

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครอง ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

EFFECTS OF PARENTS' ORAL HEALTH CARE PROGRAMS FOR PRESCHOOL CHILDREN IN MAEPEN SUBDISTRICT, MAEPEN DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE

กาญจนา บุ่งทอง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว*

Kanjana Bungtong, Kiattisak Saeio*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก.

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: kanjana120732@gmail.com

Received: 11 Nov., 2025

Revised: 16 Feb., 2026

Accepted: 23 Feb., 2026

บทคัดย่อ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญกับสุขภาพโดยรวมของเด็กก่อนวัยเรียนส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร การนอนหลับ การเรียนรู้ พัฒนาการและการเติบโตของเด็ก ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ ที่พัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับทันตกรรมป้องกัน แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 17 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน ทดสอบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (Two Group pretest – posttest design) โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มจาก 6.76 คะแนน (SD=2.73) เป็น 14.76 คะแนน (SD=0.44), ค่าเฉลี่ยทัศนคติจาก 2.27 (SD=0.42) เป็น 2.99 (SD=0.03) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจาก 2.11 (SD=0.37) เป็น 2.78 (SD=0.10) และปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจาก 0.54 (SD=0.27) เป็น 0.09 (SD=0.10) (ทุกตัวแปร $p < 0.001$) 2) กลุ่มควบคุมไม่มีเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง

โดยคะแนนด้านความรู้ จาก 8.65 เป็น 8.35 ($p=0.172$), ค่าเฉลี่ยทัศนคติ จาก 2.60 เป็น 2.57 ($p=0.409$), ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจาก 2.24 เป็น 2.24; $p=0.864$) แต่ปริมาณคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้นจาก 0.61 ($SD=0.32$) เป็น 1.12 ($SD=0.50$) ($p<0.001$) ผลลัพธ์ชี้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง และลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก; เด็กก่อนวัยเรียน; ผู้ปกครอง; พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก; ปริมาณคราบจุลินทรีย์

Abstract

Oral health is a vital component of the overall health of preschool children, significantly impacting their mastication (chewing), sleep quality, learning abilities, development, and physical growth. These issues can be prevented through appropriate oral health behaviors, which necessitate active parental cooperation. This study aimed to examine the effects of an oral healthcare program for parents of preschool children in Mae Poen Subdistrict, Mae Poen District, Nakhon Sawan Province. The program was developed based on the concepts of preventive dentistry, the Health Belief Model (HBM), the PRECEDE-PROCEED Model, and the Knowledge-Attitude-Practice (KAP) framework. A quasi-experimental design with a two-group pretest-posttest approach was conducted in Mae Poen Subdistrict, Mae Poen District, Nakhon Sawan Province. Purposive sampling was used to select 34 parents, divided into an experimental group ($n = 17$) and a control group ($n = 17$). Data were collected using a questionnaire and a plaque index recording form. Statistical analyses included descriptive statistics, paired sample t-tests for within-group comparisons, and independent sample t-tests for between-group comparisons at a significance level of 0.05.

Results showed that in the experimental group, mean knowledge scores increased from 6.76 ($SD = 2.73$) to 14.76 ($SD = 0.44$), attitudes from 2.27 ($SD = 0.42$) to 2.99 ($SD = 0.03$), and practices from 2.11 ($SD = 0.37$) to 2.78 ($SD = 0.10$), while plaque levels decreased from 0.54 ($SD = 0.27$) to 0.09 ($SD = 0.10$) (all $p < 0.001$). In contrast, the control group showed no significant changes in knowledge (8.65 to 8.35; $p = 0.172$), attitudes (2.60 to 2.57; $p = 0.409$), or practices (2.24 to 2.24; $p = 0.864$), but plaque levels increased from 0.61 ($SD = 0.32$) to 1.12 ($SD = 0.50$) ($p < 0.001$). The findings indicate that the oral health care program effectively improved parents' knowledge, attitudes, and practices regarding oral health care and significantly reduced plaque accumulation in preschool children.

Keywords: Oral health care program; Preschool children; Parents; Oral health behaviors; Dental plaque levels.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เป็นประเด็นสำคัญในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) รายงานว่า เด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 60–90 มีปัญหาฟันผุในฟันน้ำนม โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง สาเหตุหลักเกิดจากการขาดความรู้ในการดูแลช่องปาก การเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำกัด (Wehby, 2022) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กในระยะยาว (Mahboobi et al., 2021) ในประเทศไทย การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.0 และ 27.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เด็กกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มการเกิดฟันผุระยะเริ่มต้นสูงขึ้น โดยเฉพาะในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.0 และอายุ 5 ปี ร้อยละ 45.5 และยังพบฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 46.1 และ 70.4 ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคฟันผุในเด็กเล็ก ได้แก่ การบริโภคขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การดูดนมขวดเป็นเวลานาน การทำความสะอาดช่องปากไม่ถูกวิธี และการขาดการดูแลจากผู้ปกครอง ซึ่งมักเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น การมองว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญ หรือการละเลยการพาเด็กพบทันตบุคลากรเมื่อฟันผุ (สุไรยา หมานระโตะ, 2564)

ปัจจุบันสถานการณ์เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ยังส่งผลให้ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรลดลง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กโดยตรง

ข้อมูลจากจังหวัดนครสวรรค์ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566 พบว่า ความชุกของฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 3 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.13 เป็นร้อยละ 38.92 โดยเฉพาะในตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น ซึ่งพบเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 47.19–56.67 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [HDC] จังหวัดนครสวรรค์, 2566) แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในระดับสูง ทิศทัศน์ที่คลาดเคลื่อนของผู้ปกครอง อุปสรรคในการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคน้ำตาลในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมอย่างเร่งด่วน

การดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่วัยก่อนเรียน มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยป้องกันฟันผุในระยะยาว ในอนาคต พฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การแปรงฟันโดยให้ผู้ปกครองช่วยแปรงซ้ำ การบริโภคนมรสจืด และการเลิกขวดนมเมื่ออายุครบ 1 ปี เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อฟันผุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) ดังนั้น ผู้ปกครองจึงเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปลูกฝังพฤติกรรมที่ถูกต้อง การบรรยายแบบเดิมให้เพียงความรู้แต่ขาดแรงจูงใจ และการฝึกทักษะ ทฤษฎีใหม่เหล่านี้ จึงเข้ามาช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติ ขจัดอุปสรรคในพื้นที่ และเน้นการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาและศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่มีต่อผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งภายในกลุ่มทดลอง (ก่อน-หลัง) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่มีต่อเด็กก่อนวัยเรียนโดยเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ ทั้งภายในกลุ่มทดลอง (ก่อน-หลัง) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ทดสอบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน (The Two-Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ผู้ปกครองเด็กที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เป็น ทั้ง 8 ศูนย์ รวมจำนวน 292 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Power = 0.80, α = 0.05, Effect Size = 1.087) ได้จำนวนขั้นต่ำ 28 คน และสำรองกรณีสูญหาย (Drop out) ร้อยละ 20 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 คู่ (ผู้ปกครอง 34 คน และเด็ก 34 คน) แบ่งเป็น 1) กลุ่มทดลอง (n = 17 คู่) ผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองเจริญ ต.แม่เป็น จ.นครสวรรค์ 2) กลุ่มควบคุม (n = 17 คู่) ผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสระสวัสดิ์ ต.แม่เป็น จ.นครสวรรค์

การวิจัยนี้ทำการศึกษาควบคู่กันทั้ง 2 ส่วน ดังนี้ กลุ่มผู้ปกครอง เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3-5 ปี) ซึ่งเป็นบุตรหลานภายใต้การดูแลของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก (Dental Plaque)

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

- กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปี
- 1) อายุระหว่าง 3 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.แม่เป็น
- 2) มีพื้นที่ครบทุกด้านในซีทีเป็นตัวแทนการตรวจคราบจุลินทรีย์ (ซี 51, 55, 65, 71, 75, 85)
- 3) ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร

กลุ่มผู้ปกครอง

- 1) ผู้ดูแลหลักที่มีอำนาจตัดสินใจ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก และเป็นผู้ทำความสะอาดฟันให้เด็กจริง
- 2) อายุระหว่าง 18-70 ปี สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และมีทักษะการใช้สมาร์ทโฟน

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก

(Exclusion criteria)

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปี
เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ
จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตรวจได้

กลุ่มผู้ปกครอง

- 1) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีความบกพร่องทางการสื่อสาร
- 2) ผู้ปกครองที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนพัฒนาจาก PRECEDE MODEL Health Belief Model และทฤษฎีความรู้-ทัศนคติ-พฤติกรรม กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ครอบคลุมการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ ตรวจและประเมินช่องปากเด็ก สร้างกฎร่วมกัน และติดตามกระตุ้นพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมผู้ปกครองได้รับเอกสารความรู้มาตรฐาน พร้อมทำแบบสอบถามและตรวจคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนและหลังการทดลอง

- 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ (เลือกตอบและปลายเปิด)
2. ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ 15 ข้อ (เลือกตอบ 4 ตัวเลือก)
3. ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเด็ก 14 ข้อ (Rating Scale 3 ระดับ: เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย)
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 16 ข้อ (Rating Scale 3 ระดับ: ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ (CVI = 0.67-1.00) และมีความเชื่อมั่นสูง

(Cronbach's α : ความรู้ 0.77, ทัศนคติ 0.74, พฤติกรรม 0.70)

2.2 แบบบันทึกการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ในเด็ก โดย ตรวจฟัน 6 ซี่ (55 ด้านแก้ม 51 ด้านริมฝีปาก 65 ด้านแก้ม 85 ด้านลิ้น 75 ด้านลิ้น 71 ด้านริมฝีปาก)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม และสถิติ Independent sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.3.8 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการศึกษา

- 1) **ปัจจัยส่วนบุคคล** กลุ่มทดลอง (n = 17) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.35) อยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 41.18) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.18 ปี ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 41.18) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

ตอนปลายในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 35.30) ประกอบ (ร้อยละ 47.10) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ใน อาชีพเกษตรกรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 58.80) และมี ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.90) ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,270.59 บาท กลุ่มควบคุม เกษตรกรรม (ร้อยละ 29.41) และมีรายได้เฉลี่ยต่อ (n = 17) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.24) เดือน 6,552.94 บาท (โดยมีช่วงรายได้กว้างระหว่าง อยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 58.82) โดยมีอายุ 300-30,000 บาท) เฉลี่ย 43.76 ปี ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา

2) ตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามตัวแปรตามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านทันตสุขภาพ				
ระดับสูง (12 -15 คะแนน)	1	5.90	17	100
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	4	23.52	0	0
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	12	70.58	0	0
รวม	17	100	17	100
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง				
ระดับสูง (2.31-3.00 คะแนน)	6	35.29	17	100
ระดับปานกลาง (1.67-2.30 คะแนน)	9	52.94	0	0
ระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน)	2	11.76	0	0
รวม	17	100	17	100
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง				
ระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)	6	35.29	17	100
ระดับปานกลาง (1.67-2.3 คะแนน)	9	52.94	0	0
ระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน)	2	11.76	0	0
รวม	17	100	17	100
ปริมาณคราบจุลินทรีย์				
ระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน)	16	94.12	0	0
ระดับต่ำ (0-1.00 คะแนน)	1	5.88	17	100
รวม	17	100	17	100

ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 70.58 มีทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.94 และเด็กส่วนใหญ่มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ในระดับปานกลางร้อยละ 94.12 หลังการทดลอง ผู้ปกครองมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับสูงทั้งหมดร้อยละ 100 และปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กก็ลดลงสู่ระดับต่ำร้อยละ 100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม จำแนกตามตัวแปรตามความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง และปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านทันตสุขภาพ				
ระดับสูง (12 -15 คะแนน)	3	17.65	2	11.76
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	5	29.41	5	29.41
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	9	52.94	10	58.82
รวม	17	100	17	100
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง				
ระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)	16	94.12	15	88.24
ระดับปานกลาง (1.67-2.3 คะแนน)	1	5.88	2	11.76
รวม	17	100	17	100
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง				
ระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)	7	41.18	6	35.29
ระดับปานกลาง (1.67-2.3 คะแนน)	10	58.82	11	64.71
รวม	17	100	17	100
ปริมาณคราบจุลินทรีย์				
ระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน)	6	35.29	7	48.18
ระดับต่ำ (0-1.00 คะแนน)	11	64.71	10	58.82
รวม	17	100	17	100

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 52.94 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับสูงร้อยละ 94.12 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.82 และปริมาณคราบจุลินทรีย์ส่วนใหญ่ในเด็กอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 64.71 หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมยังคงมีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 58.82 ทัศนคติในระดับสูงร้อยละ 88.24 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับปานกลางร้อยละ 64.71 และปริมาณคราบจุลินทรีย์ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 58.82

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความรู้ด้านทันตสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	6.67	2.73	8.65	2.52	-3.314	0.004
หลังทดลอง	14.76	0.44	8.35	2.47	10.363	<0.001*
ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง						
ก่อนทดลอง	2.27	0.42	2.60	0.22	-3.497	0.003
หลังทดลอง	2.99	0.03	2.57	0.20	8.148	<0.001*
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง						
ก่อนทดลอง	2.11	0.37	2.24	0.17	-1.378	0.187
หลังทดลอง	2.78	0.10	2.24	0.14	16.452	<0.001*

*p-value <0.001

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) แต่หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับสูงและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=<0.001)

ด้านทักษะคิดการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะคิดในระดับปานกลางต่ำกว่ากลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (p=0.003) แต่หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะคิดในระดับสูงและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=<0.001)

ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.187) แต่หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในระดับสูงและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=<0.001)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ปริมาณคราบจุลินทรีย์						
ก่อนทดลอง	0.54	0.27	0.61	0.32	-0.633	0.536
หลังทดลอง	0.09	0.10	1.12	0.50	-9.088	<0.001*

*p-value <0.001

ผลการวิเคราะห์ปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับคราบจุลินทรีย์ต่ำและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.536$) แต่หลังทดลอง กลุ่มทดลองยังคงมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ในระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทักษะ และ การปฏิบัติภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความรู้ด้านทันตสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง (n=17)	6.76	2.73	14.76	0.44	-12.146	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=17)	8.65	2.52	8.35	2.47	1.429	0.172
ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง						
กลุ่มทดลอง (n=17)	2.27	0.42	2.99	0.03	-6.967	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=17)	2.60	0.22	2.57	0.20	0.848	0.409
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง						
กลุ่มทดลอง (n=17)	2.11	0.37	2.78	0.10	-7.717	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=17)	2.24	0.17	2.24	0.14	0.174	0.864

*p-value <0.001

กลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.76$, SD = 2.73) ก่อนการทดลองเป็นระดับสูงหลังการทดลอง ($\bar{x} = 14.76$, SD = 0.44) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.27$, SD = 0.42) เป็นระดับสูง ($\bar{x} = 2.99$, SD = 0.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.11$, SD = 0.37) เป็นระดับสูง ($\bar{x} = 2.78$, SD = 0.10) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($p<0.001$) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อน ($\bar{x} = 8.65$, SD = 2.56) และหลังการทดลอง ($\bar{x} = 8.35$, SD = 2.47) โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.172$) ทักษะ

ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงก่อน (\bar{x} = 2.60, SD = 0.22) และหลังการทดลอง (\bar{x} = 2.57, SD = 0.20) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.409) ขณะที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อน (\bar{x} = 2.24, SD = 0.17) และหลังการทดลอง (\bar{x} = 2.24, SD = 0.14) โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (p = 0.864) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ปริมาณคราบจุลินทรีย์						
กลุ่มทดลอง (n=17)	0.54	0.27	0.09	0.10	9.177	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=17)	0.61	0.32	1.12	0.50	-3.936	<0.001*

*p-value <0.001

ผลการวิเคราะห์ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} 0.54, SD=0.27) แต่ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม ค่าเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจนมาอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} =0.09, SD=0.10) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =<0.001)

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมซึ่งก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} 0.61, SD=0.32) แต่ภายหลังจากทดลองกลับพบว่าปริมาณคราบจุลินทรีย์เพิ่มสูงขึ้นจนอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =1.12, SD=0.50) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =<0.001) สะท้อนให้เห็นว่าการให้สุขศึกษาแบบเดิมไม่เพียงพอต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในเด็กก่อนวัยเรียน

อภิปรายผล

ก่อนการทดลองพบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p >0.05) สอดคล้องกับวรรณและยอดชาย (2561) อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเริ่มต้นสูงกว่าเล็กน้อย ซึ่งเมื่อพิจารณาจากปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าและอยู่ในวัยทำงาน

จึงอาจมีโอกาเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์และได้รับการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบประกันสังคมหรือสวัสดิการการทำงานมาก่อน (อัสมาพร สุรินทร์และคณะ, 2562; สุโรยา همانระโตะและคณะ, 2564) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p =<0.001) แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง (Active Learning) ซึ่งช่วยเปลี่ยนความรู้

เชิงทฤษฎีให้เป็นทักษะที่นำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัย ทรัพย์ภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์ (2562) ที่ระบุว่า การสาธิตช่วยให้ผู้ดูแลจดจำขั้นตอนการแปรงฟันได้แม่นยำกว่าการอ่านเอกสารเพียงอย่างเดียว

สำหรับปริมาณคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับ วิลาวณิชย์ มากประดิษฐ์ (2558) และ อัสมาพร สุรินทร์และคณะ (2562) ที่ยืนยันว่าการที่ผู้ปกครองมีความรู้ควบคู่กับทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง จะส่งผลโดยตรงต่อการลดดัชนีคราบจุลินทรีย์ในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมมีปริมาณคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แม้กลุ่มควบคุมจะมีพื้นฐานการศึกษาและรายได้ที่สูงกว่า แต่หากขาดการกระตุ้นและฝึกทักษะเฉพาะทาง พฤติกรรมการดูแลมักจะลดประสิทธิภาพลงตามธรรมชาติ (Natural decay) ประกอบกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การบริโภคอาหารว่างหรือขนมที่มีน้ำตาลสูงในกลุ่มเด็กปฐมวัย ซึ่งหากผู้ปกครองไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกได้หมดจากการแปรงฟันปกติ คราบจุลินทรีย์จะสะสมตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Mahboobi et al., 2021) เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับ วิทยา พลาอาด (2562) ที่ระบุว่า การใช้เทคนิคย้อมคราบจุลินทรีย์ (Disclosing Agent) เป็นเครื่องมือสร้างแรงจูงใจ (Bio-feedback) ที่ทำให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการแปรงฟันซ้ำ (Re-brushing) และตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

สรุปผล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในพื้นที่ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ปกครองจำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่พัฒนาขึ้น 2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม และ 3) แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยกเว้นด้านความรู้และทักษะคิดที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเริ่มต้นสูงกว่าเล็กน้อย) อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่โดดเด่น โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่นัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้จึงยืนยันว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ปกครองและสามารถนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการนำไปปฏิบัติ ควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยเน้นกิจกรรมที่สร้างทักษะการปฏิบัติจริง (Hands-on) ให้แก่ผู้ปกครอง มากกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว และควรบูรณาการสื่อออนไลน์ ช่องทางดิจิทัล เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดมาตรการด้านสุขภาพช่องปาก โดยเน้นการจัดสรรทรัพยากรลงสู่พื้นที่เสี่ยงที่มีความชุกของฟันผุสูง ส่งเสริมให้เกิดภาคีเครือข่ายและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมระหว่างชุมชน ท้องถิ่น และทันตบุคลากร เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและนำไปสู่ความยั่งยืนของโครงการ

1.3 ด้านวิชาการและเทคโนโลยี ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมและการลดลงของอัตราฟันผุอย่างแท้จริง และควรศึกษาวิจัย พัฒนาแอปพลิเคชันหรือนวัตกรรมดิจิทัลที่ช่วยในการติดตามผล และการให้คำปรึกษาทางไกล เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) ควรศึกษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ และวัดผลกระทบต่ออัตราการเกิดฟันผุใหม่ (Caries Incidence) ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาสาเหตุและอุปสรรคเชิงบริบทของผู้ปกครอง เช่น ข้อจำกัดด้านเวลา หรืออิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีผลต่อการบริโภคน้ำตาลของเด็ก

2.3 การพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลและการมีส่วนร่วม ควรส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามพฤติกรรมแบบเรียลไทม์ ควบคู่กับการผลักดันรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อความยั่งยืนในพื้นที่ห่างไกล

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ โพธิ์ศรี, ปาจริย์ อับดุลลากาซิม, และนิภา มหารัชพงษ์. (2567). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(2), 197-210.
- ฐิติภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์. (2562). *ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]*.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center). (2566). *ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุ ในฟันน้ำนม เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2565*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2566; จาก <https://nsn.hdc.moph.go.th>
- วิทยา พลอาอด. (2562). ผลของการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ปกครองต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองบัน ตำบลสาคร อำเภอกำแพง จังหวัดสตูล. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 1(2), 54-63.

- วิลาวัลย์ มากประดิษฐ์. (2558). *ประสิทธิภาพของการอบรมโดยทันตบุคลากรและครูผู้ดูแลเด็กต่อการดูแลช่องปากลูกก่อนวัยเรียนของแม่* [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ศุภชัย ตติยรัตน์. (2562). *แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2562). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในงานสาธารณสุข*. กรมการแพทย์.
- สุนันท์สินี เพชรสุวรรณ. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงสำหรับผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนช่วงอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง* [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- สุไรยา หมานระโตะ, อรชณี พลานุกุลวงศ์, และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคฟันผุเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. *วารสารทันตภิบาล*, 32(1), 1-12.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2567). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- อัสมาพร สุรินทร์, และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองในการป้องกันฟันผุของ เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 189-200.
- อัสมาพร สุรินทร์, และคณะ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 27(1), 45-56.
- Mahboobi, Z., Pakdaman, A., Yazdani, R., Azadbakht, L., & Montazeri, A. (2021). Dietary free sugar and dental caries in children: A systematic review on longitudinal studies. *Health Promotion Perspectives*, 11(3), 271-280. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.35>
- Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Skinner, C. S., Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 75-94). Jossey-Bass.
- Wehby, G. L. (2022). Oral health and academic achievement of children in low-income families. *Journal of Dental Research*, 101(11), 1314-1320.
- World Health Organization. (2021). *Health in all policies: Framework for country action*.