

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลสัมฤทธิ์ของโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน ต่อพฤติกรรม
ทันตสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

The achievement of Clinical Preventive Dentistry Project on
the Secondary Schoolchildren Oral Health Behavior.

โดย

นางคุณิบูล บุตรสีทา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2539

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	-
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	-
บทที่ 1 บทนำ	1
- ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์การวิจัย	3
- สมมติฐานการวิจัย	3
- ขอบเขตการวิจัย	3
- นิยามศัพท์เฉพาะ	4
- ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
- พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ	6
- ทฤษฎีการเรียนรู้	11
- ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	15
- การจูงใจ	23
- แนวคิด PRECEDE-PROCEED และการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่	24
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
- ขั้นตอนและวิธีการวิจัย	38
- ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	38
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
- สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
- การนำเสนอและแปลผลการวิเคราะห์	43
บทที่ 5 สรุปผล อธิบายผลและข้อเสนอแนะ	51
- ผลการวิจัย	51
- การอภิปรายผล	52
- ข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามลักษณะเพศ	43
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามอายุ	44
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามอาชีพหลักของครอบครัว	44
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของเงินที่นักเรียนได้รับเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน	45
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ	45
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ	46
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนที่ตอบถูกด้านความรู้ทางทันตสุขภาพ	46
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบผลรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้	47
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติ	47
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนร้อยละและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิดเห็น	48
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลรวมคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็น	50

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จได้ด้วยดี โดยได้รับความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงคือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทบวงมหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ในรูปแบบของเงินงบประมาณแผ่นดิน

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ เป็นที่ปรึกษางานวิจัยให้คำแนะนำไปได้ด้วยดี รองศาสตราจารย์ ดร.ต่าย เชียงจิ ที่ให้คำปรึกษาในด้านสถิติ และขอขอบพระคุณ อาจารย์อนามัย โรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ และนวมินทรราชูทิศพายัพ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีต่อผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

นอกจากนี้ขอขอบคุณ นักเรียนที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณสมศักดิ์ บุตรสีทา พี่ๆและเพื่อนๆที่ทำงานทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยทั้งด้านกำลังใจและกำลังกาย

คุณค่าและประโยชน์ของการวิจัยฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของคุณพ่อกริชและคุณแม่สมทรง นาทวิชัย และครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้มาให้

คุณภูมิต บุตรสีทา

30 กันยายน 2542

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ชื่องานวิจัย ผลสัมฤทธิ์ของโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน ต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของ
นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

ชื่อผู้เขียน นางศุภกัญญา บุตรสีทา

ชื่อที่ปรึกษางานวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรารัตน ศรีศิลป์นันท์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความ
คิดเห็น และการปฏิบัติทางทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา ภายหลังที่ได้เข้าโครงการคลินิก
ทันตกรรมป้องกัน กับนักเรียนมัธยมที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ จัดสรรแบบไม่เจาะจงทั้ง 2 กลุ่ม เป็น
นักเรียนที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน 57 คน และนักเรียนที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ 57 คน
รวมเป็นจำนวน 114 คน การศึกษาได้ใช้แบบสอบถาม ทางพฤติกรรมทันตสุขภาพวัดในด้านความรู้
ความคิดเห็นและการปฏิบัติ ทำการเก็บข้อมูลภายหลังจากนักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันต
กรรมป้องกันไปแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 2-8 เดือน ทำพร้อมๆกับกลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้เข้าโครง
การฯ นำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่า
เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t - test) ผลการ
วิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมกลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้
ด้านความคิดเห็น และด้านการปฏิบัติทางทันตสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมที่ไม่ได้เข้าโครง
การฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

Title : The achievement of Clinical Preventive Dentistry Project on the Secondary Schoolchildren Oral Health Behavior

Researchers : Mrs. Dusadeeboon bootsitha

Adviser : Dr. Patcharawan Srisilapanan

Abstract

This quasi-experimental research was designed to compare the knowledges attitudes and practices of oral health behavior. Between two groups of secondary schoolchildren who attended and not attended preventive dentistry clinic. The subjects were 114 secondary schoolchildren. The descriptive statistics and two independent group t-test were used to compare the means of knowledges attitudes and practices of oral health behavior secondary schoolchildren. The results show the overall knowledges attitudes and practices of secondary schoolchildren who attended preventive dental clinic group were statistically differences than those who did not attended ($p < 0.001$)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย

นักเรียนระดับมัธยมศึกษา เป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุอยู่ในช่วง 13-19 ปี จัดอยู่ในกลุ่ม วัยรุ่นซึ่ง เป็นวัยที่มีความสำคัญช่วงหนึ่งของชีวิต เป็นวัยที่เข้าสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางสรีระและจิตใจ เป็นวัยซึ่งกำลังพัฒนาวุฒิภาวะ ด้านต่างๆ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลง ของฮอร์โมนในร่างกายประกอบกับการ รักษาสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี เป็นเหตุก่อให้เกิดปัญหา ทางด้านอนามัยช่องปากตามมา ทางทันตแพทยศาสตร์ให้ความสนใจกับประชากรวัยนี้ เพราะเป็นวัยที่ฟันถาวรขึ้นมาครบเป็นส่วนใหญ่ (ไม่นับฟันกรามซี่ที่ 3)

การให้ความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องสุขภาพและทันตสุขภาพนั้น จะต้องเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก และวัยรุ่น สะสมและพัฒนาความคิดติดต่อกันไปเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 13) กล่าวว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ผลระยะยาวนั้น ควรจะ ปลูกฝังพฤติกรรม ตั้งแต่ก่อนวัยรุ่นเป็นสำคัญ ซึ่งการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ สามารถทำได้ 3 ประการคือ การเรียนรู้จากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว การเรียนรู้ในโรงเรียน หรือสถานศึกษา และเรียนรู้จากสังคมสิ่งแวดล้อมต่างๆ นอกบ้าน และนอกโรงเรียน

งานด้านทันตกรรมป้องกันในคลินิกในภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ.2524 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นคลินิกสาธิต ให้นักศึกษา ทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ได้ฝึกปฏิบัติงานในกระบวนวิชาทันตกรรม ป้องกัน วัตถุประสงค์ที่สำคัญของโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งทำเฉพาะ ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ เนื่องจากกลุ่มเด็กมีภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กรองรับอยู่ ระยะ เริ่มแรกกลุ่มผู้ที่มารับบริการนั้นส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 1 (ในปี การศึกษา นั้นๆ) โดยเน้นไปที่โปรแกรมการควบคุมแผ่นคราบฟัน (Plaque control programme) ต่อมาได้มี การพัฒนาปรับปรุง ขั้นตอนของการปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันเรื่อยมา ในช่วงปีการศึกษา 2534-2535 ได้เริ่มขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มวัยทำงาน โดยรับคนไข้จากผู้ป่วยที่มาขอรับบริการจาก คณะฯ และผู้สนใจที่อยู่ ภายนอก ทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่ต่างวัยและต่างอาชีพ แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมักไม่มาตามนัด ทำให้การฝึกปฏิบัติงานทำได้ไม่เต็มที่ ในปีการศึกษา 2535และต่อมา จึงเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กวัยมัธยมศึกษา พร้อมทั้งได้ มีการเพิ่มมาตรการป้องกันรูปแบบอื่นๆ แบบเป็นระบบเพื่อให้งานในโครงการทันตกรรมป้องกัน มีประสิทธิภาพใน ระดับที่ดียิ่งขึ้น (“เป้าหมายทันตสุขภาพของ ไทย” คณะทันตแพทยศาสตร์ มช.,2528)

การวัดผลสัมฤทธิ์ของโครงการโดยศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังเข้าร่วม โครงการคลินิกทันตกรรมป้องกันของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยนักศึกษาด้านแพทยศาสตร์ ชั้นปีที่ 6 ที่ฝึกปฏิบัติงาน ในโครงการฯ ในกระบวนการทันตกรรมป้องกัน 612 เพื่อที่จะได้รับทราบถึงปัญหา ความเหมาะสมและนำข้อมูล ที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแก้ไขปรับปรุง การดำเนินงานของโครงการฯ และด้านการเรียนการสอน ซึ่งส่งผลกระทบยาวไกลหลังที่นักเรียน มัธยมศึกษาซึ่งเข้าโครงการได้มีความรู้ ทักษะที่ดีและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เห็นความสำคัญ ในด้านทันตกรรมป้องกันพอกับด้านการบำบัดรักษา โดยยึดหลักกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานและ รูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาการ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคในช่องปาก จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประเทศไทยครั้งแรกปี พ.ศ. 2503 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่า ปัญหาด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาเป็นปัญหา ที่ต้องทำการแก้ไขเร่งด่วน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุงานด้านทันตสุขภาพลงในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4, 5, 6, 7 และ 8 โดยการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก และให้ทันตสุขภาพ จากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 เปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2543 พบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 17-19 ปี มีร้อยละของผู้มีฟันครบ 28 ซึ่ง ไม่น้อยกว่า 85 (ซึ่งเป็นเป้าหมายของโลก) แต่สถานภาพของผู้มีฟันครบ ได้ลดลงมากอย่างน่าเป็นห่วง จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทยปี 2532 มีร้อยละของผู้มีฟันครบ 28 ซึ่ง 79.0 ส่วนในปี 2537 เหลือเพียงร้อยละ 66.5 ซึ่งแสดงถึงการสูญเสียฟันถาวรเพิ่มมากขึ้น

ในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคให้ได้ผล จะต้องสามารถคาดแนวโน้มของโรค และบ่งชี้ได้ว่า บุคคลใดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ในการศึกษาจำเป็นต้องอาศัย เครื่องมือทดสอบหรือเครื่องชี้วัดที่ใช้ในการวิเคราะห์โรค จะต้องมีความแม่นยำ ความเที่ยงตรง ความไว ความจำเพาะ ความสามารถในการคาดว่าผู้ใดจะเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาศาสตร์ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องชี้วัดใดที่มีคุณสมบัติเพียงพอ ในการทำนายโรคฟันผุและโรคปริทันต์ได้อย่างแม่นยำและถูกต้องก็ตาม ซึ่งจะต้อง ขอมรับว่าธรรมชาติของการเกิดโรคทั้งสองนี้ค่อนข้างจะซับซ้อนมาก เนื่องจากมีปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทำให้การดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงยากต่อการวัดโรคได้ เช่น การมีคราบจุลินทรีย์สะสมอยู่ การหลังของน้ำลาย ส่วนประกอบ ของจุลินทรีย์ในช่องปาก รวมทั้งพฤติกรรมและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ฐานะของบุคคลที่มีผลต่อ การดูแลรักษาอนามัยในช่องปาก การเลือกชนิดของอาหารรับประทาน การบริโภคน้ำตาล เป็นต้น

การเฝ้าระวังโรคทางช่องปากของกลุ่มวัยรุ่น โดยนำนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เข้าร่วมในโครงการทันตกรรมป้องกัน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี และส่งผลถึงการป้องกันโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และโรคช่องปากอื่นๆ พร้อมกับ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุง พฤติกรรมทันตสุขภาพในทางที่ถูกต้อง และเป็นการนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่นุคคลในครอบครัวและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติทางทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา ภายหลัง ที่ได้เข้าโครงการ คลินิกทันตกรรมป้องกัน กับนักเรียนมัธยมที่ไม่ได้เข้าในโครงการนี้

สมมติฐานในการวิจัย

- นักเรียนระดับมัธยม ภายหลังที่ได้เข้าร่วมโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน มีพฤติกรรมทันต สุขภาพดีกว่า นักเรียนมัธยมที่ไม่ได้เข้าในโครงการนี้

ขอบเขตของการวิจัย

1. เนื้อหา

1.1 รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์กับการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ กรอบและแนวคิด PRECEDE-PROCEED และการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 เนื้อหาในคู่มือการฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันคลินิก รายวิชาทันตกรรมป้องกัน 612 โดย รศ.ดร.พัชรวพรรณ ศรีศิลป์นันท์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เกี่ยวกับ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และแนวทางการดำเนินงานในคลินิกทันตกรรมป้องกัน การประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุและโรคปริทันต์ การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น

2. ประชากร

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติของนักเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และ 5 โรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ และ โรงเรียนนวมินทราชูทิศพายัพ กลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) 57 คน และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) 57 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 114 คน

ตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ โครงการ (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ) คลินิกทันตกรรมป้องกัน

ตัวแปรตาม พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน

เป็นโครงการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพช่องปากเป็นรายบุคคล ในการฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันคลินิกของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะ ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อการพัฒนาทันตสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรักษาและคงสภาพ ของสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม แก่ผู้มารับบริการ โดยมีหลักการป้องกันโรคทางทันตกรรม เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2. พฤติกรรมทันตสุขภาพ

หมายถึงพฤติกรรมด้านพุทธิศึกษาหรือพฤติกรรมด้านความรู้(Cognitive domain) , ด้านทัศนคติ หรือเจตนิสัย (Affective domain) และด้านปฏิบัติ (Psychomotor domain) ในการดูแล สุขภาพ อนามัยในช่องปากเพื่อคงพินชรรวมชาติให้อยู่ในสภาพที่ดี ช่วยเสริมสร้างสุขปฏิบัติและ การป้องกันโรคต่างๆ ในช่องปาก สำหรับพฤติกรรมด้านทัศนคตินั้นในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความคิดเห็นด้านทันตสุขภาพเท่านั้น

3. นักเรียนมัธยมศึกษา

ในที่นี้หมายถึงนักเรียนทั้งชายและหญิง จากการสุ่มจากนักเรียนมัธยมชั้นปีที่ 4 โรงเรียนวัดโนนทัยพยับ และโรงเรียนนวมินทราชูทิศพยับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าในโครงการ คลินิกทันตกรรมป้องกันและกลุ่มนักเรียนมัธยมปีที่ 4 ทั้ง 2 โรงเรียนที่ไม่ได้เข้าในโครงการฯ (กลุ่ม Control)

4. นักศึกษาทันตแพทย์

หมายถึง นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2536 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในฐานะผู้ดำเนินการ โครงการฯ ซึ่งได้รับความรู้ทางทฤษฎี จากกระบวนวิชาทันตกรรมป้องกัน 612 และเข้ารับการศึกษาและฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันทางคลินิก ได้ทราบแนวคิดหลักการ และวัตถุประสงค์ ตลอดจนวิธีการทดสอบภูมิไวรับฟันผุ ที่ใช้ในคลินิก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยม ที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน หลังจากผ่านโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน มาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน
2. ทราบแนวทางในการพัฒนางานโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน เพื่อความเหมาะสมในงาน การเรียนการสอนของนักศึกษาทันตแพทย์ต่อไป
3. กลุ่มวัยรุ่น (นักเรียนชั้นมัธยม) เกิดการตื่นตัว เห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาฟัน และ อวัยวะในช่องปาก และมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการฯ ตลอดจนนำความรู้ทางทันตสุขภาพที่ได้รับไป ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ผลสัมฤทธิ์ของ โครงการคลินิกทันตกรรมป้องกันต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย งานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศ ดังมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย มีดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ
2. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)
3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. การจูงใจ (Motivation)
5. แนวคิด PRECEDE-PROCEED และการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ

ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดประสงค์ ที่สำคัญ ในการให้ สุขศึกษาก็คือการเปลี่ยนแปลงในจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของ บลูม (BENJAMIN S. BLOOM) ดังที่จะกล่าวต่อไป การสื่อความหมายและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการเรียนรู้ในด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จัดได้ 4 กลุ่ม (ทวิสิทธิ์ สิทธิกร, 2531 : 44-52)

1. ความรู้ทางด้านสุขภาพ (HEALTH KNOWLEDGE) หมายถึง กระบวนการด้าน สมองเป็นการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การที่นักเรียนมีความรู้ และ ความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆของวิชาสุขศึกษาเพิ่มขึ้นจากเดิม การให้ความรู้นั้นอาจแบ่งเป็นขั้นๆ หรือพฤติกรรมตามลำดับความยากง่าย เพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจำระลึกถึงเรื่องราวด้านสุขภาพได้ สามารถตีความและจินตนาการเหตุการณ์ที่พบเห็น ได้นำสิ่งที่รู้ไปใช้แยกแยะเรื่องราวต่างๆได้ ผสมผสานความรู้เก่าเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ สามารถประเมินค่าสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้

2. ทัศนคติด้านสุขภาพ (HEALTH ATTITUDE) เป็นพฤติกรรมทางด้านความรู้สึก หรือ ทางด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับท่าที ความรู้สึก ความชอบ อารมณ์ การยอมรับ หรือไม่ยอมรับ เป็น

สิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล สังกัดด้วยตาเปล่าไม่ได้ เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ ได้แก่ การที่นักเรียนมีเจตคติหรือปฏิกิริยา ในด้านความรู้สึกร่องเรื่อง สุขภาพดีขึ้นหรือเพิ่มพูน มากขึ้นกว่าเดิม

3. การปฏิบัติทางด้านสุขภาพหรือสุขุขปฏิบัติ (HEALTH PRACTICE) เป็น กระบวนการทางด้านร่างกายหรือการใช้กล้ามเนื้อ ได้แก่ การที่นักเรียนได้กระทำหรือมีความ สามารถในเชิงปฏิบัติในสิ่งทีเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม

4. ทักษะทางด้านสุขภาพ (HEALTH SKILL) ได้แก่ การที่นักเรียน,หรือผู้เรียนได้มีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพหรือสุขุขนิสัย จนเกิดความชำนาญ แคล่วคล่องว่องไวและเรียกร่องมาก ขึ้นกว่าเดิม จากพฤติกรรมสุขภาพทีกล่าวมาจะเห็นได้ว่า การศึกษานั้นไม่ใช่การให้ความรู้ แต่การศึกษาช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสม (สุชาติ โสมประยูร, 2525 : 50)

พฤติกรรมสุขภาพ (HEALTH BEHAVIOR)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล เกี่ยวกับความสบายหรือความสุขปราศจากโรค ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งอาจสังเกตไม่ได้ แต่สามารถจะวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมนั้นอาจมีองค์ประกอบทั้งในด้านความรู้เจตคติ และการปฏิบัติ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (COGNITIVE DOMAIN) พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (AFFECTIVE DOMAIN) และพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (PSYCHOMOTOR DOMAIN) ดังได้กล่าวมาแล้วในทฤษฎีการเรียนรู้

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาพีญ สุวรรณ (2526 : 201) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมอาจเปลี่ยนแปลงโดยการบังคับ การเลียนแบบ และการเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น
2. การใช้วิธีการทางการศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้ผลถาวร
3. พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการบังคับ ซึ่งจะเปลี่ยนได้เฉพาะพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมด้านความรู้ และทัศนคติไม่เปลี่ยน
4. บ้าน โรงเรียน และชุมชน เป็นสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างแบบอย่างที่ดี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้าน

จิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามความคิดของ เดลแมน ซึ่งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ
2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ
3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากมองเห็นความสำคัญของสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ

การบังคับนั้นอาจเป็นลักษณะของระเบียบ กฎข้อบังคับ หรือกฎหมายหรือการบังคับจากตัวบุคคลโดยตรง การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวความคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับความมากน้อยของการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงหรือความมากน้อย ของรางวัลหรือ การลงโทษนั้น การบังคับนั้นนอกจากจะเป็นการบังคับโดยการออกกฎหมายแล้ว ยังมีการ บังคับในลักษณะการกระทำพฤติกรรมเนื่องจาก ความอ้ากรง เช่น ระหว่างแม่กับลูก พี่กับน้อง เพื่อนกับเพื่อน เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบเป็นภาวะการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น การยอมรับนี้เป็นผลจากการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่พึงพอใจระหว่าง เขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล รับเอาบทบาทมาเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน การเลียนแบบนี้ การปฏิบัติ ทักษะคิด และความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ จะเปลี่ยนแปลงไปมากน้อย ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเลียนแบบ ในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจน เช่นนิสัยในการรับประทานอาหาร การแสดงออกทางอารมณ์ การพูดจา การรักษาความสะอาด ของร่างกาย การแต่งกาย การแปรงฟัน ทักษะคิดต่อแพทย์ ทันตแพทย์ ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย

3. การเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากมองเห็นความสำคัญ ของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น การเปลี่ยนแปลงแบบนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้ยอมรับและรู้สึกตนเองว่า การเปลี่ยนแปลง นั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตน เป็นสิ่งที่ตรงกับแนวความคิดและค่านิยมของตนเองที่ยึดถืออยู่ หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2526 : 124) องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปมีอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้ทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ ส่วนการเกิดพฤติกรรมนั้น เป็นกระบวนการที่ สลับซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้าน เศรษฐกิจ องค์ประกอบทางด้าน การศึกษา และองค์ประกอบทางการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล ทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพทั้งสิ้น ดังนี้

2.1 ครอบครัว

พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัว เช่น บางครอบครัวพ่อแม่อาจปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหาร การปฏิบัติด้านการรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม

จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก ในกลุ่มที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน อิทธิพลกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรม สุขภาพ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม

สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน

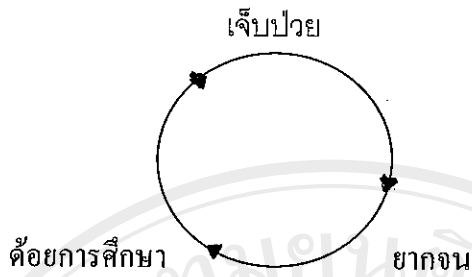
2.4 วัฒนธรรม

วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิต ของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น การงดอาหารทุกชนิดในคนป่วย เป็นต้น

2.5 ศาสนา

ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน และผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่นกัน

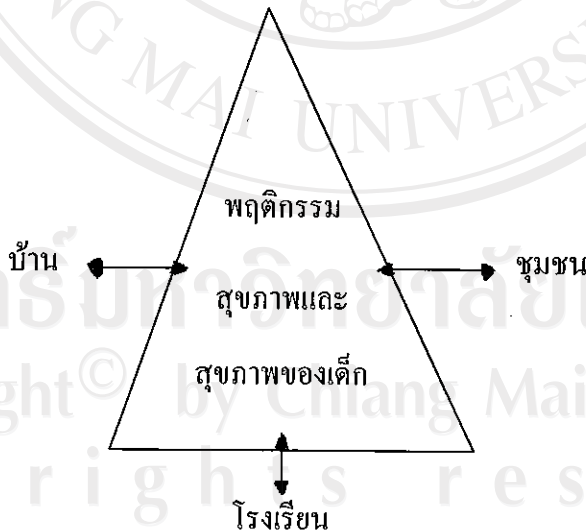
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสำคัญกับระดับ การศึกษาและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย การศึกษาช่วยให้คนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาด และเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นผลให้เขามีสุขภาพดี ดังความสัมพันธขององค์ประกอบทั้งสามดังแผนภูมินี้



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่ต่างกันมีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัย ประชาชนที่มีการศึกษาดำ้มักจะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพไม่ถูกต้อง การดำเนินการด้านทันตสุขภาพให้ได้ผลดีนั้นนอกจากอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้แล้ว สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่องกันไปคือ การเน้นถึงความสัมพันธ์ ระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน (นภาพกรณ์พานิช และคณะ. 2535 : 20)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน



ภาพประกอบ 2 แสดงอิทธิพลจากโรงเรียน บ้าน และชุมชนที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพของเด็ก

แหล่งที่มา : สุชาติ โสมประยูร. การบริหารงานสุขศึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพฯ ไทย
วัฒนาพานิช 2526 : 79

บ้านโรงเรียน และชุมชน ต่างก็เป็นสถาบันที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
พฤติกรรมทันตสุขภาพ ถ้าโรงเรียน บ้าน และชุมชนร่วมมือกันจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อการ
พัฒนาพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยเฉพาะด้านสุขปฏิบัติซึ่งมีผลโดยตรง ต่อสุข
ภาพของเด็กนั้นตามปกติได้ดำเนินอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ภายใต้อิทธิพลของแนวความคิด ทัศนค
ติ หรือพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ กัน เช่น การสั่งสอนอบรม การแนะนำตักเตือน การบู้บังคับการจูงใจ
เป็นต้น ที่กระทำโดยพ่อแม่พี่น้องญาติมิตร และผู้ใหญ่ทั่วไปทั้งที่บ้านและ ในชุมชน ผลก็คือเด็กฯ
ทั้งหลายได้เข้ามาในโรงเรียนพร้อมด้วยแนวความคิด ทัศนคติ และนิสัยต่างๆ ทั้งดีและไม่ดี ซึ่งได้
หลอมตัวมาเรียบร้อยแล้วจากที่บ้าน ยิ่งกว่านั้นบ้านและ ชุมชนยังคงมีอิทธิพลในการควบคุมการ
หล่อหลอม เช่นนั้นต่อไปอีกเรื่อยๆ อย่างไม่หยุดยั้ง อาจจะตลอดช่วงชีวิตการเรียนของเด็กเลยก็เป็น
ได้ จึงกล่าวกันว่า “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” (HEALTH BEGINS AT HOME) นอกจากนี้เหตุการณ์ที่
ไม่เชื่อก็อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ถ้าหากผู้ปกครอง และครูก็สั่งให้เด็กปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่าง
กัน หรือหากทางบ้านปฏิเสธ ไม่ยอม ปฏิบัติตามที่ครูเสนอแล้ว เด็กก็ไม่ทราบว่า จะปฏิบัติตามอย่าง
ไรดี ผลเสียเกี่ยวกับสุขภาพ ก็อาจเกิดขึ้นแก่เด็กได้

ทฤษฎีการเรียนรู้ (LEARNING THEORY)

องค์ประกอบของพฤติกรรมทันตสุขภาพมีส่วนต่างๆเหล่านี้ (ศึกษาของ Benjamin S.
Bloom 1975 : 201-207) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ประเภท

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด หรือที่เรียกว่า พุทธิปัญญา(Cognitive domain)
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรือค่านิยม (Affective domain) ซึ่งมีทัศนคติ (attitude) เป็น
องค์ประกอบย่อย
3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

1.องค์ประกอบด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา เป็นกระบวนการทางสมองได้แก่ การที่บุคคล
มีความรู้และ ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่างๆ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนา ความ
สามารถและทักษะทางสติปัญญา ในทางด้านทันตสุขศึกษาเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น หลังจากการ
สอนเรื่องการแปรงฟันไปแล้วบุคคลนั้นมีความรู้ โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของการแปรง
ฟันที่ดีนั้นเป็นอย่างไร สามารถเปรียบเทียบประโยชน์ของการแปรงฟัน และ โทษของการแปรง
ฟันได้ รวมทั้งสามารถบอกวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องได้เหล่านี้เป็นต้น

1.1 ความรู้ (KNOWLEDGE) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และรำลึกได้ถึงเรื่องราว ที่ได้รับ ไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (COMPREHENSION) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญา ระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้ มาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ (APPLICATION) หมายถึง ความสามารถที่จะนำความรู้ความ เข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์ และวิธีดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้น ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (ANALYSIS) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่ สมบูรณ์ ใดๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบขึ้น เป็น ปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (SYNTHESIS) หมายถึงความสามารถ และทักษะที่จะนำ องค์ ประกอบหรือส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันหรือเป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้อง กับ การพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน จัดรวมกันเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เกิด ความกระจ่างใน สิ่งเหล่านั้น ขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (EVALUATION) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณา และตัดสิน ไม่ว่าด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (AFFECTIVE DOMAIN) พฤติกรรมด้านนี้ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบ ไม่ชอบ ทศสนคติ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยน หรือการปรับปรุง ค่า นิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้น ยากต่อการที่ จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

ประภาณีญา สุวรรณ (2526 : 159) กล่าวถึงขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ดังต่อไปนี้

2.1 การรับ (RECEIVING)

2.2 การตอบสนอง (RESPONDING)

2.3 การให้ค่า (VALUING)

2.4 การจัดคุณค่า (ORGANIZATION)

2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (CHARACTERIZATION)

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ

ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีสภาวะจิตใจที่พร้อมที่จะรับสิ่งเร้าหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับหรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นตอนของสภาพจิตใจ ในขั้นของการรับหรือการให้ความสนใจนี้ บุคคลจะมีสภาวะจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

2.1.1 เกิดความตระหนัก ถูกผิด หรือการเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือ การได้ถูกคิดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด นั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้น

2.1.2 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ โดยบางบุคคลจะเลือกในสิ่งที่ทำความพอใจมาให้ และจะไม่รับในสิ่งที่เขาไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง

เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ที่มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม เต็มใจและพอใจ ที่จะตอบสนองความรู้สึกผูกมัดนี้ ยังเป็นความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคล นั้นมีทัศนคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้นๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่า

เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่า เขายอมรับหรือรับรู้สิ่งนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 การจัดกลุ่ม

บุคคลเกิดค่านิยมต่างๆ ขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นจะมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็น ต้องจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

พฤติกรรมในขั้นนี้อาจจะแสดงให้เห็นได้โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิต สำหรับตนเอง หรือคคกฏต่างๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาถึงเหตุทางด้านศีลธรรม จรรยา และประชาธิปไตย เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

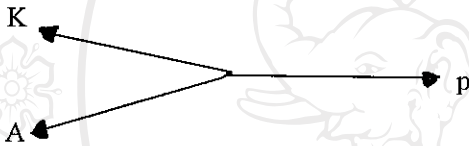
เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถแสดงออกทางร่างกาย พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรม ขั้นสุดท้าย เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

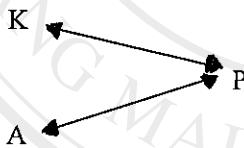
ชาร์ท (SCHWARTZ. 1975 : 28-31) ได้ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย พฤติกรรมด้านเจตพิสัย และพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย พบว่าพฤติกรรมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กันใน รูปแบบ 4 ลักษณะ ดังนี้



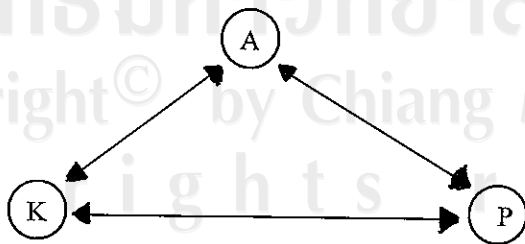
รูปแบบที่ 1 เจตคติเป็นการแสดงที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



รูปแบบที่ 2 ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

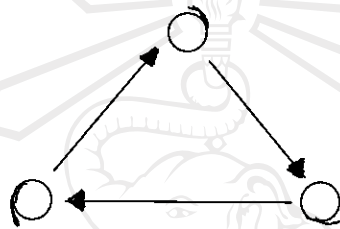


รูปแบบที่ 3 ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติ ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์



รูปที่ 4 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมถ้าหากทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ (K = KNOWLEDGE , A = ATTITUDE , P = PRACTICE)

จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่าพฤติกรรมแต่ละด้าน ส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิต ที่สามารถวัดได้ หรือสังเกตได้ นั่นเอง ในการสำรวจชีวิตของมนุษย์นั้นมีพฤติกรรมต่างๆ มากมาย พฤติกรรม ที่นับได้ว่ามีความสำคัญยิ่งคือ พฤติกรรมทางด้านทัศนสุขภาพ เพราะการมีสุขภาพพินดี ย่อมจะส่งผลให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีไปด้วย ย่อมเป็นแรงชักนำให้เกิดการค้นหา ความรู้และการปฏิบัติต่อไป ดังรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ของ ริชาร์ด เค มีนส์ (RECHARD K. MEANS. 1969 : 159)



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งวงกลมทั้ง 3 วงนี้ต่างมีความสัมพันธ์และมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

ในทางด้านสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ ซึ่งเป็นผลทำให้ มีสุขภาพดีในที่สุด ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กัน เพราะถ้ามีคน มีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับ จะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือ ไปปฏิบัติ เจตคติเป็นความพร้อมของจิตใจที่จะบัญชาให้ร่างกายปฏิบัติได้ทันทีในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเจตคติจึงเปรียบเสมือนตัวเร่งปฏิกิริยา (CATALYST) ให้ผู้เรียน ได้นำความรู้ไปปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติ จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเจตคติเป็นสำคัญ (ทวิสิทธิ์ สัทธกร. 2531 : 48) ดังนั้นใน การสอนสุขศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีสุขภาพดีได้ ย่อมจะต้องเน้นการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ ให้เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้าน โดยให้มีความสัมพันธ์กัน เพื่อการ ไปใช้ประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวันของผู้เรียน ส่งผลไปสู่บ้าน และชุมชนในที่สุด

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (SOCIAL SUPPORT THEORY)

CAPLAN, RD. (1974 : 39-42) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึง สิ่งที่คุณคได้รับโดยตรงจากบุคคลอื่น อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์เท่านั้น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

PILISUK, MARC. (1958 : 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับว่า เป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

หลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

HANDERSON, BRUCK B. (1948 : 1246-1257) ให้หลักของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์จะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้“ผู้รับ”
 - 2.1 เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - 2.2 รู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
1. ปัจจัยนำเข้าการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือทางด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางด้านสังคม

HOUSE (อ้างโดย ISRAEK, BABARA A. 1985 : 66) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (EMOTIONAL SUPPORT) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (APPRAISAL SUPPORT) เช่น การมีข้อมูลย้อนกลับ (FEED BACK) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (AFFIRMATION) รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรง หรือโดยอ้อมก็ได้
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (INFORMATION SUPPORT) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (INSTRUMENTAL SUPPORT) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม มี 3 ระดับ คือ

1. Macrolevel คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วย ความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. Mezzolevel คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด
3. Microlevel คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าความสำคัญ ของการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้น ที่ทำได้เช่นสามี ภรรยา คนรัก หรือบิดา มารดา

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจาก 6 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีเจตคติ (THEORICS OF ATTITUDE)
2. ทฤษฎีพฤติกรรมและกระบวนการกลุ่ม (THEORIDS OF EROP BEHAVIOR AND PROCESS)
3. ทฤษฎีอำนาจสัมพันธ์และอำนาจสิทธิกรรม (THEORIES OF POWER RELATIONS AND AUTHORITY)
4. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสังคมระหว่างบุคคล (THEORIES OF INTER PERSONAL RELATIONS AND INTERPERSONAL COMMUNICATION)
5. ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม (THEORIES OF SOCIAL PERCEPTION)
6. ทฤษฎีกระบวนการอิทธิพลทางสังคม (THEORIES OF SOCIAL INFLUENCE PROCESSES)

เพื่อให้เข้าใจแนวความคิดและหลักการของกลุ่มทฤษฎีดังกล่าว จะได้อธิบายสรุปแต่ละทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีเจตคติ

แนวความคิดเรื่องเจตคติเป็นหัวใจสำคัญของจิตวิทยาสังคม ตั้งแต่เริ่มต้นการ พัฒนาวิชาจิตวิทยาสังคมยุคแรกๆ เรียกจิตวิทยาสังคมว่าเป็น “ การศึกษาเรื่องเจตคติ ” ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาทฤษฎีเจตคติขึ้นหลายทฤษฎี ทฤษฎีต่างๆ นั้นมุ่งที่จะหาคำตอบว่า เจตคติมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมของคนอย่างไร ความหมายของคำว่าเจตคตินั้น เนื่องจาก มีการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับเจตคติก้นมาก จึงขอนำความหมายของนักจิตวิทยา สังคมบางท่าน เสนอในที่นี้เจตคติ หมายถึง

ระดับของความมากน้อยของความรู้สึก ในด้านบวกหรือลบ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ บุคคล สถาบัน ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึก สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (THURSTONE 1946 ; อ้าง โดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 577)

เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบด้วยกันคือ องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (หรือความรู้) ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ

จากความคิดเห็นของนักจิตวิทยาสังคมหลายๆ ความคิดเห็น จึงสรุปได้ว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้ และเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า เจตคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออก หรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อเจตคติของบุคคลนั้นด้วย

2. ทฤษฎีพฤติกรรมและกระบวนการกลุ่ม (THEORIES OF GROUP BEHAVIOR AND PROCESS)

นักจิตวิทยาสังคมและนักสังคมวิทยาเป็นจำนวนมาก ได้ให้ความสนใจในเรื่อง พฤติกรรม และกระบวนการกลุ่ม และได้ตั้งทฤษฎีเรื่องกลุ่มสัมพันธ์ขึ้น ในความหมายทั่วไป พฤติกรรมและกระบวนการกลุ่ม หมายถึง การศึกษาถึงกระบวนการในการกระทำร่วมกัน ของบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม อาจจะเป็นการกระทำร่วมกันทางกายภาพ หรือทางจิตวิทยาก็ได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงแบบลักษณะที่เกิดตามมาจากการกระทำร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน หรือระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน หรือระหว่างสมาชิกกับกลุ่มทั้งกลุ่ม และศึกษาถึงผลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มอีกด้วย

ในปัจจุบันนักจิตวิทยาสังคม ได้ให้ความสนใจการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็น พื้นฐาน ในการสนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถนำกลุ่มมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ

ก. เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง (MEDIUM OF CHANGE) กลุ่มจะเป็นตัวกลาง สามัญที่มีอิทธิพลต่อสมาชิก และสามารถทำให้สมาชิก และสามารถทำให้สมาชิก กลุ่มเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้ เช่น การที่ชาวนาคนหนึ่งเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน ทำให้เขามีพฤติกรรม ตามบรรทัดฐานที่กลุ่มชาวนานั้นกำหนด เช่น ทำปุ๋ยหมักขึ้นใช้เองในหมู่บ้าน แทนที่จะซื้อปุ๋ยเคมี มาใช้ เป็นต้น

ข. เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (TARGET OF CHANGE) ถึงแม้ว่า เป้าหมายในการนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มเปลี่ยนพฤติกรรม ก็ตาม แต่เป้าหมายที่แท้จริง คือ ต้องการให้กลุ่มทั้งกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากตัวอย่างการเปลี่ยนพฤติ

กรรมของสมาชิกกลุ่มจากการใช้ปุ๋ยเคมีมาใช้ปุ๋ยหมัก เราไม่ต้องการ ให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งเท่านั้นที่เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ต้องการ ให้กลุ่มชาวนาทั้งกลุ่ม เปลี่ยนการประพาด การปฏิบัติ

ค. เป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง (AGENT OF CHANGE) พฤติกรรมหลาย อย่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น เข้าไปเป็นสมาชิกกลุ่มของกลุ่มทำปุ๋ยหมักในหมู่บ้าน จากการที่ได้มีส่วนร่วมลงปฏิบัติจะก่อให้เกิดความรู้ มีเจตคติที่ดี และต้องการนำปุ๋ยหมักไปใช้แทนปุ๋ยเคมี เป็นต้น ลักษณะเช่นนี้ เรียกว่า กลุ่มเป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง

3. ทฤษฎีอำนาจสัมพันธ์และอำนาจสิทธิธรรม (THEORIES OF POWER RELATIONS AND AUTHORITY)

แนวความคิดในเรื่องอำนาจสัมพันธ์และอำนาจสิทธิธรรม มีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์พฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ แนวความคิดของทฤษฎีนี้เริ่มจากหลักการของ KURT LEWIN ที่ระบุว่า การที่คนจะมีพฤติกรรมไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับอำนาจและอิทธิพลทางสังคมเป็นตัวกำหนด

ทฤษฎีอำนาจสัมพันธ์และอำนาจสิทธิธรรม เป็นทฤษฎีที่นำเอาแนวความคิดเรื่อง อิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่ง (CARTWRIGHT. อ้างโดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ 2528 : 579)

ในเรื่องนี้ นักจิตวิทยา 2 ท่าน คือ FRENCH AND RAVEN (อ้างโดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ 2528 : 579) อธิบายถึงอำนาจสัมพันธ์และอิทธิพลว่า พื้นฐานของอำนาจมีอยู่ 5 ประการด้วยกันคือ

1. อำนาจโน้มน้าว ดึงดูดความสนใจ หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจ ในการที่จะให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งปฏิบัติ เนื่องจากความนิยมชมชอบ หรือเป็นแบบฉบับที่สมควรเอาอย่าง ตัวอย่างเช่น การนำดารารายานต์มาใช้ในการโฆษณาให้คนซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ เช่น การโฆษณาขายสบู่ ยาสีฟัน เป็นต้น

2. อำนาจในการให้คุณ หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งมีอำนาจในการ ที่จะให้คุณให้รางวัล เช่น การที่พ่อแม่ให้รางวัลแก่บุตร เมื่อประพฤติปฏิบัติตาม

3. อำนาจบังคับ หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้บุคคลอื่น ปฏิบัติตาม และเมื่อไม่ปฏิบัติตามจะได้รับการลงโทษ เช่น การที่พ่อแม่บังคับให้บุตรซึ่งเป็นวัยรุ่น อยู่กับบ้านไม่ให้ออกไปเที่ยวนอกบ้านจนดึกทุกวัน หากไม่ปฏิบัติตามจะถูกลงโทษด้วยการ ไม่จ่ายค่าขนม เป็นต้น

4. อำนาจโดยธรรม หมายถึง การที่บุคคลที่สอง เชื่อว่าบุคคลที่หนึ่งมีสิทธิที่เรา จะควบคุมหรือกำหนดพฤติกรรมของตนได้ ตัวอย่าง ได้แก่ การที่ถูกบ้านเชื่อว่ากำนันหรือ ผู้ใหญ่บ้านเป็นบุคคลที่ควรเชื่อฟังและปฏิบัติตาม

5. อำนาจผู้ชำนาญการ หมายถึง บุคคลที่สองเชื่อว่าบุคคลที่หนึ่งมีความรู้ ความสามารถ ดีกว่า สมควรจะปฏิบัติตาม ตัวอย่าง ได้แก่ การที่นักเรียนปฏิบัติตามครูเพราะเชื่อว่า ครูมีความรู้ความสามารถมากกว่า เป็นต้น

โดยสรุปทฤษฎีเรื่องอำนาจสัมพันธ์และอำนาจสิทธิธรรมหนึ่ง หมายถึง การศึกษา อิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งบนพื้นฐานของอำนาจ ซึ่งมีอยู่ 5 ประการดังกล่าว ซึ่งสามารถนำความรู้พฤติกรรมและกระบวนการกลุ่มมาใช้ ประยุกต์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของประชาชนได้

4. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมระหว่างบุคคล (THEORY OF INTERPERSONAL RELATIONS AND INTERPERSONAL COMMUNICATION)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสังคมระหว่างบุคคลมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการได้ HOVLAND, ET. AL., FLEUR (อ้าง โดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ 2528 : 579) การติดต่อสื่อสารใดๆ รวมทั้งการสื่อสาร ทางสื่อมวลชน เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือโทรทัศน์ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลถ่ายข่าวสารนั้น โดยคนที่รู้จักกันหรือมีความสนิทกัน มาพูดคุยอภิปรายเนื้อหาสาระ ของข่าวสาร และถ่ายทอดต่อไปยังเพื่อนบ้านหรือคนที่อยู่ใกล้ชิด

การสังคมเป็นกระบวนการสองทางที่ผู้ให้และผู้รับแลกเปลี่ยนข่าวสารกัน และมีอิทธิพล ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกันและกัน เช่น นาง ก. ได้ยินเรื่องการวางแผนครอบครัว จากวิทยุก็นำมาคุยกับนาง ข. ซึ่งเป็นเพื่อนสนิท หากนาง ข. จะทดลองวิธีคุมกำเนิด โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง นาง ก. ก็เป็นผู้ที่ถ่ายทอดข้อมูลให้ เป็นต้น ผลของการสังคมระหว่างบุคคลนี้ นอกจากจะเป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารแล้ว ยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะได้ให้คน ประพฤติปฏิบัติได้โดยสะดวกใจอีกด้วย

5. ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม (THEORIES OF SOCIAL PERCEPTION) การรับรู้ทางสังคม (SOCIAL PERCEPTION) เป็นกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับ การเข้าใจบุคคลที่อยู่รอบตัว การรับรู้ทางสังคมนับว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก เมื่อบุคคลได้รับรู้ทางสังคมอย่างไร มักจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ทางสังคมนั้นๆ เช่น นักศึกษารับรู้ว่านาย ก. เป็นคนดี ก็จะแสดงพฤติกรรมด้วยการให้ความเคารพนับถือ แต่ถ้ารู้ว่า นาย ก. เป็นคนไม่ดี ก็จะแสดงพฤติกรรมเฉยๆ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เป็นต้น

ในชีวิตประจำวันของคนจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่บุคคลใน ครอบครัว พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ เป็นต้น บุคคลที่เกี่ยวข้องด้วยก็จะมีพฤติกรรม และมีการแสดงออกของพฤติกรรมโดยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดจา กริยาท่าทาง การสัมผัส ทำให้เกิดการรับรู้ทางสังคมขึ้น การรับรู้จะเป็นฐานของความร่วมมือในการประกอบกิจการต่างๆ ทั้งส่วนตัว ส่วนรวม และสังคม

EREEDMAN. (อังอิง โดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 580) ได้ประมวล อิทธิพลของการรับรู้ทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้

1. บุคคลจะรับรู้พฤติกรรมและยอมรับคนอื่น หากพฤติกรรมนั้นมีผลในทางบวก และสร้างความประทับใจแก่ตนเอง ตัวอย่างเช่น นาย ก. เห็น นาย ข. เป็นคนสุภาพยิ้มแย้ม แจ่มใส ถึงแม้ว่าจะพบกันครั้งแรกก็เกิดความประทับใจ เป็นต้น

2. บุคคลประเมินพฤติกรรมว่าพฤติกรรมใดจึงจะเป็นที่ยอมรับในลักษณะชอบ หรือพอใจ ในการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น ถ้าชอบหรือพอใจในพฤติกรรมก็จะสนองตอบในทางไม่ตี เป็นต้น

3. บุคคลที่มีสัมพันธภาพอันดีต่อกันมีการยอมรับและมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน

4. การรับรู้ทางสังคมมักจะมีอคติเข้าไปเกี่ยวข้อง ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากที่ควรจะเป็น เช่น คนบางคนมองในแง่ดีเพียงด้านเดียว หรือมองในแง่ร้าย ด้านเดียว หรือการที่บุคคลสรุปว่า ถูกทุกคนที่มาจากพ่อแม่ที่เป็นคนดี จะต้องดีตามไปด้วย เป็นต้น

โดยสรุป การรับรู้ทางสังคมมีอิทธิพลต่อการยอมรับผู้อื่น และพฤติกรรมที่จะแสดงต่อผู้อื่น หากรับรู้ว่าเป็นผู้อื่นเป็นคนดี มักจะแสดงพฤติกรรมในทางบวกตอบสนองในทางดี ในทางตรง กันข้าม ถ้ารับรู้ว่าเป็นคนไม่ดีก็จะแสดงพฤติกรรมในทางลบ และมีพฤติกรรมในทางต่อต้าน เป็นต้น

6. ทฤษฎีกระบวนการอิทธิพลทางสังคม (THEORIES OF SOCIAL INFLUENCE PROCESSES) เป็นทฤษฎีที่ยึดถือหลักความเป็นจริงที่ว่าบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการทางสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับความรู้ ทักษะ และในที่สุดจะสามารถปรับตัวเข้าเป็นสมาชิก คนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ได้ กระบวนการอิทธิพลทางสังคม หมายถึง การที่สังคมมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสมาชิกของสังคม โดยที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติหรือ ตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยใช้บรรทัดฐานของสังคมนั้นเป็นกฎเกณฑ์ ทั้งนี้เพื่อที่ บุคคลจะได้รับ การยอมรับ และการยกย่องจากกลุ่มคนในสังคม

การใช้แรงสนับสนุนทางด้านสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาจำนวนมากที่บ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งสรุปได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ผลต่อสุขภาพกาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

1.1 ผลโดยตรงจากการศึกษาของ BERKMAN AND SYME (1979 : 186-204) ที่เมืองอลาไมดา รัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งได้ศึกษาในผู้ใหญ่จำนวน 6,928 คน นาน 9 ปี โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป ทั้งด้านสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งวัดถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยหาเครือข่ายของแรงสนับสนุน ความถี่ในการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ผลการติดตามศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม มากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น เกิดในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

การศึกษาของ BOBB AND CASSEL. (อ้างโดย BERKMAN AND SYME , 1979 : 166-204) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาด แรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาด จากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแคลนแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และจะมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (COMPLIANCE TO REGIMENS) มีรายงานผลจากการศึกษาจำนวนมาก ที่บ่งถึงผลของ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้

BURGLER (อ้างโดย PILISUK 1985 : 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้ที่มีครอบครัว คอยให้การสนับสนุน ในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติ ตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

BACKELAND AND LUNDWALL. (อ้างโดย บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ 2528 : 594-595) พบว่าอิทธิพลการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้เห็นโรค เรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลหายจากโรค ดังกล่าวดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

LANGLIE (1977 : 244-260) ได้ศึกษาผู้ใหญ่ในเมืองจำนวน 400 คน ถึง พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อ กับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติในการป้องกัน โรคดังกล่าวดีกว่า ผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

2. ผลต่อสุขภาพจิต

ผลต่อความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่ม ความสามารถในการต่อสู้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคล GORE (1977) ได้ศึกษาผู้ชาย ที่ว่างงานจำนวน 110 คน เป็นเวลา 3 ปี พบว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีปัญหาเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความสนับสนุนทางสังคม

การจูงใจ (MOTIVATION)

ภาวะที่เป็นตัวสร้างพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป คือ การจูงใจ (MOTIVATION) การจูงใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่กระตุ้นให้อินทรีย์แสดงพฤติกรรม ความต้องการหรือตามจุดหมายปลายทางที่ได้วางไว้ การจูงใจมีลักษณะสำคัญ อยู่ 2 ประการคือ

1. ให้พลังแก่อินทรีย์แสดงพฤติกรรม เช่น ความหิวจะทำให้คนออกหาอาหาร หรือ เป็นไข้ การพบหมอก็เป็นจุดหมายปลายทางของพฤติกรรมกำหนดแนวทาง ได้แก่ สิ่งจูงใจ นั้งเอง

ประเภทของแรงจูงใจ แบ่งโดยคำนึงเหตุผลเบื้องหลังการแสดงพฤติกรรมของคนเราได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (INTRINSIC MOTIVE) หมายถึง การที่บุคคลเห็นคุณค่า ของกิจกรรมที่ทำด้วยความเห็นใจ โดยถือว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้น เป็นรางวัลในตัว

2. แรงจูงใจภายนอก (EXTRINSIC MOTIVE) เป็นการกระทำที่เกิดจากการแฉ่งผล จากสิ่งอื่นที่อยู่นอกเหนือจากกิจกรรมนั้น ไม่ได้กระทำเพื่อความสำเร็จในกิจกรรมนั้นมีความ ผูกพันร้ทางจิตใจกับกิจกรรมนั้นน้อยมาก

ทฤษฎีการจูงใจ นักจิตวิทยาพยายามคิดค้นและอธิบายเกี่ยวกับการจูงใจไว้มากมาย

ทฤษฎีสั่งเร้า (GUE THEORY OR NONDRIVE THEORY) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญ ของสิ่งเร้ามากกว่าความต้องการภายในร่างกาย โดยถือว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแรงจูงใจ (INCENTIVE) เป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมออกมา ในแนวความคิดนี้มีผู้กล่าวไว้ต่างๆ กันมีทั้งที่ขัดแย้ง และคาบเกี่ยวกันและกัน ที่สำคัญ ได้แก่

1. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงระดับของการกระตุ้น (STIMULUS CHANGE THEORY) ให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงระดับของการกระตุ้นจากระดับที่ไม่พอเหมาะมาสู่ระดับที่พอเหมาะ จะเป็นตัวเสริม

หรือรางวัล การเปลี่ยนระดับของสิ่งเร้าจากระดับ ที่ไม่พอเหมาะไปสู่ระดับที่ พอเหมาะมากเท่าใดก็จะเป็นผลของการเสริมแรงมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

2. ทฤษฎีระดับความพอใจหรือความชอบกระตุ้น (PREFERRED LEVEL THEORY LOOKHARD) มีความคิดเห็นขัดแย้งกับทฤษฎีของ MC CALL : กล่าวคือ เขาเชื่อว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนระดับของการกระตุ้นอย่างง่าย ๆ เท่านั้น หากแต่กิจกรรมต่างๆ จะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพียงใดจะขึ้นอยู่กับ ระดับความพอใจหรืออิทธิพลจากความชอบในสิ่งที่มาเร้านั้น เขาถือว่าการเปลี่ยน ระดับการ กระตุ้นที่มีมนุษย์หรือสัตว์ชอบหรือพอใจในเป้าตัวรางวัลที่ย้ายให้เกิดกิจกรรม การถูกขัดขวาง มิให้ได้รับสิ่งเร้าที่เขาชอบหรือพอใจนั้นก็คือ การถูกทำโทษ ดังนั้น การได้รับระดับของ สิ่งเร้าที่เราชอบหรือพอใจ อย่างพอเหมาะ จึงย่อมมีผลให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปอย่าง มีประสิทธิภาพ

3. ทฤษฎีคุณภาพของการกระตุ้น (STIMULUS QUALITY THEORY) ในขณะที่ ทั้งสองทฤษฎีต่างๆ ก็ยังอ้างถึงปริมาณของการกระตุ้น PAFMAN และคนอื่นๆ ให้ความสนใจ ที่คุณภาพของการกระตุ้น สิ่งเร้าที่มีคุณภาพย่อมมีอำนาจในการกระตุ้นพฤติกรรม อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าสิ่งเร้าที่ไม่มีคุณภาพ

แนวคิด PRECEDE-PROCEED

กรอบและแนวคิดนี้สร้างโดย Green & Kreuter , 1991 ซึ่งเป็นแนวคิดหรือรูปแบบจำลองที่ใช้ในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ที่พัฒนามาจาก PRECEDE Framework ของกรีนและคนอื่นๆ (Green et al, 1980) เพื่อให้การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมและสมบูรณ์ได้เน้นกิจกรรมหลัก สองกิจกรรมคือ การสนับสนุนการศึกษา (สุขศึกษา) และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Supportive Environment) ที่จะเอื้อต่อการมีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของบุคคล ชุมชน และสังคม

เป้าหมายในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ไม่สามารถแก้ปัญหาที่ตั้งต้องการได้ ในระยะ หลังนี้ ได้มีนักวิชาการพัฒนากรอบแนวคิด (framework) หรืออาจเรียกว่าโมเดลที่มีขั้นตอนในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยครอบคลุม สาเหตุหลายๆ ด้าน เช่น สาเหตุทางสังคม สาเหตุทางพฤติกรรมศาสตร์ สาเหตุทางการศึกษา สาเหตุทางด้านการบริหาร และสาเหตุ จากการประเมินผล และสาเหตุทาง ชีวการแพทย์ (พันธุกรรมเชิงคุณแลตนเอง) ซึ่งเรียกชื่อว่า 프리เซ็ด/โพรเซ็ด โมเดล (PRECEDE/PROCEDE โมเดล) ได้นำโมเดลนี้มาบรรยายในรายละเอียด และ ยกตัวอย่างการใช้ PRECEDE โมเดลเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคในช่องปาก

โมเดลในการวางแผนงานสำหรับวิเคราะห์ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาที่เรียกว่า พรื ซีดโมเดล มาจาก คำว่า PRECEDE เป็นคำที่ประกอบจากอักษรแรก ของคำเหล่านี้คือ Predisposed Reinforcing and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation ในระยะหลังได้พัฒนา โมเดลนี้ให้ทำงานได้กว้างขวาง ขึ้นจากเดิม โดยได้ใช้วิธีการ พรื ซีด PROCEED เข้าไปด้วย คำๆ นี้ ประกอบจากตัวอักษรแรกของคำ เหล่านี้คือ Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development ในระยะหลังโมเดลจึงสมบูรณ์ขึ้นเป็น โมเดล PRECEDE / PROCEED ซึ่งจะขยายงาน เป็นงานส่งเสริมสุขภาพแทน งานสุขศึกษา โมเดลนี้มี ประโยชน์มากสำหรับงาน สุขศึกษาและงานส่งเสริมสุขภาพ เป็น ที่นิยมใช้กันมากเพราะได้รวม หลักการหลายๆ หลักการ เช่น ระบาดวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งการบริหารงาน สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการ เปลี่ยนพฤติกรรม โมเดลใช้วิธีวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็น สาเหตุของ สุขภาพในขั้นตอนต่างๆ โดยศึกษาจาก สภาพการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ขึ้นไปหาสาเหตุ ว่าเกิด จากอะไร

การใช้ PRECEDE/PROCEED โมเดลจะทำให้ต้องตอบคำถามว่าทำไม ก่อนที่จะ ตอบคำ ถามว่า ทำอย่างไร นั่นคือปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ ควรจะวิเคราะห์ได้ก่อน ที่จะดำเนินกจิ กรรมของแผนงาน โดยใช้ความร่วมมือและกิจกรรมในการเก็บข้อมูลหลายๆวิธี เพื่อให้เข้าใจหุม ชนนั้น ถ้าหากไม่วิเคราะห์แล้ว กิจกรรมก็จะดำเนินไปโดยอาศัยการคาดเดา ทำให้มี ความเสี่ยงสูง ในการดำเนินไปผิดทิศทางและไม่ได้ ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

การใช้ PRECEDE/PROCEED โมเดลจะต้อง มีความเข้าใจสองประการคือ ประการแรก ต้องเข้าใจว่า สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย ประการที่สอง จะต้อง เข้าใจว่าการดำเนิน แผนงานเพื่อที่จะให้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริง ต้องอาศัย กระบวนการและ วิธีการหลายๆ วิธี โดยมี ลักษณะของการผสมผสานหรือบูรณาการในวิธีการ อย่างเหมาะสม

โมเดล PRECEDE

นั่นเป็นกรอบความคิดเพื่อวิเคราะห์ปัญหา สุขภาพและสาเหตุของปัญหาที่พอเพียงสำหรับ แผนงาน ทัศนศึกษา โดยมีขั้นตอน การวิเคราะห์ 6 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (social diagnosis) เป็นการพิจารณาและ วิเคราะห์ คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมุ่งไปที่ปัญหาต่างๆไปของสังคม ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจเจก บุคคลและสังคมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (epidemiology diagnosis) คือการระบุปัญหา สาธารณสุข เฉพาะอย่าง ซึ่งมีส่วนก่อให้เกิดปัญหาสังคมเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรม (behavior diagnosis) คือการระบุปัญหาพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ที่สัมพันธ์กับปัญหาสาธารณสุข ในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (educational diagnosis) เป็นการระบุปัจจัย โน้มน้ำว (predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) และปัจจัยสร้างเสริม (reinforcement factors) ที่เป็นต้นเหตุ ให้เกิดพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (administrative diagnosis)

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล การประเมินผล เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องอยู่ในโครงการ และเป็น กิจกรรมที่ต้องดำเนินต่อเนื่องกันไป

โมเดล PRECEDE/PROCEDE

เป็นกรอบความคิดที่เหมาะสมจะนำไปวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพและสาเหตุเพื่อวางแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพ เนื้อหาสำคัญที่โมเดล PRECEDE/PROCEDE มีเพิ่มขึ้น จากโมเดล PRECEDE ก็คือ ขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนการวิเคราะห์การบริหาร และขั้นตอนการประเมินผล สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์การบริหาร นั้นได้เพิ่มการวิเคราะห์นโยบายและ กฎระเบียบต่างๆ ทำให้ทันตแพทย์สามารถใช้กิจกรรมอื่นๆ นอกจากทางการศึกษา เพื่อนำไปสู่ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มี สุขภาพทางร่างกายและทางจิตที่สมบูรณ์ มีความผาสุกใน สังคม ส่วนขั้นตอนการประเมินผล ได้ขยายจากเดิมที่เป็น ขั้นตอนเดียวเป็น 3 ขั้นตอนโดยมีขั้นตอน ทั้งหมด 9 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 การวิเคราะห์ทางสังคม

ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา

ขั้นตอน 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยเพิ่มการวิเคราะห์ทางสิ่งแวดล้อมจาก PRECEDE

ขั้นตอน 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและการ จัดการ

ขั้นตอน 5 การวิเคราะห์ทางการบริหารและ นโยบาย

ขั้นตอน 6 การดำเนินงาน

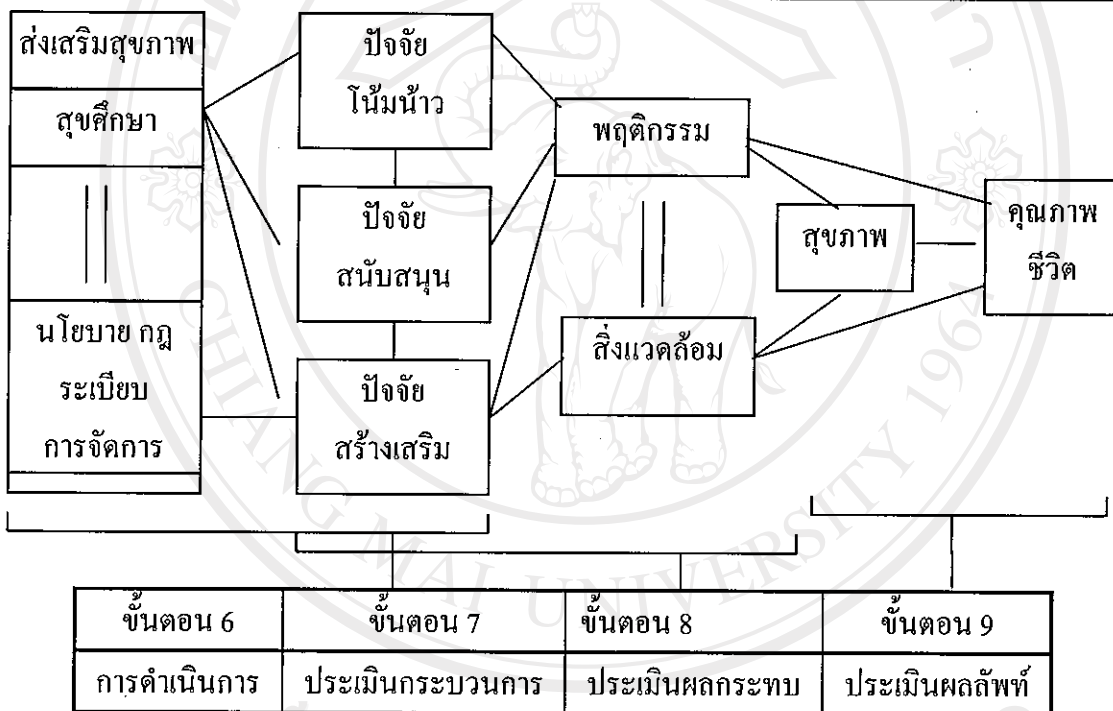
ขั้นตอน 7 การประเมินกระบวนการ

ขั้นตอน 8 การประเมินผลกระทบ

ขั้นตอน 9 การประเมินผลลัพท์

แผนภูมิ : การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED
 PRECEDE

ขั้นตอน 5	ขั้นตอน 4	ขั้นตอน 3	ขั้นตอน 2	ขั้นตอน 1
การวิเคราะห์ทาง การบริหารและ นโยบาย	การวิเคราะห์การ ศึกษาและการจัด การ	การวิเคราะห์พฤติ กรรมและสิ่ง แวดล้อม	การวิเคราะห์ ทางระบาดวิทยา	การวิเคราะห์ ทางสังคม



PROCEED

ที่มา : Lawrence W. Green, and Marshall W. Kreuter, Health Promotion Planning and Education and Environmental Approach. Toronto : May-Field Publishing Company, 1991, p.24

แผนภูมิ : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ



ที่มา : Lawrence W. Green, and Marshall W. Kreuter, **Health Promotion Planning and Education and Environmental Approach**. Toronto : May-Field Publishing Company, 1991, p.153

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

องค์การอนามัยโลกก็ได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยได้จัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องนี้ขึ้น ครั้งที่ 3 ที่เมืองซันด์สวาลด์ ประเทศสวีเดนในปี 2534 และ ครั้งที่ 4 ที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในปี 2540

สาระสำคัญของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้
กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)

1.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะ ในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ในการบรรลุซึ่งสุขภาพะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมบุคคลและกลุ่ม บุคคล จะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งหมายมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ ตอบสนอง ต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น สุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการ ดำรงชีวิต สุขภาพ เป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรสังคมและบุคคล รวมทั้งสมรรถนะของ ร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบ ของภาคสาธารณสุขเท่านั้นหาก แต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ จน ไปถึงเรื่องของสุขภาพะโดยรวม

ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี

เงื่อนไขและทรัพยากรพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืนความเป็นธรรม และความเท่าเทียม กัน ทางสังคม การที่จะปรับปรุงสภาวะสุขภาพจำเป็นต้อง มีรากฐานอันมั่นคงของปัจจัยพื้นฐาน เหล่านี้

กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ

ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ (Strategy) 5 ประการ ดังนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy)

เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตออกไปนอกภาคสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายใน ทุกภาค (ภาคสาธารณสุข และนอกภาคสาธารณสุข) และทุกระดับที่เกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึง ผลกระทบต่อสุขภาพจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับผิดชอบในผลกระทบต่อ สุขภาพที่เกิดขึ้น นโยบายส่งเสริมสุขภาพย่อมประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น กฎหมาย การคลัง ภาษี การปรับ องค์กร เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และ ความเสมอภาค ทางสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่างๆ ที่ปลอดภัยและมีผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ สะอาดและน่ารื่นรมย์กว่าเดิมด้วย

ในการนี้ จำเป็นต้องค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคอื่นๆ ที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข ไม่อาจ ดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้กำหนด นโยบายสามารถเลือกหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment)

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคั้งนั้น ชุมชนทุกระดับ (ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค โลก) จะต้อง ร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลก เป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อน ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน การงานและการพักผ่อนควรจะเป็นแหล่งที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้คนและวิธีที่สังคมจัดระบบการงานนั้น ก็ควรจะช่วยสร้างสังคมที่มีสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างเงื่อนไขการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟังพอใจและ สนุกสนาน การประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบ ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องของเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงานและการเติบโตของเขตเมืองนั้น เป็นมาตรการที่จำเป็น และหลังจาก นั้นจะต้องมีปฏิบัติการที่เป็นผลบวกต่อสุขภาพของสาธารณชน กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพใดๆ ก็ตาม จะต้องผนวกเรื่องของการพิทักษ์คุ้มครอง สิ่งแวดล้อม และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการ โดยการอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็น รูปธรรม และมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุดุสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้ดีที่เป็นเจ้าของของพวกเขา และการควบคุมความ เพียรพยายามและอนาคตของพวกเขา

การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากร (ทั้งมนุษย์ และวัตถุ) ภายในชุมชน เพื่อ ขกระดับ การช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยืดหยุ่น ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับ ในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop person skills)

การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้น เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่ม โอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ ตลอดชีวิตเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิต ในวัย

ต่างๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น หน่วยงานต่างๆ (เช่น การศึกษา สาธารณสุข ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น) จะต้องเป็นผู้ริเริ่ม จัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ในบ้าน ในที่ทำงาน ในชุมชนต่างๆ รวมทั้งภายใน หน่วยงานของตนเอง

5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (reorient health services)

ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบ ร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขสถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้อง ทำงานร่วมกันเพื่อบริการไปสู่สุขภาพของประชาชน

นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงาน ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคล และชุมชน มีสุขภาพที่ดี ขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ ยังจะต้องเปิดกว้าง ในการร่วมมือกับภาคอื่นๆ (เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม)

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ในด้านการ วิจัยทางสาธารณสุข และหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุข ที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)

เจตจำนงในการส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้ หันมาดำเนินการในเรื่อง “นโยบาย สาธารณสุขเพื่อสุขภาพ” และ รมรณรงค์ให้ทุกภาคของสังคมเกิดพันธกิจพันธนาการเมือง ในเรื่องของ “สุขภาพและความเสมอภาค” ต่อต้านภัยคุกคามจากผลิตภัณฑ์อันตราย, การขาดแคลน ทรัพยากร, สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม ที่บั่นทอนสุขภาพและ โภชนาการที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งควร เอาใจใส่ใน ปัญหาสาธารณสุข เช่น มลภาวะ อันตรายจากการประกอบอาชีพ ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย เป็นต้น หาทางลดช่องว่างทางสุขภาพภายในสังคมหนึ่งๆ และระหว่างสังคมต่างๆรวมทั้ง จัดการ กับปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากกฎเกณฑ์และการปฏิบัติ คำหนึ่งว่า ประชาชนเป็นทรัพยากรหลักของการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนและทำให้พวกเขามีความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และเพื่อนฝูง โดยการช่วยเหลือด้าน เงินทุนและอื่นๆ รวมทั้ง ยอมรับว่าชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่มีต่อเรื่องสุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ และสุขภาพของพวกเขา

ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข และทรัพยากร ไปสู่ทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพและ กระจายอำนาจไปสู่ภาคอื่นๆ และสาขาวิชาอื่นๆ ที่สำคัญที่สุดคือ ไปสู่ประชาชน

ตระหนักว่าสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นการลงทุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งและเป็น

เรื่องที่น่าท้อทาย อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงแง่มุมทางนิเวศวิทยาโดยรวม ที่เกี่ยวพันกับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตของคนเรา

กล่าวโดยรวม การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้เป็นยุทธศาสตร์ ที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากหลักการพื้นฐานของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” เพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” สำหรับประเทศอุตสาหกรรมที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองที่ก้าวหน้า โดยเกิดจากวิวัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพ ที่ขยายจากปัจจัยทางการแพทย์แบบชีวภาพ (เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ, เทคโนโลยีและบริการทางการแพทย์) มาสู่ปัจจัยทางพฤติกรรม จนมาถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและด้วยแรงผลักดัน จากการ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (ที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกขณะ) รวมทั้งการเคลื่อนไหวทาง สังคม (เช่น ประชาธิปไตย, ประชาสังคม, ความยุติธรรมทางสังคม, การเคารพสิทธิมนุษยชน, ความเสมอภาค, การพัฒนาแบบยั่งยืน เป็นต้น)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของประเทศจำเป็นต้อง พัฒนาองค์ความรู้ และทักษะที่จำเป็น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ต้องส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญๆ ที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของประเทศ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทราบสถานการณ์ ทางพฤติกรรมรวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เมื่อพิจารณาถึงข้อเท็จจริง และประเด็น ปัญหาต่างๆแล้ว การดำเนินงานในแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) สาขาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเอง ด้านสาธารณสุข(สาขาที่ 6) จึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขอนามัยเพื่อให้ ประชาชนมีความรู้ทักษะ และตระหนักถึงการป้องกันโรค และส่งเสริมบทบาทของประชาชนให้มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาสาธารณสุขในเบื้องต้น ก่อนการเข้ารับ การบริการสาธารณสุข ของรัฐและการใช้ประโยชน์จากองค์กรประชาชน รวมทั้งทรัพยากรของ ท้องถิ่นในการพัฒนา สาธารณสุข (สรงค์ กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ : 2541 , 5-11)

งานทันตกรรมป้องกันเป็นเป้าประสงค์หลักของงานทันตสาธารณสุข ในการที่จะพัฒนาให้มีทันต สุขภาพที่ดี สิ่งที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ตัวทันตแพทย์และคนไข้ รวมทั้งระบบที่จะเอื้อให้เกิดขึ้น เริ่มจากงานโครงการย่อยส่งผลต่อไปถึงระดับประเทศ และระดับ ชาติ งานทันตกรรมป้องกันในคลินิก จึงเป็นก้าวใหม่ที่สำคัญอีกก้าวหนึ่ง วิธีการให้สุขศึกษา อย่างเดียว

ในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร หรือในระยะยาว (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ 8-10 ตุลาคม,2533) งานทันตกรรมป้องกันในคลินิกมีส่วนช่วยทำให้เกิดการเห็นในรูปธรรมมากขึ้น

โรคในช่องปากที่พบมากคือโรคฟันผุและโรคปริทันต์ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาความรู้เกี่ยวกับการระบาดและสาเหตุการดำเนินของโรค ได้พัฒนาขึ้นอย่างกว้างขวาง ปี พ.ศ. 2499 องค์การอนามัยโลกได้มีการจัดรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับโรคใน ช่องปากที่สำคัญ ได้แก่ โรคฟันผุ,โรคปริทันต์, รวบรวมข้อมูลการใช้ ฟลูออไรด์,ข้อมูล ทันตบุคลากร ปี พ.ศ.2508 ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้พัฒนาและ กำหนดวิธีการมาตรฐาน สำหรับเก็บข้อมูลด้านระบาดวิทยา รวมทั้งดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลของโลก ปีพ.ศ. 2512 ได้จัดทำแผนที่โลกของโรคฟันผุในประเทศต่างๆ ต่อจากนั้นมีการกำหนดปัญหาและแนวทาง ดำเนินงานทาง ทันตสาธารณสุขโดยใช้ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา งานด้านการป้องกันได้มีการตื่นตัว มาตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการป้องกันในขณะที่โรคยังไม่เกิดขึ้นหรือในขั้นปฐมภูมิ (“เป้าหมายทันตสุขภาพของไทย” คณะทันตแพทยศาสตร์ มช.,2528)

โครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน ให้ความสนใจเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา ในช่วงอายุ 13-19 ปี ซึ่งเป็น วัยรุ่น เป็นวัยที่สำคัญที่ย่างเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตอย่างมาก ทำให้มีความต้องการสารอาหารมากขึ้น (Foster humsberger, 1989, p.368) อาหารที่รับประทานจึงควรเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างร่างกาย แต่เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ไม่ค่อยเลือกอาหาร มักจะหิวบ่อยกินจุ และชอบของหวาน (สุชา จันท์เอม, 2529, หน้า24) ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น มีปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และครอบครัวเข้ามามีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป เป็นวัยซึ่งกำลังพัฒนาวุฒิภาวะด้านต่างๆ มีความคิดเป็นของตนเองมากขึ้น สนใจสุขภาพตนเอง ชอบความสวยงาม ให้ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมและการศึกษาเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ได้รับเข้ามา (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์,2536) การให้คำแนะนำความรู้พฤติกรรมทันตสุขภาพ ย่อมเข้าถึง เป็นที่สนใจและยอมรับมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยตนเองที่ดีและปฏิบัติสืบ ต่อไปในอนาคต

ปริญดา จิรกุลพัฒนา (2536) ได้ศึกษาการให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในสังกัดกองการมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าต่อสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงใกล้เคียงกับ ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และ

สูงกว่าความเชื่ออำนาจโชคลาง มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ ($X = 100.24$, $SD = 12.95$) จากคะแนนเต็ม 253 คะแนน พบว่าหมวดพฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 69.84 ของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหมด รองลงมาคือหมวดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 49.75

ศิลกา ไตรไพบูลย์ (2532 : 129-133) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำ กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยหลัก (PREDISPOSING FACTOR) เช่น การรับรู้ในเรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสัมพันธ์กับ การทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ ส่วนทัศนคติต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยสนับสนุน (ENABLING FACTOR) เช่น ระบบสนับสนุนขององค์กรในการทำกิจกรรมกลุ่ม พัฒนาคุณภาพงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม กลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน แต่บรรยากาศขององค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับ การทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนา คุณภาพงานปัจจัยเสริม (REINFORCING FACTOR) ได้แก่ พฤติกรรม ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม กลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุนสามารถอธิบาย การทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนา คุณภาพงานของพยาบาลในกลุ่ม ตัวอย่าง ได้ร้อยละ 16.3 ($R^2 = 0.163$) และมีเมื่อเปรียบเทียบ อิทธิพลของแต่ละปัจจัย พบว่าปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยสนับสนุนมีอิทธิพล ต่อการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพงานแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการ ทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยหลัก และปัจจัยเสริมตาม ลำดับ

สายสุนีย์ ทับทิมเทศ (2528 : 9) ได้ศึกษาผลการฝึกการอดได้รอได้ ที่มีต่อการปฏิบัติ ด้านทัศนสุขภาพ พบว่าการศึกษาของบิตามารดา รายได้ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ได้ คะแนนเฉลี่ย การรายงานการปฏิบัติด้านการแปร่งฟัน และการรับประทานอาหารที่ถูกหลัก อนามัย ไม่แตกต่างกัน และได้คะแนนเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ไม่แตกต่างกัน

นภาพรณ์ พานิช และคณะ (2535 : ก) ได้ศึกษาความเปลี่ยนแปลงสภาวะโรคในช่องปาก ของนักเรียน โดยจัดกิจกรรมทันตสุขศึกษาและการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองและครูในการพัฒนาการเฝ้าระวังทันตสุขภาพของเด็กประถมศีกษาปีที่ 1-6 นักเรียนกลุ่มทดลอง 118 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 152 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปัญหา โรคฟันน้ำนม ผู้ในระดับชั้นประถมปีที่ 4 ต่ำกว่าก่อนทดลอง โรคฟันแท้ผู้ในระดับชั้นประถมปีที่ 2, 3, 4 และ 5 สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบในระดับชั้น ทุกชั้น ต่ำกว่าก่อนทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีปัญหาโรคฟันน้ำนมผู้ ในระดับชั้นไม่แตกต่างกัน โรคฟันแท้ผู้ในระดับชั้นประถมศีกษาปีที่ 4 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และโรคเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง ทุก

ระดับชั้นต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีปัญหาโรคฟันน้ำนมผุ ฟันแท้ผุ ในระดับกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีโรคเหงือกอักเสบในระดับกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับสถานะโรคฟันน้ำนมผุ ฟันแท้ผุ และโรคเหงือกอักเสบ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนแรงสนับสนุนของครูประจำชั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบในแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และคณะฯ (2540) จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ พ.ศ. 2537 สถานะโรคฟันผุในฟันถาวร กลุ่มอายุ 12 ปี พบว่าร้อยละ 53.9 มีฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.6 ซี่/คน ฟันซี่ที่ผุมากที่สุดคือ ฟันกรามถาวรล่างซี่ที่ 1 รองลงมาเป็นฟันกรามบนซี่ที่ 1 ฟันที่ผุส่วนใหญ่จะผุด้านเดียวคือด้านบดเคี้ยว กลุ่มอายุ 17-19 ปี พบร้อยละ 63.7 ของประชากรในกลุ่มอายุนี้มีโรคฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.4 ซี่/คน ฟันซี่ที่ผุมากที่สุดคือ ฟันกรามถาวรซี่ที่ 1 และ 2 ทั้งบนและล่าง นอกจากนี้ร้อยละ 19.4 ของผู้ที่มีฟันผุนี้ มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่/คน ซึ่งเป็นอัตราสูงค่อนข้างสูงอย่างน่าเป็นห่วง โดยฟันที่ผุส่วนใหญ่มีความรุนแรงมากจนไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ สถานะโรคปริทันต์ (CPI) กลุ่มอายุ 12 ปี ร้อยละ 2.3 เท่านั้นที่มีเหงือกปกติ ร้อยละ 75.3 เป็นผู้ที่ มีสถานะเหงือกอักเสบคือมีเลือดออก ร้อยละ 87.5 มีการสะสมของหินน้ำลาย มีเพียง 1.4 ส่วนใน 6 ส่วน เท่านั้นที่มีเหงือกปกติ เหงือกมีเลือดออก 1.1 ส่วน และมีหินน้ำลาย 3.5 ส่วน ซึ่งแสดง ให้น่าเห็นว่าอนามัยช่องปากและ สถานะปริทันต์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ในกลุ่มอายุ 17-19 ปี สถานะ โรคปริทันต์จะคล้ายคลึงกับใน กลุ่มอายุ 12 ปี โดยปัญหาส่วนใหญ่ยังคงมีหินน้ำลายร้อยละ 88.2 และ สถานะการมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 68.6 ค่าเฉลี่ยของส่วนที่มีสภาวะเหงือกปกติมีเพียง 1.1 เท่านั้น ในขณะที่มีเหงือกอักเสบ 0.5 ส่วน และมีหินน้ำลาย 4.3 ส่วน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 5.8 ของ ประชากรกลุ่มนี้เริ่มมีร่องลึก ปริทันต์

งานวิจัยในต่างประเทศ

Rosenberg และ Hovland (1960) ได้ให้แนวคิดแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ ด้านจิตใจ (affection), ด้านความรู้ (cognition) และพฤติกรรม (behavior) ซึ่งทั้ง 3 ด้านเกี่ยวโยงกัน เป็น การการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อทำที่ของบุคคล, วัตถุประสงค์ของหรือเหตุการณ์

และทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์ไดค์ (Thorndike's Learning Theory) เป็นความสัมพันธ์ เชื่อม โยง มีกฎ 3 ข้อ คือ

1. กฎเกี่ยวกับความพร้อม (The Law of Readiness) การเรียนจะเกิดขึ้นได้ดี เมื่อผู้เรียน มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ มีภาวะการรับรู้ การจูงใจที่เหมาะสม

2. กฎเกี่ยวกับการปฏิบัติ (The Law of Exercise) การได้กระทำซ้ำ หรือการได้ฝึกหัด จะทำให้ผู้เรียนรู้ ได้ผลดียิ่งขึ้น

3. กฎเกี่ยวกับผล (The Law of Effect) การกระทำ (Response) ที่ทำไปแล้วเกิดความพอใจ ทำให้มีความสุข ก็จะทำให้พฤติกรรมนั้นต่อไป และธอร์นไดค์ ยังเน้นการให้รางวัล เป็นสิ่งสำคัญในการถ่ายทอดการเรียนรู้ และให้ผู้เรียนนั้น นำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์

Chiodo และคณะฯ (1986) ได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยในคลินิกทันตแพทย์ โดยอาศัยทฤษฎีเชิงพฤติกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ (behavioral and humanistic approach) ได้เสนอแนะ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึ่ง มีความเหมาะสมที่จะปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ทางทันตกรรมได้เป็น อย่างดี โดยมีรูปแบบเป็นการให้คำปรึกษา เป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะสำรวจปัญหา (exploration phase), 2. ระยะสร้างความเข้าใจ (understanding phase) 3.ระยะปฏิบัติการ (action phase)

เดนิสัน (DENISON. 1969 : 731-735) ได้ทำการวิจัยเรื่องความแตกต่างในสุขปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะต่ำและนักเรียนที่มีฐานะปานกลาง ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาอังกิเบิร์ต และ แกลลาติน ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการศึกษาในเรื่องต่อไปนี้ 10 เรื่อง คือ โภชนาการ สุขภาพจิต สุขภาพในครอบครัว โรคติดเชื้อ สวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล สุขภาพ ชุมชน สุขภาพฟัน สันทนาการ และการพักผ่อน จากผลการวิจัยพบว่า โดยส่วนรวมสุขปฏิบัติ ของนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมาก แต่มีความแตกต่างกันในบางเรื่อง คือ นักเรียน ที่มีฐานะปานกลางจะมีสุขปฏิบัติดีมากในเรื่องโภชนาการและสุขภาพจิต ส่วนนักเรียนที่มีฐานะต่ำ จะมีสุขปฏิบัติดีมากในเรื่องสวัสดิศึกษา การปฐมพยาบาล และสุขภาพฟัน

อมอส (AMOS . 1984 : 151 - 153) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องอิทธิพลของ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้ออำนวย ที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยโดยใช้แบบสอบถาม ตามจากกลุ่ม ตัวอย่าง คือ นักเรียนในเมืองลากอส(LAGOS STATE) ประเทศไนจีเรีย (NIGERIA) จำนวน 400 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมจำนวน 10 โรงเรียน ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียนที่เรียนจากโรงเรียน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่แถบชานเมือง จำนวน 5 โรงเรียน ส่วนอีก 3 โรงเรียน เป็นโรงเรียน ที่อยู่ในตัวเมือง (URBAN) อีก 2 โรงเรียน เป็นโรงเรียนที่อยู่ในชนบท ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องโภชนาการและสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมในเมืองลากอส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.01)

2. การทำนายพฤติกรรมของแต่ละปัจจัย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P 0.05)

3. ปัจจัยทั้ง 3 ไม่สามารถอธิบายตัวแปรของพฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้ เมื่อมีการรวมตัวแปรตามทั้ง 2 ตัวเข้าด้วยกัน

4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนักเรียนในตัวเมือง ชานเมืองและชนบทที่อยู่ในเมืองลากอส พบว่าพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

5. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ในแต่ละปัจจัยสามารถทำนายและ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นและในทางบวกกับตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร

6. เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมด พบว่า ปัจจัยสนับสนุนมีความสำคัญในการทำ พฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นอันดับหนึ่ง ปัจจัยเอื้ออำนวย มีความสำคัญในการทำเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่รองลงมา และปัจจัยนำมีความสำคัญ ในการทำนายเฉพาะพฤติกรรมทางโภชนาการรองลงมาเช่นเดียวกัน

7. ความเชื่อเด่นชัดในเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าปัจจัยต่างๆ ในกลุ่มของปัจจัยนำ ขณะเดียวกันพบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด

8. ความสะดวกต่างๆ ที่มีอยู่ ทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ดีขึ้น ซึ่งมีความสำคัญมากกว่า การเข้าถึงของความสะดวกต่างๆ และฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา

9. ในปัจจัยสนับสนุน พบว่าพฤติกรรมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรม ของกลุ่มเพื่อน

10. ความรู้เรื่องสุขภาพไม่เป็นตัวทำนายที่ดี เท่ากับพฤติกรรมอนามัยของบิดามารดา และ กลุ่มเพื่อนๆ ต่อการทำนายพฤติกรรมอนามัยของนักเรียน

1. ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาของบิดามารดา มีความสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัย แต่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมทางโภชนาการ

2. เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชายในเรื่องพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรมทางสูบบุหรี่

3. คนที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพอนามัย พฤติกรรมทางอนามัย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สิ่งที่น่าสนใจ คือ ขนาดของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง(Experimental group) คือเข้าร่วมโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกันและกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) คือกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมในโครงการฯ กลุ่มที่เข้าโครงการมีการเรียนรู้และมีกิจกรรมทันตสุขภาพนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากที่นักเรียนเข้าร่วมโครงการทันตกรรมป้องกันเสร็จสิ้นลงแล้ว ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนขึ้นไป ทำการประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพจำนวน 30 ข้อ ทดสอบนักเรียนกลุ่มเดิม (กลุ่มที่เข้าโครงการ) และนำแบบสอบถามชุดเดียวกัน ทดสอบนักเรียนชั้นมัธยมที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ในวันและเวลาเดียวกันกับที่ใช้ทดสอบนักเรียนชั้นมัธยมที่เข้าโครงการฯ รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ได้ดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1. การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การทดลองและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จัดสรร(ไม่เจาะจง) ทั้ง 2 กลุ่มเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ของ โรงเรียนวัด โนนทัยพชีพ และ โรงเรียนนวมินทราชูทิศพชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมในโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (Experimental group) จัดสรร(ไม่เจาะจง) เข้าในโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน ครั้งละ 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 57 คน (ปีการศึกษา 2538) ได้รับการให้ความรู้ทางทันตสุขภาพ โดยนักเรียนทันตแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวนครั้งละ 5 คน ซึ่งหมุนเวียนกันมา เป็นการให้ความรู้และพฤติกรรมทันตสุขภาพแบบ 1 : 1 นักเรียนทุกคนที่เข้าโครงการฯ นี้จะถูกนัดหมายให้มาร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งนี้นัดมาห่างกันอยู่ในช่วง 1-2 สัปดาห์ มีการดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ

1.1 ระยะค้นหาปัญหา (Exploratory phase) นักเรียนจะตระหนักว่า มีปัญหาและตัวเขาเองเป็นเจ้าของปัญหา

1.2 ระยะเวลาสร้างความเข้าใจ (Understanding phase) นักศึกษาทันตแพทย์และนักเรียน ปรึกษากันเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางแก้ไข แนะนำและจูงใจ โดยยึดตัวผู้ป่วยเองเป็นหลักสำคัญ

1.3 ระยะเวลาปฏิบัติการ (Action phase) เป็นระยะที่นักเรียนตกลงใจ ที่จะปฏิบัติตาม โดยมีนักศึกษาทันตแพทย์เป็นผู้ประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้จนเป็นที่น่าพอใจ

การทดสอบหลังโครงการฯ ภายหลังจากที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้เข้าในโครงการฯ แล้ว ในช่วงระยะเวลา 2-8 เดือน นำแบบสอบถามวัดความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพจำนวน 30 ข้อ ทดสอบนักเรียนกลุ่มเดิม(กลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน) จำนวน 57 คน และนำแบบสอบถาม ชุดเดียวกัน ทดสอบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ (Control group) จัดสรรแบบไม่เจาะจง โดยได้รับความร่วมมือจากครูประจำชั้นและครูอนามัยของโรงเรียน เป็นจำนวน 57 คน ในวันและเวลาเดียวกันกับที่ใช้ทดสอบนักเรียนที่เข้าโครงการฯ รวมเป็นขนาดตัวอย่างจำนวน 114 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่สร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพหลักของครอบครัว จำนวนเงินที่ได้รับเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน การได้รับข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้ ประกอบด้วยโรคฟันผุจำนวน 2 ข้อ โรคเหงือกอักเสบจำนวน 3 ข้อ วิธีการแปรงฟันและแปรงสีฟัน 3 ข้อ เกี่ยวกับอาหาร 1 ข้อ และฟลูออไรด์ 1 ข้อ รวมเป็นจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติ ให้ตอบคำถามตามความเป็นจริงตอบได้มากกว่า 1 ข้อในข้อหนึ่งๆ แบ่งเป็นวิธีการทำความสะอาดฟัน 1 ข้อ, การตรวจและการสังเกตในช่องปากด้วยตนเอง 2 ข้อ, เกี่ยวกับอาหาร 1 ข้อ, การพบทันตแพทย์ 2 ข้อ การแปรงฟันและการเลือกซื้อและการรักษาดูแลแปรงสีฟัน 3 ข้อ รวมเป็นจำนวน 9 ข้อ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถาม พฤติกรรมทันตสุขภาพ มีข้อความบวกทั้งหมด คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบในความหมายของการปฏิบัติในลักษณะ 3 ประการดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นบางครั้ง
หรือบางวันเท่านั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบ ไม่มีพฤติกรรม/ การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือข้อความจริงทั้งหมด	ได้	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง หรือข้อความจริงบางส่วน	ได้	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ หรือไม่จริงทั้งหมด	ได้	0	คะแนน

การแปลงคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.00 หมายถึง นักเรียนมัธยมฯมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมทัศนสุขภาพสม่ำเสมอ

คะแนนเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง นักเรียนมัธยมฯมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมทัศนสุขภาพเป็นบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.49 หมายถึง นักเรียนมัธยมฯไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมทัศนสุขภาพ

ส่วนที่ 4 เป็นพฤติกรรมทัศนสุขภาพ ด้านความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าในแง่พฤติกรรมทัศนสุขภาพ ซึ่งแบ่งระดับของความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ เป็นด้านการแปร่งฟัน 1 ข้อ, การตรวจฟันจำนวน 1 ข้อ, ความคิดเห็นด้านความเชื่อทางทัศนสุขภาพ 2 ข้อ, โรคในช่องปาก 3 ข้อ, ความคิดเห็นเรื่องอาหาร 1 ข้อ, แปร่งสีฟัน 1 ข้อ, และหน้าที่ของฟัน 1 ข้อ ในจำนวน 10 ข้อนี้มีความคิดเห็นพฤติกรรมทัศนสุขภาพทางด้านบวกมี 6 ข้อ ความคิดเห็นพฤติกรรมทัศนสุขภาพทางด้านลบมี 4 ข้อ ดังนั้นการให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความความคิดเห็นพฤติกรรมทัศนสุขภาพ

ข้อความด้านบวก ถ้าตอบ "ถูก" จะได้ 1 คะแนน

ข้อความด้านบวก ถ้าตอบ "ผิด" จะได้ 0 คะแนน

ข้อความด้านลบ ถ้าตอบ "ถูก" จะได้ 0 คะแนน

ข้อความด้านลบ ถ้าตอบ "ผิด" จะได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมทัศนสุขภาพ ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ชั้นคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายชื่อ โดยใช้คะแนนดังนี้

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

คะแนนความคิดเห็นพฤติกรรมทันตสุขภาพ มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน การกำหนดคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นทางพฤติกรรมทันตสุขภาพในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50 - 4.99 หมายถึง มีความคิดเห็นทางพฤติกรรมทันตสุขภาพในระดับดี

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความคิดเห็นทางพฤติกรรมทันตสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความคิดเห็นทางพฤติกรรมทันตสุขภาพในระดับไม่ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 1.45 หมายถึง มีความคิดเห็นทางพฤติกรรมทันตสุขภาพในระดับไม่ดีมาก

3. การทดลองและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน จากเดือนพฤษภาคม 2538 ถึง เดือนเมษายน 2539 รวม 2 ภาคการศึกษา นักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการมีการวัดคะแนนความรู้ โดยใช้แบบสอบถามทั้งก่อนเข้าโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการที่มีการได้รับการเรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติ ในการดูแลทันตสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจากนักศึกษทันตแพทย์ หลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการฯ แล้วเว้นระยะประมาณ 2-8 เดือน นำแบบสอบถามวัดพฤติกรรมทันตสุขภาพมาทดสอบกับนักเรียนจำนวน 57 คน ในกลุ่มนักเรียนที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) แต่ไม่ใช่แบบสอบถามชุดที่นักเรียนได้เคยทำเมื่ออยู่ในโครงการฯ มีความแตกต่างจากแบบสอบถามชุดที่ใช้ในโครงการฯ ในส่วนที่เกี่ยวกับความรู้ ทักษะหรือความคิดเห็น และมีการปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมเรื่องต่างๆ มากกว่า และในวันและเวลาเดียวกัน ได้นำแบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้ในกลุ่มนักเรียนที่เข้าโครงการฯ มาทดสอบกับกลุ่มนักเรียนมัธยมที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอีกจำนวน 57 คน (กลุ่มเปรียบเทียบ) ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ชั้นปีเดียวกันและอยู่ห้องเดียวกันกับกลุ่มทดลอง (ที่เข้าโครงการฯ) โดยอาศัยความร่วมมือจากครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้น ซึ่งนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบมีลักษณะใกล้เคียงกัน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จัดแยกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ระหว่างกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมที่เข้าโครงการทันตกรรมป้องกัน (Control group) จากข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามเป็นจำนวนและร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และคะแนนร้อยละของความรู้ของนักเรียนมัธยมทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักเรียนที่เข้าโครงการฯ และไม่เข้าโครงการฯ โดยสถิติที่ใช้ทดสอบคือ T-test independent groups

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติของนักเรียนมัธยมทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เข้าโครงการและไม่เข้าโครงการฯ โดยสถิติที่ใช้ทดสอบคือ T-test independent groups และ เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เข้าโครงการและไม่เข้าโครงการฯ โดยสถิติที่ใช้ทดสอบคือ T-test independent groups และเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความคิดเห็น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอและแปลผลการวิเคราะห์

ลักษณะประชากรและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ของโรงเรียนวัดโนนทัยพาศ และโรงเรียนนวมินทราชูทิศพาศัย ทั้งกลุ่มที่เข้าในโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (Experimental group) จำนวน 57 คน และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าในโครงการฯ (Control group) ซึ่งอยู่ชั้นปีเดียวกันและห้องเรียนเดียวกันกับกลุ่มที่เข้าในโครงการฯ จำนวน 57 คน ตามตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้ ตารางที่ 1 จำแนกตามลักษณะเพศ แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนในกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้เข้าโครงการ (กลุ่มควบคุม)

กลุ่ม	นักเรียนมัธยม		จำนวนร้อยละ		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
กลุ่มเข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง)	1	56	1.8	98.2	57
กลุ่มไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)	6	51	10.5	89.5	57
รวม	7	107	12.3	187.7	114

จากตารางที่ 1 พบว่านักเรียนของกลุ่มที่เข้าโครงการ (กลุ่มทดลอง) เป็นชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75 เป็นหญิง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 98.25 กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการ (กลุ่มควบคุม) เป็นชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53 เป็นหญิง 51 คน คิดเป็นร้อยละ 89.47 ซึ่งใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนในกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) จำแนกตามอายุ

อายุนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
14	10	8.8
15	35	30.7
16	48	42.1
17	21	18.4
รวม	114	100

จากตารางที่ 2 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ามาเข้าร่วมในโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการ(กลุ่มควบคุม) มีอายุ 14 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 , อายุ 15 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 , อายุ 16 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และอายุ 17 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-16 ปี

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มเข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) จำแนกตามอาชีพหลักของครอบครัว

อาชีพหลักของครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	39	34.2
ค้าขาย, หรือทำธุรกิจส่วนตัว	48	42.1
เกษตรกรรรมทำนา, ทำสวน,ทำไร่	12	10.5
รับจ้าง	14	12.3
อื่นๆ	1	0.9
รวม	114.0	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่าอาชีพหลักของครอบครัว นักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) ส่วนใหญ่จะมีอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมาคืออาชีพรับราชการ,รัฐวิสาหกิจ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ

34.2 อาชีพรับจ้าง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 อาชีพเกษตรกรกรรมทำนา, ทำสวน,ทำไร่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และอาชีพอื่นๆ อีก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 พบว่าแต่ละกลุ่มอาชีพของครอบครัวมีจำนวนและร้อยละใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนที่เข้าโครงการและไม่เข้าโครงการฯ กับจำนวนเงินที่ได้รับเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

จำนวนเงินที่นักเรียนได้รับในแต่ละเดือน(บาท)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
250 - 1,000	83	72.81
1,001 - 2,000	25	21.93
2,001 - 8,000	6	5.26
รวม	114	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่าเงินรายได้ของนักเรียนที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายมาก ส่วนใหญ่ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 250 - 1,000 บาท มีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 72.81 ในช่วง 1,001 - 2,000 บาท มีจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9. และ 2,001 - 8,000 บาท มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนน การได้รับข้อมูลข่าวสารทางทัศนสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา ที่เข้าโครงการและไม่ได้เข้าโครงการฯ

การได้รับข่าวสารทางทัศนสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทางสื่อมวลชน เช่น วิทยุ, โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์	73	64.0
2. ครู	19	16.7
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11	9.6
4. จากคำบอกเล่าของผู้อื่น	11	9.6
รวม	114	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาทั้งที่เข้าร่วมโครงการและไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ มีความสนใจรับข้อมูลข่าวสารจากทางสื่อมวลชน โดยได้รับจากวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือ

พิมพ์ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมาได้รับจากครู ร้อยละ 16.7 และได้รับโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากคำบอกเล่าของผู้อื่นเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 9.6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลข่าวสารทางทัศนตสุภาพ ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่เข้าโครงการฯ และ ไม่ได้เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน

กลุ่มที่	จำนวน	\bar{X}	SD
เข้าโครงการฯ	57	1.8	1.0
ไม่เข้าโครงการฯ	57	1.5	1.0

จากตารางที่ 6 พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลข่าวสารทางทัศนตสุภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความแตกต่างกันเล็กน้อย กลุ่มที่เข้าโครงการสนใจได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ย 1.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ คือมีคะแนนเฉลี่ย 1.5 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนที่ตอบถูกต้องด้านความรู้ทางทัศนตสุภาพจากแบบสอบถาม 10 ข้อ 10 คะแนน ของนักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้เข้าโครงการ (กลุ่มควบคุม)

จำนวนคะแนนที่ตอบได้ถูกต้อง	จำนวนคนตอบถูกที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง)	จำนวนคนตอบถูกที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)	จำนวนร้อยละที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง)	จำนวนร้อยละที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)
3 คะแนน	-	1	-	1.8
4 คะแนน	-	3	-	5.3
5 คะแนน	-	3	-	5.3
6 คะแนน	3	6	5.3	10.5
7 คะแนน	18	23	31.6	40.4
8 คะแนน	15	17	26.8	29.8
9 คะแนน	21	3	36.8	5.3
รวม	57	57	100.0	100.0

จากตารางที่ 7 ร้อยละของคะแนนความรู้ของกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) ตอบได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มที่เข้าโครงการฯ ได้ 9 คะแนนมีร้อยละ

ละ 36.8 คอบถูก 8 คะแนน มี 26.8 ส่วนกลุ่มไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) ได้ 9 คะแนน มีเพียงร้อยละ 5.3 คอบถูก 8 คะแนน มีร้อยละ 29.8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่ตอบถูกด้านความรู้ทางทันตสุขภาพจากแบบสอบถาม 10 ข้อ 10 คะแนน ระหว่างนักเรียนที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)

กลุ่มที่	จำนวน	\bar{X}	SD	dp	t	p-value
เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง)	57	7.9	0.9	112.0	4.549	.0001
ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)	57	6.8	1.5	92.416	4.549	.0001

จากตารางที่ 8 พบว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้ของนักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ย 7.9 และไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) มีคะแนนเฉลี่ย 6.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มทดลอง 0.9 และกลุ่มควบคุม 1.5 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent จากค่า p-value พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00001 ($t = 5.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า นักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (กลุ่มทดลอง) มีพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้ดีกว่านักเรียนกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่ตอบถูกของพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติของกลุ่มนักเรียนที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และนักเรียนที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)

กลุ่มที่	จำนวน	\bar{X}	SD	df	t	P-value
เข้าโครงการฯ	57	10.0	1.6	112.0	5.337	0.0001
ไม่เข้าโครงการฯ	57	8.5	1.4	111.2	5.337	0.0001

จากตารางที่ 9 พบว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติของกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ย 10.0 ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ย 8.5 ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเข้าโครงการฯ 1.6 กลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ 1.4 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent จากค่า p-value พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ($t=5.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า นักเรียนกลุ่ม

ที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (กลุ่มทดลอง) มีพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการปฏิบัติดีกว่า
กลุ่มนักเรียนที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิด
เห็นของนักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และที่ไม่เข้าโครงการ (กลุ่มควบคุม)

ความคิดเห็นทันตสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		จำนวนร้อยละ		Mean (\pm SD)	
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1. ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้สะอาดและ ถูกวิธีสามารถป้องกันโรคในช่องปาก ได้	47	44	82.5	77.2	4.8(\pm 0.3)	4.7(\pm 0.4)
2. ท่านคิดว่าการไปตรวจฟันเป็นประจำมี ข้อดีคือถ้าพบความผิดปกติจะได้รับการ ได้ทัน	50	42	87.7	73.7	4.9(\pm 0.3)	4.7(\pm 0.4)
3. การศึกษาเรียนรู้ เรื่องพัฒนาการของฟัน และโรคเกี่ยวกับช่องปาก เป็นสิ่งที่น่า สนใจ	31	25	56.1	42.1	4.5(\pm 0.5)	4.5(\pm 0.6)
4. คนแก่ฟันข้อมหักไปเองตามธรรมชาติ	13	2	22.8	3.5	3.6(\pm 1.0)	2.4(\pm 0.9)
5. ท่านคิดว่าการถอนฟันทำให้เสีย ประสาท	12	4	21.1	7.0	3.7(\pm 1.3)	3.3(\pm 1.2)
6. ท่านคิดว่าถ้าเป็นโรคในช่องปาก(ฟันผุ เหงือกอักเสบ) มีผลเสียทำให้เกิดโรค อื่นๆ ในร่างกายตามมาได้	17	12	29.8	21.1	4.0(\pm 1.1)	3.9(\pm 1.1)
7. อาหารจำพวกผักและผลไม้ดิบมีเส้นใย ช่วยทำให้ฟันสะอาด	25	21	43.9	36.8	4.2(\pm 0.9)	4.1(\pm 0.8)
8. แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็งจะแปรงฟัน ได้สะอาดดีกว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรง อ่อน	15	8	26.3	14.0	3.7(\pm 1.1)	3.1(\pm 1.2)
9. ท่านคิดว่าการใช้ฟันเคี้ยวอาหารไม่ถูก ต้องตามหน้าที่จะทำให้เกิดผลเสียแก่ใบ หน้าและร่างกาย	23	21	40.4	36.8	3.6(\pm 1.0)	3.4(\pm 1.1)
10. โรคที่เกิดในช่องปากเมื่อรับประทานยา แก้ปวดหรือยาปฏิชีวนะแล้วจะสามารถ ทำให้โรคนั้นหายได้	15	9	26.3	15.8	3.8(\pm 1.1)	3.4(\pm 1.0)

จากตารางที่ 10 พบว่าพฤติกรรมทันตกรรมสุขภาพด้านความคิดเห็นเป็นดังนี้คือ

1. การแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธี จะป้องกัน โรคในช่องปากได้ นักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 47 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.3 ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) ตอบได้ถูกต้อง 5 คะแนน มี 44 คน คิดเป็นร้อยละ 77.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4

2. การไปตรวจฟันเป็นประจำมีข้อดี คือ ถ้าพบความผิดปกติ จะได้รับการรักษาได้ทัน มีคะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่งของกลุ่มทดลอง 50 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.3 ดีกว่ากลุ่มควบคุมตอบได้ถูกต้องมี 42 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4

3. การศึกษาเรียนรู้เรื่องพัฒนาการของฟันและโรคเกี่ยวกับช่องปากเป็นสิ่งที่น่าสนใจ พบว่าจำนวนร้อยละของกลุ่มควบคุมดีกว่ากลุ่มทดลอง คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่งของกลุ่มควบคุม 56.1 กลุ่มทดลอง 42.1 มีการกระจายของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 4.5 ส่วนกลุ่มควบคุม 4.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลอง 0.5 ส่วนกลุ่มควบคุม 0.6

4. ความคิดเห็นที่ว่าคนแก่นั้นฟันยอมหักไปเองตามธรรมชาติ คะแนนร้อยละของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายมาก โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนร้อยละทางด้านบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่งกลุ่มทดลองมีร้อยละ 22.8 กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 3.5 คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 3.6 ส่วนกลุ่มควบคุม 2.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่มพอๆ กัน มีการกระจายมากกว่าในกลุ่มทดลอง 1.0 ส่วนกลุ่มควบคุม 0.9

5. ความคิดเห็นที่ว่า การถอนฟัน ทำให้เสียประสาท พบว่าจำนวนร้อยละของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายมาก กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่ากลุ่มควบคุม คือร้อยละ 21.1 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 7.0 ค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า แสดงถึงความเข้าใจที่ถูกต้องดีว่ากลุ่มควบคุมคือกลุ่มทดลอง 3.7 ส่วนกลุ่มควบคุม 3.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่ม มีค่ามาก กลุ่มทดลอง 1.3 ส่วนกลุ่มควบคุม 1.2

6. ถ้าเป็นโรคในช่องปาก (ฟันผุ , เหงือกอักเสบ) มีผลเสียทำให้เกิดโรคอื่นๆ ในร่างกายตามมาได้ พบว่าจำนวนร้อยละของความคิดเห็นทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายมาก กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 29.8 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 21.1 ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง 4.0 มีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม 3.9 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลอง 1.1 กลุ่มควบคุม 1.1

7. การรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ดิบ มีเส้นใยช่วยทำให้ฟันสะอาด มีร้อยละของการกระจายของทั้ง 2 กลุ่มมาก กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นถูกต้องเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีร้อยละ

43.9 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.8 ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.2 มากกว่า กลุ่มควบคุม 4.1 มีความคิดเห็นที่ถูกต้องมากกว่า และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง 0.9 ส่วนกลุ่มควบคุม 0.8

8. ความคิดเห็นที่ว่า แปรปร่งสีฟันที่ขุ่นแปรปร่งแข็ง จะแปรปร่งฟันได้สะอาดดีกว่าแปรปร่งสีฟันที่มีขุ่นแปรปร่งอ่อน มีร้อยละของการกระจายของทั้ง 2 กลุ่มมาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 26.3 มากกว่า กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 14.0 ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 3.7 มากกว่า กลุ่มควบคุม 3.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง 1.1 กลุ่มควบคุม 1.2

9. การใช้ฟันเคี้ยวอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหน้าที่จะทำให้เกิดผลเสียแก่ใบหน้าและร่างกาย ทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายมาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 40.4 ส่วนกลุ่มควบคุม 36.8 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง 3.6 ดีกว่า กลุ่มควบคุม 3.4 แสดงถึงความคิดเห็นที่ถูกต้องมากกว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง 1.0 กลุ่มควบคุม 1.1

10. ความคิดเห็นที่ว่า การมีโรคที่เกิดในช่องปาก เมื่อรับประทานยาแก้ปวดหรือยาปฏิชีวนะแล้ว จะสามารถทำให้โรคนั้นหายได้ มีร้อยละของการกระจายของทั้ง 2 กลุ่มมาก กลุ่มทดลองมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีร้อยละ 26.3 มากกว่ากลุ่มควบคุมมีร้อยละ 15.8 ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 3.8 มากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 3.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มทดลอง 1.0 ส่วนกลุ่มควบคุม 1.1

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลรวมคะแนนเฉลี่ยที่ตอบถูกของพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิดเห็นของนักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการฯ (กลุ่มทดลอง) และที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม)

กลุ่มที่	จำนวน	\bar{X}	SD	df	t	P-value
เข้าโครงการฯ	57	40.6	3.6	112.0	3.889	0.0001
ไม่เข้าโครงการฯ	57	37.8	3.9	111.5	3.889	0.0001

จากตารางที่ 11 พบว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิดเห็นของกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ย 40.6 ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ย 37.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเข้าโครงการ 3.6 กลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ 3.9 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent จากค่า p-value พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ($t=3.89$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่านักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (กลุ่มทดลอง) มีพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความคิดเห็นดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมทันตสุขภาพ ด้านความรู้ ความคิดเห็น และการนำไปปฏิบัติของนักเรียนมัธยมศึกษา ภายหลังจากที่ได้เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน ว่ามีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีกว่า หรือมีความแตกต่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ไม่เคยได้เข้าในโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน

การดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) คือนำนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจากทางโรงเรียน โดยผ่านทางครูอนามัยโรงเรียน จัดสรรแบบไม่เจาะจงมาเข้าในโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน มีการทำกิจกรรม และนักเรียนได้รับการสอนทางด้านทันตสุขภาพและการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเอง โดยเว้นระยะเวลาหลังจากกลุ่มที่เข้าโครงการฯ แล้วประมาณ 2-8 เดือน และนักเรียนอีกกลุ่มคือ นักเรียนที่ไม่ได้เข้าในโครงการฯ ซึ่งจัดสรรแบบไม่เจาะจง นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มรวมเป็นจำนวน 114 คน ได้ทำแบบสอบถามทางพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทางด้านความรู้ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติและพฤติกรรมด้านความคิดเห็น ดังนี้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศพบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 14-17 ปี และมีจำนวนมากในช่วงอายุ 16 และ 15 ปี ตามลำดับ อาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว รองลงมาคืออาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ เงินที่ได้รับเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน มีการกระจายได้ต่ำสุด 250 บาทต่อเดือน สูงสุด 8,000 บาทต่อเดือน ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วอยู่ในช่วง 1,000 บาทถึง 1,500 บาทต่อเดือน

พฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้ ของนักเรียนชั้นมัธยมกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.9 ซึ่งดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ คือ 6.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มที่เข้าโครงการมีการกระจายน้อยกว่ากลุ่มไม่เข้าโครงการฯ คือ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ($t=4.55$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ พบว่า วิธีทำความสะอาดฟัน การเลือกซื้อแปรงสีฟัน การสังเกตเลือดออกกระหว่างการแปรงฟัน อาหารที่ชอบรับประทาน การปฏิบัติตัวเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน การ

ดูแลทำความสะอาดแปรงสีฟัน นักเรียนชั้นมัธยมกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า โดยมีคะแนนเฉลี่ย 10.0 ซึ่งดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ คือ 8.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มที่เข้าโครงการ 1.6 และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ 1.4 เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ($t=5.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

พฤติกรรมด้านความคิดเห็น พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธี ป้องกันโรคในช่องปากได้ การไปตรวจฟันเป็นประจำมีข้อดีคือถ้าพบความผิดปกติจะได้รับการรักษาได้ทัน คนแก่นั้นฟันย่อมหักไปเองตามธรรมชาติ การถอนฟันทำให้ประสาทเสียว โรคในช่องปากมีผลทำให้เกิดโรคอื่นๆ ในร่างกายตามมาได้ อาหารจำพวกผักและผลไม้ดิบ มีเส้นใยช่วยทำความสะอาดฟัน ความคิดเห็นเรื่องขนแปรงแข็งทำความสะอาดฟันได้ดีกว่าแปรงสีฟันขนแปรงอ่อน การใช้ฟันเคี้ยวอาหารไม่ถูกต้องตามหน้าที่จะทำให้เกิดผลเสียแก่ใบหน้า และร่างกาย ความเชื่อที่ว่าโรคที่เกิดในช่องปากเมื่อรับประทานยาแล้วจะสามารถทำให้โรคนั้นหายได้ โดยรวมแล้ว กลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนทัศนคติหรือความคิดเห็นดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.6 ซึ่งดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ คือ 37.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มที่เข้าโครงการ 3.6 และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ 3.9 เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test independent พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ($t=3.89$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่านักเรียนกลุ่มที่เข้าโครงการคลินิกทันตกรรมป้องกัน (กลุ่มทดลอง) มีพฤติกรรมทันตกรรมสุขภาพด้านความคิดเห็นดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่เข้าโครงการฯ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ในเรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านความรู้ของนักเรียนมัธยมกลุ่มที่เข้าโครงการฯ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ อย่างเห็นได้ชัดเจน แสดงถึงว่าการที่นักเรียนชั้นมัธยมที่มาเข้าโครงการฯ ได้รับการเรียนการสอนทางด้านทันตสุขภาพมาก่อน ย่อมมีความเข้าใจ และจำได้ มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ และด้านความคิดเห็นของกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนความคิดเห็นดีกว่าของกลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ แสดงถึงการที่นักเรียนชั้นมัธยมที่มาเข้าโครงการแล้วมีทัศนคติที่ดีทางด้านทันตสุขภาพ มีความเชื่อและความเข้าใจในทางที่ถูกต้องมากกว่าและมีการปฏิบัติที่ดี โดยมีคะแนนความแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เข้าโครงการฯ จะเห็นได้ว่าการให้สุขศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 17)

ส่วนคะแนนการปฏิบัติมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มนักเรียนมัธยมที่เข้าโครงการฯ และไม่เข้าโครงการฯ โดยกลุ่มที่เข้าโครงการฯ มีคะแนนการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ ก็จริงแต่

การใช้เพียงแบบสอบถามเท่านั้นจะทำให้ผลบางอย่างไม่ได้แสดงออกมาดังคำกล่าวของ Keisler, Collins and Miller ซึ่งการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ อย่างประกอบกัน ในการให้ทันตสุขศึกษาควรจะเน้นถึงการให้ที่สามารถจะนำไปปฏิบัติให้เห็นถึงคุณค่าของการนำไปปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องให้มากขึ้น มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง และการติดตามผลนักเรียนได้ปฏิบัติจริง เรียนรู้ด้วยการกระทำ ช่วยปลูกฝังและเสริมสร้างสุขนิสัยที่ดี (สุชาติ โสภประยูร, 2525 : 91) ซึ่งนักศึกษาทันตแพทย์ ที่ทำกิจกรรมในโครงการนี้ จำเป็นต้องตระหนักและนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการให้ทันตสุขศึกษา รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จัดในโครงการฯ เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ให้นักเรียนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพในทางที่ดี เห็นถึงคุณค่าของการนำไปปฏิบัติให้มากขึ้น สามารถดูแลด้วยตนเอง นำไปปฏิบัติเองได้ และมีการติดตามผลว่า มีการได้ทำหรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือไม่

2. ในการทำวิจัยต่อไป ควรศึกษาด้านอื่นๆ เพิ่มเติมเช่น การตรวจแผ่นคราบฟันของนักเรียนที่เข้าโครงการฯ แล้วเปรียบเทียบกับนักเรียนที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ ควยคู่กันไปด้วย ถึงในเรื่องการปฏิบัติ ที่จะเห็นผลชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพิ่มหัวข้อในการศึกษาอื่นที่น่าสนใจ เช่น การสนับสนุนทางสังคม บ้านโรงเรียน และชุมชน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่ทุกคนจะต้องมีบทบาทร่วมกัน การปลูกฝังพฤติกรรมที่เหมาะสมและเกิดขึ้นถาวรในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

บรรณานุกรม

- กาญจนา พึ่งเนตร. การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอัตลักษณ์แห่งตนของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาโรงเรียน. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2537.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : การประชุมสัมมนาทางวิชาการระดับชาติ เรื่อง "แนวทางการพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิกในประเทศไทย"; 2534, หน้า 20-36 และ 269-283.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : แนวทางพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ 8-10 ต.ค., 2533.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทาง การดำเนินงาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543, 2528
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. เอกสารประกอบการสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531
- ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า 2 แห่ง ใน จังหวัดเชียงใหม่ : เปรียบเทียบความรู้ด้านทันตกรรมก่อนและหลังการให้ทันตสุขภาพด้วยวิธีเสี่ยงตามสาย และแบบเรียนด้วยตนเอง, ตุลาคม 2534.
- นภาพรณี พานิช และคณะ ผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อสภาวะโรคเหงือกของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดชุมพร ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2535
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข", ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "งานสุขศึกษาในประเทศไทย" วารสารสุขศึกษา, ปีที่ 14 ฉบับที่ 53, 2534
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ", ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532
- ปริญดา จิรกุลพัฒนา. การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง

ด้านสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
ศาสตร. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ. 2536.

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์. ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยวัยต่างๆ. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหา
วิท วิทยาลัย เชียงใหม่, 2536.

เพ็ญศรี สิทธิสมวงศ์ และสุลักษณ์ ผลานวงศ์. “ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพของคน
ไทย 2 กลุ่ม”, การศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพของ
คนไทย 2 กลุ่ม : เอกสารการวิจัย . 2525, หน้า 69-99

ทรงศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์. “แผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข
(สาขาที่ 6)” วารสารสุขภาพศึกษา: กองสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . ก.
ย.-ธ.ค. 2541 ปีที่ 21 เล่มที่ 80

สาธารณสุข, กระทรวง . ร่างแผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง
ชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเอง
ด้านสาธารณสุข ,สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสา
ธารณสุข , 2539

สิทธิชัย ชุนทองแก้ว, ประทีป พันธุมนิช, ยุพิน ส่งไพศาล และชลรชา ทำนริดิชัย. “สุขภาพใน
ช่องปากของประชากรไทย สภาพปัจจุบัน ปัญหาและข้อเสนอแนะ” สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย, 2540.

สุชา จันทร์อม, จิตวิทยาวัยรุ่น. ไทยวัฒนาพานิช. กรุงเทพฯ, 2529.

สุรีย์ จันทร์โมลี. วิธีการทางสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ ม.ป.ท., 2525

อุทัยวรรณ กาญจนกมล . ปรัชญาและแนวคิดในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน. เอกสาร
ประกอบการสอนวิชา DPRR 483/2541 . คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2541

Amos Oladipo Aduroja. “The Influence of Predisposing Enabling and Reinforcing factor on
Certain Health Behaviors”, Unpublshed Doctoral Dissertation, University of
Michigan, 1884.

Bloom, BenJamin S. (ed). Taxonomy of Education Objective Hand Book I: Cognitive
Domain. New York : David Mckay Company. Inc, 1975.

Chiodo Gt, Rosenstein DJ, Clarke JH: Counseling principles for more effectivepatient
education. Community Dent.Oral Epidemol 14:190-2, 1986.

Dennison, Darwin. "Health Behavioral Differences Between Low and Middle Social class Students", The Journal of School Health, 39(10) : 731 – 735; December, 1969.

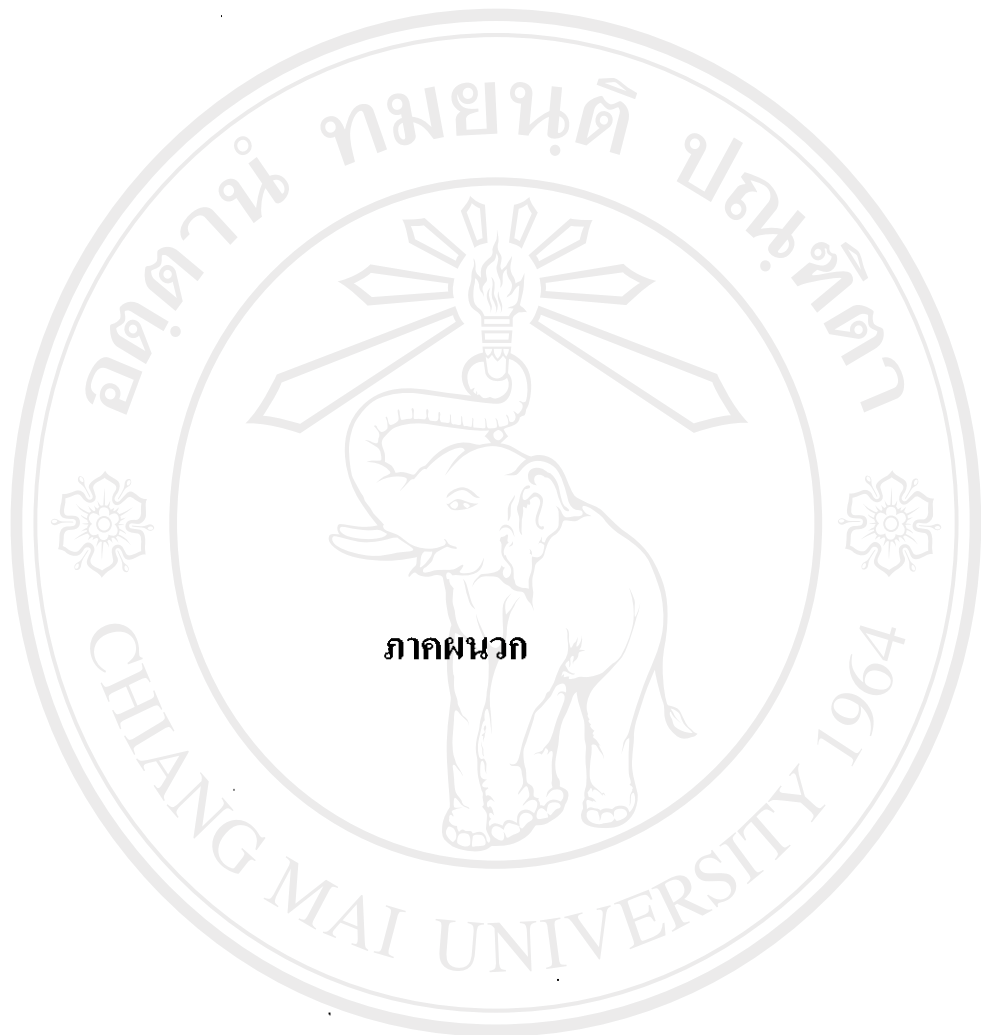
Family centered nursingcare of children Philadelphia : W.B. Sawnders.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. PREDEDE applied to school health education. In : health education planning : a diagnostic approach. Palo Al to, Calif May field Pub Co. 1980 : 142-58

Green LW, Kreuter MW. Health promotion today and a framework for planning. In : Health promotion planning : An education and environmental approach. 2 nd ed. Mountain view, CA; May field Pub Comp, 1991 : 17.

Green LW. How physician can improve patient's participation and maintenance in self care. West J.

Rosenberg, M.J. & Hovland C.J. : Cognitive, affective andbehavioralcomponents of attitudes. In Attitude organization and change. eds. C.J. Hovland & M.J. Rosenberg. New Heaven : Yale University Press, 1980.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทัศนสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามมีอยู่ 4 ส่วน โปรดเลือกคำตอบที่ต้องการแต่ละชนิด โดยขีดเครื่องหมาย / หน้าข้อความ

หรือเติมตัวเลข หรือข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ได้ใจความสมบูรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

- 1) เพศ ชาย
 หญิง
- 2) อายุ.....ปี (เศษของเดือนและวัน ปัดทิ้ง)
- 3) อาชีพหลักของครอบครัว
 รับราชการ รัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย หรือทำธุรกิจส่วนตัว
 เกษตรกรรม ทำนา ทำสวน ทำไร่
 รับจ้าง
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 4) จำนวนเงินที่ได้รับเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน.....บาท
- 5) ท่านได้รับข่าวสารทางทัศนสุขภาพ ทางใด
 สื่อมวลชน เช่น วิทยุ, โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์
 ครู
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 จากคำบอกเล่าของผู้อื่น
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทันตสุขภาพ ให้ขีดเครื่องหมาย ในข้อที่เห็นว่าถูกต้องมากที่สุด

1. โรคฟันผุ มีสาเหตุ มาจาก

- เชื้อแบคทีเรียที่มีในปาก
- อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลและเชื้อแบคทีเรีย
- ตัวแมงกินฟัน
- เนื้อฟันอ่อน ขาดแร่ธาตุ

2. เหงือกอักเสบ เกิดจาก

- มีแผ่นคราบฟันบนตัวฟัน
- มีหินปูนเกาะที่ตัวฟัน
- ขาดอาหาร
- มีแผลร้อนในบ่อย

3. สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ

- มีแผ่นคราบฟันบนตัวฟันเสมอ
- การขาดสารอาหาร เช่น วิตามินซี
- การรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด
- การแปรงฟันวันละ 2 เวลา

4. แผ่นคราบฟันคืออะไร

- เศษอาหารที่ติดฟัน
- เชื้อโรคในอาหารที่กินเข้าไป
- คราบแร่ธาตุที่สะสมในปาก
- คราบบนฟันที่มีเชื้อโรคอาศัยอยู่

5. แผ่นคราบฟันที่ยังไม่แข็งตัว สามารถกำจัดได้โดย

- หลุดเองโดยไม่ต้องทำอะไร
- การแปรงฟันที่ถูกวิธี
- บ้วนปากหลังรับประทานอาหาร
- ใช้เครื่องมือขูดออก โดยทันตแพทย์

6. วิธีแปร่งฟันที่ถูกต้องคือ

- วางขนแปรงทำมุม 45° กับคอฟัน ฟันบนแปรงลง ฟันล่างแปรงขึ้น ด้านบดเคี้ยวถูไป-มา
- วางขนแปรงขนานกับคอฟัน แปรงด้านนอกของฟันขึ้น-ลง ด้านบดเคี้ยวถูไป-มา
- วางแปรงขวางฟันทุกๆ ด้าน แล้วถูไป-มา
- แปรงตามถนัดให้ทั่วทุกด้าน

7. อาหารที่มีโทษต่อฟัน

- เนื้อสัตว์
- อาหารที่หวาน และจับติดฟัน
- อาหารพวกไขมัน
- อาหารพวกผักและผลไม้

8. ท่านคิดว่าควรเปลี่ยนแปรงสีฟันด้ามใหม่เมื่อใด

- ขนแปรงมีสีและกลิ่นเปลี่ยนไปจากเดิม
- รู้สึกว่าขนแปรงอ่อนแรงกว่าเดิมมาก แปรงไม่สะอาด
- เมื่อใช้ไปนานพอสมควร
- เมื่อขนแปรงบานออก

9. ถ้าท่านแปรงฟันผิดวิธีจะเกิด

- สูญเสียฟันไป เนื่องจากโรคฟันผุและโรคเหงือก
- เหงือกจะร่น ฟันสึก และมีอาการเสียวฟัน
- ฟันสกปรก มีกลิ่นปาก
- ถูกหมดทุกข้อ

10. ฟลูออไรด์ที่ใส่ในยาสีฟัน เพื่ออะไร

- เพิ่มรสและกลิ่นให้น่าใช้
- ป้องกันฟันผุ
- ทำให้เกิดฟอง น่าใช้
- ทำให้ฟันขาว

ส่วนที่ 3 ให้ขีดเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านปฏิบัติ หรือเติมข้อความในข้อวิธีอื่นๆ ที่เว้นไว้ให้ตรงตามความเป็นจริง

1. ท่านทำความสะอาดฟันโดย

- แปรงสีฟัน
- แปรงสีฟัน และไหมขัดฟัน (Dental foss)
- แปรงสีฟัน ไม้จิ้มฟัน และน้ำยาบ้วนปาก
- วิธีอื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. ท่านตรวจดูความสะอาดในช่องปาก หลังแปรงฟัน

- ตรวจสอบทุกครั้ง
- ตรวจสอบเป็นบางครั้ง
- ไม่เคย
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. อาหารที่ท่านชอบรับประทานบ่อยคือ

- ขนมหวาน
- ผลไม้สด
- ของขบเคี้ยว
- น้ำอัดลม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ท่านเคยมีเลือดออกระหว่างการแปรงฟันหรือไม่

- เคยเกือบทุกครั้ง
- ไม่ได้สังเกต
- เป็นบางครั้ง
- ไม่เคยมีเลย
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. ถ้าท่านปวดฟันมากสิ่งแรกที่จะทำคือ

- ทานยาแก้ปวด
- ไปพบหมอฟัน
- เอายามาบด แล้วใส่บริเวณฟันที่ปวด

ปล่อยไว้เดี๋ยวก็หาย

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ท่านแปรงฟันเมื่อใด

เมื่อตื่นนอนตอนเช้า

เมื่อตื่นนอนตอนเช้า และก่อนเข้านอน

หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนเข้านอน

เมื่อมีเวลาว่าง หรือบางครั้งหลังรับประทานอาหาร

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. ท่านเลือกซื้อแปรงสีฟันแบบไหน

ขนแปรงหน้าตัดโค้งตามแนวฟันและขนแปรงแข็ง

ขนแปรงหน้าตัดเรียบ ไม่แข็งเกินไป และมีด้ามตรง

ขนแปรงแข็ง หน้าตัดเรียบ และมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ

ขนแปรงหน้าตัดโค้งและมีด้ามโค้งตามอุ้งมือ

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. หลังแปรงฟันทุกครั้ง ท่านล้างแปรงให้สะอาดโดย

จุ่มลงในถ้วยน้ำ แล้วส่ายแปรงไป-มา

ใช้น้ำเย็นเทลาดลงบนแปรง พร้อมกับใช้นิ้วถู

ลาดด้วยน้ำร้อน

วิธีอื่นๆ (โปรดระบุ)

9. ท่านไปหาทันตแพทย์ บ่อยเพียงใด

เป็นประจำทุก 6 เดือนถึง 1 ปี

ไม่เคยไปหาทันตแพทย์เลย

ไปเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 4 เป็นส่วนที่แสดงความคิดเห็น ให้พิจารณาว่า ท่านเห็นด้วยกับข้อใดให้ขีดเครื่องหมาย /
ในช่องของข้อนั้น

หัวข้อ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการแปรงฟันให้สะอาด และถูกวิธีจะสามารถป้องกันโรคในช่องปากได้					
2. ท่านคิดว่าการไปตรวจฟันเป็นประจำ มีข้อดีคือ ถ้าพบความผิดปกติจะได้รักษาได้ทัน					
3. การศึกษาเรียนรู้ เรื่องพัฒนาการของฟันและโรคเกี่ยวกับช่องปาก เป็นสิ่งที่น่าสนใจ					
4. คนแก่ฟันยอมหักไปเอง ตามธรรมชาติ					
5. ท่านคิดว่าการถอนฟัน ทำให้เสียประสาท					
6. ท่านคิดว่า ถ้าเป็น โรคในช่องปาก (ฟันผุ,เหงือกอักเสบ) มีผลเสียทำให้เกิดโรคอื่นๆ ในร่างกายตามมาได้					
7. อาหารจำพวกผักและผลไม้ดิบ มีเส้นใยช่วยทำให้ฟันสะอาด					
8. แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็งจะแปรงฟันได้สะอาดดีกว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อน					
9. ท่านคิดว่าการใช้ฟันเคี้ยวอาหาร ไม่ถูกต้องตามหน้าที่ จะทำให้เกิดผลเสียแก่ใบหน้าและร่างกาย					
10. โรคที่เกิดในช่องปาก เมื่อรับประทานยาแก้ปวด หรือยาปฏิชีวนะแล้ว จะสามารถทำให้โรคนั้นหาย					