.5

ที่มา: กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2555

การดูแลสุขภาพช่องปากในช่วงขวบปีแรกเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีของเด็กในอนาคต เด็กที่มีโรคฟันผุเรื้อรังในเด็กปฐมวัย จะมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเด็กปกติ เนื่องจากเด็กมีความเจ็บปวดระหว่างการติดเชื้อของฟัน จะรับประทานอาหารได้น้อยลง การเจ็บปวดยังจะรบกวนการนอนของเด็ก ทำให้การหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย (growth hormone) ลดลง เพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานโดยรวมในร่างกายเพิ่มขึ้น

เด็กที่มีการสูญเสียฟันน้ำนมบนไปตั้งแต่อายุน้อย ๆ จะส่งผลต่อพัฒนาการในการพูด และความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กอีกด้วย ทำให้เกิดการรบกวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติของเด็กอย่างชัดเจน (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2554)

เด็กทารกและเด็กเล็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้ปกครอง มารดาหรือผู้ปกครองจึงมีส่วนช่วยให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี การศึกษาพบว่าแม่ที่ได้รับการตรวจช่องปากและได้รับทันตสุขศึกษามีการทำความสะอาดช่องปากให้ลูกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับร้อยละ 40 (เวรดี ต่อประดิษฐ์, พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคันสนธิ รัชกุล, 2538) การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์มีการกำหนดให้ต้องได้รับการสอนทันตสุขศึกษา และตรวจฟันทุกราย และในคลินิกเด็กดี มารดาจะได้รับการสาธิต และฝึกทักษะในการดูแลทันตสุขภาพบุตรทั้งการเช็ดเหงือก และการแปรงฟัน อีกทั้งเด็กอายุ 9 เดือน ขึ้นไปทุกคน ต้องได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์วานิช ทำให้มารดามีแนวโน้มในการดูแลทันตสุขภาพบุตรเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการนำบุตรเข้ารับการตรวจและทาฟลูออไรด์วานิชมากขึ้น (สายรุ้ง วงศ์ศิริ, 2553) และโรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถส่งผ่านเชื้อไมแทนสเตรปโตคอคโคคจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ โดยเฉพาะแม่ที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักจะส่งผ่านเชื้อมาสู่ลูกผ่านทางน้ำลาย เช่น การจูบ การเป่าหรืออมอาหารก่อนป้อนให้ลูก (Berkowitz, 2006) การให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยผ่านกิจกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปาก การย้อมคราบจุลินทรีย์ การสาธิต การแปรงฟัน เป็นต้น ส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากเด็กมีเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2544) แต่จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากเด็กในการเยี่ยมหลังคลอดและคลินิกเด็กดี ซึ่งเป็นช่วงที่คุณแม่มีการปรับตัวหลายอย่างในการเลี้ยงดูลูก บางครั้งอาจจะไม่พร้อมในการรับทันตสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์ ต้องมารับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ทุกคนมีช่วงเวลาที่ต้องรอผลเลือดและอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จะเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้และเตรียมความพร้อมสู่การเป็นแม่คน และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้กับลูกของตนได้ ดังนั้น การที่เด็กเล็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับมารดาหรือผู้ปกครอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของมารดาจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมารดาได้รับความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กนั่นเอง

ปัจจุบันการให้ทันตสุขศึกษาในเรื่องต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะให้ทันตสุขศึกษาโดยทันตบุคลากรเป็นผู้สอนและสาธิตเอง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้สังเกตและเลียนแบบ บันดูรา (บันดูรา, 1986) อ้างอิงใน ธัญญา กาญจนรัชตะ, 2550) กล่าวว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น (Observational Learning) โดยในการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ บุคคลจะเลือกสังเกตสิ่งที่

ต้องการเรียนรู้ และจะประเมินว่าควรนำสิ่งที่สังเกตไปปฏิบัติหรือควรหลีกเลี่ยง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ทักษะคิด หรือพฤติกรรมให้คล้ายคลึงกับลักษณะของสิ่งที่สังเกต ซึ่งเรียกว่า ตัวแบบ (Model) โดยบันดูรา ได้แบ่งตัวแบบของการเรียนรู้ด้วยการสังเกตออกเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่เป็นสิ่งมีชีวิต (Live Models) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Models) ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยยังประสบกับภาวะการณ์ขาดแคลนทันตบุคลากร ซึ่งถือเป็นตัวแบบที่มีชีวิต (Live Models) แบบหนึ่ง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะผลิตสื่อที่ให้ทันตสุขศึกษาในรูปแบบวีดิทัศน์ เพราะอุปกรณ์ที่ใช้สอนคือโทรทัศน์และเครื่องเล่นวีซีดีเป็นอุปกรณ์ที่ประชาชนทั่วไปมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี มีความสะดวกทั้งผู้เรียนและผู้สอน และนำมาฉายซ้ำได้หลายครั้ง ทำให้เนื้อหาคงที่เหมือนเดิม มีการศึกษาการใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ โดย บุญเพ็ญ ดิกคณารักษ์ (2551) ที่ศึกษาการพัฒนาและทดสอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของ เด็กทารก พบว่า สื่อที่พัฒนาช่วยส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาในรูปแบบสื่อบุคคลกับสื่อวีดิทัศน์แก่หญิงตั้งครรภ์ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาถึงการให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์โดยการให้ทันตสุขศึกษาด้วยวิธี ใช้สื่อบุคคลโดยทันตบุคลากรซึ่งเป็นวิธีการที่ทันตบุคลากรสอนในคลินิกทันตกรรม และการให้ทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเหมือนการสอนโดยทันตบุคลากร จะสามารถก่อให้เกิดหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กได้แตกต่างกันหรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ แบบวิธีสื่อบุคคลโดยทันตบุคลากรกับการให้ทันตสุขศึกษาโดยให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อวีดิทัศน์ที่มีต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะช่วยทำให้ทราบแนวทางการให้ทันตสุขศึกษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อนำมาปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ความขาดแคลนทันตบุคลากรของประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้อุปกรณ์สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ เขตอำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล และสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าความแตกต่างของความรู้จากการตอบแบบทดสอบ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังจากทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล และสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าความแตกต่างของทัศนคติจากการตอบแบบทดสอบ สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังจากทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล และวิธีการใช้สื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าความแตกต่างของความรู้และทัศนคติ จากการตอบแบบทดสอบแตกต่างกัน

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคล และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อวีดิทัศน์ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

#### 1. ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ โดยสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยใช้วิธีสื่อบุคคลจำนวน 32 คนและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยใช้วิธีสื่อวีดิทัศน์จำนวน 32 คน

#### 2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนมและการเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ เขตอำเภอรื่องขวาง จังหวัดแพร่

#### 3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา คือ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2556

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลกับการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ทันที เพื่อเป็นการบ่งชี้เฉพาะประสิทธิผลของสื่อที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทัศนคติในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก
2. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ชี้แจง ตอบข้อซักถาม และเป็นผู้ให้ทันตสุขศึกษา โดยวิธีใช้สื่อบุคคลเพียงผู้เดียวตลอดการวิจัย
3. คำตอบในแบบทดสอบเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก แสดงถึงความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงดูและดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทารกเพื่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กเล็ก

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคล หมายถึง การให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก เรื่อง การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟัน และการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก โดยมีทันตบุคลากรเป็นผู้ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์
2. การให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ หมายถึง การให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก เรื่อง การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟัน และการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก โดยหญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาการสอนเหมือนการใช้สื่อบุคคล
3. วีดิทัศน์ หมายถึง สื่อชนิดแผ่นซีดี (compact disc) ที่บรรจุเนื้อหาความรู้เรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟัน และการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก โดยใช้กับเครื่องเล่นแผ่นซีดี เสนอภาพเนื้อหาผ่านทางจอโทรทัศน์
4. เด็กเล็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่ต้องพึ่งพาอาศัยพ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่สามารถเซ็ดเหงื่อหรือแปรงฟันด้วยตนเองได้
5. ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก หมายถึง ความสามารถ ในด้านสติปัญญา การจดจำเกี่ยวกับเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก
6. ทัศนคติ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายทัศนคตินั้น โดยการแสดงความรู้สึกทั้งทางด้านบวกหรือลบ ชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยมีสิ่งแวดล้อมภายนอก และพฤติกรรมหรือความต้องการภายในเป็นตัวขับให้บุคคลนั้น ๆ

มีความพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ ซึ่งทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป

### ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้ทราบถึงผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอวังทอง จังหวัดแพร่
2. ได้รูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
3. เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรที่สนใจนำรูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาไปใช้เป็นสื่อประกอบการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์หรือประชากรกลุ่มอื่น ๆ ในหน่วยงานของตน



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันและโรคฟันผุ
2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก
3. การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก
4. สุขศึกษาและสื่อทางสุขศึกษา
5. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

#### ตอนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อ

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันและโรคฟันผุ

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟัน

ฟันธรรมชาติของมนุษย์มี 2 ชุด ฟันแท้และฟันน้ำนม โดยฟันน้ำนม (Primary teeth หรือ Deciduous teeth) เป็นฟันชุดแรกที่ขึ้นสู่ช่องปากมีจำนวน 20 ซี่ เมื่อมารดาตั้งครรภ์ได้ประมาณ 6 สัปดาห์ ร่างกายของทารกจะเริ่มสร้างหน่อฟัน (tooth Bud) ของฟันน้ำนม หลังคลอดประมาณ 6-7 เดือน เด็กจะเริ่มมีฟันน้ำนม 2 ซี่แรกบริเวณขากรรไกรล่างบริเวณตรงกลาง ด้านหน้าและหลังจากนั้นฟันน้ำนมจะค่อย ๆ ขึ้นจนครบ 20 ซี่ เมื่อเด็กอายุประมาณ 2-3 ขวบ ส่วนฟันชุดที่ 2 เรียกว่าฟันแท้หรือฟันถาวร (Secondary Teeth หรือ Permanent teeth) มีจำนวน 32 ซี่ โดยร่างกายเริ่มสร้างหน่อฟันถาวรเมื่ออายุ 6 เดือนหรือแรกเกิด และมีการเจริญเติบโตขึ้นและครบจำนวนอยู่ในกระดูกขากรรไกรใต้ลงไปจากฟันน้ำนม เมื่อเด็กอายุ 6 ขวบโดยประมาณ ฟันถาวรซี่แรกคือฟันกรามซี่ที่หนึ่ง จะขึ้นมาในช่องปากทั้ง 4 ซี่ คือฟันกรามล่าง 2 ซี่ บน 2 ซี่ โดยตำแหน่งที่ขึ้นจะอยู่ถัดจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองเข้าไปด้านใน จากนั้นฟันถาวรซี่อื่น ๆ จะทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนมซึ่งจะค่อย ๆ โยกหลุดไปตามลำดับและจะครบ 28 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 12-13 ปี ส่วนฟันกรามซี่ที่สาม อาจจะขึ้นเร็วหรือช้าตั้งแต่อายุ 18-30 ปี หรืออาจขึ้น

ไม่ได้เลยเรียกว่า ฟันคุด

โครงสร้างของฟัน โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ โครงสร้างภายนอกและโครงสร้างภายใน ดังนี้

1. **โครงสร้างภายนอก** ได้แก่ ตัวฟัน คือ ส่วนของฟันทั้งหมดที่มองเห็นในช่องปาก และรากฟัน คือ ส่วนของรากฟันที่ฝังอยู่ในขากรรไกร

2. **โครงสร้างภายใน** โดยถ้าผ่าตามยาวจะพบชั้นต่าง ๆ ของฟันเรียงตามลำดับ จากส่วนนอกเข้าไป ดังนี้

2.1 **ชั้นเคลือบฟัน (Enamel)** เป็นส่วนที่ปกคลุมตัวฟันชั้นนอกสุด มีความแข็งแรงที่สุดในร่างกายประกอบด้วยท่อเล็ก ๆ เรียกว่า อินาเมลรอด (Enamel Rod) อัดเรียงตัวกันอย่างหนาแน่นมีสีขาวหรือสีเหลือง

2.2 **ชั้นเนื้อฟัน (Dentin)** เป็นส่วนที่อยู่ถัดไปจากชั้นเคลือบฟัน มีความยาวตลอดตัวฟันจนถึงรากฟันประกอบด้วยท่อเล็ก ๆ ยาว ๆ เรียกว่า เดนตินอล ทูบูล (Dentinal tubules) ภายในประกอบด้วยท่อเล็ก ๆ มีปลายประสาทรับความรู้สึก ทำให้เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นจะมีอาการเสียวฟันหรือปวดฟันได้

2.3 **ชั้นโพรงประสาทฟัน (Pulp Cavity)** เป็นโครงสร้างฟันที่มีลักษณะเป็นโพรงภายในประกอบด้วยเส้นเลือด ท่อน้ำเหลือง เข้ามาหล่อเลี้ยงฟัน โดยผ่านทางรูเปิดปลายรากฟัน บริเวณผนังประสาทฟันจะมีเซลล์ อะมีโลบลาส (Ameloblast) ซึ่งทำหน้าที่สร้างเนื้อฟันเรียงตัวอยู่ เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น หรือทำอันตรายต่อประสาทฟัน เซลล์นี้จะป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายฟัน น้ำนมมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร ให้ความสวยงามแก่ใบหน้าและช่วยออกเสียงให้ชัดเจน นอกจากนี้ยังช่วยให้การเจริญเติบโตของขากรรไกรเป็นไปอย่างปกติ และช่วยกันบริเวณบนสันเหงือกไว้ให้ฟันแท้ ซึ่งจะขึ้นมาตรงตำแหน่งได้อย่างถูกต้อง ถ้าหากฟันน้ำนม ถูกถอนไปก่อนกำหนด ก็จะทำให้ฟันซี่อยู่ติดกับฟันซี่ที่ถูกถอนไปล้มเอียงเข้าหาช่องว่าง ทำให้ฟันแท้ที่จะขึ้นตรงตำแหน่งนั้น ไม่สามารถขึ้นได้อย่างปกติ จะส่งผลให้ฟันซ้อนเกได้

### โรคฟันผุในเด็กเล็ก

โรคฟันผุในเด็กเล็ก (Early Childhood Caries หรือ ECC) หมายถึง ฟันผุในเด็กเล็ก โดยฟันผุในเด็กวัยนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการดูแลนมแต่เพียงอย่างเดียว การดูดเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากขวดนม ก็สามารถทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็กได้เช่นกัน แต่การที่เด็กติดการดูดนมจากขวดหรือเครื่องดื่มรสหวานต่าง ๆ ไม่จำเป็นจะต้องเกิดฟันผุเสมอไป ECC เป็นฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กเล็กที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ฟันผุจะเกิดบริเวณผิวเรียบของฟัน หน้าบนเป็นรอยขาวขุ่น (White Spot) ตามขอบเหงือกและลุกลามมายังฟันกรามทั้งบนและล่างในเวลาไม่นาน

หลังจากฟันขึ้น ในกรณีที่ฟันเป็นรูแรงตัวฟันจะถูกทำลายอย่างสมบูรณ์เหลือแต่รากฟัน (ศศิธร ตาลอำไพ และคณะ, 2549) โรคฟันผุในฟันน้ำนมสามารถพบได้ในขวบปีแรก มีการศึกษาพบว่าอัตราฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 16.6 และเป็นร้อยละ 45.5 ในกลุ่มอายุ 6-12 เดือน 13-24 เดือน และ 25-30 เดือนตามลำดับ (สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ, 2547) เด็กอายุ 9-10 เดือนมีฟันผุร้อยละ 20.8 อายุ 11-14 เดือน พบร้อยละ 51.5 และอายุ 15-19 เดือน พบร้อยละ 82.8 (Vachirarojpsan, et al., 2004)

### ประเภทของโรคฟันผุในเด็กเล็ก

#### 1. แบ่งตามอายุและความรุนแรง เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 โรคฟันผุในเด็กเล็ก (Early Childhood Caries, ECC) หมายถึง การมีรอยผุอย่างน้อยที่สุดแบบไม่เป็นรู 1 รอยในเด็กอายุน้อยกว่า 72 เดือน

1.2 โรคฟันผุในเด็กเล็กแบบรุนแรง (Severe Early Childhood Caries หรือ S-ECC) หมายถึง การมีรอยผุอย่างน้อยที่สุดแบบไม่เป็นรูบนพื้นผิวเรียบ อย่างน้อย 1 รู ในเด็กอายุ 36-71 เดือน

#### 2. แบ่งตามความรุนแรงของโรค เป็น 3 แบบ ได้แก่

2.1 แบบไม่รุนแรงถึงปานกลาง (mild to moderate ECC) มีการผุเป็นจุดเฉพาะที่อาจลุถึงฟันตัดหรือฟันกราม มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกินอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุและขาดการทำความสะอาด พบบ่อยในเด็กอายุ 2-5 ปี

2.2 แบบปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe ECC) มีการผุลุกลามจากด้านหน้าไปถึงด้านติดลิ้นของฟันตัดบนและอาจลุถึงฟันกราม แต่ไม่ค่อยมีการผุที่ฟันตัดหน้าล่างมักเกี่ยวข้องกับการให้ขวดนมหรือนมแม่ที่ไม่ถูกต้องและรักษาความสะอาดฟันไม่ดี พบได้ ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้นในช่องปากและมักพัฒนาต่อไปเป็นการผุแบบรุนแรง

2.3 แบบรุนแรง (Severe ECC) มีรอยผุเกิดขึ้นกับฟันเกือบทุกซี่รวมถึงฟันตัดน้ำนมล่าง สาเหตุมักมาจากปัจจัยร่วมของอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ และสภาพช่องปากสกปรก ภาวะนี้มักพบในเด็ก 3-5 ขวบ เป็นภาวะที่มีการลุกลามมากเกือบทั้งปาก (Rampant) และมีการผุที่ผิวฟันในบริเวณซึ่งโดยทั่วไปจะไม่เกิดการผุ

#### 3. แบ่งตามตำแหน่ง แบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่

3.1 รอยผุอันเป็นผลจากการเจริญเติบโต (Developmental defect) ได้แก่ ความผิดปกติที่หลุมร่องฟัน (Pit and Fissure defect) และไฮโปเพลเซีย (Hypoplasia)

3.2 รอยที่พื้นผิวเรียบ ได้แก่ รอยผุที่ด้านใกล้แก้ม-ใกล้ลิ้น (เฉพาะรอยผุแบบเป็นรู) รอยผุที่ด้านประชิดฟัน รอยผุด้านใกล้แก้ม-ใกล้ลิ้นและด้านประชิดร่วมกัน

3.3 ฟันผุลุกลามทั้งปาก (Rampant Caries) คือมีฟันผุ 14 ซี่ จากทั้งหมด 20 ซี่ และอย่างน้อยมีฟันน้ำนมตัดล่าง 1 ซี่ที่ผุ

## ปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็ก

### ปัจจัยภายในช่องปาก

1. **แผ่นคราบจุลินทรีย์** ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าโรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่อาจถ่ายทอดถึงกันได้ จุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุหลักของโรคฟันผุ คือ กลุ่มมิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส (Mutans streptococci, MS) การเกาะของเชื้อจุลินทรีย์บนผิวเคลือบฟันจะเกาะบนแอคไคร์ เพลลิเคิล (acquired pellicle) ซึ่งเป็นแผ่นฟิล์มโปรตีนบาง ๆ เคลือบอยู่ที่ผิวเคลือบฟัน จุลินทรีย์ชนิดที่จะเกาะได้ต้องมีคุณสมบัติเหมาะสมพอดีกับโปรตีนในเพลลิเคิล มิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส นับเป็นจุลินทรีย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง จุลินทรีย์กลุ่มนี้มีศักยภาพสูงในการทำให้เกิดฟันผุเพราะมีคุณสมบัติหลายประการ เช่น

1.1 สามารถสังเคราะห์กลูแคนจากน้ำตาลกลูโคสได้ กลูแคนไม่ละลายน้ำและช่วยให้จุลินทรีย์เกาะติดกับผิวฟันได้ดี ช่วยเพิ่มความหนาของแผ่นคราบจุลินทรีย์ ทำให้มีการกระจายตัวของน้ำตาลในแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ดียิ่งขึ้น การสร้างกรดเกิดได้มากขึ้น

1.2 สามารถสังเคราะห์ Intercellular polysaccharide ทำให้เกิดการสร้างกรดได้อย่างต่อเนื่องแม้ในขณะไม่มีน้ำตาล

1.3 มีความสามารถสูงในการย่อยคาร์โบไฮเดรตชนิดหมักทำให้เกิดกรด

1.4 มีความทนต่อกรด จึงสามารถอยู่ได้ดีแม้ในภาวะความเป็นกรด

มิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัสเริ่มปรากฏในช่องปากเด็กเมื่อฟันซี่แรกขึ้น และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเมื่อมีฟันเพิ่มขึ้น จำนวนจุลินทรีย์ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุที่เพิ่มขึ้นด้วย ช่วงเวลาสำคัญที่เด็กจะได้รับเชื้อมากที่สุด (Window of infectivity) คือ ช่วงอายุประมาณ 19-31 เดือน ซึ่งเด็กเริ่มมีฟันงอกขึ้นในช่องปาก จำนวนเชื้อไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก หลังจากเด็กอายุ 3 ปีไปแล้ว ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำลายมีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กวัยปฐมวัย โดยในเด็กเล็กจะมีระดับของเชื้อในการก่อโรคฟันผุต่ำสุดซึ่งจะต่ำกว่าเด็กโตอย่างมีนัยสำคัญ (Milgram, et al., 2000) เชื้อมิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส สามารถส่งผ่านจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ โดยพบว่าเชื้อมิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส ในช่องปากของเด็กมีสายพันธุ์เดียวกับบุคคลใกล้เคียง การส่งผ่านเชื้อมีทั้งการส่งผ่านเชื้อในแนวตั้ง ได้แก่ การส่งผ่านเชื้อมิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส จากแม่สู่ลูกและการส่งผ่านเชื้อในแนวนอน ได้แก่ การส่งผ่านเชื้อมิวแทนส์ สเตريبโตค็อกคัส จากพ่อหรือจากสมาชิกในครอบครัวสู่เด็กได้ (Berkowitz, 2006)

แม่จะเป็นพาหะหลักในการส่งผ่านเชื้อไปสู่ลูกผ่านทางน้ำลาย จากการใช้สิ่งของที่ปนเปื้อน น้ำลายร่วมกัน เช่น การจูบ การเป่า หรืออมอาหารก่อนป้อนให้ลูก เป็นต้น นอกจากนี้ปริมาณ เชื้ออิมิวแทนส์ สเตרבิโตค็อคโคไค ที่พบในช่องปากของแม่ก็เป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่าน เชื้อไปสู่ลูก แม่ที่มีเชื้ออิมิวแทนส์ สเตרבิโตค็อคโคไคมากกว่า  $10^5$  โคโลนี ในน้ำลาย 1 มิลลิลิตร (CFU/ml) จะส่งผ่านเชื้อไปสู่ลูกได้มากกว่าแม่ที่มีเชื้ออิมิวแทนส์ สเตרבิโตค็อคโคไค น้อยกว่า หรือเท่ากับ  $10^3$  โคโลนี ในน้ำลาย 1 มิลลิลิตรถึง 9 เท่า (Berkowitz, 2003)

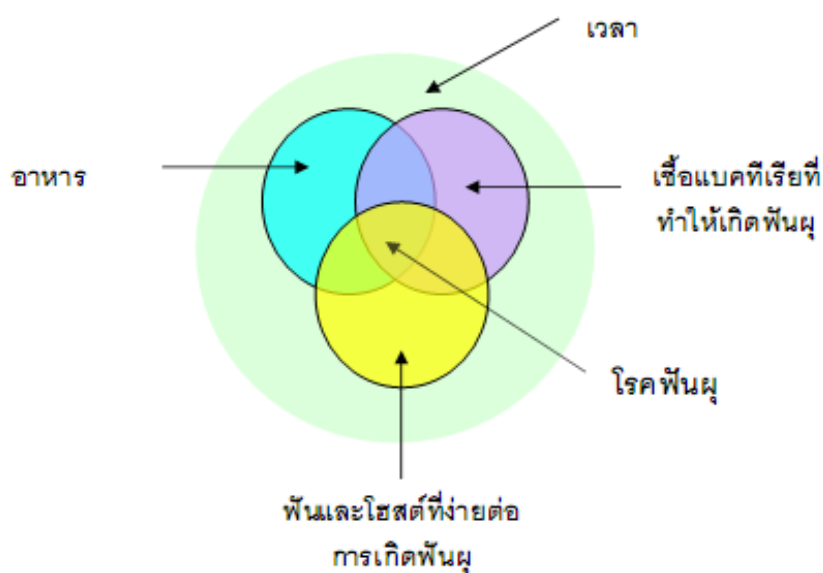
**2. อาหารคาร์โบไฮเดรตที่หมักได้ (fermentable carbohydrate)** ได้แก่ แป้ง น้ำตาล น้ำตาลส่วนใหญ่ที่เด็กได้รับ ได้แก่ น้ำตาลซูโครส ฟรุคโตสและกลูโคส โดยกลูโคส เป็นน้ำตาลที่สำคัญในกระบวนการเกิดฟันผุ เนื่องจากแบคทีเรียจะเปลี่ยนน้ำตาลซูโครสเป็นกรด ทำให้ความเป็นกรด-ด่าง (pH) ในช่องปากต่ำกว่าน้ำตาลชนิดอื่น และกรดที่แบคทีเรียสร้างขึ้น จะทำให้ความเป็นกรด-ด่างลดลงต่ำกว่า 5.2-5.5 ซึ่งลดลงอย่างรวดเร็วอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 นาที และจะทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุของผิวฟัน หลังจากนั้นค่ากรด-ด่างจะเพิ่มมากขึ้น ภายใน 30-60 นาที และเกิดการคืนกลับของแร่ธาตุของผิวฟัน หากการสูญเสียแร่ธาตุของผิวฟัน มากกว่าการคืนกลับของแร่ธาตุของผิวฟันจะทำให้เกิดฟันผุในที่สุด (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็ก แห่งประเทศไทย, 2542)

### 3. สิ่งแวดล้อมในช่องปาก ได้แก่ ฟัน น้ำลาย

**3.1 ตัวฟัน** ได้แก่ ตำแหน่งรูปร่าง ส่วนประกอบ โครงสร้าง และอายุของฟันจะมีความต้านทานต่อการผุสูงขึ้นหลังจากที่ขึ้นมาในช่องปาก เคลือบฟันของฟันที่เพิ่งขึ้นมาใหม่ ในช่องปากจะมีโอกาสผุง่าย แต่เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการผุจะลดลง เนื่องจากฟันผ่าน กระบวนการสะสมแร่ธาตุมากขึ้น (maturation process) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบ ของผิวเคลือบฟันและมีการสะสมสารอนินทรีย์ในช่องว่างที่เกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุ ซึ่งช่วย ในการป้องกันฟันผุ เพราะแร่ธาตุที่สะสมใหม่จะละลายยากกว่าแร่ธาตุเดิม โดยในระหว่างการสูญเสีย แร่ธาตุจะมีการสูญเสียอะพาไทต์ (apatite) ที่มีคาร์บอนเนตมาก่อน และมีอะพาไทต์อื่นที่มี คาร์บอนเนตน้อยแต่มีฟลูออไรด์สูงเข้ามาแทนที่ ผลึกซึ่งมีการตกตะกอนใหม่นี้จะใหญ่ขึ้นกว่า ผลึกดั้งเดิม ทำให้มีบริเวณที่มีการสะสมแร่ธาตุของเคลือบฟันมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็น สาเหตุให้ฟันมีความเสี่ยงต่อการผุในเด็กเล็กมากกว่าผู้ใหญ่ (ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล และคณะ, 2553)

**3.2 น้ำลาย** น้ำลายนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพช่องปากเป็นอย่างมาก น้ำลายทำหน้าที่เป็นตัวกลางในทุก ๆ กระบวนการของการป้องกันหรือซ่อมแซมฟันที่ผุ สรุปได้ ว่าน้ำลายทำหน้าที่ป้องกันฟันผุได้โดยธรรมชาติดังนี้ ชะล้างเศษอาหารออกจากช่องปาก ปริมาณน้ำลายที่มากพอและความเร็วในการเคลื่อนตัวของน้ำลายช่วยกำจัดแบคทีเรียและน้ำตาล

ให้หมดไปจากปากโดยเร็ว ความสามารถในการสะสมกรด-ต่าง สารเคมีในน้ำลายที่ช่วย สะเทินกรด เช่น ไบคาร์บอเนต โปรตีน ยูเรีย ถ้าน้ำลายหลังปกติหรือหลังมาก จะทำให้ ความสามารถในการสะสมกรด-ต่างมีมากขึ้น มีการคืนกลับของเกลือแร่ดีขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อ ฟันผุลดลง การสร้างเกลือแร่กลับคืน เพราะในน้ำลายมีสารละลายอิมตัวของแคลเซียมและ ฟอสเฟต และยังมีฟลูออไรด์หากร่างกายได้รับอย่างสม่ำเสมอ บทบาทของน้ำลายที่สำคัญ ประการหนึ่ง คือการสร้าง acquired enamel pellicle (EP) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของโปรตีน ทำหน้าที่ ป้องกัน ผิวเคลือบฟันจากสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่เจือจางน้ำตาลและกรดให้น้อยลง



ภาพ 1 ปัจจัยซึ่งเป็นส่วนประกอบของกระบวนการเกิดฟันผุ

ที่มา: ชุตติมา ไตรรัตน์วรกุล และคณะ, 2553

**ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดฟันผุ** (ศศิธร ตาลอำไพ, 2552)

ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดฟันผุมีหลายปัจจัย ได้แก่

1. **พฤติกรรมทันตสุขภาพ** ได้แก่ พฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น

1.1 การสัมผัส ทำให้เกิดการแพร่เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุจากแม่ไปสู่ลูก เช่น การกอดจูบ การเคี้ยวบ้วนข้าวลูก การใช้ช้อน ส้อม แก้วน้ำ แปรงสีฟันร่วมกันทำให้เชื้อ มีวแทนส์ สเตรปโตค็อกคัส ในปากลูกมากขึ้น

1.2 การให้อาหาร เช่น การเลี้ยงนม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน นมไม่ใช่สาเหตุ หลักโดยตรงที่ทำให้เกิดฟันผุ มักเกิดจากการกินนมที่ผิดวิธี การศึกษาพบว่า การกินนมนานเกิน

18 เดือน ไม่ทำให้ฟันผุเพิ่มจากเดิมมากนัก การกินนมบ่อยทำให้เกิดฟันผุได้มากกว่า การกินนมตอนกลางคืน การหลับคาขวดนม การกินนมรสหวานหรือเครื่องดื่มรสหวานทำให้เกิดฟันผุได้มากกว่า นมแม่หรือนมขวดทำให้เกิดฟันผุได้ทั้งสองอย่าง การกินอาหารระหว่างมื้อที่มีแป้งน้ำตาลทำให้เกิดฟันผุได้เช่นเดียวกับการกินนม

1.3 การทำความสะอาด พบว่าเด็กที่พ่อแม่ทำความสะอาดให้เร็วก่อนอายุ 1 ปี มีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่พ่อแม่ทำความสะอาดให้ช้า แต่ความถี่ของการแปรงฟันอาจมีผลไม่มากนัก

1.4 การได้รับฟลูออไรด์ พบว่าการใช้ฟลูออไรด์ชนิดรับประทานลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กไม่ชัดเจนนัก แต่การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ช่วยลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้ดี

## 2. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายและภูมิคุ้มกัน

2.1 เพศ เพศไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก

2.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีฟันผุมากขึ้น อาจเกิดจากจำนวนซี่ฟันที่เพิ่มขึ้น และฟันอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นกรดนานขึ้น

2.3 ครอบฟันหรือฟันปลอม คือ แผ่นครอบฟันและเชื้อโรคในปาก สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กที่มีครอบฟันหรือฟันปลอมและอนามัยช่องปากไม่ดี จะมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีครอบฟันหรือฟันปลอมและอนามัยช่องปากดี และมีรายงานว่าครอบฟันหรือฟันปลอมเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็ก

2.4 สุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากของแม่และผู้เลี้ยงดู พบว่าแม่ที่มีสุขภาพทั่วไปและทันตสุขภาพดีมีลูกฟันผุน้อยกว่าแม่ที่มีสุขภาพไม่ดีและไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพ

## 3. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสังคม

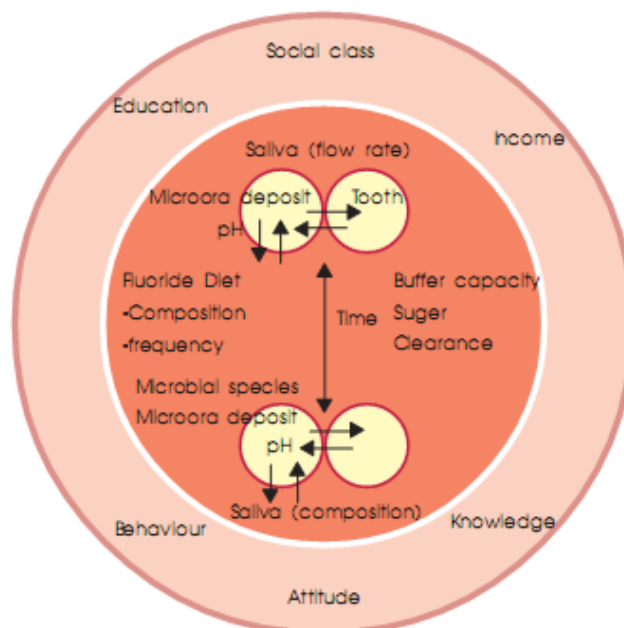
3.1 เชื้อชาติและวัฒนธรรมที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กต่างกัน

3.2 ระดับการศึกษาของพ่อแม่ มีการศึกษารายงานว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาน้อยมักมีลูกที่มีฟันผุมากกว่า แต่บางการศึกษารายงานว่าไม่มีผล

3.3 ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของมาดาเกี่ยวกับทันตสุขภาพ มีการศึกษาในระยะยาวในมารดาและลูกอายุ 6 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลเด็ก โดยติดตามผลไปจนเด็กอายุ 3 ปี พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขภาพศึกษา ลูกจะมีอัตราการผุและอัตราผุ ถอน อุด เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

3.4 รายได้ของพ่อแม่ มีการศึกษารายงานว่าพ่อแม่มีรายได้น้อยมีฟันผุมากกว่ากลุ่มรายได้สูง

3.5 อาชีพของพ่อแม่ มีการศึกษารายงานว่าอาชีพที่ต่างกันมีผลต่อการเกิดฟันผุของลูกต่างกัน



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุตรงและสาเหตุร่วมของโรคฟันผุ

ที่มา: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545

### การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 0-5 ปี มารดาหรือผู้ปกครอง มีบทบาทในการป้องกันฟันผุแก่เด็ก โดยการช่วยดูแลทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก อาจจัดแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. **ในขณะตั้งครรภ์** มารดาได้รับคำแนะนำ (Prenatal Counseling) ได้ความรู้ทางทันตสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีแก่หญิงมีครรภ์เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคติดต่อ และเด็กมักจะติดเชื้อผ่านทางน้ำลายจากผู้เลี้ยงดูซึ่งส่วนใหญ่ คือ แม่ ดังนั้น ในระหว่างตั้งครรภ์หญิงมีครรภ์ควรได้รับการทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดฟันผุลง

2. **เด็กวัยทารก หรือในช่วงแรกเกิดจนถึง 1 ปี** การดูแลทันตสุขภาพประกอบด้วย

2.1 ดูแลการบริโภคอาหารให้ได้สารอาหารเพียงพอ เพราะภาวะทุพโภชนาการในช่วงวัยนี้จะมีผลให้เกิดความผิดปกติของผิวเคลือบฟัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นฟันผุของฟันน้ำนม

2.2 ดูแลการบริโภคนมอย่างเหมาะสม โดยการไม่ควรให้เด็กบริโภคนมที่มีรสหวานไม่ควรให้นมเด็กเวลากลางคืนเพราะเด็กจะดูดนมหลับคาปาก อย่าให้เด็กดูดจากขวดนานเกินไป

โดยฝึกให้เด็กตีมนมจากถ้วย เมื่ออายุประมาณ 6 เดือน และไม่ควรรีให้เด็กตีนมเครื่องตีที่มีรสนหวาน หรือน้ำผลไม้จากขวดนม

2.3 การดูแลทำความสะอาดในช่องปากให้ลูกอย่างถูกต้องโดย ในระยะแรกเกิด เมื่อฟันยังไม่ขึ้น ให้ผู้มเด็กตั้งขึ้นเหมือนเวลาให้นมเด็กด้วยมือซ้าย ส่วนมือขวาใช้นิ้วชี้ฟันผ้าก๊อซ หรือผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกแล้วเช็ดให้ทั่วในช่องปาก โดยเริ่มจากสันเหงือก กระพุ้งแก้ม บนลิ้น ใต้ลิ้นและเพดาน ทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและหัวค่ำหลังมีนม ประโยชน์จากการทำความสะอาด ช่องปากตั้งแต่แรกเกิด คือ จะทำให้เด็กมีช่องปากสะอาดทุกวัน เป็นการสร้างนิสัยให้เด็กเคยชิน กับการมีช่องปากสะอาด, ทำให้คุ้นเคยกับการมีเครื่องมือเข้าไปทำความสะอาดช่องปากและ เมื่อถึงเวลาฟันขึ้น ฟันก็จะขึ้นมาในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เมื่อเด็กเริ่มมีฟันขึ้น 3-4 ซี่จนถึงฟัน นน้ำนมขึ้นครบ (2-3 ขวบ) ควรเริ่มใช้แปรงสีฟันโดยเลือกขนาดให้พอเหมาะและขนแปรงไม่แข็ง วิธีการแปรงฟันให้ผู้แปรงนั่งกับพื้นและให้เด็กนอนโดยศีรษะอยู่บนตักของผู้แปรง หันหน้าไป ทิศทางเดียวกันทั้งผู้แปรงและเด็ก วิธีการแปรงฟันสำหรับเด็กที่แนะนำคือ สดร์บเทคนิค (Scrub technique) โดยวางขนแปรงสีฟันบริเวณคอฟัน ให้ตั้งฉากกับผิวฟัน ขยับแปรงสีฟันไปมาใน แนวอนคล้ายถูพื้นแต่ขยับเพียงสั้น ๆ ทำประมาณ 10 ครั้งต่อฟันทุก 3 ซี่ การแปรงฟันด้วยวิธี สดร์บในฟันน้ำนมจะกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าวิธีหมุนข้อมือ (Roll) หรือวิธีขยับ-ตัด (Modified Bass) เพราะวิธีนี้เป็นธรรมชาติ เด็กทำได้ถนัดกว่า และเหมาะกับโครงสร้างฟันน้ำนม ที่มีส่วนป้องกันคอฟัน (cervical ridges or bulges) ทำให้คราบจุลินทรีย์หลุดออกได้ง่าย และป้องกัน ไม่ให้ขนแปรงถูกเหงือกขณะแปรงฟัน ทุกครั้งที่แปรงผู้แปรงควรใช้มืออีกข้างช่วยรั้งแก้มหรือริม ฝีปากออก จะทำให้เห็นบริเวณที่แปรงชัดเจนขึ้นและควรแปรงลิ้นให้สะอาดด้วย โดยการวางขน แปรงตั้งฉากกับลิ้นและปิดขนแปรงออกมานอกปาก

**3. เด็กวัยเตาะแตะ (Toddler) หรืออยู่ในช่วงอายุ 1-2 ปี** การดูแลทันตสุขภาพ ของเด็กในวัยนี้ ประกอบด้วย

3.1 แม่หรือผู้ปกครอง แปรงฟันให้เด็กวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและก่อนนอน

3.2 การบริโภคนมควรให้เลิกกินนมขวดและนมมือตีก ควรตีมนมจากแก้ว เนื่องจากนมสำหรับเด็กในวัยนี้เป็นอาหารเสริมไม่ใช่อาหารหลัก

3.3 การบริโภคอาหารหลัก 3 มื้อ เน้นเรื่องคุณค่าอาหารตามหลักโภชนาการ อาหารระหว่างมื้อควรเป็นอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ นมจืด

**4. เด็กวัยก่อนเข้าเรียน (Preschool Child) หรืออยู่ในช่วงอายุ 2-5 ปี** การดูแล ทันตสุขภาพของเด็กในวัยนี้ประกอบด้วย

4.1 แม่หรือผู้ปกครอง แปรงฟันให้เด็กวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและก่อนนอน (และเริ่มให้ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ) ส่วนในช่วงกลางวันซึ่งเด็กอยู่ในศูนย์เด็กหรือโรงเรียนฝึกให้เด็ก แปรงฟันเอง เด็กอายุ 3-5 ปี หากไม่มีผู้ใหญ่คอยควบคุมดูแลการแปรงฟัน เด็กจะไม่สามารถที่จะแปรงฟันได้สะอาดและถูกต้อง เด็กมักใช้เวลาร้อยละ 75 ของการแปรงฟัน แปรงฟันเฉพาะ บริเวณด้านติดริมฝีปากของฟันหน้าบนและล่าง ด้านบดเคี้ยวทางฟันกรามล่าง เด็กอายุ 5 ขวบ ส่วนใหญ่ใช้เวลาแปรงฟันไม่ถึง 1 นาที และมักแปรงเฉพาะฟันหน้า ดังนั้นในเด็กวัยนี้ผู้ปกครอง ควรเป็นผู้แปรงฟันให้เด็กหรือหากเด็กอยากแปรงหรือสามารถแปรงฟันเองได้ ผู้ปกครองก็ควร แปรงซ้ำอีกครั้ง โดยเฉพาะบริเวณฟันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่เด็กมักทำความสะอาดเองไม่ได้

4.2 ส่งเสริมให้เด็กบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ตามหลักโภชนาการ

4.3 ส่งเสริมอาหารว่างที่ไม่ทำให้ฟันผุ งดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสมและ ละลายในช่องปาก น้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบต่าง ๆ

4.4 ส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารเป็นมื้อ ไม่รับประทานจุบจิบหากมีการ รับประทานขนมหวานควรรับประทานในมื้ออาหารหลัก

4.5 ควรพาเด็กมาพบทันตแพทย์อย่างน้อยทุก ๆ 6 เดือน เพื่อทำการตรวจสุขภาพ ช่องปาก

## สุขศึกษาและสื่อทางสุขศึกษา

### แนวคิดหลักสุขศึกษา

เมื่อพูดถึงสุขศึกษา บุคคลอาจจะมีความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัย ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวก็เป็นการ ถูกต้องได้ มีผู้ที่ให้แนวคิดหลักของสุขศึกษาไว้แตกต่างกันดังนี้

เมธิวต์ แดริแบรี่ (Mayhew Derryberry) ได้กล่าว สุขศึกษา หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ของความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทัศนคติที่มีการป้องกันและการรักษา การปฏิบัติ ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงนิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลจาก ประสบการณ์หลาย ๆ อย่างของบุคคล

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า สุขศึกษา หมายถึง การศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษา ทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมของบุคคล แต่สุขศึกษา จะเน้นหนักที่การพัฒนาการปฏิบัติทางสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะก่อให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ ที่สมบูรณ์ที่สุด

โน้ตสวานเดอร์ (Dorothy Nyswahder) กล่าวว่า สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล สุขศึกษาไม่สามารถที่จะหยิบยื่นให้บุคคลใดบุคคลอื่นได้ สุขศึกษาเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา โดยที่บุคคลนั้นยอมรับหรือไม่ยอมรับข้อมูลใหม่ ทักษะคติใหม่ และการปฏิบัติใหม่ๆ ซึ่งเกี่ยวกับเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

จากแนวคิดดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนของบุคคลในทางที่ถูกต้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลเกิดจากการจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้กับบุคคล

จากแนวคิดหลักที่สรุปประเด็นมาข้างบนจะเห็นได้ว่า สุขศึกษานั้นต้องหมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลในลักษณะนี้

ไม่มีความรู้ทางสุขภาพ	—————>	มีความรู้ทางสุขภาพ
มีความรู้ผิดทางสุขภาพ	—————>	มีความรู้ที่ถูกต้องทางสุขภาพ
มีความรู้เล็กน้อยทางสุขภาพ	—————>	มีความรู้มากทางสุขภาพ
มีทัศนคติไม่ดีต่อการป้องกันโรค	—————>	มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค
มีการปฏิบัติตัวที่ผิดทางสุขภาพ	—————>	มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ใช่จะเกิดขึ้นมาได้ในตัวบุคคล แต่ต้องเกิดขึ้นจากประสบการณ์ ซึ่งอาจถูกจัดขึ้นให้โดยบุคคลอื่นโดยชุมชนเป็นผู้จัดขึ้นมา ประสบการณ์อาจจะประสบการณ์อย่างเดียวหรือหลายประสบการณ์รวมกันก็ได้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลนั้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมาแล้ว

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นอาจเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อมกันก็ได้ ในบางคนอาจเปลี่ยนแปลงเฉพาะความรู้ ก็ถือว่าเกิดการเปลี่ยนแปลง บางคนเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ แต่ความรู้อาจไม่มีก็ได้ เช่น ในกรณีเด็กเล็กสามารถแปร่งฟันได้เพราะแปร่งตามพ่อแม่ในตอนเช้า ๆ แต่เด็กจะไม่มีความรู้ว่าการแปร่งฟันสามารถป้องกันโรคฟันได้อย่างไร ถ้าไม่แปร่งฟันจะมีผลอย่างไรต่อสุขภาพ

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดหลักของสุขศึกษาแล้ว จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านเกิดขึ้น ในตัวบุคคล คือ

1. เปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (knowledge)
2. เปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ (attitude)
3. เปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ (practice)

### วัตถุประสงค์ของสุขศึกษา

วัตถุประสงค์ หมายถึง สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับบุคคล ฉะนั้น วัตถุประสงค์ของสุขศึกษา ก็หมายถึง สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับบุคคลในด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่จะช่วยและส่งเสริมบุคคลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่บุคคลนั้นจะต้องใช้ความพยายามของตนเองและต้องลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี บุคคลอื่นหรือสังคมเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

ดังนั้น วัตถุประสงค์ของสุขศึกษาจึงอยู่ที่ความพยายามของบุคคลแต่ละคนจะต้องดำเนินการต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ไม่ใช่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งของรัฐหรือของเอกชนมาเป็นผู้ดำเนินการเพื่อจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแม้แต่ครูสอนสุขศึกษาต้องถือว่าเป็นเพียงผู้ช่วยแนะ ผู้ที่ส่งเสริมจัดประสบการณ์ให้กับบุคคลเท่านั้นเอง บุคคลแต่ละคนจะต้องใช้ความพยายามทั้งหมดของตนเองผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นให้ได้

วัตถุประสงค์ของสุขศึกษาไม่ใช่มีอยู่เฉพาะการมุ่งหรือให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีด้วยการกระทำของตนเองเท่านั้น แต่มีจุดมุ่งหมายขยายไปถึงครอบครัวทุกครอบครัว ตลอดจนจนถึงชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะสุขศึกษาพึ่งเล็งในความสัมพันธ์ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นอย่างดีว่าต้องมีความสัมพันธ์กันดังในรูปนี้



ภาพ 3 ความสัมพันธ์ของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในแง่สุขศึกษา

ที่มา: สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์, ม.ป.ป.

การที่บุคคลเพียงคนเดียวมีสุขภาพที่ดียังไม่เป็นการเพียงพอ ครอบครัวทั้งครอบครัวต้องมีสุขภาพดี ครอบครัวเพียงครอบครัวเดียวมีสุขภาพดียังไม่เพียงพอ ต้องให้ชุมชนทั้งหมดมีสุขภาพดีด้วย การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีสุขภาพดี แต่สมาชิกคนอื่นในครอบครัว

สุขภาพไม่ดี มีโรคติดต่อเกิดขึ้น เช่น เป็นวัณโรคหรือเป็นโรคหิด การติดต่อของโรคทั้ง 2 ย่อมเกิดขึ้นกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้บุคคลทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพดี

การที่ครอบครัวเพียงครอบครัวเดียวมีสุขภาพดี แต่ครอบครัวอื่นในชุมชนนั้นมีสุขภาพไม่ดี เพราะสิ่งต่าง ๆ ในชุมชนย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว ในชุมชนที่เต็มไปด้วยอากาศเสีย น้ำเน่า มีสิ่งปฏิกูลที่เป็นที่แพร่ของสัตว์นำโรค สภาพของชุมชนดังกล่าวย่อมทำให้ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นมีสุขภาพไม่ดีด้วย

ความสัมพันธ์ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนจึงเป็นวัฏจักร ไม่ว่าจะจุดเริ่มต้นที่ใด ย่อมมีผลกระทบซึ่งกันและกันตามลูกศรที่ชี้ในวงกลม 3 วง ดังภาพ 3

การที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้น สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของคน ส่วนอื่นในชีวิตของคนก็มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งได้แก่ การศึกษา การทำมาหากิน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตคน ดังนั้น จุดมุ่งหมายของสุขศึกษาจึงมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้เพื่อจะให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นไปได้ และถาวรมากที่สุด

วัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้มีผลต่อแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาเป็นอย่างมาก เพราะการดำเนินงานสุขศึกษาต้องผสมผสานกับการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการศึกษา การทำมาหากินของประชาชน เพราะถ้าการดำเนินงานโดยมุ่งหรือให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านการศึกษาและทางเศรษฐกิจแล้ว การเปลี่ยนแปลงสุขภาพนั้นคงเกิดขึ้นได้ยาก หรือเมื่อเกิดขึ้นแล้วคงไม่คงทนถาวรเพราะปัจจัยอื่นจะมีผลทำให้พฤติกรรมนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย

วัตถุประสงค์ของสุขศึกษานั้นจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าบุคคลแต่ละคนไม่ลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี การกระทำที่มุ่งจะมีสุขภาพดีแต่ประการเดียวอาจไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าไม่ได้มีการมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นด้วย เพราะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต การช่วยเหลือในการจัดประสบการณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจ เกิดการตระหนักในปัญหาสุขภาพ เกิดความต้องการที่จะดำเนินการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ย่อมนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของสุขศึกษา

### การให้ทันตสุขศึกษา

ทันตสุขศึกษา หมายถึง การจัดกระบวนการหรือประสบการณ์ทางการศึกษาในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก จูงใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจ ยอมรับความรู้ มีทัศนคติถูกต้องและยินยอมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องโดยสมัครใจจนสามารถ

ป้องกันตนเองให้พ้นจากโรคในช่องปากได้ (ปुरुดาภรณ์ ประมาณพล, 2543)

การให้ทันตสุขศึกษาเป็นการทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการเกิดโรคในช่องปาก รู้วิธีการป้องกันโรค จูงใจกลุ่มเป้าหมาย เห็นความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพ เป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาวของบุคคลโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพ

การให้ทันตสุขศึกษาเป็นเรื่องของผู้ให้ทันตสุขศึกษาที่จะต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมซึ่งมีองค์ประกอบสำหรับการเลือกวิธีการดังนี้

1. ผู้ให้ทันตสุขศึกษา ต้องมีความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องที่จะถ่ายทอดเป็นอย่างดี รู้จักภูมิหลังของกลุ่มเป้าหมายที่จะรับความรู้ มีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับของผู้รับความรู้และมีทักษะในการเลือกวิธีการที่จะให้ก็ยิ่งทำให้การถ่ายทอดนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมาย วิธีการที่จะเลือกใช้จะต้องสอดคล้องกับภูมิหลังของผู้รับ ทั้งในแง่ของขนาดกลุ่ม สภาพปัญหา ระดับสติปัญญา พื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์เดิม อายุ สังคม วัฒนธรรม จึงจะทำให้การถ่ายทอดความรู้นั้นเกิดผลดี

3. วัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดความรู้ จะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับใดในผู้รับความรู้ ให้เกิดความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตน

4. เนื้อหาสาระ แต่ละเรื่องจะมีเนื้อหาสาระแตกต่างกัน เนื้อหาที่ง่ายจะเลือกใช้วิธีที่ง่าย ๆ เช่น บรรยาย หรือบอกเล่าธรรมดาก็ได้ แต่เนื้อหาสาระยุ่งยากสลับซับซ้อนอาจต้องใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน

5. เวลาและสิ่งอำนวยความสะดวก

5.1 ช่วงเวลาของวันช่วงเช้าผู้รับยังกระปรี้กระเปร่า อาจใช้วิธีการบรรยายหรืออภิปราย แต่ช่วงบ่ายอาจต้องให้มีส่วนร่วมของผู้รับมากขึ้น

5.2 สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องประชุมกลุ่มย่อย สื่อการสอนไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติ ถ้าไม่พร้อมจะเป็นอุปสรรคต่อการเลือกวิธีการที่เหมาะสม

### สื่อทางสุขศึกษา

สื่อ หมายถึง ตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปยังผู้รับสาร ให้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และสื่อสุขศึกษา หมายถึง ตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยไปยังกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง (คัมภีร์ งานดี, 2550)

สื่อที่ใช้ในงานสาธารณสุขมีหลายประเภท สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. **สื่อบุคคล (Person Media)** สื่อบุคคลในที่นี้ หมายถึง เจาหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ด้านการรณรงค์ นอกเหนือจากนี้คือ ครู อาจารย์ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง

และเพื่อน ซึ่งสามารถถ่ายทอด ความรู้ความเข้าใจโดยใช้ตัวบุคคลเป็นสื่อ (จาร์ส บุญคุ้ม, 2545)

ปัจจุบันสื่อบุคคลมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในเรื่องของการสื่อสาร การถ่ายทอด ความรู้ระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม ทั้งนี้เพราะว่าสื่อบุคคลมีประสิทธิภาพในการสื่อสารบางแบบ ได้ดีกว่าสื่ออื่น ๆ เช่น การใช้สื่อบุคคลซึ่งเป็นการสื่อสารที่ผู้รับสารสามารถโต้ตอบไปยังผู้ส่ง สารได้ทันที สามารถชี้แจงอธิบายตอบปัญหา สร้างความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับ สารในลักษณะที่สื่ออื่น ๆ ไม่สามารถทำได้สะดวก

สื่อบุคคลเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง มีผลย้อนกลับถามตอบได้อย่างรวดเร็ว และทราบผลทันที กลุ่มผู้รับสารจะมีขนาดค่อนข้างเล็ก หรือเป็นไปในลักษณะบุคคลต่อบุคคล และทราบกลุ่มเป้าหมายชัดเจน ในการใช้สื่อบุคคลให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรพิจารณาถึงคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ (จาร์ส บุญคุ้ม, 2545)

1.1 มีทักษะในการสื่อสาร คือ มีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง มีวิธีการพูดที่ดี ซึ่งจะทำให้ สารที่ถ่ายทอดไปนั้นมีความถูกต้องและน่าสนใจอยู่เสมอ

1.2 มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ ผู้รับสาร จึงจะพอใจที่จะสื่อสารด้วย เป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือในการถ่ายทอดอยู่เสมอ

1.3 มีเจตคติที่ดีต่องานของตน มีความพอใจในงานของตน ซึ่งจะมีผลทำให้ ผลงานมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายเร็วขึ้น

1.4 มีเจตคติที่ดีต่อผู้ส่งสาร และรับสาร อันจะเป็นการนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

1.5 มีอุปนิสัยชอบการถ่ายทอดสาร หรือชี้แจงให้เกิดความรู้ความเข้าใจเมื่อเกิดปัญหา ในการสื่อสาร

1.6 มีอุปนิสัยใฝ่หาความรู้ใฝ่ศึกษา เพื่อสร้างความรู้เข้าใจให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับสาร

1.7 มีความสามารถในการประเมินผลการถ่ายทอดข่าวสาร และปรับปรุงวิธีการ ถ่ายทอดอยู่เสมอ เพื่อให้สารส่งและรับสารมีประสิทธิภาพเป็นจริง

#### **ข้อดีของสื่อบุคคล**

1. เป็นสื่อที่ทุกคนมีอยู่แล้ว ไม่ต้องสิ้นเปลืองในการซื้อสื่อแบบสื่ออื่น ๆ
2. ทำให้ผู้พูดและฟังเห็นหน้าตา บุคลิก ลีลา ท่าทาง น้ำเสียงประกอบการพูดซึ่งมี อิทธิพลในการชักจูงและเร้าความสนใจได้มากกว่า
3. เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งผู้พูดและผู้ฟังสามารถโต้ตอบกันได้ทันที
4. ผู้พูดสามารถปรับเนื้อหาให้เหมาะกับผู้ฟังได้ทันที
5. เหมาะกับการเผยแพร่เรื่องราวที่ไม่สลับซับซ้อนหรือติดต่อสัมพันธ์กันเป็นการส่วนตัว

### ข้อจำกัดของสื่อบุคคล

1. ไม่มีความคงทนถาวร พูดแล้วก็ผ่านไป
2. ไม่สามารถครอบคลุมผู้ฟังจำนวนมาก ๆ ได้
3. หากผู้พูดขาดความสามารถในการพูดจูงใจ ก็จะทำให้การพูดล้มเหลวได้
4. เนื้อหาสาระที่นำมาพูดหากสลับซับซ้อนเกินไป ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจ ต้องมีอุปกรณ์ประกอบการพูด เช่น ภาพถ่าย ภาพสไลด์ ภาพยนตร์

5. เป็นสื่อที่ไม่มีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน

นอกจากนี้ยังมีสื่อบุคคลประเภทอื่น ๆ เช่น การแสดงหมอลำ ลิเก หนังตะลุง เป็นต้น สื่อเหล่านี้นับว่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างมาก

**2. สื่อมวลชน (Mass media)** ในปัจจุบันสื่อมวลชนมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อสังคมมนุษย์มาก มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมทุกแห่ง ไม่ว่าจะป็นห้องในที่ห่างไกลกันเพียงใด ก็สามารถส่งข่าวสารถึงกันได้โดยผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ โบปลิว โปสเตอร์ เป็นต้น

**3. สื่อเฉพาะกิจ (Special Media)** การสื่อสารเพื่องานเฉพาะกิจขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการว่าต้องกระตุ้นความคิดหรือต้องการให้ความรู้ ความเข้าใจ หรือถึงขั้นให้ผู้รับสารยอมรับนวัตกรรม เมื่อทราบจุดมุ่งหมายแล้วจึงจะสามารถกำหนดกลยุทธ์ของการสื่อสารได้ ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับตัวแปรในเนื้อหาของสาร ผู้รับสาร งบประมาณ ได้แก่ หอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน เสียงตามสาย หน่วยเคลื่อนที่ การจัดนิทรรศการ มุมอ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

**4. สื่อสิ่งพิมพ์ (Printed Media)** เป็นสื่อในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่หน่วยงานผู้ผลิตและเผยแพร่ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ด้วยวัตถุประสงค์ในการผลิตและรูปแบบของสิ่งตีพิมพ์ที่แตกต่างกันออกไป เป็นเอกสารที่มุ่งสร้างความเลื่อมใสศรัทธาหรือความเข้าใจที่ดีต่อหน่วยงานผู้ผลิต โดยสามารถให้เนื้อหาสาระความรู้และข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ด้วยรูปแบบวิธีนำเสนอต่าง ๆ กันและมีเนื้อหาที่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะใช้บรรจุเนื้อหาสาระข้อความ หรือภาพต่างๆได้ตามความมุ่งหมายของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ แผ่นปลิว ภาพพริก เป็นต้น

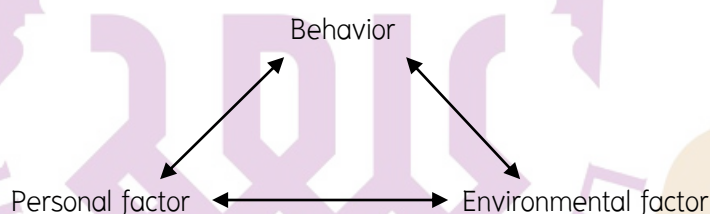
**5. สื่อโสตทัศน์ (Audio-Visual Media)** เป็นสื่อที่สามารถยอมรับได้ทั้งภาพและเสียง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สื่อวัสดุ และสื่ออุปกรณ์ สื่อโสตทัศน์ที่นิยมใช้ป็นสื่อในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สไลด์ หุ่นจำลอง เทปบันทึกเสียง เทปบันทึกภาพ เป็นต้น

สื่อวีดิทัศน์ พบว่ามีการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้มีข้อดีหลายประการ คือ สามารถเล่นซ้ำและแสดงภาพข้ามขั้นตอนด้วยความเร็ว เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเองลงทุนเพียงครั้งเดียว สะดวกในการใช้งานและการเก็บรักษา ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถดึงความสนใจผู้ชมได้ดี เนื่องจากประกอบด้วยภาพ เสียง และการเคลื่อนไหว สามารถแสดงรายละเอียดในส่วนที่ต้องการขยายได้เด่นชัด จากการวิจัยพบว่า มนุษย์เรียนรู้จากการได้ยินร้อยละ 20 และจำได้จากการได้ยินร้อยละ 11 เมื่อเปรียบเทียบกับการเรียนรู้จากการมองเห็นร้อยละ 83 และจำได้จากการมองเห็นร้อยละ 30 แต่หากใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 2 ทางร่วมกัน การเรียนรู้โดยการได้ยินและได้เห็นจะสูงถึงร้อยละ 94 และจำได้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 50 (Ratree Rattapan, 2550 อ้างอิงใน บุญเพ็ญ ดิกคณารักษ์, 2551)

การศึกษาจำนวนมากพบว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์มีประโยชน์ในการสอนทันตสุขศึกษา เช่น Alasda, et al. (2005) ได้ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนทันตสุขศึกษาในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพของเด็กให้กับแม่ 11 คนและครู 16 คน พบว่า หลังดูวีดิทัศน์ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อทดสอบด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการดูวีดิทัศน์ Adele Lees and W.P. Rock (2000) ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยอ่านเอง วิดีโอเทป และการสอนแบบตัวต่อตัว แก่ผู้ป่วยจัดฟันชนิดใส่เครื่องมือติดแน่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของวิธีการให้ทันตสุขศึกษาทั้ง 3 ชนิดไม่มีความแตกต่างกัน วัลลภวิษฐ์ วิสุทธิศักดิ์ (2545) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้ทันตสุขศึกษาวิธีสอนตัวต่อตัวและการเรียนรู้ด้วยตัวเองโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ปกครองเด็กดาวน์ ซินโดรมช่วงก่อนวัยเรียน พบว่า ภายหลังให้ทันตสุขศึกษาพบผลต่างของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และค่าคะแนนความรู้จากช่วงก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษาระหว่างกลุ่มศึกษานั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษา 2 กลุ่มนั้นพบว่า มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ บุญเพ็ญ ดิกคณารักษ์ (2551) ได้ศึกษา การพัฒนาและทดสอบวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ พบว่า สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้มีประสิทธิภาพ 87/70 ดัชนีประสิทธิภาพ 0.64 สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กทารกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์จึงน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการสอนทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับแม่ในอนาคตสามารถเลี้ยงดูและดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทารกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเพื่อให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

### ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

นักจิตวิทยาในกลุ่มต่าง ๆ ได้ทำการศึกษาและทดลองเกี่ยวกับการเรียนรู้ ทำให้มีทฤษฎีการเรียนรู้เกิดขึ้นมากมาย เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มสติปัญญานิยม และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Learning Theory) ของ Bandura โดยเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก (Performance) หรือปรากฏให้เห็นภายนอกเท่านั้นหากบุคคลได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired) ก็ถือว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว และ Bandura เน้นว่าความคิดของคนมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์และการกำหนดซึ่งกันและกันของพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตามปัจจัยกำหนดทั้งสามไม่ได้มีอิทธิพลเท่าเทียมกันหรือเกิดขึ้น พร้อมๆ กันในบางเวลาและบริบทปัจจัยหนึ่ง อาจเป็นตัวกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1986 อ้างอิงใน มลฤดี ยวงวิภักดิ์, 2554) ดังภาพ



ภาพ 4 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

ที่มา: Bandura, 1986 อ้างอิงใน มลฤดี ยวงวิภักดิ์, 2554

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรม เป็นความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อกันระหว่างความคิด อารมณ์และคุณสมบัติทางชีวภาพของบุคคลกับการกระทำของบุคคล เช่น ความคาดหวัง การรับรู้ในตนเอง เป้าหมายและความตั้งใจเป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติก็จะกลับมามีผลต่ออารมณ์และความคิดของบุคคลอีกในเวลาต่อมาเช่นกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านชีวภาพอื่น ๆ เช่น เพศ เชื้อชาติ พื้นฐานทางอารมณ์และพันธุกรรม ตลอดจนอิทธิพลอื่นที่บุคคลมีล้วนมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น

ปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกันระหว่างสภาพแวดล้อมและลักษณะส่วนบุคคล กล่าวคือ ความคาดหวัง ความเชื่อ และความสามารถทางความคิดของบุคคลก็ถูกพัฒนาและปรับเปลี่ยนไปตามอิทธิพลของสังคม และโครงสร้างทางกายภาพในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั่นเอง โดยสังคมจะส่งข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ผ่านทางตัวแบบ การสั่งสอน และการจูงใจ นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคลจะเป็นตัวกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากสิ่งแวดล้อม

ปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกันระหว่างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรม Bandura มักย้ำเสมอว่าบุคคลเป็นทั้งผู้ผลิตสิ่งแวดล้อมและเป็นผลผลิตของสิ่งแวดล้อม คือ พฤติกรรมของมนุษย์จะเป็นตัวกำหนดด้านต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อมที่เขาไปสัมผัสในทางกลับกันพฤติกรรมก็ถูกปรับเปลี่ยนโดยสิ่งแวดล้อมที่เขาไปสัมผัสเช่นกัน ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมีแนวคิดว่าคุณคน มีความสามารถพื้นฐานอยู่ 5 ประการ คือ

1. Symbolization คือ ความสามารถที่จะมีกระบวนการและการเปลี่ยนถ่ายประสบการณ์ชั่วคราวไปเป็นตัวแบบภายใน เพื่อเป็นสิ่งที่ชี้นำการกระทำในอนาคตได้
2. Forethought คือ ความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลที่จะตามมาจากการกระทำและสามารถวางแผนการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่มีคุณค่าได้
3. Vicarious learning คือ การที่บุคคลสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านการสังเกตโดยไม่จำเป็นต้องลงมือทดลองด้วยตนเอง
4. Self-regulation คือ การควบคุมตนเองจากภายในโดยอาศัยมาตรฐานภายในตนเองและการประเมินตนเองในการกระตุ้นและควบคุมพฤติกรรมตลอดจนการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อผลประโยชน์ในการกระทำนั้น ๆ
5. Self-reflection คือ การสะท้อนกลับตนเองช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ประสบการณ์และกระบวนการทางความคิดของตนเอง แล้วปรับเปลี่ยนตามความจำเป็นและเหมาะสม

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura เน้นแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต แนวคิดการกำกับตนเอง และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Observational Learning) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

#### **แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Observational Learning)**

Bandura (Bandura, 1986 อ้างอิงใน มลฤดี ยวงวิภักดิ์, 2554) เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของมนุษย์นั้น เกิดโดยการสังเกตจากตัวแบบมากกว่าการลงมือทดลองหรือประสบการณ์ตรง ซึ่งนอกจากจะเสียเวลายังอาจเป็นอันตรายได้ในบางพฤติกรรม นอกจากนี้

ตัวแบบเพียงคนเดียวยังสามารถถ่ายทอดความคิดและการกระทำส่งต่อไปยังหลาย ๆ บุคคลในเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะหากเป็นการกระทำผ่านสื่อสำคัญ ๆ ตัวแบบอาจเป็นได้ทั้งบุคคลจริง (Live Model) หรือสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ซึ่งสามารถทำหน้าที่ในสามลักษณะคือ 1) สร้างพฤติกรรมใหม่ 2) เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้ว 3) ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

### หน้าที่ของตัวแบบ

Fisher & Gochros (Fisher & Gochros, 1975 อ้างอิงใน มลฤดี ยวงวิภักดิ์, 2554) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. สร้างพฤติกรรมใหม่กรณีและผู้สังเกตตัวแบบยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวในอดีต
2. เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น กรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างในอดีต ตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตพยายามพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้น
3. ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม กรณีที่ผู้สังเกตมีหรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตัวแบบจะช่วยให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

### ประเภทของตัวแบบ

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (Bandura, 1986 อ้างอิงใน ปิยะนุช เพชรศิริ, 2550)

1. **ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model)** คือ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง สามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ และน่าสนใจกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคนแต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่เรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย การเสนอตัวแบบเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมและผลกรรมของตัวแบบ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคติ หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่นำเสนอตามที่กำหนดไว้

2. **ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model)** การเสนอตัวแบบประเภทนี้เป็นการเสนอโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วีดิทัศน์ โทรทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง หรือหลายรูปแบบของสัญลักษณ์รวมกันเป็นตัวแบบอันหนึ่ง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีเหล่านี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้น

จุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และยังสามารถควบคุมผลกรรมของตัวแบบได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมาก และสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว Bandura เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ เกิดจากสองลักษณะ คือ ลักษณะแรกบุคคลเรียนรู้จากผลของการกระทำการเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากเกินไป เวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวย และผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตราย หากจะต้องเรียนรู้ด้วยตัวเอง อีกลักษณะหนึ่งบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตโดยผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต ดังนั้นแนวทางในการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม ถ้าพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

### **กระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกตจากตัวแบบหรือการเลียนแบบ**

การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

1. **กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes)** บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก การตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. **กระบวนการเก็บจำ (Retention processes)** บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคล

มีการเก็บความทรงจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ภายหลังจากสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

**3. กระบวนการกระทำ (Production processes)** เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลง สัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับ จากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรม ของตนเองและการเลียนแบบจนเป็นที่พอใจ

**4. กระบวนการจูงใจ (Motivational processes)** พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้ จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรม ของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้ม เลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึก ผ่องว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

#### ลักษณะของตัวแบบ

1. ตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ และเจตคติ เพื่อให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างเหมาะสมเช่นเดียวกับตัวแบบ
2. ตัวแบบควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงสำหรับผู้สังเกตแต่ไม่ควรมีชื่อเสียงมากเกินไปเพราะผู้สังเกต อาจรู้สึกว่าการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบนั้น ไม่น่าจะเป็นสิ่งที่เขาสามารถกระทำได้
3. ตัวแบบควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตคิดว่าเขา มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ
4. ตัวแบบควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น
5. ตัวแบบที่ได้รับการเสริมแรงหลักในการแสดงพฤติกรรมจะได้รับความสนใจจากผู้สังเกต มากขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้สังเกตจะได้รับแรงเสริมเช่นเดียวกันเมื่อเขาสามารถ ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

#### ลักษณะของผู้สังเกต

1. ความสามารถในการดำเนินการและเก็บจำข้อมูล ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของผู้สังเกต
2. ความไม่แน่ใจในการแสดงพฤติกรรมบางอย่างของผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกต ให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบ
3. ความวิตกกังวลของผู้สังเกตที่มากเกินไป จะรบกวนการสังเกตและกระบวนการ เก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ จึงอาจจำเป็นต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีการผ่อนคลายก่อน การเสนอตัวแบบ

4. บุคลิกภาพด้านอื่น ๆ ของผู้สังเกต เช่น ลักษณะสมาธิสั้น การรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สภาพทางสังคม เพศ ซึ่งควรพิจารณาก่อนเสนอตัวแบบ

#### กลวิธีการเสนอตัวแบบ

สมโภชน เอี่ยมสุภานิต (2550) ได้เสนอว่า วิธีการเสนอตัวแบบนี้จะต้องสร้างตัวแบบตามหลักปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ตัวแบบ และตัดสินใจว่าจะเสนอตัวแบบมีชีวิตหรือตัวแบบสัญลักษณ์ หลังจากนั้นให้พิจารณาการเสนอตัวแบบตามขั้นตอนของ Striefel (Striefel, 1981 อ้างถึงใน สมโภชน เอี่ยมสุภานิต, 2550) ดังต่อไปนี้

1. กำหนดพฤติกรรมที่ให้ตัวแบบแสดงเพื่อให้ผู้สังเกตเรียนรู้อย่างชัดเจน
2. พฤติกรรมนั้นต้องสามารถสังเกตได้ วัดได้ โดยใช้คนตั้งแต่ 2 คน สามารถสังเกตและเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นเกิดหรือไม่เกิด
3. พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงจะต้องอยู่ในระดับความสามารถของผู้สังเกต มิฉะนั้นจะก่อให้เกิดความคับข้องใจในการเรียนรู้ได้
4. พฤติกรรมที่จะให้บุคคลลอกเลียนแบบเป็นพฤติกรรมทำให้ดูง่าย ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนก็อาจจะแยกออกเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ จากนั้นอาจใช้คำพูดชี้แนะได้ เพื่อให้การลอกเลียนแบบเกิดขึ้นได้ง่าย
5. ต้องแน่ใจว่าผู้สังเกตนั้นตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบอย่างแท้จริง จึงอาจใช้สัญญาณที่เป็นคำพูดแก่ผู้สังเกตก่อนเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ
6. ต้องแน่ใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นชัดเจนและกระทำ สม่ำเสมอ
7. เมื่อผู้สังเกตลอกเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ถูกต้องหรือใกล้เคียง ควรให้การเสริมแรงทันที
8. ตัวเสริมแรงต้องมีประสิทธิภาพ
9. ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบต้องไม่ควบคุมความสนใจของผู้สังเกตตัวแบบด้วยวิธีการรุนแรง
10. ควรมีการรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงความก้าวหน้าของผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตได้รู้ความก้าวหน้าจริงและเป็นตัวเสริมแรงที่ดีให้แก่ผู้สังเกตอีกด้วย
11. ถ้าผู้สังเกตไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้เลย อาจช่วยโดยใช้วิธีการชี้แนะ
12. ควรมีการเสริมแรงต่อตัวแบบ เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้วซึ่งจะเป็นการจูงใจผู้สังเกตได้มากขึ้น
13. ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายผู้สังเกต มีความเด่นและสามารถแสดง พฤติกรรมที่จะให้ลอกเลียนแบบได้อย่างคล่องแคล่ว

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้จากตัวแบบจะช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์พฤติกรรมใหม่ จากการทำผู้สังเกตได้สังเกตรูปแบบการกระทำต่าง ๆ จากตัวแบบ แล้วเก็บรวบรวม รูปแบบการกระทำใหม่ๆ เก็บจำในรูปแบบของสัญลักษณ์แล้วนำมาแสดงเป็นพฤติกรรมใหม่ ถ้าการกระทำนั้นใหม่ผลทางบวก บุคคลก็จะจดจำและรวบรวมรูปแบบการกระทำต่าง ๆ นำมาสร้างเป็นหลักการของตนเองและถ้าบุคคลนั้นมีความคิดสร้างสรรค์และมีทักษะพอที่จะทำให้บุคคลนั้นสามารถแสดงพฤติกรรมสร้างสรรค์ที่ต่างไปจากความคิดและพฤติกรรมของตัวแบบได้ ซึ่งตัวแบบนั้นต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้การเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบยังช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ หรือ บุคคลที่สนองตอบหรือแสดงออกต่อสิ่งเรา ในที่นี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ลักษณะที่สำคัญและองค์ประกอบของทัศนคติที่ได้มีผู้รู้ได้ให้นิยามความหมายไว้ ดังนี้

#### ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติหรือเจตคติ คือความเชื่อที่คงทนที่มนุษย์เรียนรู้ มาเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง มันเป็นการรวมตัวของความเชื่อที่ตั้งเป็นระบบคงทน ซึ่งก่อให้เกิดเห็นว่าทัศนคตินั้นเป็นสิ่งที่รวมตัวกันจากความเชื่อเป็นกลุ่ม จนกระทั่งมีความมั่นคงและเป็นระบบ ในขณะที่นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นสภาวะความพร้อมของจิตใจ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้เป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์ และสุธาสิณี เตียสรเสริญ, 2551) ทัศนคติจึงสรุปได้ดังนี้

1. เกิดจากการเรียนรู้ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมในสังคม
  2. การสร้างความรู้สึกจากประสบการณ์ของตนเอง
  3. ประสบการณ์ที่ได้รับจากเดิม มีทั้งบวกและลบจะส่งผลถึงทัศนคติต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกัน
  4. การเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญ และรับเอาทัศนคตินั้นมาเป็นของตนเอง
- เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะตอบสนอง ในทางที่พอใจหรือไม่พอใจต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทัศนคติจึงมีความหมายสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ หลังจากที่บุคคลได้รับหรือมีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้น
- ความรู้สึกนี้จึงแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 ความรู้สึกในทางบวก เป็นการแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ชอบ และสนับสนุน

1.2 ความรู้สึกในทางลบ เป็นการแสดงออกในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย และไม่สนับสนุน

1.3 ความรู้สึกที่ปนกลาง คือ ไม่มีความรู้สึกใด ๆ

2. บุคคลแสดงความรู้สึกทางตามพฤติกรรม ซึ่งแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ มีการกล่าวถึงสนับสนุน ทาทาง หนาทาบอกความพึงพอใจ

2.2 พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ ชอบหรือไม่ชอบก็ไม่แสดงออก หรือความรู้สึกที่ปนกลาง

### ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติ

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากการสะสมประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่ใช่สิ่งที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด

2. ทัศนคติมีคุณลักษณะของการประเมิน (Evaluative Nature) ทัศนคติเกิดจากการประเมินความคิดหรือความเชื่อที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวกับสิ่งของ บุคคลอื่น หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็สื่อกลางทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง คุณลักษณะของทัศนคติในด้านการประเมินนี้ เน้นว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ทัศนคติแตกต่างกัน อย่างแท้จริงจากแรงผลักดัน ภายในอื่น ๆ เช่น นิสัย แรงขับ หรือแรงจูงใจ

3. ทัศนคติมีคุณภาพและความเข้ม (Quality and Intensity) โดยคุณภาพและความเข้มของทัศนคติ จะเป็สิ่งที่บอถึงความแตกต่างของทัศนคติที่แต่ละคนมีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพของทัศนคติเป็สิ่งที่ได้จากการประเมิน เมื่อบุคคลประเมินทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็อาจมีทัศนคติทางบวก (ความรู้สึกชอบ) หรือทัศนคติทางลบ (ความรู้สึกไม่ชอบ) ต่อสิ่งนั้น

4. ทัศนคติมีความคงทนไม่เปลี่ยนแปลง (Permanence) เนื่องจากทัศนคติเกิดจากการสะสมประสบการณ์และผ่านกระบวนการเรียนรู้มามาก

5. ทัศนคติต้องมีที่หมาย (Attitude Object) โดยมีที่หมายต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น คน วัตถุ สิ่งของ สถานที่ หรือเหตุการณ์ เป็นต้น

6. ทัศนคติมีลักษณะความสัมพันธ์ โดยทัศนคติจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับวัตถุ สิ่งของ บุคคลอื่น หรือสถานการณ์

### องค์ประกอบของทัศนคติ (Components of attitudes)

การแบ่งองค์ประกอบของทัศนคติ ตามการแบ่งทัศนคติของ แวงออกเป็ 3 ส่วน คือ

1. **ส่วนความเชื่อและความคิด (Cognitive component)** ซึ่งส่วนใหญ่มักหมายถึง ความเชื่อหรือความไม่เชื่อ ความคิด ความรู้

2. **ส่วนที่เกี่ยวกับความชอบ (Affective component)** ส่วนนี้เกี่ยวกับส่วนที่เป็น อารมณ์ เช่น ความชอบ ความรัก หรือความไม่ชอบและความเกลียดชัง

3. **ส่วนที่เกี่ยวกับการกระทำ (Action component)** ส่วนนี้เกี่ยวกับความพรอม ที่จะแสดงพฤติกรรม

ทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 ประการ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านที่เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก (Affect) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ทัศนคติที่เชื่อว่าเป็นผลของการเรียนรู้ที่โตจากพ่อแม่ ครูอาจารย์ และเพื่อนวัยเดียวกันเป็น เจตคติที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ การชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ เช่น การรู้สึกพอใจ หรือไม่พอใจต่อคนอื่น การชอบหรือไม่ชอบดนตรี งานศิลปะอาหารบางชนิด เป็นต้น ดังนั้น องค์ประกอบนี้จึงเป็นสภาพทางอารมณ์ควบคุมไปกับการประเมิน (Evaluation) ของแต่ละบุคคล

2. องค์ประกอบด้านที่เกี่ยวกับความนึกคิด (Cognition) เป็นอีกส่วนหนึ่งของทัศนคติ ที่เป็นด้านความรู้ การรับรู้ ความเห็นและความเชื่อของบุคคล ซึ่งมีที่มาจากกระบวนการทาง ความคิดที่ใช้เหตุผลเชิงตรรกะเป็นหลัก จึงเป็นทัศนคติที่ผ่านการประเมินของบุคคลนั้นแล้ว

3. องค์ประกอบด้านที่เกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior) เป็นทัศนคติอีกส่วนหนึ่งของบุคคล ที่ตั้งใจที่จะกระทำต่อคนอื่นหรือวัตถุสิ่งของด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น การแสดงความเป็น มิตร ให้ความอบอุ่นหรือการว้าว เป็นปฏิปักษ์หรือเอือมอาทร เป็นต้น โดยแนวโน้มของพฤติกรรม เป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้น

สรุปได้ว่า สิ่งเราเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งต่าง ๆ แล้วจึงนำไปสู่การ ตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้ ที่เป็นอารมณ์และความรู้สึก (Affective) ความคิด (Cognitive) หรือพฤติกรรม (Behavioral)

นอกจากองค์ประกอบทัศนคติแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับแง่มุมสำคัญ ๆ ของการศึกษา ทัศนคติ เช่น ศึกษาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งศึกษาเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ของความเชื่อ และการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับแหล่ง (source) ซึ่งหมายถึงวิธีหรือกระบวนการก่อตัวของทัศนคติโดยการเรียนรู้ และสุดท้ายก็คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งหมายถึงอิทธิพลที่ทำให้บุคคลรับประสบการณ์ใหม่และปรับเปลี่ยน ทัศนคติ ถ้ามองโดยสังเขปแล้ว เราก็สามารถเห็นคุณสมบัติหลายประการของทัศนคติ กล่าวคือ ทัศนคติคือความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างในสิ่งแวดล้อม และเราใดทัศนคติ

มาโดยการเรียนรู้ เมื่อเรียนรู้แล้วทัศนคติจะอยู่คอนข้างคงทน และสุดท้ายแม้ว่าทัศนคติจะถูกอิทธิพล ของประสบการณ์ แต่มันก็มีอำนาจบงการพฤติกรรมได้ กล่าวย่อ ๆ คือว่าทัศนคตินั้น เป็นสิ่งที่เราเรียนรู้และเมื่อรู้แล้วจะอยู่กับเราคอนข้างเหนียวแน่นจนกลายเป็นคานิยม อีกทั้งยังสามารถปรับตัวบงการการกระทำของเราได้ด้วย

โดยอีกแง่มุมหนึ่งของทัศนคติที่ได้รับความสนใจคือประโยชน์หรือคุณประโยชน์และ นักวิชาการที่สนใจเกี่ยวกับขอคิดดังกล่าวนี้ก็คือ Daniel Katz (Daniel Katz, 1960 อ้างอิงใน ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์ และสุธาสิณี เตียสรสรเสริญ, 2551) ตามทฤษฎีของนักวิชาการผู้นี้ ทัศนคติ มีประโยชน์และหน้าที่อยู่ 4 ประการ คือ

1. เป็นประโยชน์โดยการเป็นเครื่องมือ เป็นประโยชน์ในการปรับตัวและเป็นประโยชน์ ในการใช้เพื่อทำการต่าง ๆ

2. ทัศนคติยังทำหน้าที่หรือประโยชน์โดยการปกป้องกันสภาวะจิตใจหรือปกป้องสภาวะ จิต ของบุคคลเพราะความคิดหรือความเชื่อบางอย่างสามารถทำให้ผู้เชื่อหรือคิดสบายใจ สนวนจะผิดหรือถูกเป็นอีกเรื่องหนึ่ง (Ego-defensive function)

3. ทำหน้าที่แสดงคานิยมให้คนเห็นหรือรับรู้ (Value expressive function)

4. มีประโยชน์หรือให้คุณประโยชน์ทางความรู้เพราะมีทัศนคติไม่น้อยที่เกี่ยวกับ ความรู้ เรื่องนี้ยิ่งการศึกษาสูงเท่าใด แนวโน้มที่ทัศนคติจะมีความรู้ทางวิชาการแฝงอยู่มาก แม้ความรู้ แบบพื้นบานซึ่งสนวนใหญ่โตมาจากศาสนาก็แฝงอยู่ในทัศนคติมาก ดังนั้น บางครั้งจึงแยกกัน แทบไม่ออก โดยทั่วไปแล้วการศึกษาทัศนคติแบบดูที่ประโยชน์ของทัศนคติ (functional) จะมุ่งสนใจ ตัวบุคคลและสภาพทางจิตวิทยาของคนนั้น

#### การสร้างทัศนคติและคานิยม

ทัศนคติของมนุษย์นั้นได้มาจากกระบวนการที่คอนข้างซับซ้อน ซึ่งเรียกว่า สังคม ปรกิต (Socialization) กระบวนการสังคมนะกิตหรือกระบวนการอบรมสั่งสอนนั้นมีเจตนารมณั ที่สำคัญ คือ สอนใหม่มนุษย์รับทัศนคติและคานิยมที่ถูกตอง เหมาะสมกับสังคมและเป็นประโยชน์ ตอผู้รับคนเรานั้นสามารถรับทัศนคติได้ 3 วิธี คือ วิธีที่ 1 เรารับโดยการติดตอโดยตรง วิธีที่สอง เราสามารถรับทัศนคติมาโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ทัศนคตินั้น ๆ และวิธีสุดท้าย คือการรับ ทัศนคติและคานิยมที่ลึกซึ้งโดยกระบวนการสังคมนะกิตในครอบครัว เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้วเราก็ อาจจะได้รับทัศนคติจากกลุ่มคนที่เรานิยมชมชอบ (Reference group)

#### การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Changing attitudes)

การใช้ความพยายามเพื่อเปลี่ยนทัศนคตินั้น เริ่มต้นดวยการที่ผู้สื่อสาร (Communicator) พยายามใช้รูปแบบการชักชวนต่าง ๆ เพื่อสลายความเชื่อหรือคานิยม ที่มีอยู่เดิมของบุคคล

โดยอาจจะใช้เทคนิคการจูงใจ (Persuasion) เพื่อการละลายค่านิยมเดิมหรือย้ายค่านิยมใหม่ มักเกี่ยวข้องกับการเนนความรู้สึกเชิงอารมณ์เขาช่วย แต่ในบางกรณีจำเป็นต้องใช้หลักของเหตุผล โดยองค์ประกอบที่มีอิทธิพลช่วยจูงใจให้การเปลี่ยนเจตคติประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. ผู้สื่อสารที่มีประสิทธิผล (The effective communicator) โดยผ่านผู้สื่อสารที่ได้รับ ความเชื่อถือจะเป็นบุคคลที่สามารถโนมน้าวใจให้ผู้อื่นเปลี่ยนทัศนคติได้ดีที่สุด โดยความน่าเชื่อถือ ของผู้นั้นเกิดจากความเชี่ยวชาญ ความเป็นผู้ปราศจากอคติ และความเมตตาของบุคคลนั้น

1.1 ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) การที่จะโนมน้าวใจให้บุคคลอื่นเปลี่ยนทัศนคติได้ ผู้นั้นจำเป็นต้องมีความชำนาญการ (Expertise) โดยผู้อื่นยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะ เป็นพิเศษซึ่งตรงกับงานขณะนั้นมาแนะนำ หรือบอกเล่าประสบการณ์ให้เห็นผลดี เพื่อเปลี่ยน ทัศนคติของบุคคล

1.2 ความเป็นผู้ปราศจากอคติ (Lack of bias) นอกจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญ แล้วผู้สื่อสาร เพื่อจูงใจให้ผู้อื่นเปลี่ยนทัศนคติได้นั้น จำเป็นต้องเป็นที่ยอมรับในฐานะเป็นกลางไม่มีอคติต่อ ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด

1.3 ความเมตตาของบุคคล (Likeability) ถ้าผู้สื่อสารจูงใจมีบุคลิกที่น่าคบหาหรือ เป็นคนมีเสน่ห์ ย่อมมีส่วนช่วยให้การจูงใจเปลี่ยนทัศนคติประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้นกว่าการใช้ ผู้ที่ตนไม่ชอบ เช่น ใครคนมีชื่อเสียงที่เป็นที่ชื่นชอบของคนทั่วไป

2. เทคนิคการจูงใจที่ผ่านการพิสูจน์แล้ว (Proven persuasive techniques) มีหลายเทคนิค ได้แก่

2.1 ใช้การพบปะแบบสองต่อสอง (Use face-to-face) การเกลี้ยกล่อมชักจูง แบบสองต่อสองมีโอกาสช่วยให้เปลี่ยนเจตคติได้ดีกว่าวิธีสื่อสารทางอ้อม เช่น การส่งบันทึกช่วยจำ (Memo) จดหมายข่าว (Newsletter) หรือการปิดประกาศ (Posters) ทั้งนี้เพราะเป็นการสื่อสาร โดยตรงแบบสองทางมีความยืดหยุ่น ต้องฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ฟังมองเห็นถึงความน่า เชื่อถือของแหล่งข้อมูลสามารถตอบโต้ความเห็นระหว่างกัน และสามารถสร้าอารมณ์รวมให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติได้ดี

2.2 ใช้วิธีทางเดินสายกลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Seek moderate change) ในการเกลี้ยกล่อมจูงใจให้ผู้อื่นเปลี่ยนทัศนคติผู้นั้น ผู้สื่อสารควรกำหนดหาที่ที่เป็นจุดยืนให้ชัดเจน ไม่แข็งเกินไปให้ผู้อื่นต้องคิดแบบตน แต่ก็ไม่อ่อนเกินไปตามทัศนคติของผู้ฟัง ดังนั้น การมีจุดยืน ระวังกลางจะเหมาะสมที่สุด

2.3. ควรเสนอให้เห็นผลทั้งสองด้าน (Offer both side) กล่าวคือ ถ้าผู้ฟังเป็นคน เชื่อฟังง่าย การชักจูงให้เปลี่ยนทัศนคติด้วยการเสนอข้อมูลเพียงด้านเดียวตามที่ต้องการก็อาจ

เพียงพอ แต่กรณีของผู้ฟังที่ชอบถามและมีแง่มุมมองต่าง ๆ เชิงเหตุผล ถ้าจะเปลี่ยนทัศนคติได้ ผู้สื่อสาร จำเป็นต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งสองด้าน คือ ดานบวกและดานลบ พร้อมทั้งสามารถหาเหตุผลมา หักล้างคำแย้งของผู้ฟังได้ การเปลี่ยนทัศนคติก็อาจเกิดขึ้นแม้จะยากก็ตาม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทัศนคตินั้นมีผลต่อพฤติกรรมไม่มากก็น้อย การที่ต้องการให้ทำพฤติกรรมอย่างที่ต้องการโดยเป็นการกระทำที่เต็มใจซึ่งมีความหมายในระยะยาวมากกว่าเป็นการบังคับซึ่งได้ผลระยะสั้นๆ นั้น จะต้องสร้างหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายใหม่ ทัศนคติในทางที่ดีต่อการกระทำนั้น ๆ ดังนั้นจึงเป็นการสมควรที่จะศึกษาถึงระดับทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อไป

## ตอนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่องปากเด็กเล็ก

**สายรุ้ง วงศ์ศิริ (2553)** ได้ศึกษาพฤติกรรมการช่วยดูแลทันตสุขภาพของมารดาที่มีผลต่อภาวะฟันผุ ในเด็กอายุ 5 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 3 พบว่าในระยะฟันยังไม่ขึ้น มารดาส่วนมากดูแลในระยะฟันยังไม่ขึ้นโดยการเช็ดเหงือก ล้างกระพุ้งแก้ม ร้อยละ 76.9 และมีมารดาไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากบุตรเลย ร้อยละ 9.2 มารดาส่วนใหญ่เลี้ยงดูลูกด้วยขวดนมถึงร้อยละ 82.4 และอนุญาตให้เด็กรับประทานขนมถึงร้อยละ 85.2 ซึ่งทำให้มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุ จากการศึกษาพบว่าเด็กอนุบาลฟันปกติ ร้อยละ 21.5 มีภาวะฟันผุถึงร้อยละ 78.5 ของนักเรียนทั้งหมด

**สถาพร ถิ่นบูรณะกุล (2546)** ได้ศึกษาการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลช่องปากเด็ก 0-5 ปี พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ดูแลเด็ก และความสะดวกช่องปากเด็ก หลังการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยพฤติกรรมที่ดีขึ้น ได้แก่ การทำความสะอาดเหงือกและฟันเป็นประจำ การตรวจสุขภาพช่องปากในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการไม่รับประทานซอคโกแลต ลูกอม หรือหมากฝรั่ง

**วรวรรณ หนึ่งในด้านจาก (2544)** ได้ทำการศึกษา 1) เปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่มีอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และประสบการณ์การรักษาทางทันตกรรมต่างกัน 2) ศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา ความเชื่อ ด้านทันตสุขภาพบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา และการได้รับการสนับสนุนและบริการเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่ส่งผลต่อสภาวะ

ทันตสุขภาพบุตร โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและบุตรก่อนวัยเรียน อายุ 3-5 ปี ในตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 202 คู่ จากผลการวิจัยพบว่า 1) สภาวะทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่มีอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และประสบการณ์การรักษาทางทันตกรรมต่างกัน ไม่แตกต่างกัน 2) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา และการได้รับการสนับสนุนและบริการเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายสภาวะทันตสุขภาพบุตร ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**วัลลภณี ปิงแก้ว (2549)** ได้ศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครอง รวมทั้งหาความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมดังกล่าวกับสภาวะฟันผุในกลุ่มเด็กที่ปราศจากฟันผุและกลุ่มที่มีสภาวะฟันผุมาก จำนวน 300 ตัวอย่าง พบว่าอัตราฟันผุในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 69.6 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 3.7 ซี่ต่อคน และพบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่ปราศจากฟันผุ และกลุ่มที่มีสภาวะฟันผุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.005$ ) ได้แก่ รูปแบบของการเลี้ยงดูด้วยนมขวดอายุที่เล็กดูนมขวด ความถี่เฉลี่ยของการกินขนม การทำความสะอาดช่องปาก และการตรวจฟันโดยผู้ปกครอง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ควรได้รับการพิจารณานำมาดำเนินการ ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ทันตสุขภาพศึกษาโดยใช้สื่อ

**วัลลภวิษฐ์ วิสุทธิศักดิ์ (2545)** ได้ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้ทันตสุขภาพศึกษาวิธีสอนตัวต่อตัวและการเรียนรู้ด้วยตัวเองโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ปกครองเด็กดาวน์ ซินโดรมช่วงก่อนวัยเรียน พบว่า ภายหลังจากให้ทันตสุขภาพศึกษาพบผลต่างของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และค่าคะแนนความรู้จากช่วงก่อนและหลังการให้ทันตสุขภาพศึกษาระหว่างกลุ่มศึกษานั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขภาพศึกษา 2 กลุ่มนั้นพบว่า มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้ทันตสุขภาพศึกษาแก่ผู้ปกครองวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์จากสื่อการสอนแบบสื่อวีดิทัศน์ นั้นน่าจะมีผลทำให้เกิดการพัฒนาทั้งความสามารถในการแปร่งฟันและความรู้ของผู้ปกครองไม่ต่างจากการให้ทันตสุขภาพศึกษาแบบสอนตัวต่อตัวโดยทันตบุคลากร

**บุญเพ็ญ ดิถกณารักษ์ (2551)** ได้ศึกษา การพัฒนาและทดสอบวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ พบว่า สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้มีประสิทธิภาพ 87/70 ดัชนีประสิทธิผล 0.64 สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กทารก

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น สื่อวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและดูแลสุขภาพช่องปากของทารก

**ภัทริยาภรณ์ บุญญวงค์ (2554)** ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อแบบผสมผสานในการให้ความร่วมมือประคบอุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่มีอาการปวดคิ้วและปวดศีรษะซึ่งมารับการรักษาเป็นครั้งแรกจำนวน 93 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีสุ่มแบบบล็อก กลุ่มควบคุมจำนวน 47 รายจะได้รับสุขศึกษาโดยสื่อบุคคล ในขณะที่กลุ่มทดลองจำนวน 46 ราย จะได้รับสุขศึกษาโดยสื่อแบบผสมผสาน ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับสุขศึกษาในครั้งแรกของการมาพบทันตแพทย์ และการประเมินความร่วมมือทำได้โดยการตอบแบบรายงานตนเองและบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการประคบอุ่นตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ทุกคนให้ความร่วมมือในการประคบอุ่นโดยค่าคะแนนความร่วมมือประคบอุ่นเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P>0.05$ ) จึงสรุปว่า ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อผสมผสานในการให้ความร่วมมือประคบอุ่น ไม่มีความแตกต่างกัน

**Adele Lees and W.P. Rock (2000)** ศึกษาประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยอ่านเอง วีดิโอเทปและการสอนแบบตัวต่อตัว แก่ผู้ป่วยจัดฟันชนิดใส่เครื่องมือติดแน่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของวิธีการให้ทันตสุขศึกษาทั้ง 3 ชนิดไม่มีความแตกต่างกัน

**Alasda, et al. (2005)** ได้ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนทันตสุขศึกษาในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพของเด็กให้กับแม่ 11 คนและครู 16 คน พบว่า หลังดูวีดิทัศน์ผู้เข้าร่วม การศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการดูวีดิทัศน์

## กรอบแนวคิด



ภาพ 4 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคล และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษา โดยวิธีสื่อวีดิทัศน์ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง มกราคม พ.ศ. 2556

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ใช้สูตรการคำนวณการหาขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการทดสอบแบบ 2 ด้าน ดังนี้ (อรุณ จิรวัดมณกุล, 2553)

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ  $n$  = ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

$$\alpha = 0.05$$

$$Z_{\alpha/2} = \text{ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐาน} \\ = 1.96 \text{ อำนาจการทดสอบ } 90\%$$

$$\beta = 0.10$$

$$Z_{\beta} = \text{ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐาน ที่กำหนดให้} \\ = 1.28$$

$$\Delta^2 = \text{ผลต่างของค่าเฉลี่ย}$$

$$\sigma^2 = \text{ค่าความแปรปรวนร่วม}$$

ซึ่งได้จากการศึกษาของ อริศรา พลยูง (2552) ในเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมทันต-  
สุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม  
การป้องกันโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น  
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน  
หลังการทดลองพบว่า ในทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านปริทันต์ที่เปลี่ยนแปลงไป  
ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้ ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป 4.66  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.06 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป 1.97  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.29

$$\begin{aligned}\sigma^2 &= \frac{(n_1-1)Sd_1^2 + (n_2-1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(35-1)(5.06)^2 + (35-1)(1.97)^2}{35 + 35 - 2} \\ &= 22.00\end{aligned}$$

$\Delta$  = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ( $\mu_1 - \mu_2$ ) ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ  
เท่ากับ 2.69 แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า} \quad n &= \frac{2(1.96 + 1.28)^2(22)}{(2.69)^2} \\ &= 63.82\end{aligned}$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 64 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาด  
กลุ่มตัวอย่างเป็น 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคลจำนวน 32 คน  
และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อวีดิทัศน์จำนวน 32 คน เพื่อให้ง่ายในการเปรียบเทียบ  
ประสิทธิผลของสื่อทั้งสองชนิด

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive  
Sampling) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลรื่องขวาง  
จังหวัดแพร่ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้  
กลุ่มตัวอย่างจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มที่ให้ทันตสุขศึกษาวิธีใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ให้ทันตสุขศึกษา  
วิธีใช้สื่อวีดิทัศน์ หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และพูดคุยถึงรูปแบบ  
การให้ทันตสุขศึกษา ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้น การเก็บข้อมูล

จะเก็บทุกวันที่มีคลินิกฝากครรภ์ซึ่งก็คือทุกวันอังคาร แต่การให้ทันตสุขศึกษาจะสลับกันในแต่ละสัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 3 จะให้ทันตสุขศึกษาวิธีใช้สื่อบุคคล และสัปดาห์ที่ 2 และ 4 จะให้ทันตสุขศึกษาวิธีใช้สื่อวีดิทัศน์ จนครบกลุ่มละ 32 คน โดยไม่มีการซ้ำคนเดิมในแต่ละกลุ่ม

### หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ ในระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2556
- 1.2 ไม่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข
- 1.3 สภาพร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นอุปสรรคในการร่วมการทดลอง
- 1.4 เข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ
- 1.5 สามารถอยู่ร่วมการทดลองตลอดได้

#### 2. เกณฑ์การคัดออก

- 2.1 ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล-รื่องขวาง จังหวัดแพร่ ในระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2556
- 2.2 เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข
- 2.3 สภาพร่างกายและจิตใจ เป็นอุปสรรคในการร่วมการทดลอง
- 2.4 ไม่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง
- 2.5 ไม่สามารถอยู่ร่วมการทดลองตลอดได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. แผ่นภาพพลิกประกอบการให้ทันตสุขศึกษาของสื่อบุคคลเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กที่มีเนื้อหาเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก
2. สื่อวีดิทัศน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดทำในรูปแบบแผ่นวีซีดี เป็นสื่อให้ทันตสุขศึกษาที่มีเนื้อหาเหมือนสื่อบุคคล โดยสื่อวีดิทัศน์มีความยาวประมาณ 8 นาที

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ คือ แบบทดสอบ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างแบบทดสอบจากเนื้อหาที่มีอยู่ในสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ โดยแบบทดสอบประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ลำดับของบุตรในครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประสบการณ์การได้รับทันตสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก อาชีพของสามี ระดับการศึกษาของสามีและผู้เลี้ยงดูหลักหลังคลอด โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open Ended) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(16 คะแนนขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79	(12-15 คะแนน)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา	(11 คะแนนลงมา)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยได้สร้างตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยจะให้ผู้ตอบเลือกประมาณค่า 5 อันดับตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

#### ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

#### ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4	คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	80 ขึ้นไป	(80 คะแนนขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ	60-79	(60-79 คะแนน)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	59 ลงมา	(59 คะแนนลงมา)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำแบบทดสอบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาหลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

#### 2. ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้แล้วไปทดลองใช้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยการวิเคราะห์รายข้อ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.744 และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทัศนคติ เท่ากับ 0.72

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอขอรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ และได้รับการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยพะเยา ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลรื่องกวางจังหวัดแพร่ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
3. ประสานงานกับพยาบาล ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลรื่องกวาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเสนอแผนและแนวทางในการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างสะดวก
4. จัดทำสื่อวีดิทัศน์โดยการรวบรวมข้อมูล คำแนะนำในการเลี้ยงดูและดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก โดยมีกรอบของการให้ทันตสุขภาพศึกษาในเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนม

และอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปาก เด็กเล็กและจัดทำแบบทดสอบ โดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานและจากการทบทวนตำรา ผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแบบทดสอบในการศึกษา

5. การให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสี่บุคคลและกลุ่มสี่อดีตักศน์ จะได้รับการให้ทันตสุขศึกษารายเดี่ยวหรือรายกลุ่มๆ ละไม่เกิน 3 คน ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่พบในแต่ละวันในห้องที่เตรียมไว้ คนละ 1 ครั้ง โดยการเก็บข้อมูลจะเก็บทุกวันที่มีคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งก็คือทุกวันอังคาร แต่การให้ทันตสุขศึกษาจะสลับกันในแต่ละสัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 3 จะให้ทันตสุขศึกษาวิธีใช้สี่บุคคล และสัปดาห์ที่ 2 และ 4 จะให้ทันตสุขศึกษาวิธีใช้สี่อดีตักศน์ จนครบกลุ่มละ 32 คน โดยไม่มีการซ้ำคนเดิมในแต่ละกลุ่ม

6. ทำการทดลองในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสี่บุคคล ดังนี้

**ก่อนการทดลอง** ตรวจสอบรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาใหม่ในแต่ละวัน แล้วเข้าไปพูดคุยเพื่อขออนุญาตทำการทดลอง จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

**ระหว่างการทดลอง** กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสี่บุคคล จะได้รับการบรรยายพร้อมภาพพลิกในเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนมการเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก จากผู้วิจัยเพียงผู้เดียวและสามารถซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจได้

**หลังการทดลอง** นำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบทันทีหลังการให้ทันตสุขศึกษาเสร็จสิ้น

7. ทำการทดลองในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสี่อดีตักศน์ ดังนี้

**ก่อนการทดลอง** ตรวจสอบรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาใหม่ในแต่ละวัน แล้วเข้าไปพูดคุยเพื่อขออนุญาตทำการทดลอง จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

**ระหว่างการทดลอง** กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสี่อดีตักศน์ จะให้อยู่ในห้องที่มีโทรทัศน์และเครื่องเล่นวีซีดี เพื่อสามารถฉายภาพของสี่อดีตักศน์ที่มีเนื้อหาเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็กการเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก โดยมีความยาวประมาณ 8 นาที

**หลังการทดลอง** นำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบทันทีหลังการให้ทันตสุขศึกษาเสร็จสิ้น

8. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาลงรหัส บันทึกข้อมูล เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. **สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)** ใช้การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (ค่าเฉลี่ย) การวัดการกระจาย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และการแจกแจงความถี่ (ร้อยละ) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ เช่น อายุ ลำดับของบุตรในครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ประสิทธิภาพการได้รับทันตสุขภาพในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก อาชีพของสามี ระดับการศึกษาของสามีและผู้เลี้ยงดูหลักหลังคลอด

### 2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้สถิติ โดยใช้สถิติ pair t-test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent sample t-test



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคล และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อวีดิทัศน์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) แล้วนำข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคล และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อวีดิทัศน์มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกันทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์

ข้อมูลทั่วไปของหญิง ตั้งครรภ์	กลุ่มบุคคล (n=32)		กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)				
14-20	6	18.8	4	12.5
21-27	14	43.8	14	43.8
28-34	7	21.9	9	28.1
35-41	5	15.6	5	15.6
	$\bar{X}$ =25.9	S.D.=6.345	$\bar{X}$ =27.25	S.D.=6.345

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของหญิง ตั้งครรภ์	กลุ่มบุคคล (n=32)		กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลำดับของบุตรในครรภ์</b>				
1	16	50	13	40.6
2	11	34.4	12	37.5
3 – 5	5	15.6	7	21.8
<b>อาชีพหลัก</b>				
เกษตรกรรม	14	43.8	7	21.9
ค้าขาย	4	12.5	6	18.8
แม่บ้าน	12	37.5	12	37.5
รับจ้าง/พนักงานโรงงาน	1	3.1	6	18.8
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	1	3.1	1	3.1
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	4	12.5	6	18.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	34.4	7	21.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	31.3	13	40.6
อนุปริญญา/ปวส.	3	9.4	4	12.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	12.5	2	6.3
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	14	43.8	12	37.5
5,000 – 10,000 บาท	12	37.5	16	50
10,001 – 20,000 บาท	5	15.6	3	9.4
สูงกว่า 20,000 บาท	1	3.1	1	3.1
<b>แหล่งที่เคยได้รับความรู้</b>				
โทรทัศน์	19	59.4	19	59.4
อินเทอร์เน็ต	5	15.6	2	6.3
หนังสือ/หนังสือพิมพ์	12	37.5	14	43.8
วิทยุ	1	3.1	5	15.6
จากแหล่งอื่น เช่น เพื่อนบ้าน	7	21.9	6	18.8

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของหญิง ตั้งครรภ์	กลุ่มบุคคล (n=32)		กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	4	12.5	3	9.4
<b>อาชีพหลักของสามี</b>				
เกษตรกรรม	17	53.1	14	43.8
ค้าขาย	4	12.5	4	12.5
พ่อบ้าน	0	0	11	34.4
รับจ้าง/พนักงานโรงงาน	8	25	2	6.3
อื่น ๆ เช่น ทหารเกณฑ์	3	9.4	1	3.1
<b>ระดับการศึกษาของสามี</b>				
ประถมศึกษา	5	15.6	5	15.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	34.4	12	37.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	28.1	6	18.8
อนุปริญญา/ปวส.	6	18.8	7	21.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.1	2	6.3
<b>ผู้ดูแลหลักหลังจากคลอดลูก</b>				
ตัวคุณแม่และสามี	22	68.8	28	87.5
ตัวคุณแม่คนเดียว	4	12.5	1	3.1
สามีคนเดียว	2	6.3	0	0
ปู่ ย่า ตา ยาย	4	12.5	3	9.4

จากตาราง 2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุ 14-41 ปี โดยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.8 จะอยู่ในช่วงอายุ 21-27 ปี รองลงมา ร้อยละ 21.9 ช่วงอายุ 28-34 ปี ถัดมา ร้อยละ 18.8 ช่วงอายุ 14-20 ปี และร้อยละ 15.6 ช่วงอายุ 35-41 ปี ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.8 จะอยู่ในช่วงอายุ 21-27 ปี รองลงมา ร้อยละ 28.1 ช่วงอายุ 28-34 ปี ถัดมา ร้อยละ 15.6 ช่วงอายุ 35-41 ปี และร้อยละ 12.5 ช่วงอายุ 14-20 ปี

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ตั้งครรภ์บุตรคนแรก รองลงมา ร้อยละ 34.4 ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.6 ตั้งครรภ์บุตรคนแรก รองลงมา ร้อยละ 37.5 ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพแม่บ้าน หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพแม่บ้าน รองลงมา ร้อยละ 21.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 34.4 มีระดับ การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 31.3 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.6 มีระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือ ปวช. รองลงมา ร้อยละ 21.9 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.8 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 37.5 มีรายได้ประมาณ 5,000–10,000 บาท ส่วนหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000–10,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 37.5 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคลและกลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กจากโทรทัศน์ ร้อยละ 59.4 และ 59.4 ตามลำดับ รองลงมา เคยได้รับความรู้จากหนังสือหรือหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 37.5 และ 43.8 ตามลำดับ

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 อาชีพหลักของสามี คือ เกษตรกรรม รองลงมา ร้อยละ 25 สามีประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานโรงงาน และระดับการศึกษาของ สามี ส่วนใหญ่ร้อยละ 34.4 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 28.1 จบชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.8 อาชีพหลักของสามีคือ เกษตรกรรม รองลงมา ร้อยละ 34.4 สามีเป็นพ่อบ้าน และระดับ การศึกษาของสามี ส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 21.9 จบชั้นอนุปริญญาหรือ ปวส.

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคล ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.8 ผู้ดูแลหลักหลังจากคลอดลูก คือ ตัวคุณแม่และสามี รองลงมา ร้อยละ 12.5 ผู้ดูแลหลักคือ ตัวคุณแม่คนเดียวและปู่ ย่า ตา ยาย ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่ชีวิตทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ผู้ดูแลหลักคือ ตัวคุณแม่และสามี รองลงมา ร้อยละ 9.4 ผู้ดูแลหลักคือ ปู่ ย่า ตา ยาย

**ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก**

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ต่ำ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(16 คะแนนขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79	(12-15 คะแนน)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา	(11 คะแนนลงมา)

**ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง**

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	กลุ่มสื่อบุคคล		กลุ่มสื่อวีดิทัศน์	
	จำนวน(n=32)	ร้อยละ	จำนวน(n=32)	ร้อยละ
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
ระดับต่ำ	1	3.1	0	0
ระดับปานกลาง	8	25	10	31.3
ระดับสูง	23	71.9	22	68.8
<b>หลังการทดลอง</b>				
ระดับสูง	32	100	32	100

จากตาราง 3 ก่อนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลร้อยละ 71.9 มีคะแนนความรู้ระดับสูง ร้อยละ 25 มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 3.1 มีคะแนนความรู้ระดับต่ำ ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ร้อยละ 68.8 มีคะแนนความรู้ระดับสูง ร้อยละ 31.3 มีระดับคะแนนความรู้ปานกลาง หลังการทดลองพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ร้อยละ 100 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มสีบุบุคคลและสีอวิตัทศน์ที่ตอบ ถูกต้องและข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	กลุ่มสีบุบุคคล (n=32)				กลุ่มสีอวิตัทศน์ (n=32)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคฟันผุ สามารถเกิดได้ตั้งแต่ฟันซี่ แรกขึ้นในช่องปาก	25.0	78.1	32.0	100.0	26.0	81.3	32.0	100.0
2. โรคฟันผุ มีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่เริ่มผุเป็นรอยชุนขาว ผุเป็นรูและผุชั้นรุนแรง	31.0	96.9	31.0	96.9	31.0	96.9	32.0	100.0
3. โรคฟันผุ จะไม่ส่งผลกระทบต่อทำให้ เด็กมีน้ำหนักน้อยและส่วนสูงต่ำกว่า เด็กปกติ	18.0	56.3	17.0	53.1	18.0	56.3	24.0	75.0
4. เด็กที่สูญเสียฟันหน้าไปตั้งแต่อายุน้อย ๆ จะทำให้การพูดไม่ชัดเจน	21.0	65.6	32.0	100.0	23.0	71.9	31.0	96.9
5. ในเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ควรให้ ลูกกินนมแม่เพราะมีสารอาหารที่ ครบถ้วนและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ลูก	32.0	100.0	32.0	100.0	32.0	100.0	32.0	100.0
6. สามารถผสมน้ำตาลหรือน้ำผึ้งใน นมได้ เพื่อลูกจะได้สารอาหารเพิ่มเติม	27.0	84.4	32.0	100.0	28.0	87.5	32.0	100.0
7. เมื่อเด็กเริ่มทานอาหารควรเพิ่มความหยาบของอาหารมากขึ้นตาม อายุเพื่อฝึกการบดเคี้ยว	25.0	78.1	31.0	96.9	24.0	75.0	32.0	100.0
8. เชื้อโรคฟันผุจากน้ำลายแม่ สามารถแพร่ไปสู่ช่องปากลูกได้จากการเป่า การอมและเคี้ยวอาหารให้ลูก	24.0	75.0	30.0	93.8	21.0	65.6	32.0	100.0
9. ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้ว ตั้งแต่อายุ 6 เดือน	14.0	43.8	31.0	96.9	19.0	59.4	31.0	96.9
10. การที่เด็กหลับโดยมีขวดนมค้างใน ปากไม่ เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ	21.0	84.4	30.0	93.8	20.0	62.5	30.0	93.8
11. การให้เด็กกินนมขวดมีโอกาสเสี่ยง ต่อโรคฟันผุมากกว่ากินนมแม่	27.0	84.4	31.0	96.9	27.0	84.4	31.0	96.9
12. การกินนมขวดไปนาน ๆ อาจเป็น สาเหตุที่ทำให้ฟันหน้ายื่นได้	22.0	68.8	32.0	100.0	22.0	68.8	31.0	96.9

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความถามเกี่ยวกับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	กลุ่มสื่อบุคคล (n=32)				กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. เด็กสามารถดูจดหมายได้เรื่อยๆ จนกว่าเด็กอยากจะเลิกจดหมายเอง	26.0	81.3	29.0	90.6	27.0	84.4	30.0	93.8
14. การเริ่มทำความสะอาดช่องปาก เด็กต้องทำตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น	21.0	65.6	32.0	100.0	24.0	75.0	32.0	100.0
15. วิธีการแปรงฟันที่เหมาะสม สำหรับเด็กควร วางขนแปรงให้ตั้ง ฉากกับตัวฟันและขยับขนแปรงไปมา ตามแนวราบคล้ายการถูฟัน	23.0	71.9	31.0	96.9	21.0	65.6	30.0	93.8
16. แปรงสีฟันของเด็กควรมีขนาด พอเหมาะกับช่องปากเด็กและขนนุ่ม	30.0	93.8	32.0	100.0	32.0	100.0	31.0	96.9
17. ไม่ควรบีบยาสีฟันให้เด็กมาก เกินไปหรือปล่อยให้เด็กกลืนยาสีฟัน	29.0	90.6	32.0	100.0	32.0	100.0	32.0	100.0
18. เด็กเล็กสามารถใช้ยาสีฟันของ ผู้ใหญ่ได้ไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟัน ของเด็ก	29.0	90.6	32.0	100.0	29.0	90.6	32.0	100.0
19. แม่ควรตรวจทำความสะอาด ของฟันและลิ้นให้แกลูกทุกวัน	31.0	96.9	32.0	100.0	31.0	96.9	32.0	100.0
20. การทำความสะอาดช่องปาก ตั้งแต่แรกเกิดจะทำให้เด็กคุ้นเคย และยอมรับการแปรงฟันได้ง่าย	31.0	96.9	32.0	100.0	32.0	100.0	32.0	100.0

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่าข้อความ ก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ที่ตอบได้คะแนนน้อย คือ ข้อ 3 ได้แก่ “โรคฟันผุจะไม่ส่งผลกระทบต่อทำให้เด็กมีน้ำหนักน้อยและส่วนสูงต่ำกว่าเด็กปกติ” หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลที่ตอบถูกร้อยละ 56.3 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ที่ตอบถูกร้อยละ 43.8 และข้อ 9 ได้แก่ “ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้วตั้งแต่อายุ 6 เดือน” หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลที่ตอบถูกร้อยละ 43.8 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ที่ตอบถูกร้อยละ 59.4 ส่วนข้ออื่น ๆ ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ ก่อนและหลังการทดลองจะไม่แตกต่างกันมากนัก

เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(80 คะแนนขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79	(60-79 คะแนน)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา	(59 คะแนนลงมา)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กเล็ก	กลุ่มสื่อบุคคล		กลุ่มสื่อวีดิทัศน์	
	จำนวน (n=32)	ร้อยละ	จำนวน (n=32)	ร้อยละ
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
ระดับต่ำ	4	12.5	1	3.1
ระดับปานกลาง	28	87.5	28	87.5
ระดับสูง	0	0	3	9.4
<b>หลังการทดลอง</b>				
ระดับปานกลาง	31	96.9	32	100
ระดับสูง	1	3.1	0	0

จากตาราง 5 ก่อนการทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 มีคะแนนทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 มีคะแนนทัศนคติระดับต่ำ คะแนนทัศนคติระดับสูงไม่มี ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 มีคะแนนทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 9.4 มีคะแนนทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 3.1 มีคะแนนทัศนคติระดับต่ำ หลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลมีระดับทัศนคติปานกลางเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 96.9 และมีคะแนนทัศนคติระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ มีระดับทัศนคติปานกลางเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 100

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มสี่บุคคลและสี่วิถีทัศน์ ที่มีทัศนคติที่ดีและข้อความเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความเกี่ยวกับทัศนคติ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กเล็ก	กลุ่มสี่บุคคล				กลุ่มสี่วิถีทัศน์			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ฟันน้ำนมไม่ต้องดูแลรักษา เพราะเมื่อหลุดไปแล้วจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่อยู่แล้ว	26.0	81.3	29.0	90.7	25.0	78.2	28.0	87.5
2. การป้องกันโรคฟันผุในเด็กเป็นเรื่องยุ่งยาก	19.0	59.4	27.0	84.4	22.0	68.8	26.0	81.3
3. เด็กที่ฟันไม่ผุจะทำให้ยิ้มแล้วสวย มีความมั่นใจในตัวเอง	32.0	100.0	31.0	96.9	29.0	90.7	32.0	93.8
4. การที่ฟันน้ำนมเป็นรอยช้ำขาวบางจุด เป็นสิ่งที่ผิดปกติ	27.0	84.4	30.0	93.8	28.0	87.5	28.0	87.5
5. ถ้าสุขภาพช่องปากของเด็กไม่ดีอาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของเด็กได้	26.0	81.3	30.0	93.8	28.0	87.5	30.0	93.8
6. เป็นเรื่องธรรมดาที่ฟันน้ำนมต้องผุ	11.0	34.4	25.0	78.2	7.0	21.9	23.0	71.9
7. หากแม่มีสุขภาพช่องปากที่ดีก็จะช่วยลดการแพร่เชื้อโรคฟันผุจากช่องปากแม่ไปสู่ช่องปากลูก	20.0	62.5	31.0	96.9	23.0	71.9	30.0	93.8
8. ควรให้เด็กดื่มนมรสหวาน เพราะรสชาติอร่อยและทำให้เด็กดื่มนมได้เยอะขึ้น	31.0	96.9	30.0	93.8	26.0	81.3	30.0	93.8
9. การฝึกให้เด็กกินน้ำและนมจากแก้วเป็นเรื่องยุ่งยาก และไม่ช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็ก	29.0	90.7	25.0	78.2	21.0	65.7	28.0	87.5
10. นมที่ตกค้างในปากขณะเด็กหลับทำให้ฟันผุ	26.0	81.3	29.0	90.7	22.0	66.8	30.0	93.8
11. การให้เด็กเล็กกินนมขวดประมาณอายุ 1 ขวบครึ่ง เป็นเรื่องที่ทำไต่ยากเพราะเด็กยังเล็กอยู่	10.0	31.3	26.0	81.3	13.0	40.7	23.0	71.9
12. เด็กที่ฟันยังไม่ขึ้นก็ต้องทำความสะอาดโดยการเช็ดเหงือกและลิ้น	26.0	81.3	31.0	96.9	28.0	87.5	32.0	100.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ เรื่องการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กเล็ก	กลุ่มสื่อบุคคล				กลุ่มสื่อวีดิทัศน์			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. การแปรงฟันในเด็กเป็นสิ่ง จำเป็นสามารถป้องกันฟันผุได้	32.0	100.0	31.0	96.9	32.0	100.0	32.0	100.0
14. ผู้ปกครองควรแปรงฟันให้ เด็กตอนเช้าและก่อนเข้านอน ทุกคืน	30.0	93.8	31.0	96.9	31.0	96.9	31.0	96.9
15. เมื่อเด็กไม่ให้ความร่วมมือ ในการแปรงฟันก็ไม่จำเป็นต้อง แปรงฟัน	30.0	93.8	30.0	93.8	28.0	87.5	30.0	93.8
16. ผู้ปกครองควรปล่อยให้เด็ก แปรงฟันเองไม่จำเป็นต้องตรวจ และแปรงซ้ำให้	24.0	75.0	29.0	90.7	18.0	56.3	30.0	93.8
17. เมื่อฟันซี่แรกของเด็กเริ่มขึ้น ในช่องปาก ท่านสามารถใช้ แปรงสีฟันและยาสีฟันพอสขึ้น แปรงทำความสะอาดฟันของ เด็กได้เลย	11.0	34.4	30.0	93.8	12.0	37.5	29.0	90.7
18. ถ้าดูแลฟันเด็กไม่ให้ผู้ ผู้ปกครองก็ไม่ต้องเสียเวลาเพื่อ พาเด็กไปรักษาโรคฟันผุ	30.0	93.8	28.0	87.5	29.0	90.7	28.0	87.5
19. การทำฟันในเด็ก เช่น การ อุดฟัน ถอนฟัน ทำได้ยากกว่า ผู้ใหญ่และสามารถสร้างความ ทรงจำด้านลบต่อการทำฟัน ให้แก่เด็กอีกด้วย	18.0	56.3	32.0	100.0	16.0	50.0	20.0	93.8
20. ถ้าท่านเอาใจใส่ดูแลช่อง ปากของลูกตั้งแต่แรกเกิด จะส่งผลให้ลูกของท่านมี พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของตนเองที่ดีเมื่อโตขึ้นด้วย	30.0	93.8	32.0	100.0	29.0	90.7	29.0	90.7

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่าข้อความคำถาม ก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคล และกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ที่ตอบได้น้อย คือ ข้อ 6 ได้แก่ “เป็นธรรมดาที่ฟันน้ำนมต้องผุ” หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 34.4 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 21.9 ข้อ 11

“การให้เด็กเล็กกินนมขวดประมาณอายุ 1 ขวบครึ่งเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะเด็กยังเล็กอยู่” หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 31.3 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 40.7 และข้อ 17 “เมื่อฟันซี่แรกของเด็กเริ่มขึ้นในช่องปาก ท่านสามารถใช้แปรงสีฟันแตะพอขึ้นแปรงทำความสะอาดฟันของเด็กได้เลย” หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 34.4 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ตอบได้ร้อยละ 37.5 ส่วนข้ออื่น ๆ ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ก่อนและหลังการทดลองจะไม่แตกต่างกันมากนัก

### ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	$\bar{X}$	S.D.	p-value
<b>กลุ่มสื่อบุคคล (n=32)</b>			
ก่อนการทดลอง	15.84	2.384	0.00*
หลังการทดลอง	19.16	0.847	
<b>กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)</b>			
ก่อนการทดลอง	16.22	2.044	0.00*
หลังการทดลอง	19.41	0.756	

หมายเหตุ: \* ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มสื่อบุคคล ก่อนการทดลอง เท่ากับ 15.84 (S.D.=2.38) และหลังการทดลอง เท่ากับ 19.16 (S.D.=0.84) และภายในกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.22 (S.D.=2.04) และหลังการทดลอง เท่ากับ 19.44 (S.D.=0.75)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติวิลคอกซัน ไซน์ แรงค์ เทสต์ (Wilcoxon signed rank test)

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่บุคคลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก หลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.00$ ) และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสี่วิดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก หลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.00$ )

**ตาราง 8** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กระหว่างกลุ่มสี่บุคคลและกลุ่มสี่วิดิทัศน์ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มสี่บุคคล (n=32)	15.84	2.38	0.67	0.50
กลุ่มสี่วิดิทัศน์ (n=32)	16.22	2.04		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มสี่บุคคล (n=32)	19.16	0.84	1.24	0.21
กลุ่มสี่วิดิทัศน์ (n=32)	19.41	0.75		

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการทดลอง กลุ่มสี่บุคคล เท่ากับ 15.84 (S.D.=2.38) และกลุ่มสี่วิดิทัศน์ เท่ากับ 16.22 (S.D.=2.04) หลังการทดลอง กลุ่มสี่บุคคล เท่ากับ 19.16 (S.D.=0.84) กลุ่มสี่วิดิทัศน์ เท่ากับ 19.44 (S.D.=0.75)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติที แบบอิสระต่อกัน (independent sample t-test) ระหว่างกลุ่มทดลอง โดย ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มสี่บุคคลและกลุ่มสี่วิดิทัศน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $t=0.67$ ,  $p=0.50$ ) และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $t=1.24$ ,  $p=0.21$ )

#### ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
<b>กลุ่มสื่อบุคคล (n=32)</b>				
ก่อนการทดลอง	65.88	5.87	-2.46	0.01*
หลังการทดลอง	68.59	3.09		
<b>กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)</b>				
ก่อนการทดลอง	68.59	7.05	0.10	0.91
หลังการทดลอง	68.47	3.19		

หมายเหตุ: \* ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตาราง 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มสื่อบุคคล ก่อนการทดลอง เท่ากับ 65.88 (S.D.=5.87) และหลังการทดลอง เท่ากับ 68.59 (S.D.=3.90) และภายในกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 68.59 (S.D.=7.05) และหลังการทดลอง เท่ากับ 68.47 (S.D.=3.19)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติแพร์ ที เทสต์ (pair t-test) พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก หลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-2.46$ ,  $p=0.01$ ) และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $t=0.10$ ,  $p=0.91$ )

**ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ก่อนและหลังการทดลอง**

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มสื่อบุคคล (n=32)	65.88	5.87	-1.67	0.99
กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)	68.59	7.05		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มสื่อบุคคล (n=32)	68.59	3.90	0.14	0.88
กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ (n=32)	68.47	3.19		

จากตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการทดลอง กลุ่มสื่อบุคคล เท่ากับ 65.88 (S.D.=5.87) และกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ เท่ากับ 68.59 (S.D.=7.05) หลังการทดลอง กลุ่มสื่อบุคคล เท่ากับ 68.59 (S.D.=3.90) กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ เท่ากับ 68.47 (S.D.=3.19)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติที แบบอิสระต่อกัน (independent sample t-test) ระหว่างกลุ่มทดลอง โดย ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $t=-1.67$ ,  $p=0.99$ ) และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $t=0.14$ ,  $p=0.88$ )

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาโดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรಂಗวง จังหวัดแพร่ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข สภาพร่างกายและจิตใจไม่เป็นอุปสรรคในการร่วมการทดลองและเข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวโดยใช้สูตรการคำนวณการหาขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการทดสอบแบบ 2 ด้าน (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2553) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเท่ากับ 64 คน ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคลจำนวน 32 คน และกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อวีดิทัศน์จำนวน 32 คน ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผ่นภาพประกอบการให้ทันตสุขศึกษาของสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กที่มีเนื้อหาเหมือนสื่อบุคคล ในเรื่องโรคฟันผุในเด็กเล็ก การเลือกนมและอาหารให้ลูกน้อย การเลิกใช้ขวดนม การเลิกใช้แปรงสีฟันและการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก แบบทดสอบทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองทั้งหมด นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.74 และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทัศนคติ เท่ากับ 0.72 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกันทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### สรุปผลการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-27 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.8 และ 43.8 ตามลำดับ ตั้งครรภ์บุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40.6 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 43.8 และ 21.9 ตามลำดับ มีการศึกษาในกลุ่มสื่อบุคคล ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 34.4 กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีรายได้ ในกลุ่มสื่อบุคคล ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.8 กลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่ รายได้ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กจากโทรทัศน์ ร้อยละ 59.4 และ 59.4 ตามลำดับ อาชีพหลักของสามี คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.1 และ 43.8 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักหลังจากคลอดลูกคือ ตัวคุณแม่และสามี คิดเป็นร้อยละ 68.8 และ 87.5 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มสื่อบุคคล ก่อนการทดลอง เท่ากับ 15.84 (S.D.=2.38) และหลังการทดลอง เท่ากับ 19.16 (S.D.=0.84) และภายในกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.22 (S.D.=2.04) และหลัง การทดลอง เท่ากับ 19.44 (S.D.=0.75) และพบว่า ภายหลังจากการทดลองหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่ม สื่อบุคคลและกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ร้อยละ 100 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิง ตั้งครรภ์ภายในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษา ด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไป ตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มสื่อบุคคล ก่อนการทดลอง เท่ากับ 65.88 (S.D.=5.87) และหลังการทดลอง เท่ากับ 68.59 (S.D.=3.90) และภายในกลุ่มสื่อวีดิทัศน์ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 68.59 (S.D.=7.05) และหลังการทดลอง เท่ากับ 68.47 (S.D.=3.19) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มที่ได้รับ ทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แต่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษา ด้วยวิธีการใช้สื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

4. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ หลังการทดลอง พบว่า ระหว่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กที่ได้รับการให้ทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามข้อสมมติฐาน ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเพ็ญ ดิกคณารักษ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาและทดสอบวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ พบว่า คะแนนความรู้และทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับการดูวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับวัลลภวิษณุ วิสุทิตักดิ์ (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้ทันตสุขศึกษาวิธีสอนตัวต่อตัวและการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ปกครองเด็กทารกในโตรมช่วงก่อนวัยเรียน ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับทันตศึกษาค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ทันตศึกษานั้นไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีสอนตัวต่อตัวและการใช้สื่อวีดิทัศน์นั้นค่าคะแนนความรู้หลังการให้ทันตศึกษาเพิ่มขึ้นจากก่อนให้ทันตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สิ่งสำคัญที่ช่วยให้การเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงใกล้คลอดและมีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นแม่ที่พร้อมจะดูแลบุตรของตน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่เรียนตรงกับความสนใจและมีความหมายต่อผู้เรียน มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม ผู้เรียนทราบจุดมุ่งหมายของการเรียน มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ มีโอกาสฝึกฝนทำให้เกิด

ความชำนาญมีโอกาสทราบความก้าวหน้าและข้อผิดพลาดของตน สิ่งเหล่านี้จะเป็นการเร่งเร้าให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น (ธัญญา กาญจนรชตะ, 2550) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาในครั้งนี ทั้งสองกลุ่ม ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กเล็กสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้วงกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ภายหลังจากทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แต่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของนวพร โลหเจริญวิช (2535) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยวิธีการบรรยายกับวิธีการใช้สไลด์ประกอบเสียงแก่หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามารามาศิบัติ พบว่า ภายหลังจากให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ใช้วิธีการบรรยาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติดีกว่าก่อนให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ใช้วิธีการใช้สไลด์ประกอบเสียง ภายหลังจากให้สุขศึกษา พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรค

การใช้ความพยายามเพื่อเปลี่ยนทัศนคตินั้น เริ่มต้นด้วยการที่ผู้สื่อสาร (Communicator) พยายามใช้รูปแบบการชักชวนต่าง ๆ เพื่อสลายความเชื่อหรือค่านิยมที่มีอยู่เดิมของบุคคล โดยองค์ประกอบที่มีอิทธิพลช่วยจูงใจให้การเปลี่ยนเจตคติประสบความสำเร็จได้แก่ (1) ผู้สื่อสารที่มีประสิทธิผล (The effective communicator) โดยผ่านผู้สื่อสารที่ได้รับความน่าเชื่อถือจะเป็นบุคคลที่สามารถโน้มน้าวใจให้ผู้อื่นเปลี่ยนทัศนคติได้ดีที่สุด โดยความน่าเชื่อถือของผู้นั้นเกิดจากความเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และทักษะเป็นพิเศษซึ่งตรงกับงานขณะนั้นมาแนะนำ ความเป็นผู้ปราศจากอคติและความเป็นบุคคลน่าคบหา (2) เทคนิคการจูงใจที่ผ่านการพิสูจน์แล้ว (Proven persuasive techniques) มีหลายเทคนิคได้แก่ ใช้การพบปะแบบสองต่อสอง (Use face-to-face) การเกี่ยกลมชักจูงแบบสองต่อสองมีโอกาสช่วยเปลี่ยนเจตคติได้ดีกว่าวิธีการสื่อสารทางอ้อม เช่น จดหมายข่าว (Newsletter) หรือการปิดประกาศ (Poster) การสื่อสารโดยตรงแบบสองทางจะช่วยให้ผู้ฟังมองเห็นความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและสามารถสร้างอารมณ์ร่วมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ดี ใช้วิธีเดินทางสายกลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Seek moderate change) การเกี่ยกลมจูงใจนั้นผู้สื่อสารควรกำหนดจุดยืนที่ชัดเจน ไม่แข็งเกินไปให้ผู้ฟังคิดแบบตนแต่ก็ไม่

อ่อนเกินไปตามทัศนคติของผู้ฟัง เป็นต้น (ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์ และสุธาสิณี เตียสรวรเสริญ, 2551) การศึกษาในครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มสื่อบุคคลจะได้รับทันตสุขศึกษาจากผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ และเป็นผู้ให้ทันตสุขศึกษาเพียงคนเดียวตลอดการวิจัย โดยรูปแบบการให้ความรู้จะเป็นสองต่อสอง ภายในห้องที่ปราศจากการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 แต่ผลการวิจัยสอดคล้องกับภักทริยาภรณ์ บุญญวงค์ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสาน ต่อความร่วมมือในการประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว พบว่า ค่าคะแนนความร่วมมือประคบอุ่นเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ซึ่งสรุปว่าประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสานในการให้ความร่วมมือในการประคบอุ่น ไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ Adele Lees and W.P. Rock (2000) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยอ่านเอง วีดีโอเทป และการสอนแบบตัวต่อตัว แก่ผู้ป่วยจัดฟันที่ใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของวิธีการให้ทันตสุขศึกษาทั้ง 3 ชนิดไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับธัญญา กาญจนรชตะ (2550) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายและสาธิตกับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า ภายหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ และการปฏิบัติกิจกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สอดคล้องกับแนวคิดของบันดูรา (Bandura, 1986 อ้างอิงในธัญญา กาญจนรชตะ, 2550) ที่ว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น (Observational Learning) โดยในการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ บุคคลจะเลือกสังเกตสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ และจะประเมินว่าควรนำสิ่งที่สังเกตไปปฏิบัติหรือควรหลีกเลี่ยง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ทัศนคติ หรือพฤติกรรมให้คล้ายคลึงกับลักษณะของสิ่งที่สังเกตซึ่งเรียกว่า ตัวแบบ (Model) โดยบันดูราได้แบ่งตัวแบบของการเรียนรู้ด้วยการสังเกตออกเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่เป็นสิ่งมีชีวิต (Live Models) ผู้เรียนสามารถสังเกตพฤติกรรมได้โดยตรงจากคนในครอบครัว นักแสดง นักกีฬา ครู หรือเพื่อนบ้าน

และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Models) เป็นตัวแบบที่ปรากฏให้เห็นอยู่ในภาพยนตร์ โทรทัศน์ หรือภาษาเขียน

บันดูราได้ทำการทดลองหลายรูปแบบ จนมั่นใจว่าตัวแบบทั้งสองประเภท จะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมหรือทักษะใหม่ ๆ 2) ทำให้เกิดการระงับหรือยุติการระงับการแสดงพฤติกรรม และ 3) ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วมีโอกาสแสดงออกมากขึ้น ดังนั้น บุคคลจึงเกิดการเรียนรู้มากขึ้นได้จากวิธีการสอนทั้งสองแบบไม่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกตัวแบบ 2 ชนิด คือ สื่อบุคคล ซึ่งเป็นตัวแบบที่เป็นสิ่งมีชีวิต (Live Model) และสื่อวีดิทัศน์ซึ่งเป็นตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ซึ่งมีจุดเด่นของตัวเองโดยสื่อบุคคล มีข้อดี คือผู้เรียนจะได้รับความรู้โดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดความน่าเชื่อถือ ได้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ และผู้สอนสามารถย้ำหรือสรุปส่วนที่ต้องการได้ ส่วนสื่อวีดิทัศน์ มีข้อดี คือ สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนจากเทคนิคพิเศษในการตัดต่อและลำดับภาพ มีเนื้อหาที่ต้องการสอนครบถ้วน สามารถนำมาฉายซ้ำได้หลายครั้งโดยเนื้อหาคงที่เหมือนเดิม ส่งผลให้ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิจัยที่ผ่านมาและสอดคล้องกับแนวคิดของบันดูรา นั่นคือบุคคลเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลทั้งจากตัวแบบที่เป็นแบบสิ่งมีชีวิต และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ไม่แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อบุคคลและกลุ่มที่ได้รับการให้ทันตสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ขาดแคลนทันตบุคลากร อาจสามารถนำข้อดีของสื่อวีดิทัศน์ คือ มีเนื้อหาที่ต้องการสอนครบถ้วน สามารถนำมาฉายซ้ำได้หลายครั้งโดยเนื้อหาคงที่เหมือนเดิม และผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจากการสังเกตไปประยุกต์ใช้ในการผลิตสื่อความรู้ให้แก่ผู้ป่วยหรือประชาชนได้เช่นเดียวกับเรื่องดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก กลุ่มที่ใช้สื่อบุคคล พบว่า ภายหลังจากทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ แต่กลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์ ไม่พบการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้ในการให้ทันตสุขศึกษา หากเป็นไปได้ควรให้ทันตบุคลากรให้ทันตสุขศึกษาเสริมในบางโอกาส เช่น ขณะมารับบริการในคลินิกหรือการออก

หน่วยทันตกรรมต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

3. ทันตบุคลากรสามารถนำรูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์ ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยหรือประชาชนที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลของตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหรือประชาชนเกิดความรู้และนำไปปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ปกครองในคลินิกเด็กดีหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษา เป็นต้น ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยการสังเกตโดยใช้รูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคลกับสื่อวีดิทัศน์

2. ควรมีการประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคลและสื่อวีดิทัศน์

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลอง เพื่อให้มีการประเมินเปรียบเทียบการให้ทันตสุขศึกษาโดยวิธีสื่อบุคคลกับสื่อวีดิทัศน์ในด้านการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ หลังการคลอดบุตร เพราะการวิจัยครั้งนี้ประเมินได้เพียงความรู้และทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กเท่านั้น





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยพะเยา

UNIVERSITY OF PHAYAO

ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

## บรรณานุกรม

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2544). **หนังสือเอกสารวิชาการ การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปาก ในระดับบุคคลและครอบครัว.**

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ {ร.ส.พ}.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2545). **สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. (2555). **รายงานผลการสำรวจเพื่อประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดแพร่ ปี 2555.** ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

คัมภีร์ งานดี. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สุขศึกษาในการให้ความรู้แก่ประชาชนของนักวิชาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.** วชิยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

จรัส บุญคุ้ม. (2545). **การรับรู้สื่อโรคเลปโตสไปโรซิสของผู้มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมตึก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุรินทร์.** รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม., มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย. (2542). **Early Childhood Caries.** กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, วัชรภรณ์ ทศจันทร์, ทิพวรรณ ธราภิวัฒน์นานนท์, ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร. (2553). **ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

ฉัญญา กาญจนรชตะ. (2550). **เปรียบเทียบผลการเรียนรู้เรื่องการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายและสาธิตกับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์.** วชิยานิพนธ์ พม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

นภาพร โลทเจริญวิช. (2535). **การเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยวิธีบรรยายกับวิธีใช้สไลด์ประกอบเสียงแก่หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาศิบัติ.** ปรินญาณิพนธ์ ศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- บุญเพ็ญ ดิกคณารักษ์. (2551). **การพัฒนาและทดสอบวีดิทัศน์เรื่องทันตสุขภาพของเด็กทารกสำหรับหญิงตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปฐมาภรณ์ ประมาณผล. (2543). **เปรียบเทียบผลของโปรแกรมทันตสุขภาพกับการใช้เทคนิคแม่แบบที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 5**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยะนุช เพชรศิริ. (2550). **ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์ และสุธาสินี เตียสรสรเสริญ. (2551). **ทัศนคติของบุคลากรต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต**. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต: กรุงเทพฯ.
- ภัทริยาภรณ์ บุญญวงศ์. (2554). **ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อผสมผสม ต่อความร่วมมือในการประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว**. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร*, 32(2), 113-124.
- มลฤดี ยวงวิภาคิต. (2554). **เปรียบเทียบผลการสอนระหว่างสื่อคู่มือ สื่อภาพพลิก และวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่หลังผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกเข้าฟัน**. รายงานการศึกษาคิสรระ พม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เรวดี ต่อประดิษฐ์, พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และศันสนีย์ รัชชกุล. (2538) **รายงานการวิจัยการประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู (ระยะ 2 ปีแรก)**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- วรรณวรรณ หนึ่งด้านจาก. (2544). **การดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของบุตร**. วิทยานิพนธ์ ศ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- วัลลภินี ปิงแก้ว. (2549). **สภาวะฟันผุและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง**. การค้นคว้าแบบอิสระ สม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- วัลภิษฐ์ วิสุทธีศักดิ์. (2545). การเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาวิธีสอนตัวต่อตัวและการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ปกครองเด็กดาวน์ซินโดรมช่วงก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สถาพร ถิ่นบูรณะกุล. (2546). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ 0-5 ปี. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์ (ม.ป.ป.). สุขศึกษากับสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2555, จาก [http://dlib.stou.ac.th/pdf/collect/stou/import/STOU52303T1\\_7/stou52303T1\\_7\\_1.pdf](http://dlib.stou.ac.th/pdf/collect/stou/import/STOU52303T1_7/stou52303T1_7_1.pdf)
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ, อลิสสา ศิริเวชสุนทร, อิศระพงศ์ เพลิดเพลิน, นรินทิพย์ ชัยพรมเขียว. (2554). แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการและเชิงรุกจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สายรุ้ง วงศ์ศิริ. (2553). พฤติกรรมการช่วยดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่มีผลต่อภาวะฟันผุในเด็ก 5 ปีในโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กาลีนธุ์ เขต 3 จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมนึก ชาญต์วยกิจ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ขนิษฐา รัตนรังสิมา, อังศณา ฤทธิอยู่. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 6-30 เดือน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 2, 123-137.
- ศศิธร ตาลอำไพ, สมเกียรติ เหลืองไพริสิทธิ์, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา. (2549). ฟันผุในเด็กเล็กและการป้องกันโดยฟลูออไรด์วานิช. ว.ทันต.ขอนแก่น, 9(2), 117-127.
- ศศิธร ตาลอำไพ. (2552). ประสิทธิภาพของฟลูออไรด์วานิชในการป้องกันฟันผุ ในเด็กอายุ 8-22 เดือน เปรียบเทียบระหว่างการทาทุก 3 เดือนและทุก 6 เดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- อนิศรา พลชูง. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ ในผู้ป่วยหวานที่มารับบริการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท ออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.
- Adele Lees, W.P. Rock. (2000). A Comparison Between Written, Verbal, and Videotape Oral Hygiene Instruction for Patients with Fixed Appliances. **Journal of Orthodontics**, 27, 323–327.
- Alasda, L. H., Sigal, M. J., Limeback, H., Fiege, J., and Kulkarni, G. V. (2005). Development and testing of an audio–visual aid for improving infant oral health through primary caregiver education. **J Can Dent Assoc**, 71 (April), 241a–241h.
- Berkowitz, R.J. (2003). Cause, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. **J Can Dent Assoc**, 69 (May), 304–307.
- Berkowitz, R. J. (2006). Mutans streptococci: acquisition and transmission. **Pediatr Dent**, 28 (Mar–April), 106–109; discussion 192–198.
- Best, J.W. (1977). **Research in Education**. 3<sup>rd</sup> ed. Prentice–Hall Inc., New Jersey.
- Bloom, B. S. (1971). **Taxonomy of Education objectives, Hand book I: Cognitive Domain**. New York: David McKay company.Inc.
- Milgram P, Riedy CA, Weinstein P, et al. (2000). Dental caries and its relationship to bacteria infection, htpoplasia, diet, and oral hygiene in 6– to– 36–month–old children. **Community Dent Oral Epidermiol**, 28, 295–306.
- Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. (2004) Early childhood caries in children age 6–19 months. **Community Dent Oral Epidermiol**, 32, 1–10.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบทดสอบที่.....

**แบบทดสอบความรู้และทัศนคติในเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก  
ของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดเพชรบูรณ์**

**คำชี้แจง**

ข้าพเจ้า นางอัจฉรา จิตจง ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการให้ทันตสุขศึกษา โดยการใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบทดสอบทั้งสิ้น และผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กต่อไป แบบทดสอบแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางอัจฉรา จิตจง

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริงสำหรับท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. ท่านตั้งครรภ์บุตรคนที่.....
3. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก
 

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง/พนักงานโรงงาน
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. การศึกษาขั้นสูงสุดของท่าน
 

<input type="checkbox"/> ชั้นประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป
5. รายได้ครอบครัวของท่านเฉลี่ยต่อเดือนประมาณเดือนละ
 

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,000 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> สูงกว่า 20,000 บาท
6. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งใด เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
 

<input type="checkbox"/> โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต
<input type="checkbox"/> หนังสือ/หนังสือพิมพ์	<input type="checkbox"/> วิทยู
<input type="checkbox"/> เคยได้รับจากแหล่งอื่น ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> ไม่เคย	
7. ปัจจุบันสามีของท่านประกอบอาชีพหลัก
 

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง/พนักงานโรงงาน
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. การศึกษาขั้นสูงสุดของสามีของท่าน
 

<input type="checkbox"/> ชั้นประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

- ( ) ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- ( ) อนุปริญญา/ปวส.
- ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป

9. ใครเป็นผู้เลี้ยงดูหลักในการดูแลเด็กหลังจากที่ท่านคลอดลูก

- ( ) ตัวคุณแม่และสามี
- ( ) ตัวคุณแม่คนเดียว
- ( ) สามีคนเดียว
- ( ) ปู่ ย่า ตา ยาย
- ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

**ส่วนที่ 2** แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกและผิด

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น	
	ถูก	ผิด
1. โรคฟันผุ สามารถเกิดได้ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้นในช่องปาก	.....	.....
2. โรคฟันผุ มีความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่เริ่มผุเป็นรอยช้ำขาว ผุเป็นรู และผุขั้นรุนแรง	.....	.....
3. โรคฟันผุ จะไม่ส่งผลกระทบต่อทำให้เด็กมีน้ำหนักน้อยและส่วนสูงต่ำกว่าเด็กปกติ	.....	.....
4. เด็กที่สูญเสียฟันหน้าไปตั้งแต่อายุน้อยๆจะทำให้การพูดไม่ชัดเจน	.....	.....
5. ในเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ควรให้ลูกกินนมแม่ เพราะมีสารอาหารที่ครบถ้วนและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่อลูก	.....	.....
6. สามารถผสมน้ำตาลหรือน้ำผึ้งในนมได้ เพื่อลูกจะได้สารอาหารเพิ่มเติม	.....	.....
7. เมื่อเด็กเริ่มทานอาหารควรเพิ่มความหนาของอาหารมากขึ้นตามอายุ เพื่อฝึกการบดเคี้ยว	.....	.....
8. เชื้อโรคฟันผุจากน้ำลายแม่สามารถแพร่ไปสู่ช่องปากลูกได้จากการเป่า การอม และเคี้ยวอาหารให้ลูก	.....	.....
9. ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้ว ตั้งแต่อายุ 6 เดือน	.....	.....
10. การที่เด็กหลับโดยมีขวดนมค้างในปาก ไม่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ	.....	.....

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น	
	ถูก	ผิด
11. การให้เด็กกินนมขวดมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่ากินนมแม่	.....	.....
12. การกินนมขวดไปนาน ๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ฟันหน้ายื่นได้	.....	.....
13. เด็กสามารถดูขวดนมได้เรื่อย ๆ จนกว่าเด็กอยากจะเลิกขวดนมเอง	.....	.....
14. การเริ่มทำความสะอาดช่องปากเด็กต้องทำตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น	.....	.....
15. วิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ควรวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันและขยับขนแปรงไปตามแนวราบ คล้ายการถูพื้น	.....	.....
16. แปรงสีฟันของเด็กควรมีขนาดพอเหมาะกับช่องปากเด็กและขนนุ่ม	.....	.....
17. ไม่ควรบิบยาสีฟันให้เด็กมากเกินไปหรือปล่อยให้เด็กกลืนยาสีฟัน	.....	.....
18. เด็กเล็กสามารถใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่ได้ ไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟันของเด็ก	.....	.....
19. แม่ควรตรวจความสะอาดของฟันและลิ้นให้แก่ลูกทุกวัน	.....	.....
20. การทำความสะอาดช่องปากตั้งแต่แรกเกิดจะทำให้เด็กคุดควยและยอมรับการแปรงฟันได้ง่าย	.....	.....

### ส่วนที่ 3 แบบทดสอบทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กของหญิงตั้งครรภ์

**คำชี้แจง** ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับทัศนคติของท่าน โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นและความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างมาก
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นและความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างบ้างเล็กน้อยจนถึงปานกลาง
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นและความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างบ้างเล็กน้อยจนถึงปานกลาง
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างอย่างมาก

ข้อคำถาม	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ฟันน้ำนมไม่ต้องดูแลรักษา เพราะเมื่อหลุดไปแล้วจะมีฟันแท้ ขึ้นมาแทนที่อยู่แล้ว					
2. การป้องกันโรคฟันผุในเด็กเป็น เรื่องยุ่งยาก					
3. เด็กที่ฟันไม่ผุจะทำให้ยิ้มแล้ว สวย มีความมั่นใจในตัวเอง					
4. การที่ฟันน้ำนมเป็นรอยชุ่นขาว บางจุด เป็นสิ่งที่ผิดปกติ					
5. ถ้าสุขภาพช่องปากของเด็กไม่ดี อาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของ เด็กได้					
6. เป็นเรื่องธรรมดาที่ฟันน้ำนม ต้องผุ					
7. หากแม่มีสุขภาพช่องปากที่ดี ก็จะช่วยลดการแพร่เชื้อโรคฟันผุ จากช่องปากแม่ไปสู่ช่องปากลูก					
8. ควรให้เด็กดื่มนมรสหวาน เพราะรสชาติอร่อยและทำให้เด็ก ดื่มนมได้เยอะขึ้น					
9. การฝึกให้เด็กกินน้ำและนม จากแก้วเป็นเรื่องยุ่งยากและไม่ ช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็ก					
10. นมที่ตกค้างในปากขณะเด็ก หลับทำให้ฟันผุ					

ข้อคำถาม	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. การให้เด็กเล็กกินนมขวด ประมาณอายุ 1 ขวบครึ่ง เป็น เรื่องที่ทำได้ยากเพราะเด็กยังเล็ก อยู่					
12. เด็กที่ฟันยังไม่ขึ้นก็ต้องทำ ความสะอาดโดยการเช็ดเหงือก และลิ้น					
13. การแปรงฟันในเด็กเป็น สิ่งจำเป็นสามารถป้องกันฟันผุได้					
14. ผู้ปกครองควรแปรงฟันให้เด็ก ตอนเช้าและก่อนเข้านอน					
15. เมื่อเด็กไม่ให้ความร่วมมือใน การแปรงฟัน ก็ไม่จำเป็นต้องแปรง ฟัน					
16. ผู้ปกครองควรปล่อยให้เด็ก แปรงฟันเองไม่จำเป็นต้องตรวจ และแปรงซ้ำให้					
17. เมื่อฟันซี่แรกของเด็กเริ่มขึ้นใน ช่องปาก ท่านสามารถใช้แปรงสี ฟันและยาสีฟันพอขึ้น แปรงทำ ความสะอาดฟันของเด็กได้เลย					
18. ถ้าดูแลฟันเด็กไม่ให้ผุ ผู้ปกครองก็ไม่ต้องเสียเวลา เพื่อพาเด็กไปรักษาโรคฟันผุ					
19. การทำฟันในเด็ก เช่น การอุด ฟัน ถอนฟัน ทำได้ยากกว่าผู้ใหญ่					

ข้อคำถาม	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
และสามารถสร้างความทรงจำ ด้านลบต่อการทำฟันให้แก่เด็ก อีกด้วย					
20. ถ้าท่านเอาใจใส่ดูแลช่องปาก ของลูกตั้งแต่แรกเกิดจะส่งผลให้ ลูกของท่านมีพฤติกรรมสุขภาพ ช่องปากของตนเองที่ดีเมื่อโตขึ้น ด้วย					

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบทดสอบค่ะ





ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

## ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	อัจฉรา จิตจง
วัน เดือน ปี เกิด	14 ตุลาคม 2522
ที่อยู่ปัจจุบัน	143/1 หมู่ 7 ตำบลร้องกวาง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ 54140
ที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ทันตแพทย์ชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2551	ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2547	ทันตแพทย์ระดับ 4-6 โรงพยาบาลแม่ใจ จังหวัดพะเยา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2546	ท.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

