

ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคพิษในเด็กปฐมวัย
กรณีศึกษา หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร



นางสาว วิภาพร ล้อมสิริอุดม

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1529-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LAY'S UNDERSTANDINGS, AND PRACTICES REGARDING EARLY CHILDHOOD CARIES:
A VILLAGE CASE STUDY FROM NIKOMKUMSOI DISTRICT, MUKDAHARN PROVINCE

Miss Wipaporn Lomsiriudom

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science in Pediatric Dentistry

Department of Pediatric Dentistry

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1529-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคพิษในเด็กปฐมวัย
	กรณีศึกษา หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
โดย	นางสาว วิภาพร ล้อมสิริอุดม
สาขาวิชา	ทันตกรรมสำหรับเด็ก
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ธนิส เหมินทร์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์)

วิภาพร ล้อมสิริอุดม : ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
กรณีศึกษา หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. (LAYS

UNDERSTANDINGS, AND PRACTICES REGARDING EARLY CHILDHOOD CARIES: A
VILLAGE CASE STUDY FROM NIKOMKUMSOI DISTRICT, MUKDAHARN PROVINCE)

อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ชุตติมา ไตรรัตน์วรกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม :
อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ปิยะฉัตร พัทธานนุชิต 225 หน้า. ISBN 974-17-1529-3.

การศึกษาเรื่องความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบ
แผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน รวมทั้งพฤติกรรมความเสี่ยง การให้อาหาร
นม และขนม พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก การป้องกันและการจัดการเมื่อเด็กเกิด
โรคฟันผุ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสังเกต
แบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เจาะลึก การใช้สื่อแผนภาพ
ร่วมกับการใช้ข้อมูลเอกสาร และการตรวจสภาพช่องปากเด็ก ในเด็กตัวอย่าง 38 ราย และ
กรณีศึกษา 12 ครอบครัว ใช้เวลาเก็บข้อมูลรวม 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน มีทั้งส่วนที่สอดคล้องและ
แตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากการมีพื้นฐานความคิดบนความจริงที่ต่างกัน
ส่วนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนั้น พบว่าชาวบ้านมีการผสมผสานความรู้ที่ได้รับ
จากหลายแหล่งร่วมกันจนนำไปสู่การปฏิบัติ ผ่านการขัดเกลาทางสังคมโดยการถ่ายทอดในระดับ
ครอบครัวและชุมชน โรงเรียน สื่อต่างๆ รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ชาวบ้านมีวิถีคิดและการปฏิบัติที่ยอมรับความเป็นไปตามธรรมชาติ ให้ความสำคัญความ
ผิดปกติที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่เห็นเด่นชัด ให้คำอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆอย่างเป็นรูปธรรม คาดหวัง
การรักษาเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดที่รบกวนชีวิตประจำวัน ชาวบ้านเลือกที่จะดูแลรักษาตนเอง
เป็นอันดับแรกเมื่อมีปัญหาจากโรคฟันผุ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับ ความรุนแรงของ
อาการและประสบการณ์การรักษา การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจถูกชาวบ้าน
แปลความหมายที่ต่างออกไปได้ การทำความเข้าใจต่อวิถีคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านดังกล่าว
จะช่วยในการหามาตรการที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน อันจะ
นำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

ภาควิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก
สาขาวิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

437 61126 32 : MAJOR PEDIATRIC DENTISTRY

KEY WORD: LAY'S UNDERSTANDINGS / LAY'S PRACTICES / EARLY CHILDHOOD CARIES / EXPLANATORY MODEL

WIPAPORN LOMSIRIUDOM : LAY'S UNDERSTANDINGS, AND PRACTICES REGARDING EARLY CHILDHOOD CARIES: A VILLAGE CASE STUDY FROM NIKOMKUMSOI DISTRICT, MUKDAHARN PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.CHUTIMA TRAIRATVORAKUL, THESIS COADVISOR : PIYACHAT PATCHARANUCHAT, 225 pp. ISBN 974-17-1529-3.

The purpose of this descriptive study was to identify lay's explanatory model and practices regarding early childhood caries (ECC) in one village from Nikomkumsoi district, Mukdaharn province, in light of child rearing style, consumption behavior and oral hygiene practice. In addition, a preventive and treatment strategies when one is aware of dental caries. Different qualitative data collection techniques were used including a participant observation, an informal and in-depth interviews, pile sorting, records and oral examination of 38 children and 12 familial case studies at the 6 month - intervals.

The results show that the lay's explanatory pattern and practices regarding ECC in this village are influenced by own's and family's experiences, education through school system, medias and health care providers through socialization. Some of them fit to professional knowledge, while some do not, due to different reality background. Lay's belief bases on accepted natural phenomena. Most oral health practices aim for emergent pain relief. Lay people manage their oral illness episodes by themself at most. Care seeking for dental illness depends on severity and past experience of oral care. Explanations given by health practitioners may be misinterpreted by the villagers. The understanding from the present study should help health care providers administer appropriate medical and dental interventions that are culturally suitable to popular thought, beliefs and lifestyle to improve public oral health goals.

Department of Pediatric Dentistry
Field of study Pediatric Dentistry
Academic year 2002

Student's
Advisor's
Co-advisor's

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ทพญ.ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล และ ผศ.ทพญ.ปิยะฉัตร พัทธานุกัศตร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนถึงแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ทพ.ธนีส เหมินทร์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ทพ.ทรงวุฒิตวงรัตนพันธ์ ที่ได้กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา รวมถึงให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่มีค่ายิ่ง ตลอดการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านอู่ไม้ ที่เอื้อเฟื้อ ให้ความร่วมมือและมอบข้อมูลอันมีค่า เพื่อเป็นวิทยาทานในการศึกษาอย่างยิ่ง ขอขอบคุณ คุณพวงบุปผา นาโสก ผู้ช่วยเหลือในระหว่างการเก็บข้อมูลในพื้นที่

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน ขอขอบคุณ บริษัทคอลเกต - ปาล์มโกลีฟ ประเทศไทย จำกัด และ บริษัทไลอ้อนประเทศไทย จำกัด ที่เอื้อเฟื้อแปรงสีฟันและยาสีฟัน เป็นสิ่งตอบแทนผู้ให้ข้อมูลและผู้ช่วยเหลือในการวิจัย

ขอขอบคุณ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยบ้านเหล่ากลางทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลบางส่วน ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน ตลอดการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ในการอนุเคราะห์ที่พักระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณ ทพ.นุกุลกิจ รุสสิตานนท์ ทันตแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในกลุ่มนี้ และขอขอบคุณผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอแสดงความระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของคุณ ขอขอบคุณ อาจารย์บุญชนะ ล้อมสิริอุดม น้องชาย และ คุณไทรรงค์ รักกสิกร ที่คอยช่วยเหลือ ให้การดูแล ห่วงใย เป็นกำลังใจ และสนับสนุนการทำงานด้วยดีตลอดมา

คุณงามความดีและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

วิภาพร ล้อมสิริอุดม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดและทฤษฎี.....	7
การให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวบ้าน.....	10
แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค.....	17
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมิติทางการแพทย์.....	23
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมุมมองของชาวบ้าน.....	41
เงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ก ปฐมวัย.....	47
ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวผู้ไทย.....	50
ทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	55
พื้นที่และการเลือกพื้นที่ศึกษา.....	55
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การควบคุมคุณภาพข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
ประเด็นปัญหาทางจริยธรรม.....	67
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	68
การได้มาของข้อมูล.....	68
ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน.....	71
ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล.....	80
สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง.....	84
แนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย.....	86
ธรรมชาติของฟันน้ำนม.....	86
แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุ.....	87
การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย.....	104
การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ.....	104
รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก.....	104
พฤติกรรมกรับบริโภคอาหาร.....	104
พฤติกรรมกรับป้องกันโรคฟันผุ.....	111
การปฏิบัติของชาวบ้านเมื่อเด็กเป็นโรคฟันผุ.....	115
การดูแลด้วยตนเองเมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก.....	116
การดูแลตนเองเมื่อเด็กเป็นแห้วแมง.....	116
การใช้ระบบการแพทย์พื้นบ้านดูแลเมื่อเด็กเป็นแห้วแมง.....	117
การรักษาเมื่อเด็กมีปัญหาโรคฟันผุ.....	119
อิทธิพลของทัศนบุคลากรที่มีต่อการปฏิบัติแบบชาวบ้าน.....	125
กรณีศึกษา.....	128
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	147
สรุปผลการวิจัย.....	147
อภิปรายผล.....	149
ภาพรวมความคิด ความเชื่อของชาวบ้าน.....	150

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความแตกต่างระหว่างวิธีคิดแบบชาวบ้านและแนวคิดทางการแพทย์.....	150
กระบวนการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านการขัดเกลาทางสังคม.....	157
การขัดเกลาในครอบครัว.....	157
การขัดเกลาผ่านการศึกษาในโรงเรียน.....	159
การขัดเกลาผ่านสื่อต่างๆ.....	160
การส่งผ่านความรู้จากเจ้าหน้าที่และระบบบริการสาธารณสุข.....	161
ประเด็นที่น่าสนใจบางประการจากแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน....	163
การจำแนกโรคโดยใช้อาการและลักษณะที่ปรากฏ.....	163
ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน.....	165
ความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วเสียสายตา.....	167
ประเด็นที่น่าสนใจจากการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	
เด็ก.....	169
พฤติกรรมกรให้อาหารเด็ก.....	169
การเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก.....	169
การใช้ช้อนและ.....	170
นมกับการเกิดฟันผุในเด็ก.....	173
การบริโภคขนม.....	175
ขนมเป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก.....	175
เฉพาะลูกอมเท่านั้นที่ทำให้ฟันผุ.....	177
การทำความสะอาดช่องปาก.....	179
การให้เด็กแปรงฟันเอง.....	179
การเริ่มแปรงฟันให้เด็ก.....	180
การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแปรงฟัน.....	181
การดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก.....	181
ความหลากหลายของการดูแลสุขภาพช่องปาก.....	182
การแสวงหาการรักษาเมื่อเด็กมีอาการจากโรคฟันผุ.....	182
การคงอยู่ของการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง.....	183
ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็ก.....	186

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะ.....	195
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการศึกษา.....	196
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยขั้นต่อไป.....	197
รายการอ้างอิง.....	198
บรรณานุกรม.....	210
ภาคผนวก.....	211
ภาคผนวก ก.....	212
ภาคผนวก ข.....	213
ภาคผนวก ค.....	215
ภาคผนวก ง.....	217
ภาคผนวก จ.....	219
ภาคผนวก ฉ.....	220
ภาคผนวก ช.....	221
ภาคผนวก ซ.....	223
ภาคผนวก ฌ.....	224
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	225

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่เคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อน.....	25
ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรในหมู่บ้านที่ทำการศึกษา.....	73
ตารางที่ 3 ลักษณะบางประการของเด็กกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	82
ตารางที่ 4 การจำแนกกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้อายุของผู้เลี้ยงดูเป็นเกณฑ์.....	83
ตารางที่ 5 การจำแนกกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเป็นเกณฑ์.....	83
ตารางที่ 6 การจำแนกครอบครัว โดยใช้อำนาจบุตรเป็นเกณฑ์.....	83
ตารางที่ 7 การจำแนกครอบครัว โดยใช้รายได้ของครอบครัวเป็นเกณฑ์.....	84
ตารางที่ 8 ผลการตรวจสภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง.....	84
ตารางที่ 9 ผลการตรวจสภาพช่องปากเด็กกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบกับผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5.....	86
ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับฟันน้ำนมลักษณะต่างๆ.....	98
ตารางที่ 11 ชนิดของนมที่เด็กกลุ่มตัวอย่างรับประทานบ่อยๆ.....	107
ตารางที่ 12 สรุปลักษณะและเงื่อนไขบางประการของครอบครัวกรณีศึกษา.....	146
ตารางที่ 13 ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบ กับแนวคิดทางทันตแพทย์.....	151
ตารางที่ 14 แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตาม ผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก.....	189

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
ภาพที่ 1 องค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพในสังคม.....	11
ภาพที่ 2 ปัจจัยซึ่งเป็นส่วนประกอบของขบวนการเกิดฟันผุ.....	28
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
ภาพที่ 5 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งของบ้านอู่ไม้ ในอำเภอนิคมน้ำอ้อย.....	72
ภาพที่ 6 ลักษณะบ้านเรือนทั่วไปในชุมชนบ้านอู่ไม้.....	72
ภาพที่ 7 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งและภาพของสถานที่สำคัญในหมู่บ้าน.....	77
ภาพที่ 8 แผนที่แสดงที่ตั้งบ้านของเด็กกลุ่มตัวอย่าง.....	81
ภาพที่ 9 ร้อยละของการผุในฟันน้ำนมซี่ต่างๆของเด็กกลุ่มตัวอย่าง.....	85
ภาพที่ 10 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวปกติ”.....	88
ภาพที่ 11 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหลิง”.....	89
ภาพที่ 12 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวกร่อน”.....	91
ภาพที่ 13 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวผุ”.....	91
ภาพที่ 14 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหียน”.....	91
ภาพที่ 15 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวแมง”.....	92
ภาพที่ 16 การแสวงหาการรักษาเมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน.....	184

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคฟันผุ ยังคงเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 0-3 ปี) จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี พบว่า มีอัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม สูงถึงร้อยละ 61.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.4 ซึ่งต่อคน เมื่อศึกษาลักษณะการกระจายของรอยผุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการผุที่ฟันตัดหน้าน้ำนมบน 4 ซึ่ง รองลงมาคือ ฟันกรามน้ำนมล่างและฟันกรามน้ำนมบน ส่วนฟันเขี้ยว น้ำนมและฟันตัดหน้าน้ำนมล่างมีการผุน้อย และฟันที่เป็นโรคนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97) เป็นฟันที่ไม่ได้รับการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, 2537)

เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในเขตอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบมีอัตราการเป็นโรคฟันผุสูงเช่นเดียวกัน จากข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ของฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2544 พบว่า ให้บริการถอนฟันถึงร้อยละ 31.8 และในจำนวนนี้เป็นการถอนฟันตัดหน้าน้ำนมบน สูงถึงร้อยละ 52 (โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย, ฝ่ายทันตสาธารณสุข, 2544) เมื่อพิจารณาผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอนิคมคำสร้อย ประจำปีงบประมาณ 2543 พบว่าเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง มีอัตราการเป็นโรคฟันผุเกินร้อยละ 50 (โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย, ฝ่ายทันตสาธารณสุข, 2543-2544) และเมื่อพิจารณาผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตตำบลกกแดง ในปีงบประมาณเดียวกัน พบว่ามีอัตราโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 85.9 ในจำนวนนี้ พบเป็นการผุบริเวณฟันตัดหน้าน้ำนมบนมากที่สุด (ข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขจากสถานีอนามัยบ้านเหล่ากลาง ตำบลกกแดง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ประจำปี 2543 - 2544)

ลักษณะการผุที่บริเวณฟันหน้าน้ำนมบน เข้าได้กับลักษณะของ “โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย” (Early Childhood Caries: ECC) จากการศึกษาที่ผ่านมา เชื่อว่าสาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนี้ เกิดจากการที่ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีพฤติกรรมการเลี้ยงนมหรือของเหลวอื่นอย่างไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้เด็กหลับไปพร้อมกับการคาขวดนมไว้ในปาก (Shantinath et al., 1996) หรือการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างไม่ถูกวิธี (Tsubouchi et al., 1994) เป็นต้น นอกจากนี้ การขาดการทำ ความสะอาดช่องปากเด็กที่เหมาะสม เป็นอีกปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดฟันผุได้ง่ายขึ้น (Moss, 1996)

ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนี้ นอกจากทำให้เกิดความเจ็บปวด ติดเชื้อ การบดเคี้ยวทำได้ยาก เกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีความผิดปกติของทางเดินอาหารแล้ว

(Billings, 1996) เด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ (Acs et al., 1992) และส่งผลเสียต่อพัฒนาการในการพูด สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กอีกด้วย (Davies, 1998) เด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีโอกาสสูงที่จะมีฟันผุตามมาในชุดฟันน้ำนมซี่อื่นๆ (ระวีวรรณ ปัญญางาม และ ยุทธนา ปัญญางาม, 2535; O'Sullivan and Tinanoff, 1993a) และการผุในชุดฟันแท้ (Kaste et al., 1992) อีกทั้งมักเกิดโรคในฟันหลายซี่ และเกิดในเด็กเล็กที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษา การรักษาทำได้ยาก และไม่สามารถหยุดการดำเนินไปของโรคได้ ทำให้ต้องรักษาภายใต้การดมยา ซึ่งผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นมาก (Ramos-Gomez et al., 1996) และรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาทางทันตกรรมในเด็กกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน

จากการที่เด็กในวัยต่ำกว่า 3 ปี ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ มีภาวะต้องการการพึ่งพาสูง การที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากดีหรือไม่ จึงขึ้นกับความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเป็นสำคัญ โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเกิดขึ้นได้ง่ายมาก ถ้าผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของเด็ก จะเห็นได้ว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความชุกของโรคสูงในประเทศไทย และทำให้เกิดผลเสียต่างๆตามมาหลายประการ ทั้งที่ ฟันผุเป็นโรคซึ่งสามารถป้องกันได้ การทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาดังกล่าว โดยการศึกษาถึงความเข้าใจและการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและมีความสำคัญยิ่ง

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกันสำหรับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการใช้วิธีแก้ปัญหา โดยอาศัยแนวคิดจากมุมมองทางทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการเน้นย้ำให้เลิกใช้ขวดนมเมื่ออายุหนึ่งปีถึงหนึ่งปีครึ่ง หรือการจ่ายน้ำยาฟลูออไรด์ให้ผู้ปกครองหยดให้เด็กรับประทานทุกวัน แต่ยังคงพบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยยังคงอยู่ในระดับสูง อาจเป็นไปได้ว่าทันตสุขศึกษาที่ให้ หรือวิธีการป้องกันโรคที่แนะนำ เข้าไม่ได้กับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ทำให้การยอมรับและการปฏิบัติตามทำได้ยาก ดังเห็นได้จากรายงานผลโครงการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ พบว่า เด็กมากกว่าร้อยละ 80 ยังคงดูดขวดนม จนถึงอายุ 2-3 ปี และจากการสอบถามแม่หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 0-2 ปี พบว่าร้อยละ 48 ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม (ปิยะดา ประเสริฐสม และ ศรีสุดา ลีละศิธร, 2542) หรือ จากการประเมินอัตราการใช้น้ำยาฟลูออไรด์ ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบว่า มีผู้ปกครองเพียงร้อยละ 35.1 ที่หยอดฟลูออไรด์ให้บุตรหลานเป็นประจำ (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ, 2540)

จากข้อมูลในรายงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาที่ใช้เพียงแนวคิดจากมุมมองทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่ได้ใช้ผู้ปวยเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหา การไม่เข้าใจถึงวิถีชีวิตหรือ

การมองสภาพการณ์ของผู้ประสบปัญหา ทำให้ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ในประชาชน การขาดความเข้าใจถึงเหตุผล หรือความหมายของพฤติกรรมที่แท้จริง ทั้งที่การกระทำทุกอย่างของบุคคลล้วนมีความหมาย และสะท้อนถึงระบบความคิด ระบบการให้คุณค่า ด้วยเหตุนี้ การศึกษาแบบแผนการอธิบายโรคในมิติของชาวบ้าน (popular view หรือ emic view) จะช่วยให้เข้าใจถึงระบบคิด การให้ความหมายพฤติกรรม รวมทั้งเงื่อนไขและบริบท ซึ่งมีส่วนกำหนดให้ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ไม่ถูกต้อง ตามทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ได้ นอกจากนี้ ในทุกสังคมยังมีระบบการดูแลสุขภาพส่วนที่นอกเหนือจากการดูแลจากวิชาชีพ ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นเพียงหนึ่งในระบบย่อยของทั้งระบบสุขภาพรวมเท่านั้น ดังนั้น การเริ่มต้นจากการศึกษาถึงความเข้าใจ และการปฏิบัติที่มีผลต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งผู้เลี้ยงดูเด็กมีอยู่แต่เดิม แล้วจึงค้นหากระบวนการ เพื่อประยุกต์แนวทางการส่งเสริมป้องกันทางการแพทย์ ให้เข้ากับระบบวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน จะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้มากขึ้น ในแง่ของความร่วมมือกันต่อการแก้ปัญหา เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กปฐมวัยต่อไป การศึกษาในแนวทางดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจยิ่ง

การศึกษาด้านสุขภาพช่องปากของเด็ก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาระบาดวิทยาของโรคในช่องปาก ขณะที่ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่าง สภาวะที่ทันตบุคลากรระบุว่าโรคกับภาวะสุขภาพช่องปากที่ชาวบ้านรับรู้ (Supreya Adulyanon, 1998) การศึกษาถึงความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก มีปรากฏอยู่มากเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ และมักเป็นการศึกษาที่มุ่งจะวัดความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม ตามความคาดหวังในทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้การเปรียบเทียบผลที่วัดได้กับมาตรฐานที่กำหนดทางการแพทย์เป็นหลัก และพบมีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลเกี่ยวข้อง อันเป็นผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณเอง

ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับโลกทัศน์ของชาวบ้าน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของเด็ก ในประเทศไทย มีผู้ทำการศึกษาน้อยมาก และเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีความแตกต่างกันไป ในแต่ละภูมิภาคและพื้นที่ศึกษา การพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กไทย จึงยังมีความต้องการองค์ความรู้ด้านนี้ ในกลุ่มชนท้องถิ่นต่างๆของประเทศอีกมาก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อทันตบุคลากร ที่จะพิจารณาถึงการเชื่อมประสานการประยุกต์วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับบริบทของประชาชน เป็นการสร้างทางเลือกที่เหมาะสมของระบบสุขภาพสำหรับแต่ละท้องถิ่น ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่เน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่ไม่เพียงจะนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหที่ตรงจุด ตรง

ความต้องการ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น แต่ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

จากที่กล่าวในข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาถึงความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นกรณีศึกษา ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร เพื่อให้ทราบถึง ปรัชญาการณที่เกิดขึ้นจริง และเกิดความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีส่วนกำหนดความเข้าใจและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของชาวบ้าน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการเพื่อการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพสำหรับเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อให้ทราบถึงความเข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
2. เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

3. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ(qualitative study) เพื่อศึกษาถึงความเข้าใจและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของอำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร

4. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การมีฟันผุบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าน้ำนมบนตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป มีสาเหตุหลักจากการที่ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีพฤติกรรมกรเลี้ยงนมหรือของเหลวอื่นอย่างไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้เด็กหลับไปพร้อมกับการคาขวดนมไว้ในปาก การใส่ของเหลวที่มีรสหวานในขวดนมให้เด็กดูดตลอดเวลาที่เด็กต้องการ หรือการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างไม่ถูกวิธี รวมทั้งการขาดการทำความสะอาดช่องปากเด็กอย่างเหมาะสม

ผู้เลี้ยงดูเด็ก หมายถึง บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติคนอื่น ๆ ของเด็ก หรือพี่เลี้ยง ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือใช้เวลาเลี้ยงดู และมีความใกล้ชิดกับเด็กมากในแต่ละวัน

ความเข้าใจแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู ในภาวะปกติและในภาวะเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ หมายถึง ความคิด หรือการอธิบายของผู้เลี้ยงดูเด็ก เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งเน้นเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุใน

เด็กปฐมวัย ในประเด็น ความหมายของลักษณะฟันน้ำนมที่เป็นปกติ ความสำคัญของฟันน้ำนม การดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก รวมทั้งการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง ความคิด หรือการอธิบายของผู้เลี้ยงดูเด็ก เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในประเด็น สาเหตุของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ลักษณะอาการและการจัดแบ่งความรุนแรงของโรค รวมถึงการรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดของผู้เลี้ยงดูเด็ก เกี่ยวกับช่องปากของเด็ก และมีส่วนเกี่ยวเนื่องกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เช่น การให้อาหาร นม ของเหลวและขนมต่างๆ การทำความสะอาดช่องปากเด็ก การป้องกันโรคฟันผุในเด็ก การจัดการเมื่อมีฟันผุ หรือมีอาการที่เกิดจากฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งการกระทำนั้น อาจมีผลทั้งส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก

บริบททางสังคมวัฒนธรรม หมายถึง เจือปนและภาวะแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้าน เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อันได้แก่ ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว วิถีชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ทาง ทัศนคติของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ประเพณีวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน

ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว หมายถึง ลักษณะและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็ก เช่น ลักษณะครอบครัวเดี่ยว หรือลักษณะครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเพียงผู้เดียว และลักษณะครอบครัวขยาย

วิถีชีวิต หมายถึง รูปแบบการดำเนินกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัวในแต่ละวัน ครอบคลุมการทำกิจกรรมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การศึกษาหาความรู้ เป็นต้น

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง เจือปนทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่มีผลต่อ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พิจารณาจากลักษณะอาชีพ รายได้และรายจ่าย ต่อเดือน ของสมาชิกในครอบครัว

ประสบการณ์ทางทัศนคติ หมายถึง การรับรู้ของผู้เลี้ยงดู ที่เกิดจากประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ผลของการรักษาทางทัศนคติในส่วนของการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง รวมทั้งการบริการในส่วนองวิชาชีพและแบบพื้นบ้าน หรือ การบอกเล่าจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม สื่อสารมวลชน โฆษณา การได้รับความรู้จากระบบโรงเรียน และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งเป็นการรับรู้ที่มีผลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ประเพณีวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน หมายถึง ความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อที่ได้รับถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ มีลักษณะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะชนชาติ เน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากการผิดผี การเช่นสรวง การทำพิธีเหยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย ตามประเพณีของชาวไทย เป็นต้น

สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน หมายถึง ลักษณะทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน ที่มีผลเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก เช่น การมีแหล่งน้ำใช้ สำหรับทำความสะอาดร่างกายอย่างเพียงพอ การมีร้านค้าจำหน่ายขนมหวานในหมู่บ้าน การมีผู้นำและการให้ความร่วมมือของชาวบ้าน ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นต้น

5. ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ การนำข้อมูลไปขยายผล เพื่อความเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ ภาวะเงื่อนไขและบริบทแวดล้อม นอกจากนี้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือการเก็บข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษา อันเนื่องมาจากประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเน้นความสามารถยืดหยุ่นได้ของเทคนิคและวิธีการในขั้นตอนต่างๆ การนำไปใช้ซ้ำเพื่อทดสอบผลการวิจัยในกลุ่มประชากรเดียวกัน อาจเป็นข้อจำกัด เนื่องจากความยืดหยุ่นอาจมากจนบอกรายละเอียดในรายงานวิจัยไม่ได้ทั้งหมด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงความเข้าใจของชาวบ้าน เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในด้านลักษณะปกติและความสำคัญของฟันน้ำนม แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุ ในประเด็นลักษณะอาการ การจัดแบ่งความรุนแรงของโรค สาเหตุของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก รวมทั้งการป้องกันและการรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
2. ทราบถึงลักษณะการปฏิบัติของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
3. ทราบรูปแบบของการประยุกต์แนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันสำหรับชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

ระบบความคิดความเชื่อ เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม มนุษย์ในแต่ละสังคมจะมีความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกันไป ตามปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์และการเรียนรู้ที่สืบทอดกันมา ซึ่งความเชื่อในแต่ละลักษณะ จะมีความหมายและมีแบบแผนที่สามารถอธิบายอย่างเป็นเหตุผล ตามระบบคิดของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ ระบบความคิดความเชื่อยังส่งผลต่อการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใด ขึ้นอยู่กับระบบสังคมวัฒนธรรมที่บุคคลนั้น ได้เลือกสรรแล้วว่า จะเป็นประโยชน์ และเกิดผลในแง่ดี จึงยึดถือปฏิบัติตาม

ในมิติทางสังคมวัฒนธรรม ระบบความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นเรื่องของการให้ความหมายและการรับรู้ความจริง(reality) ซึ่งความจริงเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นจากการตีความผ่านสัญลักษณ์ ในกระบวนการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ดังนั้น สิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นความจริง จึงเป็นเพียงความจริงตามการรับรู้ และเป็นเพียงความจริงสมมุติที่สร้างขึ้นตามกฎเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับ ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะตน

เช่นเดียวกับ การรับรู้ความจริงของสุขภาพและความเจ็บป่วย ความจริงที่ว่าจะอะไรคือ เป็นปกติ อะไรคือเจ็บป่วย อะไรคือสาเหตุ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการรักษาที่ดี ที่ถูกต้อง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นความจริงทางสังคมเกือบทั้งหมด แม้ว่าความเจ็บป่วย จะเกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย แต่การให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลอาจแตกต่างกัน ขึ้นกับการตีความและการรับรู้ของบุคคล (เทพินทร์ พัชรานูรักษ์, 2533: 7-8)

นอกจากการตีความและการรับรู้ของบุคคล จะมีผลต่อการให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของการให้ความหมายดังกล่าว ยังพบว่าเป็นไปตามลักษณะทางวัฒนธรรม ซึ่งใช้เพียงว่าจะพบในคนละสังคมวัฒนธรรมเท่านั้น แม้ในระบบสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน ก็ยังมีรายละเอียดการให้ความหมายหรือการรับรู้ความจริงที่แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะระหว่างคนในระบบวิชาชีพกับคนธรรมดาๆ ซึ่งที่มาของความแตกต่างในการให้ความหมายนี้ มาจากการผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม(socialization process) ที่แตกต่างกันนั่นเอง (เทพินทร์ พัชรานูรักษ์, 2533: 7-8)

แพทยวิชาชีพ จะมีการให้ความหมายต่อการเกิดโรค ในลักษณะที่อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ชาวบ้านจะมีระบบการให้ความหมายต่อการเกิดโรค ในลักษณะที่เป็นการผสมผสานรูปแบบความคิดหลายๆลักษณะเข้าด้วยกัน ทั้งจากความเข้าใจแบบสามัญสำนึก (common sense) ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิมซึ่งได้รับการถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ การ

บอกเล่าของผู้อื่น รวมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น การให้ความหมายความเจ็บป่วยของแพทย์ จึงเป็นเพียงวิถีทางหนึ่งท่ามกลางความคิดที่เป็นพหุลักษณะ(pluralistic) ของชาวบ้าน (Kleinman, 1980)

การพัฒนาของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ ทั้งในแง่วิชาการ ความรู้ และระบบบริการ สาธารณสุขที่เกิดขึ้น และแพร่หลายออกไปอย่างกว้างขวาง ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เกิดความเข้าใจว่า ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีอยู่เพียงหนึ่งเดียว นั่นคือ ทฤษฎีหรือความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลรักษาตนเอง หมอและวิธีการรักษาพื้นบ้านอื่นๆ ตลอดจนความเชื่อและพฤติกรรมการรักษาที่ไม่มีเหตุผลตามแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ มักได้รับการมองข้าม หรือถูกมองว่าเป็นความไม่ถูกต้อง เป็นสิ่งนอกระบบและต้องได้รับการปรับเปลี่ยน ความเข้าใจทำนองนี้เอง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ดำเนินความพยายามให้คนในสังคมมีความคิด ความเชื่อ และปฏิบัติตามสิ่งที่แนะนำ รวมทั้ง เห็นว่า ชาวบ้านควรจะมีความคิดต่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย ในกรอบที่คล้ายๆกัน (เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2533: 7) แต่บุคคลต่างมีระบบแนวคิดของการอธิบายโรคของตนเอง แม้ว่าชาวบ้านจะมารับการรักษาจากแพทย์ ก็มีได้หมายความว่า ชาวบ้านจะต้องมีระบบความเชื่อ ที่สอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันเสมอ ดังเห็นได้จาก พฤติกรรมต่างๆในการปฏิบัติตนต่อความเจ็บป่วยของชาวบ้านที่มีความหลากหลาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของผลิตผลทางความคิดของ ชาวบ้านนั่นเอง

Christman (1977 อ้างถึงใน จินตนา งามวิทยาพงศ์, 2530: 9) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ไม่เพียงแต่วิชาชีพแพทย์เท่านั้น ที่สามารถจะเป็นผู้ให้ความหมายต่ออาการ หรือลงความเห็นว่าคุณคนป่วย ทั้งนี้ตัวบุคคลเองหรือบุคคลที่อยู่รอบข้าง จะมีวิธีคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งสิ้น ซึ่งปัจจัยทางวัฒนธรรมจะเป็นสิ่งกำหนดวิธีคิดและรูปแบบการปฏิบัติ บุคคลในแต่ละสังคมหรือวัฒนธรรม จะมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการรักษา ตามสิ่งซึ่งได้รับการถ่ายทอดกันมา และอาจเป็นการรับรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ก็ได้

การที่แพทย์และชาวบ้านมีจุดยืนบนรากฐานของความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกัน ย่อมนำไปสู่กรอบความคิดและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และเกิดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างกัน เมื่อแพทย์เชื่อและยึดมั่นในการให้ความหมายสุขภาพและวิธีการรักษาโรคตามแบบวิทยาศาสตร์ ว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่สุด และไม่ได้สนใจว่าผู้ป่วยจะคิดอย่างไร ผลในการรักษา ผู้ป่วยจึงกลายเป็นผู้ถูกระงับตลอดเวลา โดยมีได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือมีอำนาจในการต่อรองร่วมกับแพทย์ การแสดงออกในรูปของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ พบเห็นโดยทั่วไป จึงเป็นภาพสะท้อนประสิทธิภาพของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้เป็นอย่างดี แท้จริงแล้ว แนวความคิดของแพทย์เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค เป็นเพียงวิถีทางหนึ่งในวิธีการจัดการปัญหาของชาวบ้าน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นต้องสอดคล้องกับระบบคิดแบบชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำของ

แพทย์ในการรักษาได้ ดังนั้น ประสิทธิภาพของการรักษา จึงมิใช่ภาระของผู้ป่วยแต่เพียงฝ่ายเดียว หากแต่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534: 12)

การจัดการปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงควรเริ่มจากการยอมรับว่า คนในสังคมมีระบบความคิดที่หลากหลาย และการทำความเข้าใจต่อการให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วย บนรากฐานความคิดหรือระบบความคิดของชาวบ้านเป็นสิ่งสำคัญ

ในเรื่องสุขภาพช่องปากของเด็ก มีการให้ความหมายที่หลากหลายเช่นกัน แต่ละสังคม จะมีระบบความคิดความเชื่อในการให้ความหมายต่อฟันน้ำนม และมีพฤติกรรมดูแลรักษา สุขภาพช่องปากของเด็กแตกต่างกันไป ความเชื่อหรือแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของบุคคล เป็นสิ่งหนึ่งที่กำหนดวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการป้องกันและรักษาสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลเชื่อในสาเหตุการเกิดโรคเช่นไร บุคคลก็จะคิดหาวิธีการที่จะจัดการและรักษาโรคตามความเชื่อนั้น และตามที่กล่าวไปแล้วว่าการมีความคิดความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันระหว่างวิถีคิดแบบชาวบ้านและความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ย่อมนำไปสู่กรอบความคิดและ แนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน

ตัวอย่างในเรื่องสุขภาพช่องปากของเด็ก ทันตแพทย์มักจะเน้นการให้ความรู้ในเชิงวิชาการ และแนะนำว่าไม่ควรซื้อขนมหวานให้เด็ก เพราะจะส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันของเด็ก ในขณะที่ ชาวบ้านยังคงปล่อยให้เด็กรับประทานขนมหวาน ถ้าไม่เข้าใจระบบวิถีคิดของชาวบ้านแล้ว อาจ ตีความว่า ชาวบ้านไม่ห่วงใยในสุขภาพของเด็ก แต่แท้จริงแล้วชาวบ้านมองว่าการให้ขนมเป็นการให้รางวัลเด็ก และสามารถให้ขนมเป็นสิ่งจูงใจให้เด็กมีเพื่อนเล่นได้ (กันยารัตน์ วิโรจน์พงศ์, 2543)

จะเห็นได้ว่า การมีระบบวิถีคิดระหว่างแพทย์และชาวบ้านที่แตกต่างกันนี้เอง เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การแก้ปัญหาทันตสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จ การที่ชาวบ้านจะมีพฤติกรรมไปตามทิศทางที่ทันตแพทย์แนะนำ จึงมิใช่การคิดแบบง่ายๆ ว่าเมื่อชาวบ้านทราบถึงสาเหตุของโรคแล้ว จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคตามที่แนะนำได้ แต่ยังมีส่วนที่ว่าคำแนะนำนั้น สอดคล้องกับสิ่งที่ชาวบ้านคิดและวิถีชีวิตของเขาหรือไม่

ดังนั้น การจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขที่สำคัญ จึงควรเริ่มจากการทำความเข้าใจในระบบคิดของชาวบ้านก่อน อันจะนำไปสู่การประยุกต์แนวทางทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งการที่จะเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นระบบวิถีคิดของชาวบ้านได้นั้น จำเป็นต้องเข้าถึงสิ่งที่เป็นความคิด ความเข้าใจของเขา หรือแบบแผนการให้ความหมาย สุขภาพ หรือการอธิบายโรคของชาวบ้านนั่นเอง

ถึงแม้ว่า ความคิด ความเข้าใจ หรือแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของเด็ก แต่บริบททางสังคมและ

วัฒนธรรม เป็นเงื่อนไขที่มีอิทธิพลสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว รวมทั้งมีผลต่อความเชื่อหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคของบุคคลอีกด้วย เนื่องจากความเชื่อและรูปแบบการปฏิบัติของบุคคลได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมแวดล้อม และแม้บุคคลจะมี แบบแผนการอธิบายโรคที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากดี แต่อาจไม่สามารถปฏิบัติในสิ่งนั้นได้ ถ้าเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมของเขาไม่เอื้ออำนวย

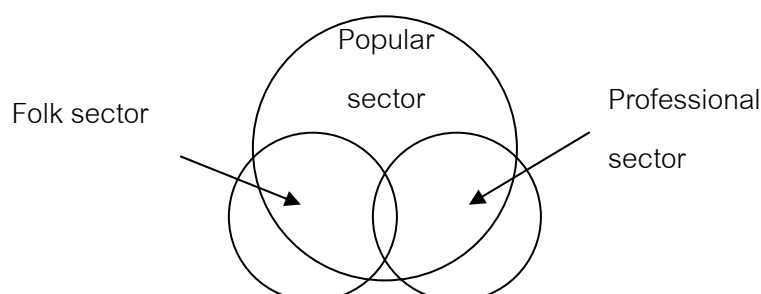
การวิจัยเรื่อง ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอในบททบทวนวรรณกรรมนี้ ซึ่งจะกล่าวถึงใน 7 ส่วน ได้แก่

1. การให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวบ้าน
2. แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค
3. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมิติทางการแพทย์
4. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมุมมองของชาวบ้าน
5. เงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
6. ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวผู้ไทย
7. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวบ้าน

ภาวะฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นรูปแบบหนึ่งของความเจ็บป่วยในช่องปากของเด็ก ที่ยังคงพบมากในประเทศไทย การทบทวนความเข้าใจหรือการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวบ้าน จึงเป็นพื้นฐานความรู้ที่สำคัญ สำหรับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับฟันผุในเด็กปฐมวัยในระบบคิดของชาวบ้าน ดังจะได้กล่าวถึงต่อไปนี้

ในสังคมหนึ่งๆ จะมีระบบความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลายรูปแบบผสมกัน Kleinman (1980) ได้เสนอว่า ระบบการดูแลสุขภาพในสังคมประกอบด้วย ส่วนของประชาชน (popular sector) ส่วนของวิชาชีพ (professional sector) และส่วนของพื้นบ้าน (folk sector) ทั้งสามส่วนมีวิธีการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วย ที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม



รูปที่ 1 องค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพในสังคม (Kleinman, 1980)

1. ระบบการดูแลสุขภาพแบบประชาชน (Popular sector)

ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของชาวบ้าน จะเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด และเป็นที่ยอมรับและความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของชาวบ้านนี้ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ ผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของ ผู้ป่วย และชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของประชาชนนี้มีความสำคัญและมีลักษณะเด่นอยู่ 2 ประการคือ

1. เมื่อเกิดอาการผิดปกติ บุคคล ครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคม จะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้และตีความอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้และตีความนี้ จะเป็นไปตามระบบ ความเชื่อที่ได้รับ การถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม บุคคลจะมีระบบความคิดความเชื่อต่อ สุขภาพ ไม่เฉพาะแต่ในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมีกรอบความเชื่อในด้านการส่งเสริม สุขภาพด้วย เช่น การงดอาหารบางชนิด หรือการรับประทานอาหารพิเศษตามโอกาสต่างๆ การใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน การนวด การออกกำลังกาย การใช้ยาแผนตะวันตก ตลอดจน การรักษาด้วยสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น เครื่องรางของขลัง การสวด และทำพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น

2. ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในส่วนของชาวบ้าน จะมีอิทธิพลสำคัญต่อการเลือกใช้บริการหรือวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนเลือกขั้นตอนในการรักษา คือ

2.1 บุคคลจะตัดสินใจเริ่มทำการรักษาความเจ็บป่วยเมื่อใด เช่น เมื่อเป็นหวัด บุคคลอาจรอดูอาการ 1-2 วัน เพื่อให้หายเอง แต่ถ้าวันที่ 3 ยังไม่หาย เขาจะต้องทำการรักษา เป็นต้น

2.2 เมื่อบุคคลตัดสินใจทำการรักษา ก็จะตัดสินใจว่า จะทำการรักษา กับใคร ด้วยวิธีการใด เช่น ความเจ็บป่วยลักษณะนี้ ซึ่ยากินเองได้ หรือต้องไปหาผู้รักษา (ผู้รักษา อาจจะหมายรวมทั้งผู้รักษาแผนโบราณและผู้รักษาแผนปัจจุบัน)

2.3 เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกผู้รักษานั้นแล้ว ระบบความคิด ความเชื่อที่อยู่ในตัวบุคคล จะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษาหรือไม่ เขาจะรักษา กับผู้ที่เขาเลือกนานเท่าใด เมื่อใดที่เขาจะเปลี่ยนวิธีการรักษา และเมื่อตัดสินใจเปลี่ยนผู้ทำการรักษา เขาจะเลือกผู้รักษาคนใหม่อย่างไร

2.4 เมื่อทำการรักษาตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกแล้ว ระบบความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะให้เกณฑ์แก่บุคคลในการประเมินการรักษานั้นๆ

โดยสรุประบบการดูแลสุขภาพในส่วนของประชาชน จึงมีความสำคัญไม่เพียงแต่เป็นแหล่งแรกที่รับรู้ความเจ็บป่วยและให้เกณฑ์แก่บุคคล ในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการที่ใช้แก้ไข ปัญหาความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะให้กรอบความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพด้วย กรอบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากจะได้รับการถ่ายทอดผ่าน กระบวนการอบรมขัดเกลาทางสังคม และอิทธิพลจากวัฒนธรรมแล้ว ยังสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผ่านการแพร่กระจายและการผสมกลมกลืนกับกรอบความคิด ในระบบการดูแลสุขภาพในส่วน ของพื้นบ้านและส่วนของวิชาชีพด้วย กรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ในส่วนของประชาชน จึงดูเหมือนไม่ มีกฎเกณฑ์แน่นอน สามารถเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ข้อมูลต่างๆ บุคคลซึ่งเมื่อวันวานเป็นผู้ป่วย แต่ วันนี้เขาอาจเป็นบุคคลที่ให้คำแนะนำในการรักษา ความเจ็บป่วยชนิดนั้นๆก็ได้ และโดยที่บุคคล สามารถเลือกใช้วิธีการรักษาทั้งจากระบบการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพและแบบพื้นบ้าน กรอบความคิด ของบุคคลจึงมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และวิธีการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของบุคคลจึงมีได้ หลากหลาย ตั้งแต่การดูแลรักษาตนเอง การใช้ยาสมัยใหม่ หรือการใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน สมุนไพร เป็นต้น (เทพินทร์ พัทธานุกรษ์, 2533)

2. ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของพื้นบ้าน (Folk sector)

ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของพื้นบ้าน หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ ซึ่งมีใช้ รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้อำนาจ นอกเหนือ ธรรมชาติ ไสยศาสตร์ และแบบที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น ใช้สมุนไพร ซึ่งในทางปฏิบัติแล้ว การแพทย์พื้นบ้านมักผสมผสานวิธีการรักษาทั้งสองแบบ และมีการรับเอาระบบความคิดของส่วนการ ดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพและแบบชาวบ้าน ผสมผสานกับระบบความคิดแบบพื้นบ้านด้วย

3. ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ (Professional sector)

ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนวิชาชีพ หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็น รูปแบบ ของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง เช่น ระบบ การแพทย์แบบตะวันตก

จะเห็นได้ว่าสังคมหนึ่งๆ มีระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพในภาคของประชาชน ระบบ การดูแลสุขภาพพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพ ซึ่งทั้งสามส่วนนี้ มีหลักหรือแนวคิดใน การอธิบายสาเหตุของโรค และกำหนดหลักเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองของความเจ็บป่วย

ต่างกันและต่างดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม พฤติกรรมการตอบสนองของความเจ็บป่วยของบุคคล จึงมีได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิด และตัดสินใจเกี่ยวกับอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเกือบทั้งหมด เกิดขึ้นในส่วนของระบบการดูแลสุขภาพแบบประชาชน และเป็นแบบแผนแรกที่ถูกนำมาใช้ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การทำความเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมาย การรับรู้ และความเข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะนำเสนอต่อไป

บุคคลจะมีการให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งเป็นไปตามลักษณะทางวัฒนธรรม นอกจากนี้บุคคลจะมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การจำแนกประเภทอาการ และการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น จากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการถ่ายทอดความรู้ต่างๆที่มีมาจากรุ่นก่อน และจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมการแพทย์อื่นๆ ซึ่งบุคคลจะสร้างชุดความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นอย่างหยาบๆ ตามความรู้ที่ได้มา เมื่อใดที่ได้รับความรู้ใหม่ เช่น ได้รับความรู้จากระบบการแพทย์วิชาชีพ หรือจากการบอกเล่าโดยบุคคลอื่น บุคคลก็จะนำความรู้ใหม่นั้นไปเปรียบเทียบกับชุดความรู้เดิมที่มีอยู่ และความรู้ใหม่ก็จะถูกตัดแปลง หรือปรับให้เข้ากับชุดความรู้ความเชื่อเดิม และจัดไว้เป็นชุดความเชื่อเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยนั้นๆ (เทพินทร์ พัชรานุกฤษ, 2533: 12) นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยยังเป็นการให้ความหมายภายใต้บริบทแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (บุศรา เกิดพึ้งบุญประชา, 2534: 12)

Fitzpatrick (1984: 17-18) กล่าวว่า แนวคิดความเจ็บป่วยของชาวบ้าน จะมีลักษณะไม่เป็นไปแนวคิดทางทฤษฎี มีพฤติกรรมตอบสนองของความเจ็บป่วย ไม่เที่ยงตรงแน่นอน (inconsistency) ไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตายตัวและไม่สมเหตุผล ซึ่งความไม่คงที่แน่นอนของความคิดเรื่องความเจ็บป่วยของชาวบ้าน เกิดจากการพัฒนาแนวคิดจากประสบการณ์ ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่า รวมไปถึงการได้รับแนวคิดจากระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ ทั้งจากแบบพื้นบ้านและแบบวิชาชีพอยู่ตลอดเวลา แนวคิดความเจ็บป่วยของชาวบ้านเป็นการสังเคราะห์ขึ้นจากชุดความรู้ความเชื่อที่แตกต่างกัน ซึ่งชุดความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต่างๆกันนี้ จะถูกตัดแปลงให้เข้ากับสถานการณ์ และกลายเป็นแนวคิดความเจ็บป่วยของชาวบ้าน จนบางครั้งไม่สามารถจำแนกได้ว่า ชุดความรู้ความเชื่อนี้มีที่มาจากแหล่งใด และจะมีลักษณะแปรเปลี่ยนเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา

Fitzpatrick (1984: 17-18) ยังกล่าวอีกว่า ลักษณะพิเศษประการหนึ่งของแนวคิด ความเจ็บป่วยแบบชาวบ้าน คือ ชาวบ้านจะมีความคิดเกี่ยวกับสาเหตุและเลือกวิธีการรักษา ซึ่ง ไม่สัมพันธ์กันในแต่ละช่วงความเจ็บป่วย แต่ชาวบ้านก็ไม่รู้สึกถึงความไม่สัมพันธ์ของแนวคิด ดังกล่าวว่าเป็นปัญหาและไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน นอกจากนี้ การที่แนวคิดความเจ็บป่วยของ ชาวบ้านมีความเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ยากที่จะกำหนดกรอบหรือรูปแบบที่แน่นอนของแนวคิดได้

จะเห็นได้ว่า ระบบวิถีคิดของชาวบ้าน ในเรื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นการผสมผสานความรู้จากแหล่งต่างๆ มีการปรับให้เหมาะสมกับระบบสังคมวัฒนธรรม และมีความเป็นพลวัต(dynamic)

Christman (1977 อ้างถึงใน จินตนา งามวิทยาพงศ์, 2530: 10) ได้เสนอว่า การให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้น เป็นขั้นตอนแรกในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินอาการนั้นว่า เป็นสิ่งปกติหรือเป็นความเจ็บป่วย โดยการประเมินจะเป็นการให้ความหมายตามความเชื่อและการอธิบายแบบพื้นบ้าน(cultural meaning) ที่มีอยู่ในสังคมนั้น ซึ่งบุคคลจะ ได้รับการอบรมถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่างๆรอบตัว เช่นเดียวกับ การอบรมกล่อมเกลาในเรื่องอื่นๆ

Helman (1984: 70) กล่าวว่า ชาวบ้านจะมีการให้ความหมาย การเริ่มมีความผิดปกติของร่างกาย หรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เมื่อ

1. มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น การมีน้ำหนัลดลง สีผิวเปลี่ยนไป หรือผอม ร่วง เป็นต้น
2. มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับหน้าที่ตามปกติของร่างกาย เช่น การปัสสาวะบ่อยการมีประจำเดือนมามาก หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น
3. มีสิ่งผิดปกติออกมาจากร่างกาย เช่น การมีเลือดออกปนในปัสสาวะ ในเสมหะ หรือในอุจจาระ เป็นต้น
4. มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของแขนขา เช่น มีอาการเป็นอัมพาต มือสั่น เป็นต้น
5. มีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะรับความรู้สึกทั้ง 5 เช่น การไม่ได้ยินเสียง ตามองไม่เห็น จมูกไม่สามารถดมกลิ่นได้ หรือการรับรู้รสชาติอาหารเสียไป เป็นต้น
6. มีอาการไม่ปกติทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มีไข้ หนาวสั่น เป็นต้น
7. มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ผิดปกติ เช่น วิตกกังวล เศร้าซึม หรือ มีการแสดงความหวาดกลัวอย่างมาก เป็นต้น
8. มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น การทำงานกับคนอื่นได้ไม่ราบรื่น เป็นต้น

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่า Helman เชื่อว่า บุคคลจะใช้ความรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายในการให้ความหมายความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับ บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534: 9) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีพื้นฐานของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและวินิจฉัย จากประสบการณ์และการแปลความรู้สึกจากร่างกาย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536: 75) ได้เสนอว่า การเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้ได้รับอิทธิพลอย่างมากจาก กลุ่มบุคคลอ้างอิงและบรรทัดฐานของสังคม (social norm) ดังนั้น จุดสำคัญที่จะแสดงว่าบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยหรือไม่ จึงอยู่ที่ “การรับรู้” ของบุคคล และการรับรู้ของบุคคลนี้ จะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะไปปรึกษาแพทย์ หรือไม่ปฏิบัติอย่างใดต่ออาการเจ็บป่วยนั้นๆ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคนส่วนใหญ่ จะเคยประสบกับความรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเหล่านี้ ในชีวิตประจำวันมาบ้างแล้ว แต่มีเพียงส่วนน้อยที่จะไปปรึกษาแพทย์ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การให้นิยามการมีสุขภาพดีของชาวบ้าน มีความหมายมากกว่าเพียงการปราศจากอาการที่ไม่พึงประสงค์ การมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย จึงไม่เพียงพอที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าบุคคลเจ็บป่วยแล้ว

โดยทั่วไป บุคคลมักจะให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วย ในความหมายของความสามารรถ หรือ ความไม่สามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ มากกว่าจะพิจารณาจาก ปรัชญาการณที่ เกิดขึ้นกับร่างกาย ดังนั้น การเกิดอาการใดๆขึ้นมา ยังอาจจะไม่ใช่ความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลยังสามารถ ปฏิบัติตนได้ตามปกติ อาการบางอย่าง อาจจะเป็นความเจ็บป่วยได้ หากเป็นอาการที่เกิดขึ้นโดยมิได้ คาดหมาย และเป็นอาการที่มีความแตกต่างไปจาก สิ่งที่พบเห็นเป็นประจำในชีวิต ในขณะที่อาการบางอย่าง เป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงซึ่งบุคคลคุ้นเคย รวมทั้งรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่เป็นอันตราย ความเจ็บป่วยนี้ เรียกว่า ความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นปกติธรรมดา (routine illness) (Cockerham, 1978: 81) โดยนัยนี้ โรคฟันผุในเด็ก อาจถือเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นปกติธรรมดา ตามการรับรู้ของชาวบ้านได้ ถ้าชาวบ้านคิดว่าอาการเกิดฟันผุ ในเด็ก เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและ ไม่ ก่อให้เกิดอันตรายอะไร

บุคคลอื่นรวมทั้งสังคม ยังมีส่วนกำหนดความเจ็บป่วยของบุคคลด้วย สังคมอาจไม่เห็นว่าคุณเจ็บป่วย ถ้าเขายังสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเป็นปกติ ตัวอย่างเช่น การตรวจพบว่า บุคคลป่วยเป็น โรคเอดส์ในระยะแรก ที่ยังไม่แสดงอาการ ซึ่งในทางการแพทย์ถือว่าเป็นโรคแล้ว แต่บุคคลมักไม่ ยอมรับการวินิจฉัย เพราะยังไม่เกิดความผิดปกติกับร่างกายของเขา อีกทั้งสังคม ยังไม่พบความผิดปกติ ดังกล่าวเช่นกัน นั่นคือ โรคอาจมีได้โดยไม่มีอาการเจ็บป่วย ในทางตรงข้าม สังคมอาจเป็นตัวกำหนดว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว แม้ทางการแพทย์จะตรวจไม่พบโรคก็ตาม

นอกจากนี้ การให้ความหมายว่า อะไรคืออาการผิดปกติ ขึ้นกับว่าอาการผิดปกตินั้น พบได้ บ่อยในสังคมนั้นหรือไม่ ถ้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก อาการดังกล่าวอาจถูกแปลความว่าเป็นอาการ ปกติได้ ซึ่งอาการปกติไม่ได้หมายความว่า จะต้องแสดงถึงการมีสุขภาพแข็งแรงดี เสมอไป ดังนั้น ลักษณะอาการเดียวกัน จึงอาจถูกแปลความหมายได้ต่างกัน สำหรับคนที่อยู่ต่างสังคมกัน ลักษณะที่ถือ ว่าเป็นอาการผิดปกติในบุคคลหนึ่ง อาจถูกตีความว่าเป็นลักษณะปกติในอีกบุคคลได้ (Helman, 1984: 84)

การศึกษาของ Fox (1968 cited in Helman, 1984: 70) พบว่า สำหรับคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มักจะไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการปวดหลัง เนื่องจากถือเป็นความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ในขณะที่กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีนัก จะเห็นว่าอาการ ปวดหลังเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับชีวิต ดังนั้น จึงไม่มีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์

เช่นเดียวกับ การศึกษาของ จินตนา งามวิทยาพงศ์ (2530) ซึ่งพบว่า ชาวบ้านมีการให้ความหมายของอาการอุจจาระร่วงในเด็กว่าเป็นอาการป่วยหรือไม่ และรุนแรงในระดับไหนโดยการสังเกตจากพฤติกรรมของเด็กเป็นสำคัญ ถึงแม้เด็กจะมีอาการอุจจาระร่วง แต่ทราบได้ที่เด็กยังกินอาหารได้ เล่นได้ ร่าเริง ไม่ร้องไห้แฉะผิดปกติแล้ว อาการถ่ายผิดปกตินั้น ก็ถือว่าเป็นอาการ เล็กน้อย ที่มีไข้ อาการเจ็บป่วยรุนแรงแต่อย่างใด

จากตัวอย่างการศึกษาทั้งสองนี้ จะเห็นได้ว่า บุคคลมีการให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป มีการกำหนดสถานะของสุขภาพ ตามความสามารถในการทำงานได้ตามหน้าที่ (The “functional” definition of health) ซึ่งลักษณะเช่นนี้ พบได้มากในกลุ่มคนที่มีฐานะยากจน อาจเป็นไปได้ว่า การให้ความหมายมีพื้นฐานมาจากความจำเป็นในการต้องทำงานมากๆ หรือมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ต่ำก็เป็นได้ นอกจากนี้ การให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ต่างกัน มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่ต่างกัน และการให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยแบบชาวบ้านนั้น มีความแตกต่างจากการแพทย์วิชาชีพ

โดยสรุป ชาวบ้านมีการให้ความหมาย ซึ่งเกิดจากการผสมผสานแนวคิดที่ได้รับจากการถ่ายทอดผ่านทางครอบครัว และการแพร่กระจายของวัฒนธรรมการแพทย์ระบบต่างๆ เกิดเป็นแบบแผนการให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งแสดงออกในความหลากหลายของพฤติกรรม การรักษาของชาวบ้าน

ส่วนที่ 2 แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค

Helman (1981 cited in Helman, 1984: 72) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเริ่มรู้สึกว่ามี ความผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นกับร่างกาย หรือเมื่อบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วย มักจะเกิดชุดของคำถามขึ้นกับบุคคลนั้นเอง ดังต่อไปนี้

1. เกิดอะไรขึ้น (คำตอบจะเป็นการรับเอาอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นเข้ามาในชุดความคิดที่มีอยู่แต่เดิม แล้วให้ความหมายหรือนิยามกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น)
2. ทำไมจึงเกิดขึ้น (คำตอบจะเป็นความพยายามของบุคคลที่จะอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกตินั้น)

3. ทำไมต้องเกิดขึ้นกับฉัน (คำตอบจะเป็นความพยายามของบุคคล ในการหาความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กับลักษณะในตัวบุคคลเอง เช่น ลักษณะพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โครงสร้างร่างกาย กรรมพันธุ์ เป็นต้น)
4. ทำไมเกิดขึ้นตอนนี้ (คำตอบจะบอกถึงเวลาเริ่มต้นและความยาวนานของการเจ็บป่วย)
5. จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าไม่ทำอะไรกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น (คำตอบจะบอกถึงแนวทางปฏิบัติในการตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผลที่จะตามมาจากการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ การพยากรณ์โรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น)
6. ฉันควรจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร (คำตอบจะบอกถึงวิธีการที่บุคคลจะใช้จัดการหรือรักษาความผิดปกตินั้น ซึ่งอาจจะเป็นการหาซื้อยากินเอง การปรึกษาคณินในครอบครัวหรือผู้อื่น การไปพบแพทย์ เป็นต้น)

การให้คำตอบกับตนเองในแต่ละคำถามนี้ เป็นวิธีการอธิบายโรคของบุคคลนั้นนั่นเอง โดยทั่วไปบุคคลมีวิธีการให้ความหมาย หรือให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย อย่างหนึ่งๆแตกต่างกันไป อันเป็นผลมาจากระบบคิดในวัฒนธรรมที่ต่างกัน

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการอธิบายโรคของบุคคล Arthur Kleinman จิตแพทย์และ นักมานุษยวิทยา ชาวอเมริกัน ได้เสนอ “แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค” (Explanatory Model: EM) ในการใช้อธิบายหรือให้ความหมายเกี่ยวกับโรค (Kleinman, 1980: 104-105) ซึ่งในการ ทบทวนวรรณกรรมนี้ จะใช้คำว่า “EM” แทนคำว่า “แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค”

EM เป็นเรื่องของการให้ความหมายที่มีความเฉพาะเจาะจงของโรค แต่ละคนจะมี EM ที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่เห็นได้ชัดเจน คือ EM ของผู้ป่วยกับ EM ของผู้ให้การรักษา จะแยกส่วนกันชัดเจน ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน อันเป็นผลจากผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย มีพื้นฐานแนวคิดในเรื่องความจริง(reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกัน

ในความเห็นของ Kleinman แล้ว EM เป็นระบบคำอธิบายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับ เรื่องของความเจ็บป่วย(sickness) และการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งทำหน้าที่ช่วยแนะนำการตัดสินใจเลือกใช้ บริการประเภทต่างๆ เป็นการให้ความหมายในลักษณะที่มีความเฉพาะของบุคคลและสังคม EM จะมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค มีมิติต่างๆรวม 5 มิติ ซึ่งจะกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรค(etiology) เวลาและลักษณะการเริ่มต้นของอาการ(time and mode of onset of symptoms) สรีรวิทยาของโรค(pathophysiology) การคลี่คลายของความเจ็บป่วย(course of sickness) ซึ่งจะบอกได้ถึง ระดับของความรุนแรงและชนิดของความเจ็บป่วย เช่น การเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย และประการสุดท้าย คือ การรักษา(treatment) ความเจ็บป่วยนั้น

EM ของชาวบ้าน จะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล และได้รับอิทธิพลอย่างมาก จากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม มีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน มีหลากหลาย ความหมายสามารถเปลี่ยนแปลงได้บ่อย และขาดขอบเขตที่ชัดเจน ระหว่างสิ่งที่มาจากความคิดหรือสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ ในขณะที่ EM ของแพทย์จะมีลักษณะชัดเจนแน่นอน ในการอธิบายถึงสาเหตุและการรักษาโรคหรือความผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการอธิบายสาเหตุหลักของการเกิดโรค ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ และมุ่งจัดการกับสาเหตุของโรค เพื่อให้หายจากโรคนั้น

Kleinman ได้ชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญของการทำความเข้าใจ EM ของผู้ป่วยว่า หัวใจสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาของแพทย์นั้น เป็นเรื่องของสื่อสารและการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากการมีรากฐานความคิด หรือระบบความคิด ความเข้าใจ ต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จุดยืนที่แตกต่างกันเช่นนี้ ย่อมนำไปสู่กรอบคำอธิบายและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ภายใต้ระบบวิถีคิดของแต่ละฝ่าย ความคาดหวังต่อการรักษาและผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก็ย่อมมีความแตกต่างกันไปด้วย ผู้ป่วยเพียงต้องการให้ตนสามารถทำงานได้ตามปกติเท่านั้น หรือช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่ทำให้สุขภาพต้องเลวร้ายยิ่งไปกว่าเดิม และขอให้เขาสามารถกลับไปสู่ สถานการณ์ชีวิตตามปกติได้โดยเร็วที่สุด ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534: 13) ได้ชี้ให้เห็นถึง ประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจสำหรับแนวคิดของ Kleinman คือ บุคคลจะมีการให้ความหมายต่อสิ่งเดียวกันได้แตกต่างกัน เมื่อมีการ รับรู้ต่อสิ่งนั้นในเรื่องของความจริง(reality) ของสิ่งนั้นที่ต่างกัน ตัวอย่างเรื่องความจริง เช่น เมื่อถามนาย ก. ว่าดวงจันทร์คืออะไร นาย ก. อาจตอบว่า คือสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ เพราะมีเทพเจ้าประทับอยู่และจำเป็นต้องสักการะสถานที่ศักดิ์สิทธิ์นั้น ในขณะที่ นาย ข. อาจตอบว่า ดวงจันทร์เป็นเพียงดาวเคราะห์ดวงหนึ่งในจักรวาลที่คนนำที่จะไปอาศัยอยู่ได้ ดังนั้นสิ่งที่นาย ข. จะปฏิบัติต่อดวงจันทร์ คือการไปสำรวจสภาพแวดล้อมว่าเหมาะที่คนจะไปอยู่ได้หรือไม่

จากตัวอย่างนี้ สามารถแสดงให้เห็นได้ว่า บุคคลจะมีการให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ต่างกัน เมื่อมีการรับรู้ในเรื่องความจริงของสิ่งนั้นๆต่างกัน และยิ่งไปกว่านั้นยังสามารถสะท้อน ให้เห็นได้ว่า การรับรู้ที่ต่างกัน จะทำให้คนเรามีพฤติกรรมที่แสดงออกมาต่อสิ่งเดียวกันได้ต่างกัน นอกจากนี้ เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ (2533) และ Day และ Boonlert Leoprapai (1977) ให้ข้อสรุป ในทำนองเดียวกันว่า ระบบวิถีคิดเกี่ยวกับอาการและการจัดประเภทความเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลต่อการเลือกแหล่งรักษา

สำหรับตัวอย่างของการอธิบายโรคของชาวบ้าน ในแต่ละประเด็น ตามแนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค เท่าที่รวบรวมได้ สามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. สาเหตุของการเกิดโรค

ความเชื่อหรือชุดความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย จะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายสาเหตุของโรค กำหนดวิธีการรักษา และใช้ในการจัดประเภทของความเจ็บป่วย (illness categories) ซึ่งมีผู้อธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยในความคิดของชาวบ้านไว้ดังนี้

Foster และ Anderson (1978: 53) กล่าวว่า ชาวบ้านที่ไม่ได้อยู่ในสังคมตะวันตก จะมีการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็น 2 แบบ คือ เกิดจากบุคคลทำให้เกิดขึ้น (personalistic system) เช่น เกิดจากการกระทำของเทพเจ้า ปีศาจ แม่มด เป็นต้น และเกิดจากธรรมชาติทำให้เกิดขึ้น (naturalistic system) เช่น เกิดจากสภาพอากาศ หรือการเสียดุลระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม (หยิน-หยาง ในการแพทย์แบบจีน) เป็นต้น

Christman (1977 อ้างถึงใน จินตนา งามวิทยาพงศ์, 2530: 11) ได้เสนอว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของอาการที่ปรากฏหรือโรค ที่พบเห็นโดยทั่วไป ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย (humoral theory) เช่น ภาวะความไม่สมดุลของความร้อนความเย็น (hot-cold) หรือความเปียกความแห้ง (wet-dry) ซึ่งหากเกิดความไม่สมดุลก็จะทำให้ป่วย ความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากสาเหตุทางธรรมชาติหรืออนอกรธรรมชาติ เช่น อาจเชื่อว่าป่วยเพราะถูกเวทมนต์ คาถาอาคม อานาจี วิญญาณมารกระทำ และความเชื่อเกี่ยวกับเชื้อโรค (germ theory) ซึ่งเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากเชื้อโรค

Helman (1984:70) ได้อธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุของความเจ็บป่วยในความคิดของผู้ป่วยหรือชาวบ้าน (Lay theories of illness causation) ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของตัวผู้ป่วยเอง (individual patient or patient center) ในประเด็นนี้เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมของบุคคลนั่นเอง เช่น การมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร หรือการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม ความเชื่อในลักษณะนี้ มักมีความเกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลด้วย โดยผู้ที่สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ดี จะเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากความ รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มากกว่าผู้ที่เชื่อว่าตนเองไม่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ในกลุ่มหลังนี้ มักเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุภายนอก ไม่สามารถควบคุมด้วย ตนเองได้ จึงรู้สึกว่าไม่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน การมีความเชื่อแบบนี้ ถือเป็นส่วนสำคัญ ในการบอกถึงความสามารถในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

2. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (The natural world) ในประเด็นนี้เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ ทั้งจากสิ่งที่มีและไม่มีชีวิต เช่น สภาพอากาศ (ร้อน เย็นลม ฝน) การมีสัตว์หรือสิ่งมีชีวิตอื่น มาทำอันตรายต่อ

ร่างกาย (หรือเทียบได้กับการติดเชื้อในการแพทย์แบบตะวันตก) รวมทั้ง จากการมีสิ่งระคายเคืองตามธรรมชาติ (ฝุ่น ควัน สารพิษ) เป็นต้น

3. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของปรากฏการณ์ทางสังคม (The social world) ในประเด็นนี้เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุทางสังคม เช่น เกิดจากมีผู้อื่นกล่าวโทษหรือให้ร้าย การถูกกลั่นแกล้งหรือทำร้ายร่างกาย ด้วยการใช้เวทมนต์ คาถาอาคม

4. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของสิ่งเหนือธรรมชาติ (The supernatural world) ประเด็นนี้เชื่อว่า สาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น เกิดจากการกระทำของวิญญาณ ปีสาย และเทพเจ้า การเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ เนื่องจากบุคคลทำบาปหรือทำความผิด

อานันท์ กาญจนพันธ์ และ ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2534: 116) พบว่า สาเหตุหลักของความเจ็บป่วย ตามความเชื่อพื้นบ้านภาคเหนือ ได้แก่ เกิดจากผีทำ คนทำ เป็นไปตามโชค มีเคราะห์หรือชะตาเกิดตกอยู่ในช่วงเคราะห์ร้าย เป็นไปตามกฎแห่งกรรม ทำผิดชนบธรรมเนียมประเพณี การแปรปรวนหรือไม่สมดุลของธาตุ พ่อเกิดแม่เกิดมาทำร้าย (เฉพาะในเด็กอ่อน) ขวัญหายหรือออกจากร่าง ทั้งนี้ความเจ็บป่วยอาจเกิดได้จากสาเหตุเดียว หรือหลายสาเหตุร่วมกัน

ชาวบ้านส่วนใหญ่ จะมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน นอกจากนี้ พบว่าสาเหตุแต่ละอย่างมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน และมีความแตกต่างกันของการอธิบายสาเหตุความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล

2. ระดับของความรุนแรงและชนิดของความเจ็บป่วย

การจัดแบ่งประเภทของความเจ็บป่วยทางการแพทย์สมัยใหม่และแบบพื้นบ้าน มีความแตกต่างกัน ตามระบบการจัดประเภทของโรคทางการแพทย์ โรคหนึ่งจะอาศัยรูปแบบการจัดแบ่งแบบเดียวที่ถือว่าเป็นสากล มีลักษณะของโรคที่เป็นเอกลักษณ์เสมอ ไม่ว่าจะไปเกิดโรคในบริบททางวัฒนธรรมอื่นก็ตาม เช่น อาการของโรคไวรัสลงดับในสังคมตะวันตก จะได้รับการวินิจฉัยเหมือนกัน ถ้าพบอาการลักษณะเดียวกันนั้นในประเทศไทย

ในทางตรงข้าม การจัดประเภทของความเจ็บป่วยตามแบบพื้นบ้าน จะมีลักษณะจำกัดอยู่ภายในแวดวงขอบเขตทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นเท่านั้น โรคหนึ่งตามการจัดประเภทในระบบการแพทย์ จะมีความหมายต่างกันออกไป เมื่อไปอยู่ในบริบททางวัฒนธรรมที่ต่างกัน เช่น โรคไวรัสลงดับในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา อาจจัดว่าเป็นอาการที่ถูกผีกะทำร้าย หรือถูกคุณถูกไสย ส่วนระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสาน อาจเป็นเรื่องของผีชอบเข้าสิงก็ได้ เป็นต้น (อานันท์ กาญจนพันธ์ และ ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2534: 115-116)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น นอกจากจะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายสาเหตุของโรค และกำหนดวิธีการรักษาของบุคคลแล้ว ความเชื่อในเรื่อง

สาเหตุของโรค ยังถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่ง ในการจัดประเภทของความเจ็บป่วยชนิดต่างๆ (illness categories) ตามการรับรู้ของชาวบ้านอีกด้วย โดยชาวบ้านจะมีการแบ่งประเภทหรือลักษณะของอาการที่ผิดปกติ ตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของอาการนั้นๆ หรือตามลักษณะของอาการที่ปรากฏ ทั้งนี้ อาจจะใช้ภาษาหรือคำเรียกการจัดประเภท แตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม

ตัวอย่างของการแบ่งประเภทความเจ็บป่วยของชาวบ้าน เช่น การศึกษาของ เอ็มมพร ทองกระจาย และคณะ (2530) ในประเด็น การรับรู้ของมารดาในจังหวัดขอนแก่น เกี่ยวกับโรคท้องร่วง พบว่า มารดาเชื่อว่าโรคท้องร่วงจะพบเฉพาะในผู้ใหญ่และเด็ก แต่ถ้าเป็นในทารกจะไม่เรียกว่าท้องร่วง แต่เรียกว่า “ซู่” (หมายถึงผลไม้งอมเกินไป) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ได้แก่ ซูยืม (เกิดเมื่อเด็กเริ่มยืม) ซูอ้อแอ้ (เกิดเมื่อเด็กเริ่มส่งเสียง) ซุกว่า-ซุหงาย (เกิดเมื่อเด็กเปลี่ยนจากท่านอนหงาย เป็นท่านอนคว่ำ) ซูนั่ง ซูย่าง (ซูดื่น) ซูแลน (ซูวิ่ง) เป็นต้น หรือ จากผลการศึกษาของ บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534: 42) ที่พบว่า ชาวบ้านจะบอกว่าโรคเบาหวานที่ตนเป็น มีความรุนแรง ถ้าปัสสาวะมีสีเข้มและมีฟองมาก

จะเห็นได้ว่า การจัดแบ่งประเภทความเจ็บป่วยของชาวบ้าน มีความแตกต่างจากทางการแพทย์ ทั้งในแง่กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนกประเภท และภาษาที่ใช้เรียกความเจ็บป่วย แต่ละประเภท

3. การรักษาความเจ็บป่วย

ในด้านการจัดการเมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ไม่ใช่ว่าบุคคลนั้น จะแสวงหาแนวทางหรือวิธีการรักษาเสมอไป ระยะเวลาจากจุดที่บุคคลตระหนักถึงอาการผิดปกติของตน ไปจนถึงการลงมือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ใช้เวลายาวนาน มีความสลับซับซ้อน ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากองค์ประกอบด้านการรับรู้และองค์ประกอบด้านสังคม ผลของอิทธิพลเหล่านี้ จะออกมาในรูปการเพิกเฉยไม่สนใจ อดทนต่ออาการเจ็บป่วย การรักษาด้วยตนเอง หรือไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536: 76)

จินตนา นามวิทยาพงศ์ (2530: 170) พบว่า ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของ ชาวบ้าน ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงของเด็ก ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด มีดังต่อไปนี้ 1) ความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุของอาการ 2) ระดับความรุนแรงของอาการ 3) ประสบการณ์ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยตนเองมาก่อน 4) ฐานะทางเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 5) บทบาทและอิทธิพลของเครือข่ายทางสังคม 6) การรับรู้และการคาดหวังของผู้เลี้ยงเด็กที่มีต่อแหล่งบริการหรือวิธีการรักษาต่างๆ และ 7) ช่วงเวลาและสถานการณ์ในขณะที่เด็กเจ็บป่วย

ในระบบการแพทย์แบบพื้นบ้าน เชื่อว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยเกิดจากอำนาจของ สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง เช่น ภูมิจำทำ ภูมิจุดไสย เป็นต้น เพราะฉะนั้น ชาวบ้านจะบำบัดรักษา ด้วยการหาทางทำให้อำนาจนั้นหยุดการกระทำ ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยนั้นเสีย โดยทำให้อำนาจนั้นพอใจ หายโกรธ

หรือออกจากผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (เช่น การเซ็นสรวง) หรือไม่เช่นนั้น ต้องใช้วิธี นำอำนาจจากอีกแหล่งหนึ่ง ที่เชื่อว่ามีพลังสูงกว่ามาทำให้อำนาจที่ทำให้เจ็บไข้หมดพลังไป หรือหากเลี้ยงไม่ได้ ก็ให้เกิดผลร้ายน้อยที่สุด เป็นการผ่อนหนักเป็นเบา นั่นเอง แต่ถ้าหากเชื่อว่าเกิดจากการแปรปรวนของธาตุ ก็ต้องพยายามทำให้ความแปรปรวนนั้นกลับสู่สภาพสมดุลตามเดิม โดยการเติมส่วนที่ขาด หรือลดส่วนเกิน เช่น การใช้สมุนไพร เป็นต้น ทั้งนี้ ความเชื่อในสาเหตุของโรค จะเป็นสิ่งกำหนดผู้รักษา และวิธีการบำบัดรักษาสำหรับชาวบ้าน (อานันท์ กาญจนพันธุ์ และ ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2534: 115-116,123)

ดังนั้น เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรับรู้ วิธีคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วย การให้ความหมาย สาเหตุของการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความเชื่อในผลการรักษา รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาของประชาชน หรือระบบคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย

Colson (1971 อ้างถึงใน เทพินทร์ พัทธนากรักษ์, 2533: 18) พบว่า ชาวบ้านจะมีการจัดประเภทความเจ็บป่วย และเชื่อว่าการรักษาแบบพื้นบ้าน จะได้ผลดีกับโรคประเภทหนึ่ง ขณะที่การรักษาที่เป็นบริการของรัฐจะให้ผลดีกับโรคอีกประเภทหนึ่ง

เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เทพินทร์ พัทธนากรักษ์ (2533) ซึ่งพบว่า ชาวบ้านจะเลือกใช้แหล่งบริการแผนใหม่ สำหรับความเจ็บป่วยที่มีลักษณะรุนแรงเฉียบพลัน แต่ถ้าความเจ็บป่วยในระบบวิธีคิดของชาวบ้าน มีลักษณะเรื้อรัง ไม่รุนแรง จะเลือกใช้บริการแผนโบราณ

อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านจะมีการรักษาตนเองมากที่สุด ดังผลจากการศึกษาของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรุณญา ปุรณัน (2530) ซึ่งพบว่า เมื่อเจ็บป่วยชาวชนบทจะมีพฤติกรรมรักษาตนเองมากที่สุด และความเจ็บป่วยถึงร้อยละ 87.6 ชาวบ้านจะรักษาให้หายเองด้วยการดูแลสุขภาพหรือการรักษาตนเองเท่านั้น และที่สำคัญคือ การศึกษาชั้นนี้ พบว่า แบบแผนการดูแลรักษาตนเองในภาวะเจ็บป่วยของชาวชนบทนั้น มีความซับซ้อนและใช้หลายวิธีผสมผสานกัน

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า ชาวบ้านมีแบบแผนการให้ความหมายสุขภาพ จำแนกประเภทของความเจ็บป่วยและการเลือกการรักษา ซึ่งเกิดจากการผสมผสานแนวคิดที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านโครงสร้างทางครอบครัว และการแพร่กระจายของวัฒนธรรมการแพทย์ระบบต่างๆ จนเกิดเป็นแบบแผนการอธิบายสุขภาพและความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ มีความแตกต่างจากการอธิบายทางการแพทย์ และแสดงออกในพฤติกรรมการรักษาของชาวบ้านที่มีความหลากหลาย

ส่วนที่ 3 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมิติทางการแพทย์

1. คำจำกัดความ

รูปแบบของการผุที่เกิดบริเวณฟันหน้าน้ำนมบนและฟันกรามน้ำนมในเด็กปฐมวัย แต่เดิมเชื่อว่า เกิดจากการใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสม Fass (1962: 248) จึงเสนอให้ใช้ชื่อ “ nursing bottle mouth” ในการเรียกลักษณะการผุดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีชื่ออื่นๆที่ใช้ในการเรียกและอธิบายลักษณะการผุแบบเดียวกัน ได้แก่ baby bottle tooth decay(BBTD), nursing caries(NC), labial caries, caries of incisors, maxillary anterior caries(MAC), rampant infant and early childhood dental decay(RIECDD), infant tooth decay เป็นต้น (Ismail and Sohn, 1999: 171) ต่อมาพบว่า ในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ก็พบว่าเกิดฟันผุในรูปแบบเดียวกันนี้ได้ ไม่ได้เกิดจากการใช้ขวดนมอย่างเดียว การใช้ชื่อเดิมที่เคยเรียกมา อาจทำให้เข้าใจสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ถูกต้องได้ ในปี ค.ศ.1994 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION(CDC) ได้เสนอให้ใช้ชื่อใหม่สำหรับเรียกลักษณะการผุดังกล่าวในเด็กปฐมวัยว่า “Early Childhood Caries ” ย่อว่า “ ECC ” เพื่อให้เป็นที่เข้าใจตรงกันว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เกิดได้จากหลายสาเหตุ (Reisine and Douglass, 1998: 32-33) ซึ่งในการ ทบทวนวรรณกรรมนี้ จะใช้คำว่า “ฟันผุในเด็กปฐมวัย” แทนคำว่า Early Childhood Caries

Ismail (1998: 49) เสนอว่าโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การมีลักษณะของรอยผุไม่ว่าด้านใดของฟันน้ำนม ในช่วงอายุ 3 ปีแรก ส่วน Davies (1998: 115) เสนอว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การมีฟันผุในฟันหน้าน้ำนมบนตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ก่อนอายุ 4 ปี ในการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งจัดโดย National Institute Of Dental And Craniofacial Research(NIDCR) ในปี ค.ศ. 1999 ได้เสนอข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยและรายงานเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยว่า “โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย” (Early Childhood Caries - ECC) หมายถึง การมีฟันผุทั้งที่เป็นรูผุชัดเจนและยังไม่เป็นรูผุ(non cavitated or cavitated lesions) การมีฟันหายไปเนื่องจากฟันผุ หรือการมีการบูรณะฟัน ในฟันน้ำนมซี่ใดๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป และใช้คำว่า “โรคฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัย” (Severe Early Childhood Caries – S-ECC) หมายถึง การมีฟันผุที่มีรูปแบบแตกต่างจากปกติ มีการลุกลามรุนแรงรวดเร็ว หรือเป็นการผุนด้านของฟันที่ไม่พบการผุตามปกติ(atypical, progressive, acute or rampant) (Drury et al., 1999: 197)

จะเห็นได้ว่า คำจำกัดความทั้งหลายนี้ เน้นการที่เด็กมีฟันน้ำนมผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าน้ำนมบน ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม คำจำกัดความของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปยังไม่มี (Milnes, 1996: 41)

2. ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

จากการที่คำจำกัดความของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปยังไม่มี ดังนั้นรายงานความชุกของโรคนี้ จึงพบมีอัตราที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 82 (Ismail and Sohn, 1999: 173-181) ตัวอย่างการศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในต่างประเทศ ที่เคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อน แสดงในตารางที่ 1

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 3 ปี พบสูงถึงร้อยละ 61.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ประมาณ 3.4 ซี่ต่อคน (กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, 2538) แต่เป็นการสำรวจโดยนับรวมเอาฟันทุกซี่ในช่องปากไม่ได้เฉพาะเจาะจงแต่ฟันหน้าเท่านั้น

Uthaiwan Kanchanakamol และคณะ (1996) พบว่า เด็กไทยในท้องถิ่นชนบท ภาคเหนือ อายุ 13 – 24 เดือน มีฟันผุร้อยละ 9.4 มีจำนวนฟันผุเฉลี่ย 0.3 ซี่ต่อคน ความชุกและจำนวนฟันผุเฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้นตามอายุ ในเด็กกลุ่มอายุ 37 - 48 เดือน พบฟันผุร้อยละ 50.4 มีจำนวนฟันผุเฉลี่ย 1.7 ซี่ต่อคน แต่อย่างไรก็ตาม เป็นการสำรวจโดยนับรวมเอาฟันทุกซี่ใน ช่องปากไม่ได้เฉพาะเจาะจงแต่ฟันหน้าเท่านั้นเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้นิยามของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่ต่างกัน การตรวจที่ใช้เกณฑ์วินิจฉัยต่าง ๆ กัน การตรวจในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความแตกต่างและหลากหลายในแต่ละวัฒนธรรมและเชื้อชาติ หรือการตรวจในเด็กที่มีอายุต่างกัน การนำความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในแต่ละการศึกษา มาเปรียบเทียบกันโดยตรง และการบอกถึงความชุกที่แท้จริง จึงทำได้ยาก

ตารางที่ 1 ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่เคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อน

Year	Authors (Ref)	Study Type	Condition	Population	Teeth	Tooth surfaces	No. Teeth	Percent Prevalence	Calibration / Reliability	Age
1994	Alaluusua And Malmivirta	Cross-sectional Study	Caries	Children from Orimattila, southern Finland	Incisors Molars (at age 36 mos)	Labial / palatal / occlusal	1+	at 19 mos = 8 at 36 mos = 14	-	19 - 36 mos
1994	Domoto et al.	Cross-sectional Study	BBTD	WIC, Yakima Valley region, WA, Mexican-Am.children	Incisors	-	1+	1 carious max.incisor=7; at least 1 incisor white spot lesion=30.4	-	0-3 y.
1996	Mattos-Graner et al.	Cross-sectional Study	Initial & manifest caries	Day care nurseries randomly selected from 28 in Piracicaba, Sao Paolo, Brazil	All	All	1+	19-24 mos - old child: initial caries =10.6; manifest caries=13.6	Yes / % agreement = 99.5	6-36 mos
1996	Ramos-Gomez et al.	Cross-sectional Study	Infant caries	Pediatric dent.clin., UCSF	Incisors	Labial , Lingual	1+ 2+ 3+	27 32 27	-	<2 - ≥6 y.

หมายเหตุ ข้อมูลในตารางที่ 1 นี้ คัดมาจากบางส่วนใน Ismail, A. I. and Sohn, W. 1999. A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. *J Public Health Dent* 59(3): 171-191.

3. รูปแบบการผุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

Ripa (1988) และ Milnes (1996) ได้อธิบายรูปแบบของการผุ ที่เกิดจากการ เลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม(nursing caries) ว่า รอยผุจะเริ่มเกิดในบริเวณผิวเรียบของฟันหน้า น้ำนม โดยเป็น

ลักษณะแถบการสูญเสียแร่ธาตุ สีขาวที่บ เป็นบริเวณกว้าง หรือมีรอยจุดขาวที่บริเวณ ขอบเหงือก ซึ่งถ้าตรวจไม่พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกนี้ รอยผุจะลุกลามไปอย่างรวดเร็ว เกิดเป็น รอยคาคีดำหรือสีน้ำตาลไปตามคอฟัน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีเคลือบฟันบางที่สุด อาจพบที่ด้านหลังของฟันหน้า น้ำนมบดได้เช่นกัน แต่ที่ผิวฟันด้านข้างนั้นพบได้ไม่บ่อย ในภาวะที่เป็นมาก ตัวฟันของฟันหน้าบนทุกซี่จะถูกทำลายไปทั้งหมด เหลือไว้เพียงตอของรากฟันเท่านั้น

การที่ฟันหน้า น้ำนมบด มีลักษณะการเกิดของฟันผุได้รุนแรงนั้น Ripa (1988) อธิบายว่า เนื่องจากฟันหน้า น้ำนมบดเป็นฟันที่ขึ้นในช่วงแรกของชีวิตเด็ก มีโอกาสสัมผัสกับภาวะที่เอื้อต่อการเกิดฟันผุเป็นเวลานาน ฟันซี่นี้จึงมีความเสี่ยงและความรุนแรงในการเกิดฟันผุจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมได้มากที่สุด พบว่า รอยผุจะปรากฏที่ฟันตัดกลางบน น้ำนมเป็นซี่แรกได้ตั้งแต่ฟันขึ้นมาใหม่ๆ หรือเมื่อเด็กมีอายุระหว่าง 7 - 12 เดือน (ระวีวรรณ ปัญญางาม และ ยุทธนา ปัญญางาม, 2535; Mattos-Graner et al., 1996)

สำหรับการผุในฟันซี่อื่น ๆ นั้นพบว่า ฟันซี่ที่พบเสี่ยงต่อการผุรองลงไป คือ ฟันกราม น้ำนมซี่แรก ซึ่งขึ้นตอนอายุ 12 - 18 เดือน มักพบรอยผุที่ด้านบดเคี้ยวของฟัน ตามด้วยบริเวณ ผิวเรียบของฟันด้านแก้มและด้านเพดาน ฟันเขี้ยวและฟันกราม น้ำนมซี่ที่สองซึ่งขึ้นช้ากว่า และในช่วงที่ฟันขึ้นนั้น เด็กมักเลิกลมแม่หรือเลิกใช้ขวดนมแล้ว จึงพบว่า เกิดฟันผุจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในฟันซี่ดังกล่าวได้น้อย ลักษณะการผุของฟัน ที่เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม จะพบลักษณะการผุ ที่มีความสมมาตรกันของฟันด้านซ้ายและขวา ทั้งในขากรรไกรบนและล่าง ส่วนฟันหน้าล่าง น้ำนมไม่ค่อยผุเนื่องจากระหว่างการดูดนม จะมีลิ้นขยายมาคลุมฟันหน้าล่าง ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันทางร่างกาย นอกจากนี้ ต่อม น้ำลายใต้ลิ้น และต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (sublingual and submandibular glands) ยังปล่อยน้ำลายช่วยในการชะล้างและปรับสภาพความเป็นกรดต่าง (pH) ของแผ่นคราบจุลินทรีย์อีกด้วย (Ripa, 1988; Milnes, 1996)

ดังนั้น รูปแบบการผุของฟันผุที่เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม จะเกิดขึ้นตามลำดับการขึ้นของฟัน ระยะเวลาที่เกิดของพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ รูปแบบการเคลื่อนไหวของลิ้นและการทำงานของอวัยวะในช่องปาก

4. ผลกระทบที่เกิดจากโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย นอกจากจะทำให้เกิดความเจ็บปวด ติดเชื้อ การบดเคี้ยวทำได้ยากแล้ว ยังมีผลต่อสภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของเด็กด้วย เด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ

Acs และคณะ (1992) ศึกษาผลของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีต่อน้ำหนักตัวของเด็กในเด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยและเด็กในกลุ่มควบคุม ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 3.2 ปี พบว่า เด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง Acs และคณะ อธิบาย

ว่า ในภาวะที่เด็กมีความเจ็บปวดและอยู่ในระหว่างการติดเชื้อของฟัน รูปแบบการรับประทานอาหารของเด็กจะเปลี่ยนไป มีการรับประทานอาหารได้น้อยลง ความเจ็บปวดที่ รบกวนการนอนของเด็ก จะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย(growth hormone) ลดลง และในขณะที่มีการติดเชื้อของร่างกาย อัตราการเผาผลาญพลังงานโดยรวมในร่างกายจะเพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลขัดขวางการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติของเด็ก

เด็กที่มีความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมาก บางครั้งอาจต้องถูกถอน ฟันหน้า น้ำนมบนไปตั้งแต่อายุน้อยๆ ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการในการพูด และความเชื่อมั่นใน ตนเองของเด็ก ด้วย (Davies, 1998)

เด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีโอกาสสูงที่จะพบมีฟันผุในชุดฟันน้ำนมซี่อื่นๆและการผุในชุดฟันแท้ตามมา ะวีวรรณ ปัญญางาม และ ยุทธนา ปัญญางาม (2535) พบว่า เด็กที่มีฟันหน้า น้ำนมบนผุหรืออุดตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการมีฟันกรามน้ำนมผุหรืออุด ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ในอัตรา 4.94 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่ไม่ปรากฏรอยผุหรือรอยอุดของฟันหน้า น้ำนมบน ในกลุ่มเด็กอายุ 37-42 เดือน และ13.38 เท่าในกลุ่มเด็กอายุ 55-60 เดือน

การศึกษาของ O'Sullivan และ Tinanoff (1993a, 1996) พบว่า เด็กที่มีการผุบริเวณ ฟันหน้า น้ำนมบน มีโอกาสที่จะพบการผุบริเวณซอกฟันในฟันหลังน้ำนม และการผุบริเวณผิวเรียบด้าน แก้ม และด้านลิ้นของฟันน้ำนมซี่อื่นๆ ในเวลาต่อมา มากกว่าเด็กที่ไม่มีการผุบริเวณ ฟันหน้า น้ำนมบน อย่างมีนัยสำคัญ

Kaste และคณะ (1992) ทำการศึกษาย้อนหลังจากประวัติการตรวจสภาพ ช่องปาก ของเด็ก พบว่า เด็กอายุ 5 ปี ที่มีฟันหน้า น้ำนมบนผุอย่างน้อย 2 ซี่ จะมีโอกาสเสี่ยงถึง 1.6 เท่า ต่อการพบมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ตั้งแต่ 5 ซี่ขึ้นไป เมื่อมีอายุ 15 ปี

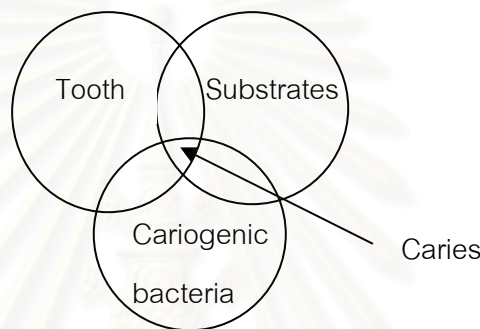
โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มักเป็นในฟันหลายซี่ และเกิดในเด็กเล็กที่ยังไม่ร่วมมือ การ รักษาทำได้ยาก และไม่สามารถหยุดการดำเนินไปของโรคได้ ทำให้ต้องรักษาภายใต้การดมยา ซึ่งเกิด ความเสี่ยงในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมา หรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมาก จำเป็นต้องให้การรักษาที่ยุ่ยากกว่าปกติ และต้องใช้ค่ารักษามากขึ้นเช่นกัน ซึ่งค่ารักษาที่เพิ่มขึ้นนี้เป็น อุปสรรคสำคัญ ที่ทำให้ผู้ปกครองส่วนหนึ่งไม่สามารถพาเด็กมารับการรักษาจนเสร็จสมบูรณ์ได้ ทำให้ โรคยังคงมีการดำเนินต่อไปและรุนแรงยิ่งขึ้น (Ramos-Gomez et al., 1996; Tinanoff and O'Sullivan, 1997; Tinanoff, 1998)

ในส่วนของภาครัฐ พบว่า ต้องแบกรับภาระการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการรักษาทันตกรรม คิดเป็นจำนวนเงินสูงมากในแต่ละปี ซึ่งจะเป็นความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น เพราะนอกจากค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค จะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อ การรักษามากแล้ว

การที่เด็กมีสุขภาพช่องปากดี ยังส่งผลในระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของ ประชากรของประเทศใน อนาคตอีกด้วย

5. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นโรคของการติดเชื้อ ที่มีปัจจัยหลักทางชีววิทยา เช่นเดียวกับ โรคฟันผุทั่วไป ซึ่งสาเหตุของโรคฟันผุ สามารถอธิบายด้วย แบบจำลองที่ใช้อธิบายการเกิดฟันผุของ Keye (Keye's ring) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของฟันผุประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการได้แก่ อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ(Substrates) เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุ(Cariogenic bacteria) และฟันรวมทั้งสภาวะแวดล้อมในช่องปาก(Tooth) (Clarkson, 1999) แบบจำลองดังกล่าวแสดง ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ปัจจัยซึ่งเป็นส่วนประกอบของขบวนการเกิดฟันผุ (Keye's ring)

Seow (1998) ได้สรุปกลไกทางชีวภาพ(biological mechanism) ในการเกิดโรคฟันผุใน เด็กปฐมวัยว่า หลักการเบื้องต้นในการเกิดฟันผุในลักษณะนี้ เหมือนกับการเกิดโรคฟันผุบนตัวฟันแบบ ปกติทั่วไป(coronal caries) กล่าวคือ เชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดฟันผุ(cariogenic organism) โดยเฉพาะ เชื้อ *Mutans streptococci* ที่อยู่บนคราบจุลินทรีย์ จะใช้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต(fermentable carbohydrates) แล้วสร้างเป็นกรดแลคติก(lactic acid) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุบนผิวเคลือบ ฟัน(demineralization) ซึ่งรายละเอียดของแต่ละปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ

สำหรับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ ถือว่าเป็นปัจจัยที่ สำคัญมากปัจจัยหนึ่ง อาจแบ่งอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ อาหารประเภทนม และอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ

5.1.1 อาหารประเภทนม

นมเป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็ก เป็นอาหารหลักในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หลังจากนั้นนมคืออาหารเสริม นมสำหรับเด็ก อาจจะเป็นนมมารดา และนมผงดัดแปลงซึ่ง ส่วนใหญ่

ดัดแปลงมาจากนมวัว เช่น นมดัดแปลงสำหรับทารก(infant formula) นมสูตรต่อเนื่อง (follow up formula) เป็นต้น (ม.ร.ว.จันทริณวิทย์ เกษมสันต์, 2540: 96-97)

นมจะมีน้ำตาลแลคโตส(lactose) เป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งแบคทีเรียจะใช้ในการสร้างกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่น แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่มีคุณสมบัติในการป้องกันฟันผุ ได้แก่ โปรตีน(protien) และฟอสเฟต(phosphate) จะช่วยปรับสภาพกรดที่เกิดขึ้น(buffer) แคลเซียม(calcium) และฟอสเฟตในนม จะส่งเสริมการสะสมแร่ธาตุคืนกลับสู่ฟัน (remineralization) นอกจากนี้ โปรตีนในนมจะสามารถเคลือบบนผิวฟัน ช่วยลดการละลายของ ผิวเคลือบฟันจากกรดได้ จึงถือได้ว่านมมีคุณสมบัติเป็นสารยับยั้งการเกิดฟันผุ(cariostatic) (Seow, 1998: 19) อย่างไรก็ตาม การเติมน้ำตาลชนิดต่างๆลงในนม ซึ่งมักพบในนมสูตรต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการผุได้ง่ายขึ้น (Bowen and Pearson, 1993)

ถึงแม้ว่านมจะไม่ใช่อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ แต่การให้นมอย่างไม่ถูกวิธี เช่น การให้เด็กดูดนมคาปากขณะหลับ จะทำให้นมสะสมอยู่บริเวณคอพิน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านริมฝีปากของฟันหน้าน้ำนมบน ซึ่งความเร็วของน้ำลายในการชะล้างผิวฟันในด้านริมฝีปาก มักช้ากว่าด้านลิ้น (Hanaki et al.,1993) อีกทั้งในขณะนอนหลับ อัตราการไหลของน้ำลายจะช้าลง (Scheneyer et al., 1956) และเด็กมีการนอนหลับมากกว่าผู้ใหญ่ โอกาสที่จะอาศัยคุณสมบัติต่างๆของน้ำลาย ในการช่วยลดการเกิดฟันผุจึงเป็นไปได้น้อย การผุในบริเวณฟันหน้าน้ำนมบน จึงเกิดขึ้นได้ง่าย

แต่เดิมเชื่อว่า สาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เกิดจากการใช้ ขวดนม ในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสม ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล และ รพีพรรณ โชคสมบัติชัย (2541) ทำการศึกษาในเด็กไทยอายุ 2 – 6 ปี พบว่า เด็กกลุ่มที่หลับคาขวดนมเป็นประจำมีอัตราฟันผุ ถอน อุด เป็นด้านต่อคน สูงกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่หลับคาขวดนม และพบว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ดูดน้ำตามหลังดูดนม มีอัตราผุ ถอน อุดเป็นด้านต่อคน สูงกว่าเด็กกลุ่มที่ดูดน้ำตามหลังดูดนม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ O'Sullivan และ Tinanoff (1993b) เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดฟันผุในฟันหน้าน้ำนมบน ในเด็กอายุ 3-4 ปี โดยการสอบถามผู้ปกครองร่วมกับการตรวจสภาพอนามัยในช่องปากเด็ก พบว่าร้อยละ 86 ของเด็กที่มีฟันหน้าน้ำนมบนผุ มีการใช้ขวดขณะหลับ และพบว่าร้อยละ 69 ของเด็กที่ไม่มีการผุของฟันหน้าน้ำนมบน มีการใช้ขวดขณะหลับเช่นกัน นั่นคือ การใช้ขวดนมไม่ทำให้เกิดฟันผุเสมอไป

ในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่พบว่าเกิดฟันผุได้เช่นกัน ถ้าให้นมเด็กอย่างไม่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเกินไป(prolong excessive feeding) (Gardner, Norwood and Eisenson, 1977; Kotlow, 1977; Dillely, Dillely and Machen, 1980) Al-Dashti, Williams และ Crouzon (1995) พบความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับการเลี้ยงด้วยนมแม่ตอนกลางคืนหลังเด็กอายุ 6 เดือน Matee และคณะ (1992) พบว่า การเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างไม่เหมาะสม จะทำให้ ผิวฟัน

ของเด็ก เกิดการก่อตัวและเพิ่มจำนวนของเชื้อ *Mutans streptococci* ซึ่งเชื้อชนิดนี้เป็นเชื้อหลักที่พบในเด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็ก และการให้เด็กนอนหลับไปพร้อมขวดนมพบว่า เป็นพฤติกรรมที่ทำกันโดยทั่วไป (Weinstein et al., 1996; Febres, Echeverri and Keene, 1997) Shantinath และคณะ (1996) พบว่า ผู้ปกครองมักใช้ขวดนมในการช่วยให้เด็กหลับ ใช้ขวดนมแม้เด็กนอนกลางวัน และมักใส่น้ำหวานหรือนมในขวดให้เด็กดูดตอนกลางคืน สำหรับในประเทศไทยจากการสอบถามแม่หรือผู้ที่ดูแลเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 2 ปี พบว่าร้อยละ 48 ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม และพบว่าเด็กมากกว่าร้อยละ 80 ยังคงดูดขวดนมจนอายุ 2 - 3 ปี (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุดา ลีละศิริ, 2542)

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุที่เลิกใช้ขวดนม กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย Tsubouchi และคณะ (1995) พบว่า เด็กที่มีฟันผุ มักยังคงใช้ขวดนม แม้มีอายุ มากกว่า 1 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ขวดนมในขณะหลับ Febres และคณะ (1997) พบว่า เด็กที่เลิกใช้ขวดนมหลังอายุ 14 เดือน จะมีโอกาสเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้สูง Shantinath และคณะ (1996) พบว่า เด็กที่ฟันไม่ผุจะเลิกขวดนมเร็วกว่าเด็กที่มีฟันผุ ประมาณ 6 เดือน แต่ในทางตรงข้าม Schwartz, Rosivack และ Michelotti (1993) พบว่า อายุเฉลี่ยที่เด็กเลิกใช้ขวดนม ในกลุ่มเด็กที่มีและไม่มีฟันหน้าน้ำนมบนฟัน ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาที่ แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องจากการศึกษาย้อนหลังถึงอายุที่เลิกใช้ขวดนม และความเชื่อถือได้ของการศึกษา ซึ่งมีความแตกต่างกันในของเหลวที่ใสในขวด หรือวิธีการที่เด็กใช้ขวดนมในระหว่างวัน ดังนั้น จึง ไม่สามารถบ่งบอกถึง ความสัมพันธ์ของอายุที่เด็กเลิกใช้ขวดนมกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม Moss (1996) เสนอว่า การให้นมไม่ถูกวิธีอาจไม่ใช่สาเหตุหลักที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย แต่การมีอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี น่าจะเป็นสาเหตุหลักมากกว่า จึงยังไม่สามารถสรุปว่าการให้นมที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุหลักในการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้

5.1.2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ

นอกเหนือจากอาหารประเภทนมแล้ว อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมากที่สุด ได้แก่ อาหารว่าง (snack) โดยจะแยกพิจารณาในเรื่องความถี่ของการบริโภค ชนิดของน้ำตาลในอาหารที่บริโภค และลักษณะของอาหารที่บริโภค ได้ดังนี้

5.1.2.1 ความถี่ของการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก มีความสำคัญ อย่างมากต่อการเกิดฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความถี่ในการรับประทานอาหาร พบว่าการบริโภคน้ำตาลบ่อยๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ (Paunio et al., 1993; Steckslen-Blicks and Holm, 1995) ซึ่งการ

รับประทานน้ำตาลบ่อยครั้ง หรือการรับประทานขนมจุบจิบ จะส่งผลให้ แผ่นคราบจุลินทรีย์เกิดสภาพเป็นกรดอย่างต่อเนื่อง และทำให้ขบวนการการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ สูฟันโดยน้ำลายไม่เพียงพอ เกิดฟันผุขึ้นได้ง่าย Tsubouchi และคณะ (1995) ทำการศึกษาในคลินิกเด็กดี โดยการตรวจช่องปากเด็กอายุ 12-36 เดือน ร่วมกับให้ผู้เลี้ยงดูเด็กตอบแบบสอบถาม พบว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก โดยเด็กที่มีฟันผุจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้ออาหารที่บ่อยมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน มากกว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ Gustafsson และคณะ (1954 cited in Hunter, 1988: 211) พบว่า ความถี่ของการ รับประทานอาหารหวาน โดยเฉพาะการรับประทานระหว่างมื้อ จะมีผลต่อการเกิดฟันผุมากกว่ารูปแบบของอาหารที่อยู่ในรูปของอาหารเหนียวหรือของเหลว

5.1.2.2 ชนิดของน้ำตาลในอาหารที่บริโภค

ชนิดของน้ำตาลในอาหาร มีผลต่อการเกิดฟันผุเช่นกัน โดย น้ำตาลที่มีความสามารถในการทำให้เกิดฟันผุ(cariogenicity) สูงกว่าน้ำตาลชนิดอื่นๆ คือ น้ำตาลซูโครส (sucrose) (Bowen, 1998) อย่างไรก็ตาม การเติมน้ำผลไม้ซึ่งผสมน้ำตาลใส่ในขวดให้เด็ก รับประทานเป็นประจำ จะมีผลทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย เนื่องจากในน้ำผลไม้เหล่านี้ มีน้ำตาลชนิด ฟรุคโตส (fructose) ซึ่งมีผลทำให้เกิดกรดได้ใกล้เคียงกับน้ำตาลซูโครส และในน้ำผลไม้เข้มข้นมีสถานะเป็นกรดค่อนข้างสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดการสึกกร่อนของผิวเคลือบฟัน (Smith and Shaw, 1987) ดังนั้น การเติมน้ำผลไม้ หรือเครื่องดื่มหวานลงในขวดให้เด็กดูจากขวดนม จะทำให้เกิด ฟันผุได้ง่าย (Seow, 1998: 19) นอกจากนี้ยังพบว่า ในเด็กที่รับประทานยาที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นเวลานาน สามารถเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้เช่นกัน (Feigal, et al., 1984; Hallett, Radford and Seow, 1992)

ส่วนแป้งนั้น แม้จะมีส่วนทำให้ความเป็นกรดต่างของแผ่นคราบจุลินทรีย์(plaque pH) เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อไปรวมกับน้ำตาล หรืออยู่ในรูปอาหารหวานประเภทแป้ง(refined strach) เช่น ขนมปัง คุกกี้ ขนมเค้กและอาหารหวาน ซึ่งเหนียวติดฟันมากขึ้น ก็จะสามารถทำให้เกิดกรดได้สูงขึ้น (Mörmann and Mühlemann, 1981)

5.1.2.3 ลักษณะของอาหารที่บริโภค

ลักษณะของอาหารที่เหนียว หรือมีลักษณะเป็นเส้นใย เช่น ผลไม้ จะช่วยให้เกิดกระบวนการทำความสะอาดตามธรรมชาติ(self cleansing) และกระตุ้นการไหลของน้ำลายได้ดี ส่วนอาหารที่มีลักษณะเหนียวติดฟันจะค้างอยู่ในช่องปากนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าอาหารนั้นมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ จะมีผลให้เกิดกรดในช่องปากได้มากยิ่งขึ้น (Mörmann and Mühlemann, 1981)

5.2 ปัจจัยด้านเชื้อจุลินทรีย์

ครอบครัวชุมชน ที่มา และการก่อตัวของเชื้อจุลินทรีย์ ที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 ชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุ

เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุหลักของฟันผุ คือ *Mutans streptococci* ซึ่งเชื่อว่าเป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยเช่นกัน (Seow, 1998: 10) เนื่องจากเชื้อชนิดนี้ เป็นเชื้อหลักที่แยกได้จากช่องปากของเด็กที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Matee et al., 1992) เชื้อ lactobacilli ก็สามารถพบได้ในช่องปากของเด็กที่เป็นโรคฟันผุเช่นกัน แต่มักไม่ค่อยพบในรอยผุระยะเริ่มแรก มักพบกรณีเกิดเป็นรูผุขึ้นแล้ว (Matee et al., 1992) และปริมาณของเชื้อ lactobacilli ในน้ำลาย เป็นสิ่งสะท้อนถึงปริมาณการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตได้อีกด้วย (Crossner, 1981)

5.2.2 ที่มาของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรค

ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา จะเป็นแหล่งที่มาสำคัญของเชื้อที่ถ่ายทอดไปยังเด็ก เนื่องจากลักษณะทางพันธุกรรม(genotype)ของเชื้อ *Mutans streptococci* ที่พบในลูกนั้นเหมือนกับเชื้อ *Mutans streptococci* ที่พบในแม่ (Li and Caufield, 1995)

5.2.3 การก่อดำของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรค

Horowitz, H. S. (1998: 71) กล่าวว่า การเลี้ยงลูกด้วยการให้นมหรือ ของเหลวอื่นอย่างไม่ถูกวิธีนั้น ไม่ใช่สาเหตุเพียงลำพังของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ต้องมีการก่อดำของเชื้อร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การก่อดำของเชื้อ *Mutans streptococci*

เชื้อ *Mutans streptococci* จะไม่พบในช่องปากจนกว่าจะมีฟันขึ้น เนื่องจากเชื้อชนิดนี้ต้องเกาะกับพื้นผิวที่แข็ง จะพบเชื้อนี้สิ่จำนวนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาที่มีจำนวนฟันและพื้นที่ให้เชื้อยึดเกาะมากขึ้น ช่วงเวลาที่พบเชื้อ *Mutans streptococci* ครั้งแรกในช่องปาก ต่างกันในหลายๆการศึกษา ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า เริ่มพบเชื้อนี้ในช่องปากเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ขึ้นกับระยะเวลาที่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นในช่องปาก (Grindejord et al., 1995; Karn, O'sullivan and Tinanoff, 1998) บางการศึกษาพบว่า เริ่มพบเชื้อนี้ในเด็กอายุประมาณ 26 เดือน (Caufield, Cutter and Dasanayake, 1993) ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันของวิธีการที่ใช้ตรวจลักษณะและปริมาณการบริโภคน้ำตาลของเด็ก พฤติกรรมการรักษาอนามัยช่องปาก รวมทั้งระดับเชื้อ *Mutans streptococci* ในช่องปากของแม่ เป็นต้น

การศึกษาของ Karn และคณะ (1998) พบว่า ถ้าตรวจพบเชื้อ *Mutans streptococci* ในเด็กตั้งแต่อายุน้อยๆจะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุได้สูงกว่า เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Grindejord และคณะ (1996) ซึ่งพบว่าเด็กอายุ 2.5-3.5 ปี ที่มีอัตราการผลิตสูง จะพบมีการก่อดำของเชื้อ *Mutans streptococci* เมื่ออายุ 1 ปี ซึ่งอายุที่เด็กเริ่มมีการก่อดำ(colonized) ของเชื้อ *Mutans streptococci* มีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับขบวนการ การเกิดโรค

ระยะเวลาที่ควรให้การป้องกันด้วยวิธีการต่างๆ และการประเมินความเสี่ยงต่อการผุของเด็กได้ (Karn et al., 1998: 248)

5.3 ปัจจัยด้านตัวฟันและสภาวะแวดล้อมในช่องปาก

5.3.1 ด้านตัวฟัน

ในฟันน้ำนมที่เพิ่งขึ้นมาใหม่ จะอยู่ในระยะสุดท้ายของการพัฒนาให้มีความแข็งแรงเต็มที่(maturation) ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ หากสภาวะของ ช่องปาก มีเชื้อจุลินทรีย์และมีอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการเกิดฟันผุอยู่ด้วยแล้ว โรคฟันผุก็จะเกิดขึ้นได้ง่าย (Seow, 1998: 14)

นอกจากนั้น ลักษณะของผิวฟันที่มีความผิดปกติต่างๆ เช่น ฟันที่มีการสร้างเคลือบฟันน้อยกว่าปกติ(enamel hypoplasia) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Uthaiwan Kanchanakamol et al., 1996) จากการที่ฟันมีความต้านทานต่อกรดน้อยลง และมีความขรุขระของผิวฟัน ทำให้ง่ายต่อการก่อดังตัวของเชื้อ *Mutans streptococci*

ความขรุขระของฟันที่มีการสร้างตัวของเคลือบฟันน้อยกว่าปกติ พบได้ตั้งแต่อายุ 4 – 60 ซึ่งความแตกต่างที่พบนี้ ขึ้นกับลักษณะตัวอย่างที่ศึกษา ชุดของฟันที่ตรวจ และเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย (Seow, 1991) สำหรับในประเทศไทย Uthaiwan Kanchanakamol และคณะ (1996) พบว่า เด็กไทยในชนบทภาคเหนือ มีลักษณะของฟันที่มีการสร้างเคลือบฟัน น้อยกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 21 สาเหตุของการสร้างเคลือบฟันที่น้อยกว่าปกติดังกล่าว อาจเกิดได้จากการมีโรคทางพันธุกรรม บางอย่าง การได้รับภยันตรายระหว่างคลอด(birth trauma) การมีน้ำหนักร่างกายคลอดต่ำ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ หรือการได้รับยา บางชนิด เป็นต้น (Seow, 1991)

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมักพบบ่อยในครอบครัวที่ยากจน หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี อาจเป็นไปได้ว่า เกิดจากการที่เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ ตั้งแต่ก่อนและหลังคลอด ทำให้การสร้างเคลือบฟันผิดปกติไป ส่งผลให้ฟันมีการทนทานต่อโรคน้อยลง (Devies, 1998)

5.3.2 ด้านสภาวะแวดล้อมในช่องปาก

น้ำลายเป็นตัวหลักของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในการป้องกันโรค ฟันผุ (host defense system) บทบาทสำคัญดังกล่าวของน้ำลาย คือ การชะล้างอาหาร(oral clearance) ปรับสภาพความเป็นกรดต่างภายในช่องปาก(buffering capacity) มีผลต่อการ ยึดเกาะ(adhesion) และการก่อดัง(colonization) ของแบคทีเรียบนผิวเคลือบฟัน รวมทั้ง ส่วนประกอบต่างๆในน้ำลาย ที่มีผลยับยั้งแบคทีเรีย(antimicrobial activity) (Seow, 1998)

คุณสมบัติด้านการชะล้างอาหาร การปรับสภาพความเป็นกรดต่างของ น้ำลาย และการลดการยึดเกาะและการเจริญเติบโตของแบคทีเรียบนผิวเคลือบฟัน จะขึ้นกับการไหลของ น้ำลาย ซึ่งในช่วงเวลาที่เด็กหลับ จะมีอัตราการไหลของน้ำลายลดลง (Scheneyer et al., 1956) หาก ยังคงได้รับน้ำตาลในช่วงนั้น จะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ธรรมชาติของน้ำลายในแต่ละบริเวณของช่องปาก มีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยด้วยเช่นกัน สำหรับบริเวณฟันหน้านั้นน้ำนมบ่น น้ำลาย ส่วนใหญ่ มาจาก การสร้างของต่อมน้ำลายขนาดเล็ก(minor salivary glands) ที่ริมฝีปาก ซึ่งเป็นน้ำลายที่ค่อนข้างเหนียว มีปริมาณของแร่ธาตุ รวมทั้งความสามารถในการปรับสภาพความเป็นกรดต่างของน้ำลาย และสารภูมิ ด้านทาน(antibody) ต่ำ (Moss, 1996) ร่วมกับความสามารถของน้ำลาย ในการชะล้างผิวฟันในด้านริม ฝีปาก ซึ่งมักช้ากว่าด้านหลัง (Hanaki et al., 1993) อีกทั้ง เด็กมีการนอนหลับมากกว่าผู้ใหญ่ โอกาสที่จะ อาศัยคุณสมบัติต่างๆของน้ำลายในการช่วยลดการเกิดฟันผุจึงเป็นไปได้น้อย การฟันในบริเวณฟันหน้า น้มนมบ่นจึงเกิดได้ง่าย

ระบบภูมิคุ้มกันอื่นๆในช่องปากที่มีบทบาทต่อการเกิดฟันผุ เช่น ซีครีทอรี อิมมู โนกลอบูลิน เอ(secretory immunoglobulin A(sIgA)) มีส่วนช่วยยับยั้งการยึดเกาะและทำให้เอนไซม์ ของแบคทีเรียมีความเป็นกลาง(neutralized) ส่วนอิมมูโนกลอบูลิน จี(immunoglobulin G (IgG)) เป็น แอนติบอดี(antibody) ที่พบในร่องเหงือก จะช่วยเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อ *Mutans streptococci* ใดๆก็ตาม ในปัจจุบัน ยังคงขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของระบบภูมิคุ้มกันต่อการเกิดฟันผุ ใน เด็ก ถึงแม้จะพบว่าการใช้ระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดฟันผุ จะประสบความสำเร็จในสัตว์ทดลองก็ตาม (Seow, 1998)

6. การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีทางทันตกรรมป้องกันใดๆเพียงวิธีเดียว ที่สามารถป้องกันโรคฟันผุได้ อย่างสิ้นเชิง และไม่มีวิธีการรักษาใดๆโดยทันตแพทย์(intervention) ในการป้องกันโรค ฟันผุในเด็ก ปฐมวัย ซึ่งมีประสิทธิผลดีเท่ากับความร่วมมือของผู้ปกครองเองต่อการทำทันตกรรมป้องกัน (Benitez, O' Sullivan and Tinanoff, 1994)

Ismail (1998) ได้เสนอแนวทางในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยว่า ต้องอาศัย กลวิธีการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน ใน 3 ส่วนได้แก่ 1) กลวิธีระดับชุมชน เช่น การให้ทันตสุขศึกษา ในประเด็นการเลี้ยงนมและของเหลวอย่างถูกวิธี การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา 2) กลวิธีที่ดำเนินการ ในคลินิกทันตกรรม เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ การจ่ายยาเม็ดหรือยาน้ำ ฟลูออไรด์ และ 3) กลวิธีการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง(self care) เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเลือกรับประทาน อาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

ส่วน Moss (1996) เชื่อว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเกิดจากการมีสภาวะอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี จึงแนะนำให้ทำการป้องกันโดยควรเน้นไปที่การทำความสะอาดช่องปาก ไม่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค เช่นเดียวกับ Gibson และ Williams (1999) ซึ่งแนะนำว่าการแปรงฟันเป็นวิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่น่าจะประสบความสำเร็จมากกว่า การแนะนำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เนื่องจากเป็นการแนะนำการปฏิบัติในเชิงบวก และยึดหลักการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนการแนะนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารนอกจากจะทำได้ยากแล้ว ยังไม่ใช่วิธีการในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพ (cost effective) อีกด้วย

ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย (2541) ได้สรุปข้อแนะนำสำหรับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพของเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ดังนี้

1. ไม่ควรให้นมเวลานอน เมื่อฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มขึ้น หรืออายุเด็กประมาณ 6 เดือน และไม่ควรให้นมที่มีรสหวาน
2. ผู้ปกครองควรฝึกให้เด็กดื่มนมจากถ้วยเมื่ออายุ 6 - 10 เดือน และเด็กควรเลิกดื่มนมจากขวด เมื่ออายุ 12 เดือน
3. ไม่ควรให้เครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำผลไม้จากขวดนม
4. การทำความสะอาดช่องปากควรเริ่มอย่างช้าที่สุด เมื่อฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น
5. เด็กควรได้รับการตรวจช่องปากภายใน 6 เดือนหลังจากฟันซี่แรกขึ้น หรืออย่างช้าไม่เกินอายุ 1 ปี

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย สามารถทำได้หลากหลายวิธี แต่ผลสำเร็จและอุปสรรคของแต่ละวิธีมีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุป ได้ดังนี้

6.1 การเลิกใช้ขวดนม

แต่เดิมเชื่อว่า สาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เกิดจากการใช้ ขวดนม ในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสม จึงมีการแนะนำให้ป้องกันโรคดังกล่าว โดยการให้ความรู้กับผู้เลี้ยงดู ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ทราบถึงผลเสียจากการใช้ขวดนม และแนะนำการเลิกใช้ขวดนมเป็นหลัก แต่พบว่าวิธีการนี้ไม่ประสบความสำเร็จ จากการศึกษาของ Benitez และคณะ (1994) พบว่าเมื่อผ่านไป 3 เดือน ภายหลังจากแนะนำให้เลิกนมขวด จากเด็ก 17 ราย มีเพียง 7 ราย ที่เลิกใช้ขวดนมได้

นอกจากนี้ วิธีการแนะนำการเลิกใช้ขวดนม โดยให้ใช้แก้วแทนทันที เมื่อเด็กมีอายุ 12 เดือน เป็นวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่หรือผู้ที่เลี้ยงดู อาจเป็นไปได้ว่า วิธีการนี้ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตปกติตามวัฒนธรรม (cultural norms) เป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ ลักษณะของครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงผู้เดียวที่ดูแลเด็ก จากการศึกษาข้อจำกัดทางสังคมในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Weinstein, 1998: 85)

6.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

จากการที่การบริโภคน้ำตาลบ่อยๆสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ เพื่อเป็นการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงมีผู้พยายามแนะนำให้เด็ก งดบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ แต่พบว่า มีผู้ปกครองเพียงส่วนน้อยที่สามารถปฏิบัติตามได้ สำหรับในประเทศไทย จากการสอบถามแม่หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 0-2 ปี พบว่า เด็กร้อยละ 30 ยังรับประทานขนมหวานทุกวัน (ปิยะดา ประเสริฐสม และ ศรีสุดา ลีละศิริ, 2542: 25) ในทางปฏิบัติ การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานทำได้ยาก วิธีการดังกล่าว จึงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย แต่อย่างไรก็ตาม ในเด็กที่มีความเสี่ยงสูงก็ควรทำ (Ismail, 1998)

6.3 การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

จากการที่โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เริ่มเกิดจากบริเวณพื้นหน้าฟันบน ซึ่งปกติง่ายต่อการแปรงฟันอยู่แล้ว พฤติกรรมการแปรงฟัน จึงมีอิทธิพลสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การแปรงฟันบ่อยๆ และการที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน จะสามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้ (Paunio et.al., 1993; Wendt et.al., 1994; Stecksén-Blicks and Holm, 1995) แต่ความถี่ในการแปรงฟันไม่สามารถทำให้ปราศจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ ถ้าวิธีการแปรงไม่มีประสิทธิภาพพอ (Sutcliffe, 1983: 72)

การแปรงฟันมีผลในการลดฟันผุในเด็กปฐมวัย เนื่องจากการแปรงฟันจะช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อ อีกทั้ง สามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุ ในระยะเริ่มแรกได้ (Moss, 1996: 401) อย่างไรก็ตาม ผลในการป้องกันฟันผุของการแปรงฟัน มาจากฟลูออไรด์ใน ยาสีฟันมากกว่าจากการแปรง(mechanical cleaning) เพียงอย่างเดียว (Sutcliffe, 1983: 76) การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เป็นรูปแบบการใช้ความเข้มข้นของฟลูออไรด์น้อยๆ สัมผัสผิวฟันบ่อยๆ ซึ่งการป้องกันฟันผุ เกิดจากการที่ฟลูออไรด์มีประสิทธิภาพสูงมาก ในการยับยั้งการลุกลามของรอยผุเริ่มแรก และทำให้เกิดการสะสมแร่ธาตุคืนกลับของผิวฟันได้ (Clarkson et al., 1996)

การแปรงฟัน ยังมีอิทธิพลต่อผลของอาหารในการทำให้เกิดฟันผุ ในเด็กที่รับประทานอาหารว่างบ่อย แต่มีการแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากดี พบว่า จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดี แม้จะไม่ค่อยได้รับประทานอาหารว่างก็ตาม และการ แปรงฟันมีผลในการลดฟันผุ มากกว่าการจำกัดการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการผุ (Paunio et. al., 1993; Stecksén-Blicks and Holm, 1995; Gibson and Williams, 1999)

การเริ่มแปรงฟันให้กับเด็กเร็ว จะทำให้เด็กปราศจากโรคฟันผุได้มากกว่า Taura, Kusumoto และ Sakamoto (2000) พบว่า เด็กที่แปรงฟันด้วยน้ำยาฟลูออไรด์เข้มข้น ร้อยละ 0.02 ทุกวันตั้งแต่อายุ 1 ปี ยังคงปราศจากฟันผุถึงร้อยละ 43 เมื่อเด็กอายุ 2 – 2.5 ปี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Wendt และคณะ (1994) ซึ่งพบว่า ในเด็กที่เริ่มแปรงฟันตั้งแต่อายุก่อน 1 ปี มักไม่พบ

มีฟันผุเมื่อเด็กอายุ 3 ปี และผู้ปกครองร้อยละ 50 กล่าวว่า เมื่อเด็กอายุได้ 2 ปี เริ่มมีปัญหาว่าการแปรงฟันทำได้ยากลำบากขึ้น ดังนั้น ควรแนะนำผู้เลี้ยงดูเด็กให้ทราบถึง วิธีการแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร่วม และเริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่อ่อนเด็กอายุ 2 ปี

ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มักจะรู้สึกว่ เด็กมีความสามารถดีพอในการแปรงฟันด้วยตนเอง (Hunter and Hunter, 1997) แต่การที่เด็กจะแปรงฟันได้เองและมีทักษะในการใช้มือ อันหมายถึงการจับแปรงสีฟันได้ดีพอ ก็ต่อเมื่อเด็กสามารถจับปากกาเขียนหนังสือได้คล่องแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปประมาณอายุ 7 ปีขึ้นไป ดังนั้น การแปรงฟันของเด็กเล็ก จึงควรต้องอยู่ใน ความรับผิดชอบและช่วยเหลือของผู้ปกครอง

การแปรงฟันเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่เป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติได้เองเป็นประจำ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทำบ่อยๆ แต่การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการเกิดฟันผุได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การแปรงฟัน ยังเป็นวิธีการป้องกันฟันผุด้วยตนเองที่เรียนรู้ได้ง่ายและมีราคาถูกอีกด้วย (Weintraub, 1998)

6.4 การใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบอื่นๆ

จากการที่การใช้ฟลูออไรด์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผลในการป้องกันโรคฟันผุ จึงมีการนำฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆ มาใช้ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เช่น การใช้ ฟลูออไรด์วานิช (fluoride varnish) ซึ่งพบว่าให้ผลในการป้องกันฟันผุได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุดฟันแท้ (Koch and Petersson, 1975) ส่วนในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ฟลูออไรด์วานิชให้ผลในการหยุดยั้งการลุกลามของรอยผุเริ่มแรก ในกลุ่มเด็กที่มีอัตราฟันผุต่ำ (อรุณี ลายธีระพงศ์ และ สุภาภรณ์ จงวิศาล, 2543) วิธีการดังกล่าว แม้จะไม่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครองมากนัก และเป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความไม่สบายต่อเด็ก แต่ยังคงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของการใช้ สารนี้ในเด็กทารกและเด็กเล็ก นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่ต้องทำโดยทันตแพทย์ มีค่าใช้จ่ายสูง และยังคงต้องมาพบทันตแพทย์บ่อยๆอีกด้วย (Horowitz, A. M., 1998)

สำหรับการใช้ฟลูออไรด์เสริม (fluoride supplement) ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่มีผู้นำมาใช้ในการป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย ในปัจจุบันเชื่อว่า การรับประทานฟลูออไรด์เสริมในระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่มีผลต่อการลดฟันผุในชุดฟันน้ำนมมากนัก จึงไม่นิยมสั่งจ่ายฟลูออไรด์ให้กับหญิงมีครรภ์รับประทาน การใช้ฟลูออไรด์เสริมต้องระวังการเกิดฟันตกกระ (fluorosis) ซึ่งเป็น ผลข้างเคียงจากการได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่มากเกินไปด้วย และยังคงอาศัยความร่วมมืออย่างมากในการใช้ทุกวันจากผู้ปกครอง ซึ่งมีผลต่อการมีประสิทธิภาพที่ไม่แน่นอนได้ อีกทั้งมีราคาแพงพอควร จึงอาจไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงิน การนำฟลูออไรด์เสริม มาใช้ในทางชุมชนอาจไม่ได้ผล ถ้าปราศจากคำแนะนำในการใช้ที่ดีพอ (Ismail, 1998)

6.5 การรักษาอนามัยในช่องปากของผู้เลี้ยงดู

ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา จะเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดพฤติกรรมต่างๆไปยังเด็ก รวมทั้งการถ่ายทอดเชื้อในช่องปากไปยังเด็กด้วย จากการที่ชนิดและปริมาณของเชื้อ *Mutans streptococci* ในแม่สัมพันธ์กับในลูก แม่ที่มีพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากดี เด็กจะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดต่ำ และพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากของแม่จะเป็นสิ่งบ่งชี้การทำมาสะอาดช่องปากในลูก ดังนั้น การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงจำเป็นต้องให้แม่หรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วม โดยเน้นการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และคาดหวังว่าพฤติกรรมดังกล่าว จะส่งผลเปลี่ยนแปลงไปยังเด็กด้วย ซึ่งพบว่า สภาพอนามัยในช่องปากที่ดีของเด็กจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการทำความสะอาดช่องปากของแม่เองก่อน (Ismail, 1998) ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถหยุดการส่งผ่านเชื้อจากผู้เลี้ยงดูไปยังเด็กได้ แต่ควรทำให้ปริมาณเชื้อที่จะไปแบ่งตัวมีจำนวนต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่ควรทำความสะอาดช่องปากของตนเองเพิ่มขึ้นในระหว่างเวลาที่ฟันทารกกำลังขึ้น และควรแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (Moss, 1996)

6.6 การให้ทันตสุขภาพ

การให้ความรู้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการป้องกันโรคดังกล่าว แต่การให้ความรู้พ่อแม่ในวิธีการป้องกันเพียงอย่างเดียว พบว่าจะได้ผลสำเร็จในช่วงแรก แต่ต่อไปก็เกิดการคืนกลับของพฤติกรรมไปเป็นแบบเดิม วิธีการ ดังกล่าว มีผลระยะยาวในการลดการเกิดโรคฟันผุน้อยมาก และผู้ปกครองที่มีความรู้ด้าน ทันตกรรมดี อาจพบว่ามีลูกที่ฟันผุมากได้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้น ยังไม่ประสบความสำเร็จ (Reisine and Douglass, 1998)

การได้รับความรู้ทางทันตกรรมบางครั้ง ถ้าไม่ได้รับเร็วพอ ก็อาจไม่สามารถที่จะป้องกันการเกิดฟันผุของฟันหน้าน้ำนมบนได้ (O' Sullivan and Tinanoff, 1993b) อย่างไรก็ตาม Horowitz, H. S. (1998: 73) กล่าวว่า ถ้าสามารถจัดให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมในช่วงก่อนเด็กอายุ 1 ปีได้ พฤติกรรมดังกล่าวจะคงอยู่ไปตลอดช่วงอายุของวัยเด็ก

การให้คำแนะนำในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติของพ่อแม่ ควรมีความเข้าใจในสภาพความเป็นอยู่ของเขา แนะนำวิธีการที่เป็นที่ยอมรับและสอดคล้องกับพฤติกรรม การดำรงชีวิตตามปกติของสังคม ให้การพูดคุยกันถึงทางเลือกต่างๆ ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ การแนะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้วิธีการอื่นทดแทน(intermediate) ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การประเมินพฤติกรรมด้วยตนเอง(self monitoring) การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม อุปกรณ์และวิธีการกระทำ การแนะนำให้ยอมรับในสิ่งที่ผ่านไปแล้วว่าเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ต้องทำให้ภาวะดังกล่าวไม่เกิดขึ้นอีก ควรเป็นคำแนะนำที่เข้าใจในวงกว้าง และบุคลากรทางการแพทย์อื่นสามารถร่วมในการดำเนินการได้ (Horowitz, 1998; Weinstein, 1998)

6.7 การผสมผสานมาตรการไปกับการบริการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ

จากการที่โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พบในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี จึงมีการแนะนำว่า ผู้ปกครองควรพาเด็กมาพบทันตแพทย์ครั้งแรกภายใน 6 เดือนหลังฟันซี่แรกขึ้น หรือเด็กมีอายุไม่เกิน 1 ปี (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2541; American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 1994) ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าว จะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน เพื่อให้การดำเนินงานมีความสะดวกและได้ผลดี ควรทำร่วมไปกับการบริการทางการแพทย์อื่นๆ อาจทำควบคู่ไปกับการมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี เช่น การให้ทันตกรรมป้องกันพร้อมกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคางทูม หัด และหัดเยอรมัน(MMR) ครั้งแรก ในเด็กอายุ 12-15 เดือน หรืออาจใช้ระบบการประกันสุขภาพให้เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Weintraub, 1998)

7. การรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการปล่อยให้โรคมีการดำเนินต่อไป จะเกิดผลเสียหลายประการ (เช่น ทำให้เด็กมีความเจ็บปวด การบดเคี้ยว ทำได้ไม่ดี เป็นต้น) ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

Ripa (1988) กล่าวว่า วิธีการรักษาโรคฟันผุ ซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ขึ้นกับการลุกลามของรอยผุ พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา อายุของเด็ก และ ความร่วมมือของผู้ปกครอง นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่ฟันนั้นจะอยู่ในช่องปาก ความสวยงาม และความสามารถในการบดเคี้ยว ดังนั้น การรักษาจึงควรมีการ ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละราย

กรณีที่พบฟันผุเป็นรูในช่วงแรก สามารถรักษาโดยการบูรณะภายในตัวฟันได้ ตามปกติ ในกรณีที่รูผุลุกลามไปมาก การรักษาจะยุ่งยากมากขึ้น เช่น การทำครอบฟัน การรักษาประสาทฟันรวมถึงการถอนฟัน ซึ่งอาจเป็นสิ่งจำเป็น ขึ้นกับความรุนแรงของรอยผุ ในกรณีที่มีการถอนฟัน ควรคำนึงถึงการทำเครื่องมือกันที่ฟัน หรือการใส่ฟันทดแทนด้วย

การรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย นอกเหนือจากการรักษารอยผุที่มีอยู่แล้ว จำเป็นต้องป้องกันการเกิดรอยผุใหม่ในอนาคตด้วย โดยมุ่งเน้นการปรับลดความเสี่ยงในแต่ละปัจจัย ที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดฟันผุ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ (เช่น การเลี้ยงการ รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ การไม่เติมเครื่องดื่มหวานลงในขวดนม) ปัจจัยด้านเชื้อ จุลินทรีย์ (เช่น การแปรงหรือทำความสะอาดฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร) และปัจจัยด้าน ตัวฟันและสภาวะแวดล้อมในช่องปาก (เช่น การรับประทานฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอ) ซึ่งจะช่วยลดการเกิดรอยผุใหม่ได้

การแนะนำผู้ปกครองเพื่อการป้องกันการเกิดรอยผุใหม่ ควรแนะนำว่าผู้ปกครองสามารถทำความสะอาดฟันของเด็กด้วยตนเอง โดยการเลือกใช้แปรงสีฟันสำหรับเด็ก และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟันเด็ก แต่ยาสีฟันปริมาณเล็กน้อยบนขนแปรง แปรงทำความสะอาดผิวฟันทุก

ครั้งหลังการให้นม อาจใช้สำลีพันปลายไม้แตะยาสีฟัน ขัดถูบนฟันบริเวณที่พบมีรอยผุในระยะเริ่มแรก ภายหลังการให้ยาสีฟันแล้ว ควรใช้ผ้าสะอาดเช็ดยาสีฟันส่วนที่เหลือออกจากผิวฟัน เพื่อป้องกันเด็กกลืนเข้าไป นอกจากนี้ ผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ ผลของการใช้แก้วน้ำ และเครื่องใช้อื่นๆ ร่วมกับเด็ก ที่มีต่อการส่งผ่านเชื้อ *Mutans streptococci* ไปยังเด็ก รวมทั้งควรมีการลดปริมาณเชื้อโรคในแม่เองอีกด้วย

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีกประการ สำหรับการรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ ความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่โรคมีความรุนแรงมาก หรือเกิดโรคในเด็กที่มีอายุน้อยๆ ที่ยังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ทำให้ต้องรักษาภายใต้การดมยา ซึ่งเกิดความเสี่ยงในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายสูงชันมาก (Ramos-Gomez et al., 1996; Tinanoff and O'Sullivan, 1997; Tinanoff, 1998)

จะเห็นได้ว่า โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมิติทางการแพทย์ มีความหมายว่าเป็นภาวะที่เป็นความผิดปกติ เป็นโรคที่ทำให้เกิดผลเสียหลายประการ มีสาเหตุจากการสร้างกรดของเชื้อโรคมาทำลายฟัน ทำให้เกิดการเสียดูดของขบวนการสูญเสียและสะสมแร่ธาตุบนผิวเคลือบฟัน ซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรคหลายประการ โดยอ้างอิงบนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นได้ ถ้าหากเป็นโรคแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา

ส่วนที่ 4 โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในมุมมองของชาวบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่ 1 และ 2 ข้างต้น จะเห็นได้ว่าชาวบ้านมีการให้ความหมายต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ที่เกิดจากการผสมผสานความรู้และข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และแนวคิดชาวบ้านต่อความเจ็บป่วยนั้น บางครั้งมีลักษณะแตกต่างไปจากแนวคิดในทางการแพทย์ ความคิดชาวบ้านเกี่ยวกับฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของความเจ็บป่วย พบมีแบบแผนของความคิดในลักษณะเดียวกัน

ในส่วนของโรคฟันผุในมุมมองของชาวบ้าน ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เคยทำผ่านมาในประเทศไทย เท่าที่รวบรวมได้มีดังนี้

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล (2537) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กเล็ก กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคเหนือ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 6 ปี ในหมู่บ้านตัวอย่าง รวม 26 คน

ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ (2543) ทำการศึกษาเชิงลึก เรื่อง สถานการณ์การดูแล สุขภาพช่องปากของประชาชน กรณีศึกษาอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้วิธีการศึกษา เชิงปริมาณร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพ ในประเด็นของสถานการณ์ของการดูแลสุขภาพในช่องปาก การรับรู้โรคและ

ความผิดปกติในช่องปาก ระบบบริการทันตสาธารณสุข การใช้บริการทันตกรรม ความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับ ตลอดจนบริการทางเลือกที่มีอยู่ของประชาชนทุกกลุ่มอายุ

ปิยะฉัตร พัทธานูฉัตร (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาในภาพรวมของความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มอายุ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

ส่วนพัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542ก, 2542ข) ศึกษาเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน และเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ ชาวบ้าน ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาในภาพรวมของทุกกลุ่มอายุ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่นกัน

ในการทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่ 4 นี้ จะได้สรุปผลของการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งห้าเรื่องข้างต้นมานำเสนอเป็นแต่ละประเด็น ตามแนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Kleinman (1980) เน้นผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2537) พบว่า ชาวบ้านมีกระบวนการให้ความหมายการป่วยเป็นโรคในช่องปาก โดยใช้อาการที่เห็นชัดเจน เช่น มีรอยดำบนฟัน และรูฟันผุที่ขยายใหญ่มากขึ้น คือ อาการของ “ฟันเป็นแมง”

พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542ก) พบว่า ความหมายของการมีสุขภาพช่องปากดี ตามการรับรู้ของชาวบ้าน จะคำนึงถึงลักษณะอาการของช่องปาก ที่ปรากฏและสังเกตเห็นได้ชัดเจน เช่น ฟันขาว ไม่ปวดฟัน เป็นต้น และการที่สภาพดังกล่าว ไม่กระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ได้แก่ การไม่มีกลิ่นปาก มีความมั่นใจในตนเอง ที่จะพูดคุยกับผู้อื่น

เช่นเดียวกับ ปิยะฉัตร พัทธานูฉัตร (2543) ซึ่งพบว่า ชาวบ้านคิดว่าการรับประทานอาหารหวาน ขนม ลูกอม เป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก และรู้ว่าสาเหตุของฟันผุใน กลุ่มเด็กก็คือ ลูกอม ทอฟฟี่ ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาหรืออาการจากโรคฟันผุในเด็ก ก็ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา เช่นกัน

2. สาเหตุของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2537) พบว่า แม่ของเด็กที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่ ระบุว่า สาเหตุของโรคฟันผุ เกิดจาก การกินขนมหวาน การอมลูกอม ทอฟฟี่ การไม่แปรงฟัน ทั้งนี้แม่และผู้เลี้ยงดูไม่ได้คิดว่า ขนมกรุบกรอบจะเป็นสิ่งที่ทำให้ฟันของเด็กผุด้วย

พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดยานนท์ (2542ก) พบว่า ชาวบ้านเชื่อว่าสาเหตุของฟันผุในเด็กเกิดจากการที่เด็กกินลูกอม ทอฟฟี่ ขนมเหนียวๆ นม การเคี้ยวอาหารบดจนทำให้ฟันผุติดต่อกันคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ กลุ่มผู้สูงอายุเชื่อว่า ฟันผุเกิดจาก “แซมแม” กินฟัน (“แซมแม” ในความหมายของชาวบ้าน เป็นสิ่งมีชีวิตที่เล็กมากที่สามารถเจาะกินฟันได้ อันเป็นความหมายทำนองเดียวกับ เชื้อจุลินทรีย์ตามทัศนะด้านวิทยาศาสตร์ เพียงแต่เรียกด้วยคำของชาวบ้าน) ส่วนกลุ่มแม่เชื่อว่า ฟันผุในเด็กเกิดจากการที่เด็กอมข้าว กินลูกอม ขนม การที่แม่ย่ำ (เคี้ยว) ข้าวบดลูก และมีแม่คนหนึ่งเชื่อว่า การกินมะเขือทำให้เกิดโรคฟันผุ

เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร (2543) ที่พบว่า ชาวบ้านรับรู้สาเหตุของฟันผุในกลุ่มเด็กก็คือ ลูกอม ทอฟฟี่ นอกจากนี้ มีแม่บางคนจำกัดสาเหตุของฟันผุว่า เกิดจากการรับประทานลูกอมเท่านั้น ทำให้ขนมอย่างอื่นไม่ถูกจัดว่าเป็นสาเหตุของฟันผุ นอกจากนี้ สาเหตุอื่นของฟันผุ ที่มีการกล่าวถึงคือ แมงกินฟัน ไม่แปรงฟัน และเป็นกรรมพันธุ์

จะเห็นได้ว่า ความเชื่อถึงสาเหตุของการเกิดฟันผุของชาวบ้าน ครอบคลุมถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลายๆอย่างร่วมกัน ทั้งในส่วนเชื้อโรค และพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ซึ่งบางประเด็นสอดคล้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์

3. ความสำคัญของฟันน้ำนม

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2537) พบว่า แม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก มองว่าการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กเล็ก เป็นเรื่องธรรมชาติของเด็ก และเด็กยังมีฟันแท้อีกหนึ่งชุด ดังนั้นความ จำเป็นในการรักษาโรคฟันน้ำนมจึงมีน้อย

ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ (2543) พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่เชื่อว่า ฟันแท้สำคัญกว่า ฟันน้ำนม เพราะฟันแท้อยู่นานกว่า มีเพียงหนึ่งรายที่เชื่อว่า ฟันน้ำนมสำคัญเท่ากับ ฟันแท้ เพราะได้ รับทราบข้อมูลมาว่า ถ้าฟันน้ำนมไม่ดี ฟันแท้จะไม่ดีไปด้วย

ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาของ พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดีและสุปรีดา อุดยานนท์ (2542 ก) ที่พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนมน้อยกว่าฟันแท้ เพราะเชื่อว่าเมื่อสูญเสียฟันน้ำนมแล้ว จะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ ในขณะที่เมื่อสูญเสียฟันแท้แล้ว จะไม่มีฟันขึ้นแทน และหลายคนไม่รู้สึกเสียดายเมื่อสูญเสียฟันน้ำนม มีแม่บางคนที่เห็นความสำคัญของฟัน น้ำนม โดยมีความสำคัญตรงที่เอาไว้ใช้เคี้ยวอาหารในช่วงวัยเด็ก และแม่บางคนทราบว่าฟันน้ำนมมีความสำคัญ แต่ไม่ทราบว่าสำคัญอย่างไร ในขณะที่วัยรุ่นบางคนเห็นความสำคัญของฟันแท้ มากกว่าฟันน้ำนม แต่ก็มีความเชื่อที่ต้องรักษาความสะอาดของฟันน้ำนมให้ดีเช่นกัน ครูอนามัยค่อนข้างให้ความสำคัญกับฟันน้ำนมน้อย แม้เห็นว่าฟันน้ำนมผุ ก็ไม่ได้แนะนำให้ไปรับการรักษาโดยการอุดฟัน เพราะเชื่อว่าอีกไม่นานฟันจะหลุดออก

จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ชาวบ้านไม่ค่อยเห็นความสำคัญของฟันน้ำนม ซึ่งส่งผลไปถึงพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่เกิดขึ้นด้วย

4. ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542ก) พบว่า ผลกระทบ จากการที่เด็กมีฟันผุ พ่อแม่ปู่ย่าตายายต้องมาคอยดูแล ทำให้พ่อแม่เสียการงาน หงุดหงิด และได้ พักผ่อนน้อย

5. การจัดประเภทความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร (2543) พบว่า การดูแลรักษาปากและฟัน เป็นเรื่องที่มีปฏิสัมพันธ์กันน้อยมากในครอบครัว ยกเว้นในกรณีเด็กเล็ก ที่เกิดโรคจนเห็นผลกระทบได้ชัดเจน ส่วนหนึ่งเนื่องจากโรคในช่องปาก ไม่มีอาการรุนแรงมาก สามารถจัดการได้และเมื่อปล่อยทิ้งไว้อาการก็หายได้เอง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจากช่องปาก จึงถูกมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย

ในแง่การจัดแบ่งประเภทความรุนแรงของโรคฟันผุ ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร พบว่า ชาวบ้านจะใช้ “อาการ” (symptom) เช่น การปวดฟัน และ “ลักษณะที่ปรากฏ” (appearance) เช่น การสังเกตเห็นรูหรือโพรงฟันขนาดใหญ่ มีเศษอาหารติด เป็นหลักในการอธิบายเกี่ยวกับโรคในช่องปาก และระดับความรุนแรงของโรคที่เผชิญ

นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวบ้านมีวิธีการอธิบายโรคที่แตกต่างจากระบบการแพทย์วิชาชีพ ซึ่งในระบบการแพทย์วิชาชีพ แบ่งแยกระดับความรุนแรงและการรักษาโรคฟันผุ ตามระดับขั้นของฟันเป็นหลัก โดยแยกเป็นการผุถึงชั้นเคลือบฟัน ชั้นเนื้อฟัน และชั้นโพรงประสาทฟัน ซึ่งมีการรักษาที่แตกต่างกันไป ขณะที่สำหรับชาวบ้านแล้ว การผุของฟัน เป็นเพียงการผุเป็นรูหรือ โพรงฟันที่เห็นชัดเจน มีอาการเล็กน้อยพอทนได้ และอาการที่เป็นมากจนทนไม่ได้

จะเห็นได้ว่า ชาวบ้านใช้อาการและลักษณะที่ปรากฏในช่องปาก ในการอธิบายถึงโรคในช่องปากและระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งมีความแตกต่างจากการจัดแบ่งประเภทความรุนแรงของโรคในทางการแพทย์

6. การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร (2543) พบว่า ทั้งที่ผู้ใหญ่รับรู้ถึงสาเหตุของฟันผุในเด็กที่เป็นลูกหลานของตน แต่ไม่มีแนวคิดหรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันอย่างชัดเจน

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2537) พบว่า ไม่มีแม่คนใดแปรงฟันให้ลูก มีแต่เพียงแปรงฟันของตนเองเป็นตัวอย่างให้เด็กเท่านั้น และแม่จะสอนให้ลูกบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า และหัดบ้วนน้ำขณะแปรงฟันด้วย

ส่วนการศึกษาของ พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542ข) พบว่า แม้การป้องกันในความหมายของชาวบ้าน คือ การแปรงฟัน แต่กลุ่มแม่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ต้องทำ ความสะอาดฟันลูกขณะยังเล็ก แม่บางคนได้รับความรู้จากสื่อโทรทัศน์ว่า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาด

สะอาดฟันลูก และส่วนใหญ่จะสอนลูกแปรงฟันช่วงเด็กอายุ 2 ปี หลังจากนั้นจะบอกให้ลูกแปรงฟันเอง ไม่ได้แปรงให้ลูก

เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ (2543) ซึ่งพบว่า ในช่วงแรกผู้ปกครองจะเช็ดฟันให้เด็ก และจะเริ่มแปรงฟันให้เด็ก เมื่อมีฟันขึ้นในช่องปากหลายซี่ หลังจากนั้นจะสอนเด็กแปรงฟัน เมื่อฟันช่วงอายุ 2 ปี ผู้ปกครองจะปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง

โดยสรุป พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เริ่มแปรงฟันให้เด็ก แม้ว่าจะมีฟันน้ำนมขึ้นมาแล้วก็ตาม และผู้ปกครองปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองตั้งแต่อายุน้อยๆ

7. การรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2537) พบว่า เมื่อเด็กฟันผุ แม่และผู้เลี้ยงดู จะมีการดูแลรักษาด้วยตนเอง เนื่องจากสภาวะโรคดังกล่าวไม่ได้แสดงอาการที่รุนแรงทันทีทันใด และบุคคลในครอบครัว สามารถระงับอาการเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง โดยการใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารที่ไปอุดในรูฟันออก และการพุดคุดชักถามถึง วิธีการรักษาจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กและการรักษาที่ใช้ได้ผลในอดีต จะเป็นทางเลือกแรกที่แม่จะทดลองทำตาม นอกจากนี้ การที่บุคคลสามารถประคับประคอง หรืออดทนต่อสภาวะอนามัยที่ผิดปกตินี้ได้ และยังดำเนินชีวิตประจำวันไปได้ เช่น เด็กที่ปวดฟัน ก็ยังสามารถไปเรียนในศูนย์เด็กเล็กได้ ไม่มีการขาดเรียน พ่อแม่ก็จะมองว่าอาการนี้คงทุเลาไปได้เอง

พัชรลักษณ์ เกื้อนาคี และสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2542ข) พบว่า เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมักจะเป็นผู้เขี่ยเศษอาหารออกให้เด็ก และแปรงฟันบ่อยครั้งกว่าปกติ หลังจากรอดูอาการแล้วถ้าไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลเด็กจะรีบพาไปรับการรักษาจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล และมักจะยินยอมให้ทันตบุคลากรรักษาโดยการถอนฟัน ทั้งนี้มีความเชื่อว่าการถอนฟันน้ำนมในเด็กนั้น อีกไม่นานฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่ และการถอนฟันในเด็กไม่เสียประสาทเหมือนในผู้ใหญ่ เพราะฟันน้ำนมไม่มีรากฟันลึกเหมือนฟันแท้ อีกทั้งผู้ปกครองสงสารเด็กที่ทรมานจากการปวดฟัน ผู้ปกครองจึงมักจะไม่ปล่อยให้เด็กปวดฟันหลายๆครั้ง แล้วจึงจะมารับการรักษาโดยการถอนฟัน ในกรณีที่เด็กมีอาการบวมร่วมด้วยเท่านั้น ที่ผู้ปกครองจะมีความวิตกและไม่ค่อยจะยินยอมให้ถอนฟัน

ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ (2543) พบว่า ชาวบ้านจะพาลูกไปหาหมอฟัน เมื่อลูกเกิดโรคในช่องปากในขั้นที่มีอาการหรือปวดฟันแล้ว มีเพียงส่วนน้อยที่จะพาไปเพราะเห็นความผิดปกติที่ตัวฟัน(เช่น ฟันลาย) หรือ เพราะกลัวลูกปวดฟัน ส่วนสถานที่รักษานั้น ส่วนใหญ่ตอบว่า ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปากจะไปรักษาที่สถานอนามัย เพราะใกล้ เดินทางสะดวก และมีบัตรสุขภาพ ชาวบ้านบางส่วนจะเลือกสถานที่รักษา ตามทัศนคติที่มีต่อสถานบริการนั้นด้วย

ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) พบว่า สำหรับแบบแผนการแสวงหาการรักษา ในกลุ่มเด็กเล็ก เมื่อมีปัญหาปวดฟันจะไปรับการรักษาจากระบบทันตกรรมสมัยใหม่เท่านั้น โดยปัจจัยที่ใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการแสวงหาแหล่งบริการหรือการรักษา คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์จากผลการรักษาและอาการข้างเคียง ความสัมพันธ์กับผู้รักษา ความกลัว ค่ารักษา เวลา ความสะดวกและระยะทาง

นอกจากนี้ยังพบว่า สำหรับตัวชาวบ้านเอง การดูแลรักษาปากและฟัน เมื่อเกิดมีอาการในช่องปาก จะเป็นไปตามระดับความรุนแรงของอาการ ถ้าอาการรุนแรงเล็กน้อยเพียงรำคาญหรือไม่รุนแรงมาก อาจจะไม่ไปทำอะไรเลย แต่ถ้ามีอาการความเจ็บปวดที่รุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก และรบกวนชีวิตประจำวัน ชาวบ้านเลือกที่จะใช้การดูแลรักษาด้วยตนเองโดยใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งยากินระงับปวด การใช้ยาทาหรืออุดในบริเวณที่ปวด หรือใช้สมุนไพรพื้นบ้านบางชนิดในการระงับอาการปวด ซึ่งการรักษาในความคิดที่ชาวบ้านต้องการ เป็นเพียงเพื่อกำจัดอาการและลักษณะที่ปรากฏ ซึ่งรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นเมื่อถึงขั้นที่ตัดสินใจไปรับการรักษา ซึ่งเป็นขั้นที่ปวดมากจนทนไม่ได้ จึงได้รับการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมารักษาซ้ำเกินไป มีการลุกลามของโรคไปมากแล้ว

จะเห็นได้ว่า ชาวบ้านเลือกที่จะดูแลตนเองเป็นแบบแผนแรกก่อน และเป็นรูปแบบในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด นอกจากนี้ชาวบ้านมักจะรอดูอาการอยู่ระยะหนึ่ง จนเห็นว่าไม่หายหรือทุเลา จึงจะแสวงหาการแก้ไขต่อไป

จากการที่ความเข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับฟันผุในเด็กปฐมวัย มีหลากหลายและบางส่วนแตกต่างกับความรูทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีความเป็นสากล ชัดเจนแน่นอน มีความเป็นตรรก เป็นเหตุเป็นผลพ้องต้องกัน อีกทั้ง ความเข้าใจของชาวบ้าน ทั้งส่วนที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์ เป็นตัวกำหนดลักษณะพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และ พฤติกรรมตอบสนองที่แสดงออกเมื่อเด็กมีฟันผุ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่มีลักษณะได้ทั้งการส่งเสริมหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพปากและฟัน หรือไม่ก่อให้เกิดผลใดๆเลย

ดังนั้น การทำความเข้าใจต่อระบบความคิดของชาวบ้าน จึงมีความสำคัญต่อบุคลากรสาธารณสุขในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือชาวบ้านทั่วไป เพื่อประโยชน์ในการร่วมมือกันต่อการรักษา โดยต้องคำนึงถึง การมีระบบการสื่อสารให้ความรู้ประชาชน ที่สอดคล้องกับระบบวิถีคิดเดิมของชาวบ้านให้มากที่สุด สนับสนุนระบบความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ขณะเดียวกันพยายามปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่อาจส่ง ผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก หรืออย่างน้อยที่สุดปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง แม้ต้องใช้คำอธิบายตามวิถีคิดเดิมของชาวบ้านก็ตาม นอกจากนี้ จะช่วยให้ชาวบ้านเกิดการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่นำมาเสนอในส่วนบททบทวนวรรณกรรมนี้ ส่วนใหญ่เป็นการตัดตอน และสรุปมาจากผลการศึกษา ในประเด็นของโรคฟันผุโดยทั่วไป และเป็นภาพรวมของ ความคิดของ ชาวบ้านในทุกกลุ่มอายุ ไม่ได้เฉพาะเจาะจง หรือเก็บข้อมูลเน้นในรายละเอียด เกี่ยวกับโรคฟันผุใน เด็กปฐมวัยโดยตรง ทำให้ขาดความเข้าใจในเชิงลึก ขาดความชัดเจน และไม่สามารถเข้าใจถึง แบบ แผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน ได้อย่างครบถ้วนทั้งกระบวนการ ส่วนการศึกษา เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กเล็ก ก็พบปัญหาในลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในกลุ่มคนที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมแบบหนึ่ง ยังขาดองค์ ความรู้ในเรื่องเดียวกัน ในกลุ่มคนที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมต่างกันออกไป การศึกษาถึงแบบ แผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน ในเขตอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูง และมีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมบางประการ ที่อาจจะส่งผลให้ มีความเข้าใจ และมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ แตกต่างกันได้ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจทำการศึกษา และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 5 เจาะลึกที่มีอิทธิพลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงไปแล้วในตอนต้น จะเห็นได้ว่า ความคิดความเข้าใจ หรือ แบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของบุคคล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การดูแลรักษา สุขภาพช่องปากของเด็ก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความเข้าใจที่เอื้อต่อการมี สุขภาพช่องปากดี แต่เขาอาจไม่สามารถปฏิบัติในแนวทางเดียวกับสิ่งที่เขาคิดได้ ถ้าในขณะนั้นมีเงื่อนไขบางประการ ที่ไม่ เอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสม

นอกจากความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของบุคคล จะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของเด็ก ในทางกลับกัน ผลจากการปฏิบัติ ซึ่งส่งผล โดยตรง ต่อสภาวะสุขภาพ ยังย้อนกลับไปมีอิทธิพลต่อความเข้าใจของบุคคลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งอาจทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงความเข้าใจเดิมหรือไม่ก็ได้

ความเชื่อมโยงระหว่างความเข้าใจและการปฏิบัติดังกล่าวนี้ ไม่มีทิศทางที่แน่นอน อาจ ปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ภายใต้ภาวะเงื่อนไขต่างๆที่มีอิทธิพล ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว วิถีชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ประเพณี วัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน รวมทั้งบริบททางสังคมวัฒนธรรมภายในชุมชน เป็นต้น ซึ่งอาจแยกพิจารณา ได้ดังนี้

1. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) พบว่า ครอบครัวขยายที่มีคนหลายช่วงอายุอยู่ ร่วมกันผ่านประสบการณ์และภาวะแวดล้อมที่ต่างกันตามช่วงวัย ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กันทาง ความคิด และการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพปากและฟัน โดยมีทั้งความคิดเห็นและการปฏิบัติที่ ขัดแย้งและสอดคล้องกัน รวมถึงมีการถ่ายทอดแนวคิดและการปฏิบัติบางอย่างที่เห็นว่าได้ผล จากรุ่นหนึ่งสู่อีกุ่นหนึ่ง

พ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กใกล้ชิด จะเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบเรื่อง สุขภาพและความเจ็บป่วยของเด็กด้วย เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนเรื่องสุขภาพจากพ่อแม่ เป็นหลัก ความคิด ความเชื่อของคนรุ่นปู่ตายาย จะมีอิทธิพลต่อรุ่นหลานก็ต่อเมื่อ ผ่านการยอมรับ ด้วยผลการปฏิบัติจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นต่อรุ่นพ่อแม่แล้ว

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลสุขภาพปากและฟันเป็นเรื่องที่มีปฏิสัมพันธ์กันน้อยมากใน ครอบครัว ยกเว้นในกรณีเด็กเล็กที่เกิดโรคจนเห็นผลกระทบชัดเจน การดูแลสุขภาพในยามปกติเป็นเรื่อง ที่ไม่ค่อยให้ความสนใจกัน ต่อเมื่อทางเลือกในการรักษากระเพาะระบบเศรษฐกิจใน ครอบครัว สมาชิก ในครอบครัว ก็จะมีกระบวนการในการตัดสินใจร่วมกันภายในครอบครัว

Weinstein และคณะ (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการเลี้ยงดู กับลักษณะ ครอบครัวของผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ครอบครัวที่มีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเพียงคนเดียว (single parent) เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน ส่วนใหญ่จะเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่น้อยกว่า และจะใช้ขวดในการให้นมมากกว่า แต่เมื่อเด็กอายุ 12 เดือน พบว่า ครอบครัวที่มีแม่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเพียงลำพัง จะให้ เด็กดื่มนมจากแก้วมากกว่ากลุ่มเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่เป็นผู้เลี้ยงดู เนื่องจากมักต้องการให้เด็กช่วยเหลือ ตัวเองได้ มีการพัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์เร็ว และลดความต้องการในการให้อาหารด้วยวิธี พิเศษ นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีมารดาเพียงคนเดียวเป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก มารดามีโอกาสที่จะแบ่งปันให้กับ เด็กมากกว่า

2. วิธีการดำเนินชีวิต

การศึกษาของ ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) พบว่า วิธีชีวิตมีผลในแง่การจัดสรรเวลา เพื่อการดูแลสุขภาพ การให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว ถูกจัดไว้หลังการทำมาหากิน หรือกิจกรรมอื่น ในชีวิต โดยเฉพาะเมื่อการคุกคามด้านสุขภาพเป็นภาวะที่ไม่ร้ายแรง จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การให้ความสำคัญเพื่อการส่งเสริมและป้องกันยิ่งน้อยลง เช่น ภาระงานของหญิงคนหนึ่งซึ่งเป็นตัวอย่าง ในการศึกษา ที่ต้องทำขนมขายส่งซึ่งต้องเร่งทำให้ทันเวลา ทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพช่องปากลูก อย่างใกล้ชิด และนอกจากวิธีการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อความสนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพแล้ว ยัง ส่งผลไปถึงการตัดสินใจต่อทางเลือกในการรักษาความเจ็บป่วยด้วย

จะเห็นได้ว่า วิธีการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติเพื่อการรักษานามัยช่องปากของเด็ก เพราะในชีวิตของชาวบ้านมิได้มีเรื่องความ

เจ็บป่วยหรือการมีฟันผุของเด็กเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องอื่นๆในชีวิต (เช่น การ ทำมาหากิน ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เป็นต้น) ที่ชาวบ้านต้องจัดการไปพร้อมๆกัน ซึ่งในสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ บางครั้งชาวบ้านก็จำเป็นต้องเลือกและตัดสินใจว่า จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์ใดก่อน ในช่วงเวลาขณะนั้น และจะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆอย่างไร

3. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร (2543) พบว่า แม้สถานภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละ ครอบครัว จะแตกต่างกัน แต่ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ไม่แตกต่างกัน มากนัก ในกรณีปัญหาในช่องปากไม่รุนแรงมาก เช่น ปวดฟันเล็กน้อย มีฟันที่โยกมากหรือมีแผลในปาก ครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง หรือ ครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ ก็เลือกที่จะ ทดลองแสวงหาการรักษา ทั้งในส่วนของ การรักษาตนเอง รักษากับหมอพื้นบ้านหรือรักษาที่ทันตแพทย์ ไม่แตกต่างกัน หรือต่างมีแนวความคิด ความเชื่อ ในเรื่องของ แมงกินฟัน อย่างเหนียวแน่นเหมือนกัน ซึ่ง อาจเป็นผลมาจากการมีพื้นเพทางวัฒนธรรมที่คล้ายกัน มีการบอกต่อเรื่องราวในชุมชน ความแตกต่าง ระหว่างครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงและต่ำอยู่ที่โอกาสในการเข้าถึงบริการรักษาที่มี ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เช่น การรักษาในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาล ในส่วนที่ไม่สามารถใช้บริการสุขภาพหรือ บัตรสงเคราะห์ได้ เนื่องจากครอบครัวที่มี สถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ รายได้ที่เข้ามาสู่ครอบครัวต้องถูก จัดสรร เพื่อปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพของสมาชิกในครอบครัวก่อน จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับโอกาสใน การรักษาบางอย่าง

คนที่มีความรู้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มักเชื่อว่าสุขภาพเกี่ยวข้องกับโชคชะตา และ รับรู้ความจำเป็นในการรักษาน้อยกว่า จึงนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองน้อย และการรับบริการทัน ตกรรมป้องกันน้อยกว่า (Chen, 1995: 176) เช่นเดียวกับ Weinstein (1998: 89) ที่กล่าวว่า แม่ที่มี รายได้น้อย มักไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

4. ประสบการณ์ทางทันตกรรมของผู้เลี้ยงดู

ประสบการณ์ทางทันตกรรม ทั้งทางตรงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และทางอ้อมที่ได้รับรู้มาด้วย วิธีการต่างๆ มีอิทธิพลสูงต่อความคิด ความเชื่อ และการเลือกปฏิบัติทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจากการรักษาของสมาชิกคนหนึ่งในบ้าน อาจมีผลต่อการ ตัดสินใจเลือกการ รักษาของสมาชิกคนอื่นๆ (ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร, 2543)

แม่เป็นผู้ที่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรมของลูกมากที่สุด การมีประสบการณ์ในการ ทำฟันที่ไม่ดีมาก่อนของแม่ มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจไม่พาลูกไปรับการรักษาทางทันตกรรม (Milgrom et al., 1995)

5. ประเพณีวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มชน

ประเพณีและวัฒนธรรมของคนในแต่ละเชื้อชาติ มีส่วนกำหนดวิถีการคิดและการปฏิบัติ เพราะความเป็นกลุ่มชนที่แตกต่างกัน ย่อมหมายถึงการมีโลกทัศน์ ประเพณี วัฒนธรรม บริบททางสังคม รวมทั้ง ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย

รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากเชื้อชาติและวัฒนธรรม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ในภาคอีสาน ทารกจะได้รับอาหารโดยการให้ข้าวต้มจากมารดา (ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร, 2543) ซึ่งข้าวต้มเป็นการเตรียมข้าวให้เด็กอ่อน โดยผู้เลี้ยงดูจะ เคี้ยวข้าวให้ละเอียดแล้วจึงนำมาป้อนบุตรหลานของตน ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูเช่นนี้ มีโอกาสสูงต่อการส่งผ่านเชื้อในช่องปากของผู้เลี้ยงดูไปยังเด็ก

6. สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน

เงื่อนไขสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว เนื่องจากบ้านเรือนที่ตั้งอยู่ภายในชุมชน ทำให้สมาชิกของครอบครัวไม่อาจหลีกเลี่ยงอิทธิพลจากภาวะแวดล้อมได้ การมี ร้านค้าจำนวนมากในชุมชน ที่มีสินค้าหลากหลาย รวมทั้งลูกอมและอาหารหวานชนิดต่างๆ ทำให้เด็กต้องอยู่ภายใต้ภาวะที่เอื้อต่อการเกิดปัญหาโรคในช่องปากได้ง่าย เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ความเข้าใจ และการปฏิบัติแบบชาวบ้าน เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อยู่ภายใต้ภาวะเงื่อนไขต่างๆที่มีอิทธิพลทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงระบบวิธีคิดของชาวบ้านเกี่ยวกับการให้ความหมาย และการอธิบายถึงโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเพียงอย่างเดียว จึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมอื่นๆด้วย

ส่วนที่ 6 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวผู้ไทย

ชาวผู้ไทยมีถิ่นฐานเดิม อยู่ในแคว้นสิบสองจุไทยและแคว้นสิบสองปันนา (ดินแดนส่วนเหนือของลาวและเวียตนาม) ต่อมามีการอพยพไปตั้งถิ่นฐานในสถานที่ต่างๆ ส่วนหนึ่งอพยพมา ตั้งบ้านเรือนทางฝั่งขวาของแม่น้ำโขง ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนม และมุกดาหาร ซึ่งในจังหวัดมุกดาหาร ประชากรเกือบ 1 ใน 4 เป็นชาวผู้ไทย (วัฒนธรรม พัฒนาการทาง ประวัติศาสตร์ เอกลักษณ์และภูมิปัญญา จังหวัดมุกดาหาร, 2542)

ชาวผู้ไทยเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งอาจมีอิทธิพลทำให้ความเข้าใจและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของชาวผู้ไทย แตกต่างไปจากกลุ่มชนอื่น ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวผู้ไทย จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในระบบความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของชาวบ้านในเขตจังหวัดมุกดาหารได้

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวผู้ไทยที่มีผลต่อสุขภาพ ที่เห็นได้ชัดเจน คือ เรื่องของการถือผีและการรักษาสุขภาพตามความเชื่อเรื่อง “ชะล่า” ตัวอย่างเช่น การห้ามรับประทานอาหารมากเกินไปเมื่อตั้งครุฑ เพราะเชื่อว่าจะทำให้คลอดยาก หรือ ขณะอยู่ไฟให้รับประทานได้เฉพาะอาหารแห้ง เช่น เกลือ ปลาแห้ง ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ และหน่อไม้ เพราะเป็นอาหารแสลง อาจทำให้ถึงตายได้ เป็นต้น (วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณะและ ภูมิปัญญา จังหวัดมุกดาหาร, 2542)

ในเรื่องความเชื่อ ชาวผู้ไทยมีความเชื่อในเรื่องเทพและเรื่องผี ความเชื่อในเรื่องเทพ ทำให้ชาวผู้ไทยเชื่อหมอดู นางทรง (ร่างทรงที่สามารถติดต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านนับถือ) การบะ (การบน) และการชะล่า (ความเชื่อที่หากปฏิบัติตามจะเกิดผลดี และห้ามกระทำการที่ไม่ดีซึ่งเป็นสาเหตุแห่งความเจ็บป่วย) ส่วนความเชื่อในเรื่องผี เป็นความเชื่อที่สร้างขึ้น เมื่อมีปัญหาที่เกิน ขีดความสามารถของคนธรรมดาจะแก้ไขได้ โดยชาวผู้ไทยเชื่อว่าอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติ เช่น ผีบ้าน(ผีปูด) ผีนา(ผีตาแสด) ผีเชื้อ(ผีบรรพบุรุษ) บันดาลให้เป็นเช่นนั้น ถ้าบอกกล่าวหรือทำให้อำนาจนั้นพอใจ อาจจะช่วยให้ปลอดภัย เมื่อพ้นภัยก็แสดงความรู้คุณด้วยการเช่นสรวงบูชา หรือประกอบพิธีกรรมต่างๆ (วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณะและภูมิปัญญา จังหวัดมุกดาหาร, 2542)

เช่นเดียวกับในเรื่องของสุขภาพ ชาวผู้ไทยมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากวิญญาณที่เรียกว่า ผี ซึ่งเข้ามาอาศัยในร่างกายผู้อ่อนแอ กระบวนการป้องกันความเจ็บป่วย จึงพยายามสร้างให้สอดคล้องกับความเชื่อนั้นๆ เช่น ป้องกันมิให้ผิดจารีต โดยสร้างความกลมกลืนกับธรรมชาติ ให้ความสำคัญเคารพธรรมชาติ เช่น การบอกกล่าวผีเรือน ผีปูด และในขณะเดียวกันก็พยายามป้องกันมิให้ร่างกายเจ็บป่วย แต่ในยามเจ็บป่วย ความเชื่อดังกล่าวทำให้คนไข้ต้องการทางรักษา โดยการทำให้ผีหรือวิญญาณที่อยู่ในร่างตนออกไป โดยการปรึกษากับ หมอเยา หมอผีในหมู่บ้าน (สุรัตน์ วราจศิริรัตน์, 2534)

ในกลุ่มชาวผู้ไทย หมอพื้นบ้านแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามวิธีที่ใช้ในการรักษา คือ กลุ่มที่ใช้คาถาอาคม เวทมนต์ ในการรักษาพยาบาล หรือใช้เวทมนต์ควบคู่กับการใช้สมุนไพร หรือน้ำมันได้แก่ หมอธรรม หมอมนต์ หมอน้ำมัน หมอสมุนไพร หมอฮากไม้ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง จะรักษาโดย การใช้อำนาจผีที่อยู่ในตนไปขับไล่หรือต่อรองกับผีในร่างผู้ป่วยจนออกไป แล้วภาวะร่างกายของผู้ป่วยจะเป็นปกติเอง ได้แก่ หมอเยา หรือ หมอผี (สุรัตน์ วราจศิริรัตน์, 2534)

หมอพื้นบ้านเหล่านี้มีวิธีการรักษาที่ต่างกัน อันเกิดจากความเชื่อในสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เช่น หมอธรรม หมอมนต์ เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรม ซึ่งอาจเป็นเพราะดวงชะตา หรืออิทธิพลของดวงดาวต่อชะตาราศีของผู้นั้น จำเป็นต้องหาทาง บัดเป่าด้วยการรดน้ำมัน การสะเดาะเคราะห์ และการทำบุญให้ทาน การรักษาจึงเป็นการ แก้เคล็ดด้วยการใช้เวทมนต์ หรือพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ในขณะที่หมอสมุนไพร หมอฮากไม้ จะให้ความสำคัญกับความสมดุลของธาตุในร่างกาย การรักษาจึงทำโดยการใช้สมุนไพรต่างๆ เพื่อปรับความสมดุลของธาตุใน

ร่างกาย ส่วนกลุ่มหมอยา หมอผี เชื่อในระบบวิญญานที่ว่า วิญญานของผี ทั้งที่เป็นผีเรือนและผีจากที่อื่น เช่น ผีน้ำ ผีฟ้า ผีป่า สามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ และยังเชื่อว่าร่างกายมนุษย์ เป็นแหล่งพำนักของผี หรืออาถรรุคาถาอาคม ถูกของ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยถึงขั้นล้มตายได้ ถ้ารักษาไม่ถูกสาเหตุ จึงถือหลักว่า ต้องนำสิ่งแปลกปลอมที่ทำให้ร่างกายขาดความสมดุลออกไป โดยใช้ผู้มีอำนาจเหนือกว่า เช่น หมอยา มาทำพิธีปิดเป่า ขับไล่ เมื่อสิ่งแปลกปลอมออกไปแล้ว ร่างกายก็จะเข้าสู่ภาวะปกติได้เอง(สุรัตน์ วรางค์รัตน์, 2534; กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ, 2536)

กระบวนการรักษาในแง่ของหมอพื้นบ้านนี้ มีความหมายแตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมักต้องให้ยา ฉีดยา ผ่าตัด หลังการวินิจฉัยโรคแล้ว แต่การรักษาแบบพื้นบ้านมี ความหมายรวมไปถึงการรักษาโรคทางกายและโรคทางใจ ดังนั้น การทำพิธีไล่ผี เชิญผีออกจากร่างกาย จึงถือว่าเป็นการรักษาเช่นกัน แม้จะหายเป็นปกติแล้ว ชาวบ้านและหมอยายังคงมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด ทำให้ความเชื่อเรื่องการรักษา และบทบาทของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ยังคงเป็นที่ยอมรับกันอยู่ในหมู่บ้าน (สุรัตน์ วรางค์รัตน์, 2534)

ถึงแม้ว่า ชาวผู้ไทยจะมีความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากผีทำเป็นส่วนใหญ่ แต่มิได้หมายความว่า ความเจ็บป่วยทางกาย จะเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติไปทั้งหมด ความเจ็บป่วยธรรมดาที่ไม่สลบซับซ้อน ไม่กินเวลายาวนาน เช่น ปวดท้อง ท้องร่วง ปวดศรีษะ หรือสัตว์มีพิษกัดต่อย ถือว่าเป็นสาเหตุทางธรรมชาติ ชาวผู้ไทยจะนิยมใช้สมุนไพร ซึ่งปลูกไว้ตามบ้าน หรือหาซื้อยาประจำบ้านมาบำบัดอาการเจ็บป่วย แต่ถ้าอาการนั้นๆไม่ทุเลา หรือเกิดขึ้นเสมอๆ จึงจะหาวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น แพทย์แผนโบราณ หมอไสยศาสตร์ หรือแพทย์แผนปัจจุบัน หรืออาจรักษาหลายวิธีควบคู่กันไปก็ได้ (สุรัตน์ วรางค์รัตน์, 2534)

โรคทางกายที่ชาวผู้ไทยนิยมรักษาตามวิธีทางไสยศาสตร์ ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่กระดูก เช่น กระดูกหัก หรือการเคล็ดที่ข้อต่ออย่างรุนแรง ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่อาจรักษาให้หายขาดเป็นปกติ หรือกรณีที่แพทย์ลงความเห็นว่าต้องตัดส่วนนั้นทิ้งไป ซึ่งจะทำให้กลายเป็นคนพิการได้ ชาวผู้ไทย จะเลี่ยมมาใช้การแพทย์พื้นบ้าน เช่น “หมอดูก” ซึ่งใช้กรรมวิธีหลายอย่างในการรักษา อาจใช้คาถาอาคม ประกอบในการรักษาด้วย ส่วนความเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆทางกาย เช่น โรคตาแดง การห้ามเลือดบาดแผล การปวดศรีษะ ก็พบว่ามีการให้หมอไสยศาสตร์ เช่น หมอเป่า เสกคาถาอาคม ทำน้ำมันต์รักษาพยาบาลเช่นกัน (สุรัตน์ วรางค์รัตน์, 2541)

สำหรับความเชื่อและการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวผู้ไทย เท่าที่สืบค้นได้ ไม่พบมีการกล่าวถึง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของชาวผู้ไทย ที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและรูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็กของชาวผู้ไทยหรือไม่ ประเด็นลักษณะสังคมวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน จึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ หรืออธิบายข้อค้นพบจากการศึกษาได้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ 7 ทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่า การทำความเข้าใจถึงแบบแผนการให้ความหมายสุขภาพ และการอธิบายเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ตามความเข้าใจของชาวบ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจในเหตุผลของการปฏิบัติของชาวบ้าน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะพิจารณาใช้แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Kleinman(1980) เป็นต้นแบบส่วนหนึ่งในการศึกษา

แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค(EM) เป็นระบบคำอธิบาย หรือเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วยและการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งทำหน้าที่ช่วยแนะนำในการตัดสินใจเลือกใช้บริการประเภทต่างๆ เป็นการให้ความหมายที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลและตามลักษณะสังคมวัฒนธรรม ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้าน วัฒนธรรม มีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน มีหลากหลายความหมาย สามารถเปลี่ยนแปลงได้บ่อย และไม่มีขอบเขตที่ชัดเจนระหว่างสิ่งที่มาจากความคิดหรือสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ รวมทั้ง EM ของชาวบ้านจะมีลักษณะแตกต่างจาก EM ของแพทย์

EM มีมิติต่างๆรวม 5 มิติ ซึ่งกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรค(etiology) เวลาและลักษณะการเริ่มต้นของอาการ(time and mode of onset of symptoms) สรีรวิทยาของโรค(pathophysiology) การคลี่คลายของความเจ็บป่วย(course of sickness) ซึ่งจะบอกได้ถึงระดับความรุนแรงและชนิดของความเจ็บป่วย และการรักษา(treatment) ความเจ็บป่วยนั้น

จะเห็นได้ว่า แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Kleinman ดังกล่าว เป็นแนวคิด แบบแผนการอธิบายเฉพาะในส่วนที่เกิดมีโรคขึ้นแล้ว ไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับสุขภาพในภาวะปกติ ซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งแนวคิดดังกล่าวไม่ได้ให้ความสำคัญ ในการอธิบายถึงการให้ความหมายภาวะสุขภาพที่เป็นปกติ และผลกระทบที่เกิดจากโรคไว้ด้วย ซึ่งการให้ความหมายของสิ่งที่ เป็นปกติ เช่น ลักษณะของฟันน้ำนมที่เป็นปกติ และความสำคัญของฟันน้ำนม ตามความเข้าใจของชาวบ้าน เป็นส่วนที่ควรทำความเข้าใจก่อน เพื่อที่จะเข้าใจถึงการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของชาวบ้านได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษานี้ จึงอาศัยการประยุกต์แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Kleinman(1980) โดยเพิ่มเติมบางประเด็น ที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาความเข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งพิจารณาทั้งการให้คำอธิบายในสภาวะปกติ และในสภาวะที่เป็นโรค ดังนี้

1. แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้แก่ ลักษณะของฟันน้ำนมที่เป็นปกติ ความสำคัญของฟันน้ำนม การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็ก และการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

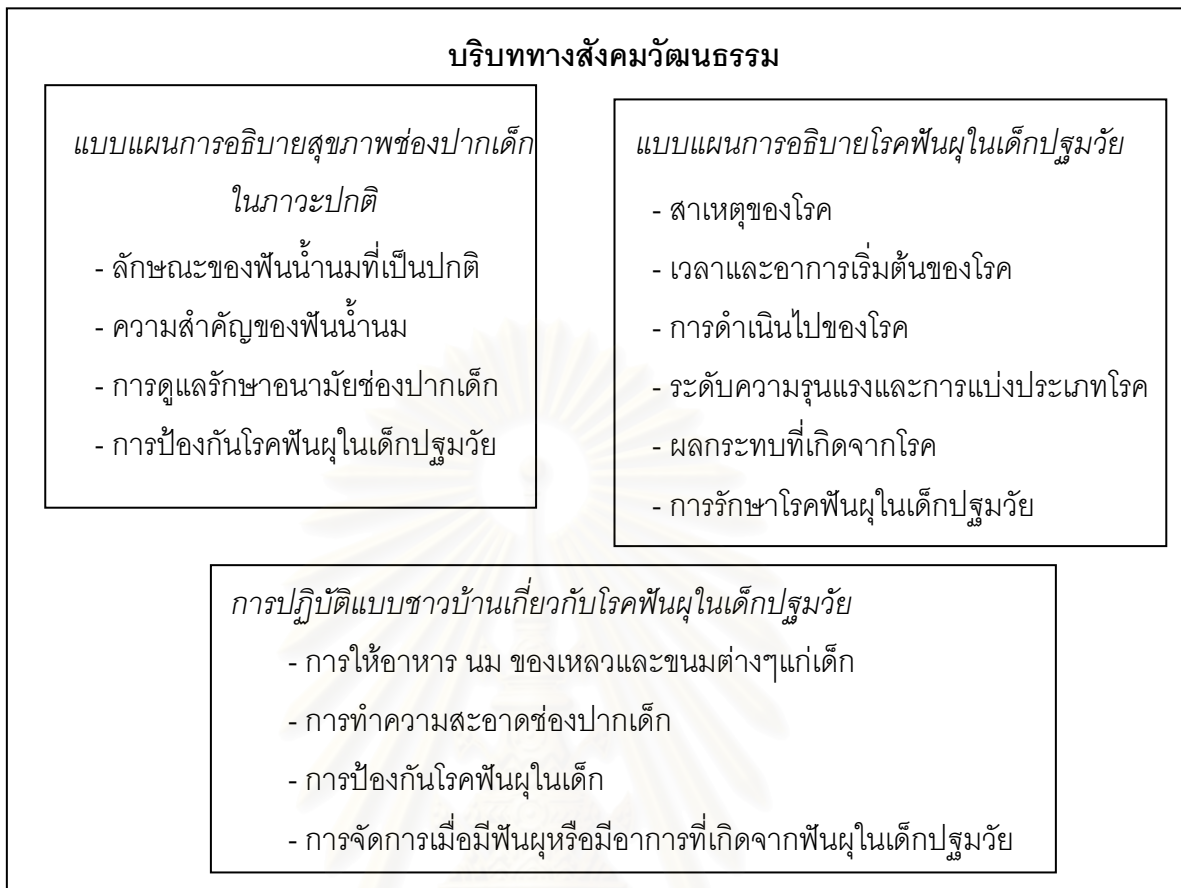
2. แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในแง่ของ สาเหตุของโรค เวลาและ ลักษณะอาการเริ่มต้นของโรค การดำเนินไปของโรค ระดับของความรุนแรงและการแบ่งชนิดของโรค ผลกระทบที่เกิดจากโรค และการรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

และจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความคิด ความเข้าใจ หรือแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับ โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของเด็ก อยู่ภายใต้เงื่อนไขบริบท ทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว วิถีชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ทางทัศนกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็ก ประเพณีวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน รวมทั้งสภาพแวดล้อม ทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆเหล่านี้เข้าด้วยกัน และนำมาสู่ การสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังรูปที่ 3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมทั้งการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อยู่ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรม อันได้แก่ ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว วิถีชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจ ประสิทธิภาพทางทันตกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็ก ประเพณีวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมภายในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Study) หลายวิธีร่วมกัน เพื่อศึกษาถึงความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง

1. พื้นที่และการเลือกพื้นที่ศึกษา

พื้นที่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป็นหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง(Purposive selection) ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

การเลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร เนื่องจากพบมีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูงมาก เป็นพื้นที่รับผิดชอบของต้นสังกัดของผู้วิจัย รวมทั้งการเคยทำงานในโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ทำให้การติดต่อขอเอกสารข้อมูลต่างๆ การประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และการหาที่พักระหว่างการเก็บข้อมูลทำได้สะดวก อีกทั้งการมีความคุ้นเคยกับภาษาและอาหารประจำถิ่น ทำให้ไม่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้วิจัยในการทำงานภาคสนาม

ส่วนการเลือกศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของตำบลกกแดง ในอำเภอนิคมคำสร้อยเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นหมู่บ้านที่มีขนาดของหมู่บ้านไม่ใหญ่เกินไป (ไม่เกิน 100 หลังคาเรือน) การคมนาคมสะดวกพอสมควร มีความปลอดภัยขณะทำงานในสนาม อยู่ไม่ห่างจากสถานพยาบาลหรือสถานีตำรวจ เพื่อความสะดวกในการเดินทางกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านในพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขประจำพื้นที่ และเป็นพื้นที่ซึ่งมีความเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย คือ มีครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี และมีอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูง ซึ่งจากการทดลองเข้าสนามเพื่อสำรวจหาพื้นที่ศึกษาพบว่า บ้านอุ่มไผ่ หมู่ 3 ตำบลกกแดง มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ในการคัดเลือกทุกประการ ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร (Population)

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชน ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คัดเลือกตามเกณฑ์(criterion sampling) ที่มีความเหมาะสมสำหรับข้อมูลที่ต้องการในแต่ละประเด็น ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลในกรณีที่มีข้อมูลบกพร่องได้ อาจแบ่งตัวอย่างตามลักษณะการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการ ได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่ ได้แก่

1.1 ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความเป็นมาของชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งภายในชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม ในภาพรวมของชุมชน

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอพื้นบ้าน เป็นผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากของคนในชุมชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบและการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนการดำเนินงานกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลครอบครัวในระดับต้น คือ หัวหน้าครอบครัวหรือชาวบ้านที่สามารถให้ข้อมูลในระดับต้นเกี่ยวกับครอบครัวได้ จากแต่ละครอบครัวที่มีเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (ได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ และสภาวะสุขภาพโดยทั่วไป) รายได้โดยประมาณของครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว บทบาททางสังคมของสมาชิกในครอบครัว และบทบาทของสมาชิกแต่ละคน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี ที่อยู่ในครอบครัวนั้น

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(Key informant) คือ ชาวบ้านที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี จากแต่ละครอบครัว โดยในครอบครัวหนึ่ง อาจมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญมากกว่าหนึ่งคน ถ้ามีผู้ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กหลายคน และอาจเป็นคนเดียวกับผู้ให้ข้อมูลครอบครัวในระดับต้นได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญนี้ จะเป็นผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก และเป็นผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจของชาวบ้าน เกี่ยวกับแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก เมื่อได้รับการคัดเลือกเป็นกรณีศึกษา

4. กลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากแต่ละครอบครัว ซึ่งได้รับการจัดเข้ากลุ่มการสนทนา ผู้เข้าร่วมการสนทนาในแต่ละกลุ่ม จะมีความคล้ายคลึงกัน(Homogeneous) ตามเกณฑ์ต่างๆ ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์กับเด็ก (เป็นมารดาหรือเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่มารดา) ลักษณะโครงสร้างครอบครัว (ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลักษณะกลุ่มชน (ไทยอีสาน หรือ ผู้ไทย หรือ กลุ่มชนอื่นๆ) และความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็ก ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ในการจัดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อ เข้าร่วมการสนทนา อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าพบมีตัวแปรที่น่าสนใจเพิ่มเติม และมีผลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในระหว่างการเก็บข้อมูลจริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

1. แนวทางการสังเกต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของหมู่บ้าน

2. แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview guideline) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในระดับชุมชนและระดับครอบครัว แบ่งเป็น

2.1 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในระดับชุมชน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน ในประเด็น ความเป็นมาของชุมชน ที่ตั้ง ลักษณะทางกายภาพ จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากร การคมนาคม และสาธารณูปโภคต่างๆ

ส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพของสมาชิกในชุมชน โครงสร้างผู้นำและองค์กรในชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งภายในชุมชน ศาสนาและความเชื่อ ลักษณะขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

ส่วนที่ 3 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการระดับชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ สภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากของคนในชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน ระบบและการใช้บริการสาธารณสุข รวมถึงการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน

2.2 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในระดับครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว ในประเด็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (ได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว) ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้และรายจ่ายโดยประมาณของครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและสุขภาพช่องปากของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว บทบาททางสังคมของสมาชิกในครอบครัว และบทบาทของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับ การเลี้ยงดูและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี ที่อยู่ในครอบครัวนั้น

ส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว ในประเด็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก ได้แก่ จำนวนเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปีในครอบครัว เพศ และอายุของเด็กแต่ละคน สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และการดูแลรักษาอนามัยของร่างกาย สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ชีวิตประจำวันของเด็ก อุปนิสัยการบริโภคของเด็ก

3. แนวการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในชุมชน ในประเด็น ความเข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับ ลักษณะของฟันน้ำนมที่เป็นปกติ ความสำคัญของฟันน้ำนม การดูแลรักษาอนามัยช่องปากเด็ก การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย และแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบบชาวบ้าน (ในแง่ สาเหตุ เวลาและอาการเริ่มต้นของโรค การดำเนินไปของโรค ระดับของความรุนแรงและการแบ่งชนิดของโรค ผลกระทบที่เกิดจากโรค และการรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย)

4. แนวการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview guideline) ใช้ข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัวและชุมชน และการสนทนากลุ่ม เลือกประเด็นที่น่าสนใจ มาใช้เป็นแนวการสัมภาษณ์เจาะลึก

5. แผ่นภาพแสดงช่องปากของเด็กปฐมวัยในลักษณะต่างๆกัน ทั้งที่เป็นแผ่นภาพแสดงลักษณะฟันน้ำนมปกติ หรือ เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับความรุนแรงต่างๆกัน ซึ่งใช้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก

6. ชุดตรวจช่องปาก ได้แก่ กระจกส่องปาก เครื่องมือตรวจหารอยผุ และม้วนสำลี

7. แบบบันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก

8. เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูป

สำหรับแนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน แนวการสนทนากลุ่ม และแผ่นภาพแสดงลักษณะช่องปากปฐมวัย จะได้มีการทดสอบความตรงของเนื้อหาการจัดลำดับประเด็นการสัมภาษณ์ หรือสนทนากลุ่ม รวมทั้ง การใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมในการ สื่อความหมาย สำหรับการสัมภาษณ์แต่ละประเด็น ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง ในพื้นที่ใกล้เคียงหมู่บ้านที่ศึกษา แล้วนำมาปรับปรุงในส่วนที่พบมีข้อบกพร่อง และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 ขั้นตอนการวางแผนงาน

สำรวจเลือกพื้นที่ศึกษา ทำหนังสือขอใช้เอกสารราชการ ติดต่อประสานงานกับ ผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ แนะนำตัวเข้าสู่สนาม โดยการชี้แจงสถานะของผู้วิจัยและ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

4.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชนที่ศึกษา ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กอายุ ระหว่างแรกเกิดถึงสามปี ข้อมูลสุขภาพช่องปากของเด็ก และข้อมูลด้านความเข้าใจและการปฏิบัติ ของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีร่วมกัน

ในช่วงแรกของการเก็บข้อมูล ใช้การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และใช้การสังเกตแบบ ไม่มีส่วนร่วม เพื่อทำความเข้าใจลักษณะทั่วไปของสนาม หลังจากนั้นใช้การสังเกตแบบ มีส่วน ร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานทั้งข้อมูลในส่วนของ ชุมชนและ ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี เพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในชุมชนที่ศึกษา ทำการสนทนากลุ่มในผู้ เลี้ยงดูเด็ก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ให้ได้ภาพรวมของความเข้าใจแบบชาวบ้านเกี่ยวกับ ประเด็นดังกล่าว ใช้ข้อมูลจากการทำสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการ คัดเลือกกรณีศึกษา และทำ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สำหรับข้อมูลบางประเด็นที่น่าสนใจ ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสร้าง ความคุ้นเคยและความสัมพันธ์กับชาวบ้าน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้าน ในช่วงท้ายของ การเก็บข้อมูล จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของคุณสมบัติที่ยังไม่สมบูรณ์

บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ด้วยเทป บันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป การจดบันทึกย่อและการจดข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลสนาม อาจใช้ เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง หรือหลายเครื่องมือร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างการเก็บ รวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ทำการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพข้อมูล โดยใช้เทคนิคการ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

4.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

จัดระบบหมวดหมู่ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกจาก แต่ละ ครอบครัว นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี จำแนกประเภทข้อมูล(Typological analysis) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล(Constant

comparison) ร่วมกับวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) เขียนและ นำเสนอรายงานผลการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการในการวิจัยเชิงคุณภาพหลายวิธีร่วมกัน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับแต่ละขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ช่วงเตรียมพื้นที่

1.1 การใช้ข้อมูลเอกสารประเภทสถิติ

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation)

2. ช่วงเก็บข้อมูลในสนาม

2.1 เก็บข้อมูลเบื้องต้นในระดับชุมชน และในทุกครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation)

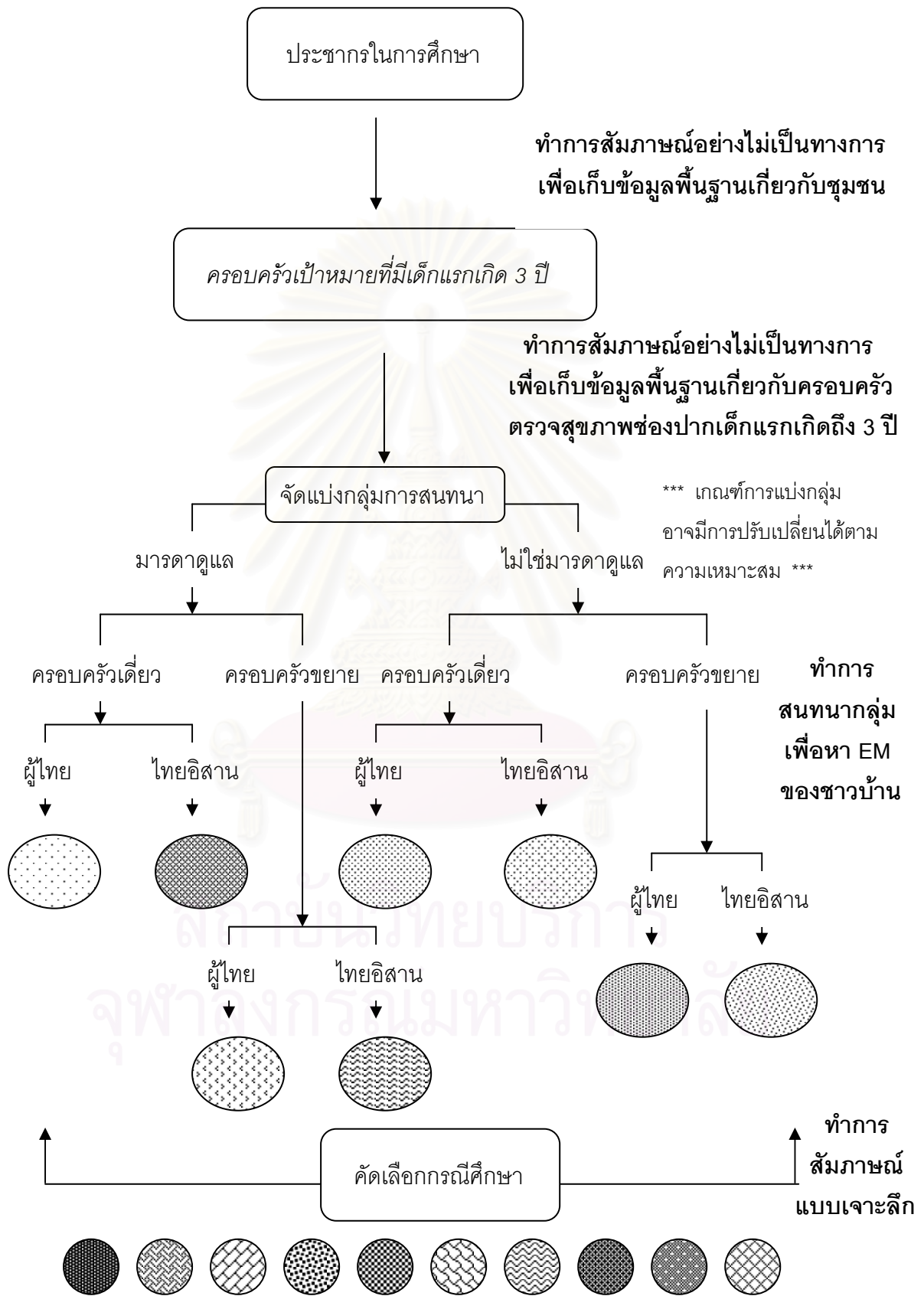
2.2 เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปีทุกคน โดยการตรวจสอบสภาพช่องปากเด็ก ซึ่งเน้นการตรวจหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ หรือ แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ รวมทั้งแบบแผนการอธิบายโรค และการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้การทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ร่วมกับการใช้สื่อรูปภาพ (Pile sorting)

2.4 เก็บข้อมูลสำหรับกรณีศึกษา (Case study) ครอบครัวกรณีศึกษานี้ คัดเลือกจากข้อมูลการสำรวจเบื้องต้น จำนวน 10 - 15 ครอบครัว (อาจปรับเปลี่ยนจำนวนได้ตามความเหมาะสม) เป็นครอบครัวที่มีลักษณะพิเศษ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา เช่น การมีสภาพช่องปากเด็กที่แตกต่างกัน หรือ การมีความเชื่อบางอย่างที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพช่องปากเด็ก เป็นต้น เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลนำเสนอ ดังรูปที่ 4 สำหรับรายละเอียดของวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวิธี มีดังนี้

รูปที่ 4 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



5.1 การใช้ข้อมูลเอกสารประเภทสถิติ

ใช้ข้อมูลเอกสารประเภทสถิติ ในกรณีที่ข้อมูลที่ต้องการรวบรวม มีการจัดเก็บไว้แล้วอย่างเป็นระบบ เป็นข้อมูลที่มีพร้อมแก่การนำไปใช้ และทุนเวลามากกว่าจะไปเก็บใหม่ด้วยตนเอง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร จำแนกตามเพศและอายุ ข้อมูลรายชื่อสมาชิกของครอบครัวเป้าหมาย หรือเป็นข้อมูลบางอย่างที่ไม่อาจหาได้จากการทำงานภาคสนาม เช่น ข้อมูลสถิติการใช้บริการสาธารณสุขของคนในชุมชน ในรอบปีที่ผ่านมา เป็นต้น

5.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - participant observation)

ใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - participant observation) เฉพาะในระยะแรกของการเริ่มทำงานในสนาม ในขั้นตอนการสำรวจสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน เพื่อคัดเลือกเป็นพื้นที่ศึกษา และเพื่อให้ทราบถึงลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านที่ศึกษา

5.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation)

ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยดำเนินการไปพร้อมกับการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การทำสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกหรือในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่างๆของคนในหมู่บ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจในความหมายของการกระทำของชาวบ้านและในสิ่งที่สังเกตได้ รวมทั้งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ไม่สามารถทำได้ด้วยการสัมภาษณ์ และเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลวิธีอื่นๆ เช่น สังเกตลักษณะวิธีการให้นมเด็ก สังเกตลักษณะการทำความสะอาดช่องปากเด็ก เปรียบเทียบกับข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นต้น นอกจากนี้ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ยังมีส่วนช่วยให้ชาวบ้านเกิดการยอมรับในตัวผู้วิจัย เป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ซึ่งทำให้ การทำงานและเก็บรวบรวมข้อมูลในสนามเป็นไปได้โดยสะดวก

5.4 การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview)

ทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ จากผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลครอบครัวในระดับต้น และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมาของชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งภายในชุมชน สภาพเศรษฐกิจ ศาสนาและ ความเชื่อ ลักษณะขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและสุขภาพช่องปากของคนในชุมชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบและการใช้บริการสาธารณสุข การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน ลักษณะโครงสร้างและข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจ วิธีการดำเนินชีวิต บทบาททางสังคมและบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในภาพรวมของครอบครัวและชุมชนที่ศึกษา

โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ทำการสัมภาษณ์พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ และโดยเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ

5.5 การทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม จัดทำเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในภาพรวมเกี่ยวกับแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้านในพื้นที่ศึกษา รูปแบบในการสนทนากลุ่ม จะทำให้มีการอธิบายในประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างกว้างขวาง ได้คำตอบทั้งที่เป็นกระแสโต้แย้ง และการแสดงความสอดคล้องเห็นด้วยในประเด็นเดียวกัน และการสนทนาจะเป็นสิ่งเร้าให้เกิดการสนทนาในระดับลึกยิ่งขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถ หยั่งรู้ถึงรูปแบบความคิด ความเข้าใจ โดยผู้ร่วมสนทนาไม่รู้ตัว เป็นการได้ข้อมูล โดยที่ชาวบ้าน พูดคุยกันเอง แสดงความคิดเห็นออกมา โดยผู้วิจัยมีบทบาทเพียงกำกับกับการสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

การสนทนากลุ่ม ดำเนินการโดย จัดแบ่งผู้เข้าร่วมการสนทนา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กจากแต่ละครอบครัว เข้าแต่ละกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 7 - 8 คน โดยผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มเดียวกัน จะต้องมีความคล้ายคลึงกัน(Homogeneous) ตามเกณฑ์ต่างๆ ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์กับเด็ก (เป็นมารดา หรือ เป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่มารดา) ลักษณะโครงสร้างครอบครัว(ครอบครัวเดี่ยว หรือ ครอบครัวขยาย) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ลักษณะกลุ่มชน(ไทยอีสาน หรือ ผู้ไทย หรือ กลุ่มชนอื่นๆ) และความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็ก ทั้งนี้หลักเกณฑ์ในการจัดแบ่งกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อเข้าร่วมการสนทนา อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าพบมีตัวแปรที่น่าสนใจ ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเพิ่มเติม ในระหว่างการเก็บข้อมูลจริง

ทำการสนทนากลุ่ม โดยอาศัยแนวการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นและได้ผ่านการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือแล้ว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การจดบันทึกย่อในแบบบันทึก และการใช้เทปบันทึกเสียง เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยมากที่สุด การสนทนากลุ่มนี้ จะดำเนินการต่อเมื่อผู้วิจัยและผู้ร่วมการสนทนา มีความคุ้นเคยกันมากพอในระดับหนึ่ง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนา มีความไว้วางใจผู้วิจัย ซึ่งจะส่งผลให้บรรยากาศในระหว่างการสนทนา มีความเป็นกันเอง ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการสนทนาได้อย่างกว้างขวางและเป็นธรรมชาติ

5.6 การใช้สีรูปภาพ (Pile sorting)

สีรูปภาพ เป็นแผ่นภาพแสดงช่องปากของเด็กปฐมวัยในลักษณะต่างๆ ทั้งที่เป็นลักษณะของฟันน้ำนมปกติ หรือ เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระดับความรุนแรงต่างกัน มีลักษณะ

เป็นภาพสี่ ขนาดกว้าง 4 นิ้ว ยาว 6 นิ้ว ซึ่งได้รับการทดสอบและปรับปรุงความเหมาะสมของเครื่องมือแล้ว ช่วยในการเก็บข้อมูลในด้านแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ และการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในระหว่างการสนทนากลุ่ม หรืออาจใช้ร่วมในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การใช้สื่อรูปภาพนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ชาวบ้านแสดงความคิดเห็นได้กว้างขวางและชัดเจนขึ้น

5.7 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth interview)

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางในการเปิดประเด็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เน้นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับ ความเข้าใจหรือแบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ รวมทั้งแบบแผนการอธิบายโรค และการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งประเด็นแบบแผนการอธิบายโรคของชาวบ้าน อาจใช้แผนภาพแสดงช่องปากของเด็กปฐมวัยในลักษณะต่างๆ ช่วยในการเก็บข้อมูล ดังกล่าว ส่วนประเด็นการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เน้นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในรายละเอียดเรื่อง การเลี้ยงนมและอาหารอื่น การทำความสะอาดช่องปากเด็ก พฤติกรรมการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของเด็กในรูปแบบอื่นๆ การจัดการเมื่อมีโรคฟันผุเกิดขึ้นในเด็ก รวมทั้งเหตุผลของการปฏิบัติดังกล่าว การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งตามประเด็นดังกล่าวในข้างต้น ทำให้สามารถนำข้อค้นพบไปอธิบายและเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมได้

5.8 การตรวจสอบสภาพช่องปากเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี

การตรวจสอบสภาพช่องปากเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี จะดำเนินการในช่วงแรกของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี ในพื้นที่ศึกษา การตรวจสอบสภาพช่องปากเด็กในการวิจัยครั้งนี้ จะทำโดย ทันตแพทย์ผู้เดียวตลอดการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษา รวมทั้ง ผ่านการปรับมาตรฐานและทดสอบความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยเรียบร้อยแล้ว การตรวจจะเน้นการตรวจหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งการวินิจฉัยฟันผุกำหนดจากการมีลักษณะการผุเป็นรูที่เห็นได้ชัดเจน และเช็ด้วยเครื่องมือตรวจหารอยผุ(explorer) พบมีลักษณะอ่อนนิ่ม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งการปรับมาตรฐานแล้ว 1 คน เป็นผู้บันทึกผลการตรวจตลอดการวิจัย โดยบันทึกผลตามด้านและซี่ฟันที่ตรวจ ในแบบบันทึกผลการตรวจสอบสภาพช่องปากเด็ก* ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที ภายหลังจากตรวจเด็กแต่ละราย

*ดูเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ซ, หน้า 223 และ ภาคผนวก ฉ, หน้า 224.

การตรวจสภาพช่องปากจะทำที่สถานีนามัย ซึ่งมีความสะดวกในการจัดเตรียมสถานที่และเครื่องมือการตรวจ ดำเนินการในวันที่สถานีนามัยให้บริการคลินิกเด็กดี ซึ่งผู้เลี้ยงดูจะพาเด็กไปรับบริการที่สถานีนามัยอยู่แล้ว ร่วมกับการนัดให้ผู้เลี้ยงดูพาเด็กมาตรวจเพิ่มเติมในบางราย โดยประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ด้วยเทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป การจดบันทึกย่อ การจดข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลสนาม หรือในแบบบันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก ทั้งนี้อาจใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง หรือหลายเครื่องมือร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การควบคุมคุณภาพข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ จะทำโดยผู้วิจัย ซึ่งผ่านการอบรม การวิจัยเชิงคุณภาพ และผ่านการทดลองใช้เครื่องมือในภาคสนามแล้ว เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอ

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาว่าครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจะกลับไปเก็บข้อมูลในชุมชนเพิ่มเติมจนกระทั่ง ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การศึกษา ส่วนการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลที่แท้จริงหรือไม่ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า(Triangulation check)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล(Data triangulation check) เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยตรวจสอบได้จากแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล

1.1 แหล่งบุคคล สำหรับข้อมูลบางอย่างที่ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลหลายคน เช่น เรื่องความเป็นมาของชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งในชุมชน สามารถทำการตรวจสอบข้อมูลโดยเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูล แล้วพิจารณาว่า ถ้าผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ หรือ ต้องการตรวจสอบข้อมูลที่แม่บอกว่าเด็กไม่กินนมหวานเลย อาจเปลี่ยนไปถามสมาชิกในบ้านคนอื่นๆ ด้วยคำถามเรื่องเดียวกัน หากตรวจสอบแล้วได้ข้อมูลเหมือนเดิมทุกครั้ง แสดงว่าข้อมูลที่ได้เชื่อถือได้ และหากข้อมูลที่ได้มีความขัดแย้งกัน จะต้องไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และให้ผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ตรวจสอบความถูกต้องต่อไป

1.2 แหล่งสถานที่ การสังเกตหรือการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนเดิม ในสถานที่แตกต่างกัน พิจารณาความเหมือนหรือความต่างของข้อมูล ในกรณีที่คาดว่าสถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์ อาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล พิจารณาว่าถ้าเก็บข้อมูลในสถานที่ต่างกัน จะได้ข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

1.3 แหล่งเวลา การสังเกตหรือการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนเดิมในเวลาที่แตกต่างกัน บางครั้งจำเป็นต้องทิ้งช่วงห่างของเวลาให้มากขึ้น สังเกตหรือสัมภาษณ์ซ้ำในเรื่องเดิม ในกรณีที่คาดว่าเวลาที่ทำการสัมภาษณ์อาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล พิจารณาว่าถ้าเก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน จะได้ข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation check) ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่อง เดียวกัน เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้าน ร่วมกับสังเกตแบบ ไม่มีส่วนร่วมในปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน เชื่อมโยงกับข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าได้ข้อมูลที่เหมือนกัน ก็ถือได้ว่า ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบข้อมูล โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้านี้ อาจจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน ตามความเหมาะสมของข้อมูลแต่ละลักษณะ แต่ทั้งนี้ จะต้องจัดให้มีการตรวจสอบเกิดขึ้นมากที่สุดสำหรับข้อมูลทุกชุด

สำหรับข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็ก มีการควบคุมคุณภาพข้อมูล โดยก่อนการตรวจจริง ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยย่อยยู่(Intra examination reliability) จาก การตรวจช่องปากเด็กที่มีช่วงอายุเดียวกันในเด็กกลุ่มอื่น นอกเหนือตัวอย่างที่ศึกษาอย่างน้อย 20 ตัวอย่าง ทำการตรวจซ้ำ จนมีความแม่นยำจากสถิติแคปปาในระดับดีหรือดีมาก($K \geq 0.8$) (Altman, 1991) ในระหว่างการตรวจจริงมีการสุ่มตรวจซ้ำร้อยละ 10 ของตัวอย่าง ทำการบันทึกผลการตรวจรวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที ภายหลังจากตรวจแต่ละราย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้มีการขจัดสิ่งที่มีผลทำให้ข้อมูลบิดเบือน จากตัวของผู้วิจัยเองที่ อาจมีผลกระทบต่อชุมชน โดยผู้วิจัยจะแสดงว่าตนเองเป็นนักศึกษาปริญญาโท จากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่เข้ามาศึกษาภาวะโรคฟันผุของเด็กในชุมชน และยอมรับว่าเคยปรากฏตัวในพื้นที่มาก่อน เพื่อแสดงความจริงใจในการเข้าสนาม จัดให้ทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในพื้นที่ เป็นผู้ทำการตรวจและบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กแทนผู้วิจัย เพื่อป้องกันมิให้ชาวบ้านเกิดความสับสนในบทบาทของผู้วิจัย และทำให้ชาวบ้านสามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยปราศจากอคติว่าผู้วิจัยเป็นทันตบุคลากร ซึ่งจะช่วยป้องกันการบิดเบือน ข้อมูลได้ สร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้านโดยการเข้าชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเพียงพอ และเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์และลดความแปลกแยก มีการแจ้งผู้นำชุมชนและชาวบ้านถึงเหตุผลของการเลือกชุมชนนี้เป็นพื้นที่ศึกษาว่า เนื่องด้วยมีความเหมาะสมหลายประการ และแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าศึกษาในพื้นที่ว่า เพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคฟันผุของเด็ก

ในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท ทั้งนี้ จะช่วยให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจ มีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และยินยอมให้ข้อมูลที่เป็นจริงด้วยความสมัครใจ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกข้อมูลสนามและการถอดเทป ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการจำแนกประเภทข้อมูล(Typological analysis) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) ร่วมกับวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย(Analytic induction)

1. วิธีจำแนกประเภทข้อมูล เป็นการจำแนกหรือจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ โดยใช้คุณลักษณะที่ข้อมูลนั้นมีอยู่ร่วมกัน หรือตามความเหมาะสมกับข้อมูล โดยใช้แนวคิดทางทฤษฎีในการกำหนดหน่วยการวิเคราะห์ ร่วมกับใช้เกณฑ์อื่นที่ผู้วิจัยสังเกตได้จากข้อมูล ซึ่งอาจไม่มีการกล่าวถึงในทฤษฎี เป็นตัวจำแนกข้อมูล ทำการจำแนกข้อมูลระดับจุลภาค ที่เน้นความสัมพันธ์ของกลุ่มคำหรือข้อความกับคำที่เป็นคำหลัก ซึ่งเรียกว่า การทำสารบบจำแนกประเภท (Taxonomy)

2. การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล เป็นการใช่วิธีการเปรียบเทียบ เพื่อหาความเหมือนหรือความต่างที่มีอยู่ในข้อมูลตั้งแต่สองชุดขึ้นไป (เช่น ข้อมูลที่ได้จากครอบครัวที่มีโครงสร้างครอบครัวแบบต่างๆ) โดยนำข้อมูลแต่ละชุด มาแยกแยะเป็นเหตุการณ์ต่างๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน โดยอาจทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ แล้วพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละชุด มีอะไรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันบ้าง มีความเหมือนหรือความแตกต่างกันอย่างไร

3. วิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยประมวลความคิดจากข้อมูลเชิงรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น แล้วทำให้เป็นข้อสรุปเชิงนามธรรม ที่ได้รับการตรวจสอบยืนยัน พิสูจน์ความถูกต้องด้วยข้อมูลส่วนอื่นๆ โดยการหาลักษณะร่วมของข้อมูลรูปธรรมจำนวนหนึ่ง เพื่อหาข้อสรุปว่าข้อมูลรูปธรรมเหล่านั้น มีลักษณะและแบบแผนอย่างไร ซึ่งข้อมูลที่นำมา สร้างข้อสรุปสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จาก บันทึกข้อมูลสนาม ข้อมูลที่ได้ทำดัชนีหรือจำแนกประเภทแล้ว รวมทั้งข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบหรือวิเคราะห์ส่วนประกอบแล้ว

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา ความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกจากแต่ละครอบครัว นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละและค่าเฉลี่ย

8. ประเด็นปัญหาทางจริยธรรม

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความคิด ความเข้าใจ และการปฏิบัติของมนุษย์ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการวิจัยให้มีรูปแบบซึ่งไม่ขัดต่อกฎหมาย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม (Ethical consideration) มีการแจ้งให้ชาวบ้านทราบถึงสถานะของผู้วิจัย เหตุผลในการเลือกชุมชนเป็นสถานที่เก็บข้อมูล วัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล รวมทั้งการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ จะกระทำเมื่อได้รับการยินยอมและโดยสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การได้มาของข้อมูล

ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่คือ ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2545 เวลา รวมทั้งสิ้น 6 เดือน การดำเนินการเก็บข้อมูลในภาคสนาม เริ่มด้วยการติดต่อประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลในชุมชนบ้านอู่ไม้ แนะนำตัวต่อกรรมการหมู่บ้านและชาวบ้าน ในที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน โดยแนะนำตัวผู้วิจัยเป็นนักศึกษาปริญญาโททางด้าน สาธารณสุขศาสตร์ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลว่า ต้องการศึกษาลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนภาคอีสาน ต่อมาได้ขอความร่วมมือจากบัณฑิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน ในโครงการเงินกองทุนหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนในบ้านอู่ไม้เอง ในการช่วยแนะนำพื้นที่ การค้นหา กลุ่มตัวอย่าง การแปลภาษาถิ่น การช่วยจดบันทึกและบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งการถอดเทปสัมภาษณ์ ซึ่งช่วยเหลือผู้วิจัยได้เป็นอย่างมาก

ช่วงสองเดือนแรกของการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยทำการสำรวจลักษณะทางกายภาพทั่วไปของหมู่บ้านด้วยวิธีการสังเกต สร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้าน และร่วมสังเกตชีวิตความเป็นอยู่ของชาวชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของหมู่บ้าน เช่น การประชุมหมู่บ้าน การร่วมงานบุญประเพณีของหมู่บ้าน พร้อมทั้งเริ่มดำเนินการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานชุมชน ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว และส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิจัยไปพร้อมกัน โดยการเข้าไปนั่งเล่นพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยร่วมทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้ เช่น ทอผ้า ทำขนม รับประทานอาหาร เลี้ยงเด็ก เป็นต้น ซึ่งได้รับความร่วมมือและไว้วางใจจากทุกครอบครัวเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับสภาวะช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งผ่านการปรับมาตรฐาน ในการเป็นผู้ตรวจและจดบันทึกผลการตรวจตามลำดับ โดยผู้วิจัยสังเกตการณ์จากภายนอก การตรวจใช้เพียงชุดตรวจฟัน ซึ่งประกอบด้วย กระจกส่องปาก และ เครื่องมือตรวจหารอยผุ(explorer) ร่วมกับการใช้ไฟฉายส่องปาก บันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากตามซี่และด้านของฟันที่ตรวจ ในแบบบันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที ภายหลังการตรวจเด็กแต่ละราย รวมทั้งมีการสุ่มตรวจซ้ำร้อยละ 10 ของเด็กตัวอย่าง เพื่อหาความน่าเชื่อถือของการตรวจ พบค่าสถิติแคปปาในระดับดีมาก ($K = 1.0$)

ช่วงสองเดือนต่อมา ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลเน้นในส่วนประเด็นที่ศึกษา ในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเลี้ยงดูเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี (ทำการศึกษา ในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 3 ปี 6 เดือน

เมื่อนับถึงวันที่ 1 มกราคม 2545) รวมจำนวนเด็ก 38 คน จาก 36 ครอบครัว การเก็บข้อมูลใช้ การสังเกตและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับการใช้แผนภาพแสดงลักษณะต่างๆใน ช่องปากของเด็ก ซึ่งได้รับการทดสอบเครื่องมือแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเก็บข้อมูลในประเด็นความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับฟันน้ำนม แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน รวมทั้งการปฏิบัติแบบชาวบ้านที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ในระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่า แผนภาพที่ใช้ สามารถสื่อให้ชาวบ้านทราบว่าเป็นภาพของฟัน ในลักษณะต่างๆได้ แม้จะไม่สามารถแยกแยะกระบวนการทางความคิด เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยโดยตรง ด้วยการใช้แผนภาพเป็นสื่อ(Pile sorting) แต่แผนภาพที่ใช้ มีประโยชน์ในการนำสู่การสนทนา ที่ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกอื่นๆตามมา เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจ การให้คำอธิบายโรคฟันผุแบบชาวบ้าน อีกทั้งช่วยเพิ่มบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มสนทนา ช่วยให้พบข้อมูลบางประการที่ได้คาดคิดไว้ก่อน ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย และนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับแบบแผนความคิดของชาวบ้าน แต่เนื่องจากภาพที่ใช้เป็นภาพถ่ายสองมิติ ลักษณะของรอยผุที่เห็นไม่สามารถบอกถึงความลึกของรอยผุที่เป็นได้ จึงถือเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของการใช้ภาพช่วยในการค้นหาแบบแผนความคิด

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มิได้จัดให้มีการสนทนากลุ่ม ตามที่ได้คาดหมายไว้ในแผนการวิจัย เนื่องจากเมื่อเข้าเก็บข้อมูลในหมู่บ้านแล้ว พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแม่ของเด็กตัวอย่าง ต้องดูแลลูกตลอดเวลา ไม่สามารถมาร่วมทำการสนทนากลุ่มโดยปล่อยลูกไว้ได้ ประกอบกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ไม่เอื้อให้สามารถจัดการสนทนากลุ่มได้ จึงทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นหลักแทน โดยอาศัยการพูดคุยสนทนาตามกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น เข้าไปพูดคุยสนทนากับแม่ของเด็กที่มีบ้านอยู่ละแวกใกล้กัน ซึ่งมักพาลูกมานั่งสนทนาเรื่องทั่วไปกันตามปกติ ทำให้การพูดคุยมีบรรยากาศเป็นธรรมชาติ และมีความเป็นกันเองมากยิ่งขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละประเด็นภายในกลุ่มอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยเป็นอย่างมาก

ในแต่ละครั้งของการเก็บข้อมูล มีการจดบันทึก และทบทวนความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้ง ในระหว่างการใช้แผนภาพประกอบการสัมภาษณ์ มีผู้ช่วยวิจัยช่วยจดบันทึกคำตอบในประเด็นคำถามหลัก ทำหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์ รวมทั้งควบคุมเครื่องบันทึกเสียงเพิ่มเติมด้วย

ช่วงสองเดือนสุดท้าย เป็นการเก็บข้อมูลระดับลึก ในครอบครัวที่คัดเลือกไว้เป็นครอบครัวกรณีศึกษาจำนวน 12 ครอบครัว โดยใช้การเยี่ยมบ้านครอบครัวเป้าหมาย ครอบครัวละ 4-5 ครั้ง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันทั้ง เช้า บ่าย เย็น และหัวค่ำ ทำการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึกในประเด็นที่สนใจ และติดตามดูการปฏิบัติตนบางอย่างของครอบครัว ข้อมูลทั้งหมดนำมาปะติดปะต่อเป็น ข้อมูลรวม

ของครอบครัว และถูกคัดเลือกนำเสนอตามประเภทของการมีปัญหาในช่องปาก รวม 6 ครอบครัว นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรในพื้นที่เพิ่มเติม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เพื่อให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ทำการควบคุมคุณภาพของ ข้อมูล ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ทั้งในด้านข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล(Data and methodological triangulation check)

จากวิธีการเก็บข้อมูลดังกล่าว นำมาสู่ผลการวิจัย ซึ่งนำเสนอเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

บรรยายถึง ลักษณะชุมชน ตั้งแต่ประวัติของชุมชน ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะทางประชากร สังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ฯลฯ เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทแวดล้อมของชุมชน

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กล่าวถึง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ในส่วนของการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการและครอบครัวกรณีศึกษา

3. สภาพาสุภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

นำเสนอผลการตรวจสภาพช่องปากเด็กกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ศึกษา

4. แนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

นำเสนอภาพรวม มุมมองของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่สะท้อนผ่านความคิด ความเชื่อบางประการ ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม ค่านิยม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ประสบการณ์ เป็นต้น รวมถึงทฤษฎีหรือแนวคิดชาวบ้านว่าด้วยโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

5. การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

กล่าวถึง รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดู พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ อีกทั้ง กล่าวถึง การปฏิบัติของชาวบ้านเพื่อดูแลสุขภาพฟันเด็ก ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเด็กเกิดปัญหาโรคฟันผุ ตลอดจนการจัดการต่อปัญหาดังกล่าว เมื่อเกินความสามารถของตน ด้วยการพึ่งพาระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบการแพทย์วิชาชีพ ตลอดจนอิทธิพลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากร ที่มีผลต่อการสร้างความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติของชาวบ้าน

6. ตัวอย่างกรณีศึกษา

นำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษา จำนวน 6 ครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งจากการศึกษาเจาะลึก 12 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะของการมีปัญหาฟันผุในช่องปากของเด็ก ใน

กรณีศึกษาแต่ละรายที่นำเสนอ มีประเด็นแง่มุมซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงแนวคิดแบบชาวบ้านกับบริบทแวดล้อมที่ต่างกันไป ทำให้ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนมีความแตกต่างกัน

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ชุมชนที่เลือกมาเป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บ้านอุ่มไผ่ หมู่ 3 ตำบลกกแดง อำเภอนิคม คำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร เนื่องด้วยเป็นชุมชนที่มีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ในการคัดเลือก

1.1 ประวัติชุมชน

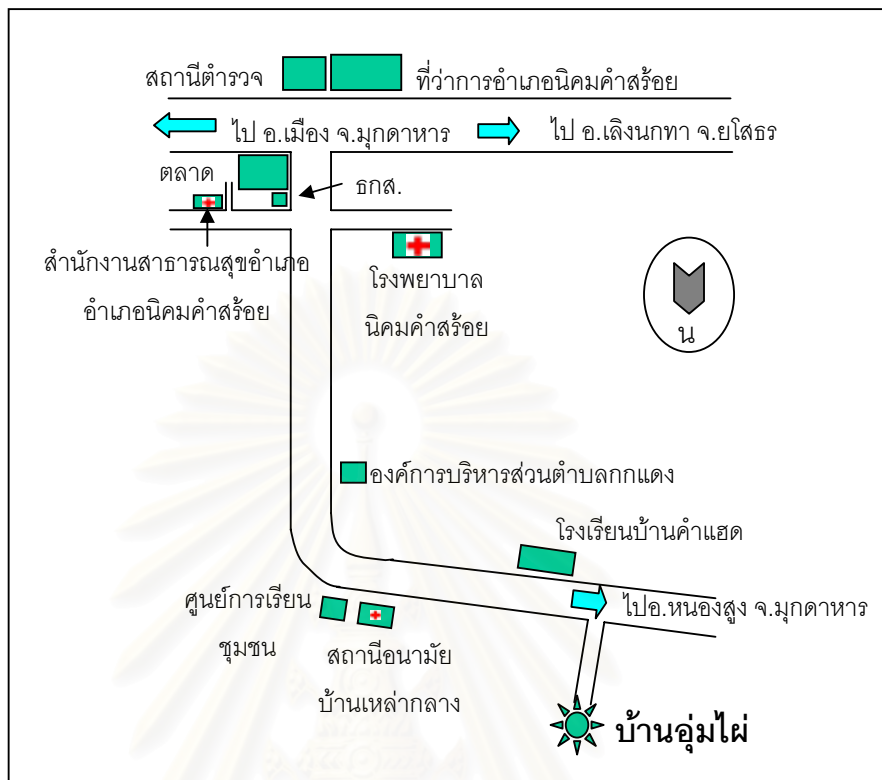
บ้านอุ่มไผ่ เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2317 คนกลุ่มแรกที่มาตั้งหมู่บ้านแห่งนี้ เป็นครอบครัวของพรานล่าเนื้อที่อพยพมาจากบ้านหนองสูง ตำบลหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งได้มาล่าเนื้อที่ดงบังอี่และพบสถานที่ตั้งของชุมชนแห่งนี้ ซึ่งมีลักษณะพื้นที่เป็นป่าที่อุดมสมบูรณ์ มีสัตว์ป่าหลากหลายชนิด ลำห้วยที่ไหลผ่านหมู่บ้านมีน้ำไหลตลอดปี ประกอบกับบ้านเดิมของผู้ก่อตั้ง มีพื้นที่ทำการเกษตรน้อย มีน้ำท่วมในช่วงฤดูฝน และชาวบ้านประสบกับ โรคภัยร้ายแรง ครอบครัวของผู้ก่อตั้งซึ่งประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตรชายหนึ่งคน จึงได้มา สร้างบ้านและอาศัยอยู่ที่หมู่บ้านแห่งนี้ และมีลูกหลานสืบเรื่อยมา (นับถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2546) ชุมชนแห่งนี้ก่อตั้งมานาน 229 ปี) สำหรับที่มาของชื่อ “อุ่มไผ่” มาจากลักษณะของต้นไม้ที่พบมากในหมู่บ้าน คือมีกอไผ่ขึ้นหนาแน่นเป็นหย่อม ๆ เป็นพุ่มไผ่ซึ่งคำว่า “พุ่ม” ในภาษาผู้ไทยของ ชาวบ้านจะเรียกว่า “อุ่ม” จึงเป็นที่มาของชื่อหมู่บ้านอุ่มไผ่

1.2 ลักษณะทางกายภาพ

อาณาเขตติดต่อ ทิศเหนือติดตำบลนาโสก อำเภอเมือง ทิศตะวันออกติดบ้าน ป่าแดง หมู่ 11 และบ้านเหล่ากลาง หมู่ 2 ทิศตะวันตกติดบ้านนาหลวง หมู่ 9 และทิศใต้ติดบ้านคำแฮดใหญ่ หมู่ 4 และบ้านคำแฮดน้อย หมู่ 10 มีพื้นที่ทำการเกษตร 2,135 ไร่ ได้แก่ ที่นา 625 ไร่ เป็นที่ทำไร่ 1,423 ไร่ เป็นที่สวน 87 ไร่ แหล่งน้ำที่ใช้ทำการเกษตร จะใช้จากห้วย หนอง ฝายกั้นน้ำ และสระน้ำภายในหมู่บ้าน ส่วนน้ำกินและน้ำใช้ ชาวบ้านจะมีโอ่งรับน้ำฝน มีบ่อน้ำตื้นในบริเวณบ้านของตนเอง รวมทั้งมีการใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้าน

ระยะทางจากบ้านอุ่มไผ่ถึงตัวอำเภอนิคมคำสร้อยประมาณ 8 กิโลเมตร เป็นถนนลาดยาง และมีทางดินแดงแยกจากถนนลาดยางเข้าสู่หมู่บ้านระยะทาง 1 กิโลเมตร ภายในหมู่บ้านเป็นถนนดินแดง ในช่วงฤดูฝนถนนจะขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อและค่อนข้างลื่น ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะใช้รถจักรยานยนต์ และ “สะหรี” (รถไถนาเดินตามที่ต่อกระบะท้ายใช้บรรทุกสิ่งของ) เป็นพาหนะในการเดินทาง มีรถสองแถวเข้ามารับนักเรียนที่ต้องไปเรียนนอกหมู่บ้าน บางบ้านจะมีรถบรรทุกสิ่งของเป็นพาหนะ หรือมีรถบรรทุกสิบล้อ ใช้ในการขนถ่ายไปส่งโรงงานในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร

รูปที่ 5 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งของบ้านอุ่มไผ่ ในอำเภอนิคมคำสร้อย



ลักษณะของบ้านเรือน มักเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง บนบ้านมีการกันห้องหรือใช้ตู้เสื้อผ้ากันเป็นห้องนอน บริเวณใต้ถุนบ้านมีการกันห้องด้วยปูน สำหรับเป็นห้องครัว มีส่วนของห้องน้ำ ซึ่งรวมกับห้องส้วมแยกออกจากตัวบ้าน ใต้ถุนบ้านมีแคร่สำหรับนั่งพักผ่อนและรับประทานอาหาร และเป็นที่ยอดยานพาหนะของบ้าน มีการปลูกพืชผักสวนครัวในบริเวณบ้าน มีบ้านของเครือญาติปลูกอยู่ในละแวกเดียวกัน

รูปที่ 6 ลักษณะบ้านเรือนทั่วไปในชุมชนบ้านอุ่มไผ่



1.3 ลักษณะทางประชากร

บ้านอู่ไม้ มีจำนวนครอบครัวทั้งสิ้น 130 ครอบครัว 103 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากรรวม 521 คน เป็นเพศชาย 261 คน และเพศหญิง 260 คน แบ่งตามช่วงอายุดังนี้

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรในหมู่บ้านที่ทำการศึกษา

กลุ่มอายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
1 วัน - 3 ปีเต็ม (0-3ปี)	21	23	44
3 ปี 1 วัน - 6 ปีเต็ม (4-6ปี)	19	21	40
6 ปี 1 วัน - 12 ปีเต็ม (7 - 12 ปี)	31	27	58
12 ปี 1 วัน - 18 ปีเต็ม (13 - 18 ปี)	17	20	37
18 ปี 1 วัน - 60 ปีเต็ม (19 - 60 ปี)	166	160	326
60 ปี 1 วันขึ้นไป (60 ปีขึ้นไป)	7	9	16
รวม	261	260	521

ที่มา: รายงานบริบทชุมชน (บร. 1 - 4) บ้านอู่ไม้ อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ในโครงการกองทุนหมู่บ้าน ปี 2545

1.4 ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม

สภาพทั่วไปของบ้านอู่ไม้เป็นหมู่บ้านชนบท ชาวบ้านมีความสามัคคี และชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีความเป็นเครือญาติสูง มีการรวมกลุ่มเป็นองค์กรชุมชน ได้แก่ กลุ่มสตรีทอผ้า กลุ่มกองทุนหมุนเวียนเพื่อการเกษตร กลุ่มเลี้ยงไหม กลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร มีผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และคณะกรรมการการบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็นตัวแทนจากหมู่บ้านจำนวน 2 คน และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในหมู่บ้านอีกหลายคน เช่น ผู้ที่มีไร่อ้อยมากๆ หรือ เป็นหัวหน้าโควด้าอ้อย ซึ่งมักมีเครื่องจักรการเกษตร (รถไถ,รถสิบล้อ) รวมทั้งเงินทุนให้ชาวบ้านกู้ยืม หรือผู้ที่มีความรู้ เกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เป็นต้น ชาวบ้านจะมีการนัดประชุมหมู่บ้านทุกเดือน มีการระดมความคิดเห็น เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดงานบุญตามประเพณี ซึ่งการรวมกลุ่มของชาวบ้านในการจัดการเรื่องต่างๆ มีศักยภาพค่อนข้างสูง ตัวอย่างเช่น ชาวบ้านมีการบริหารเงิน กองทุนหมู่บ้านจนประสบผลสำเร็จ เกิดผลกำไรและได้เงินกู้คืนครบตามเงินต้น เป็นหมู่บ้านแรกในจังหวัดมุกดาหาร หรือในการจัดงานบุญบั้งไฟ ซึ่งต้องอาศัยความเข้มแข็ง และความร่วมแรงร่วมใจของชาวบ้านในหมู่บ้านอย่างมาก จนประสบผลสำเร็จในการจัดงาน และสามารถดึงชาวบ้านจากหมู่บ้านอื่นหรืออำเภออื่นมาร่วมในงานได้ เป็นต้น

ชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวไทย ใช้ภาษาไทยเป็นหลักในการสนทนา รองลงมาคือภาษาไทยอีสาน ชาวบ้านในชุมชนบ้านอุ่มไผ่ มีลักษณะความเชื่อไม่แตกต่างจากชาวไทยทั่วไป โดยจะมีระบบความเชื่อหลายๆอย่างคละกันไป ที่สำคัญคือ ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือ ธรรมชาติ เช่น เชื่อว่า ผีมีอำนาจทำให้คนเจ็บป่วยได้ หรือ ถ้าทำผิดจารีตประเพณี จะถือเป็นการผิดผี อาจทำให้ผีเหย้าผีเรือนโกรธและลงโทษได้ แต่ในทางตรงข้าม ถ้ามีการบูชาสังเวทย์ให้ถูกต้องแล้ว ผีก็จะบันดาลให้มีความสุขได้ ผีที่ชาวบ้านนับถือตัวอย่างเช่น ผีบรรพบุรุษหรือผีปู่ตา ผีเหย้า ผีเรือน ผีไร่ ผีนา เป็นต้น

ในหมู่บ้านมีศาลปู่ตา 2 แห่ง คือในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในป่าไผ่ ห่างออกไปประมาณ 1 กิโลเมตร ทางทิศตะวันออกของหมู่บ้าน มีลักษณะเป็นเรือนไม้ขนาดเล็กยกพื้นสูง ศาลปู่ตา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญของชาวบ้าน เชื่อกันว่าเป็นที่รวมจิตวิญญาณบรรพบุรุษประจำหมู่บ้าน แต่ละปีจะมีการเลี้ยงผีปู่ตา ในช่วงก่อนลงทำนา ช่วงหลังเกี่ยวข้าวและช่วงงานบุญเข้าพรรษา ออกพรรษา และงานบุญบั้งไฟ มี “เจ้าจ้ำ” เป็นตัวแทนในการบอกกล่าวติดต่อกับผีปู่ตา นอกจากการเลี้ยงผีปู่ตาประจำปีแล้ว ชาวบ้านมักจะมาบนบานให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ เช่น ขอให้หายเจ็บป่วย เป็นต้น ความเชื่อในเรื่องการนับถือผี จึงเป็นความเชื่อที่เห็นเด่นชัดในหมู่บ้านแห่งนี้

อีกระบบความเชื่อหนึ่งที่พบได้ คือ ความเชื่อตามหลักพุทธศาสนา ชาวบ้าน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในหมู่บ้านมีวัด 2 แห่ง คือ วัดสว่างบ้านอุ่มไผ่ และ วัดป่าไถ่แก้ว ชาวบ้านมีการทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ รักษาศีล มีการจัดบวชสามเณรภาคฤดูร้อน วัดยังเป็นศูนย์กลางในชุมชนชาวบ้านในเทศกาลต่างๆด้วย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อตามแบบคติพราหมณ์ เช่นการสู่ขวัญ แยกผู้มาเยือน เพื่อให้เกิดความเป็นสิริมงคล เป็นต้น

1.5 ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ชาวบ้านมีอาชีพทำการเกษตร ได้แก่ ทำไร่ ทำนา และทำสวน ชาวบ้านนิยมปลูกอ้อยเพื่อส่งโรงงานน้ำตาลในจังหวัดมุกดาหาร อ้อยบางส่วนใช้บริโภคสดเป็นอาหารว่าง พื้นที่ปลูกอ้อยของแต่ละครอบครัว อยู่ในช่วง 5 – 300 ไร่ เฉลี่ยประมาณ 13 ไร่ต่อครัวเรือน รายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากการทำไร่อ้อย ทั้งจากการขายผลผลิตอ้อยในไร่ของตนเอง และการรับจ้างทำไร่ในที่ของเพื่อนบ้าน ชาวบ้านจะปลูกอ้อยในช่วงเดือนพฤศจิกายน และสามารถเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ในเดือนธันวาคมถึงเดือนมีนาคมของปีถัดไป ช่วงหลังฤดูกาลปลูกอ้อย ชาวบ้านจะปลูกพืช ล้มลุก ได้แก่ ปอแดง ถั่วลิสง และข้าวโพด ทดแทน ส่วนการทำนา ชาวบ้านจะปลูกข้าวเหนียว เพื่อใช้บริโภคในครัวเรือน นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการทำสวนยางพารา ตามการสนับสนุนของพัฒนาการอำเภอเมื่อประมาณ 10 ปีก่อน ซึ่งชาวบ้านมีรายได้จากการทำสวนยางพารามากพอ สมควร นอกเหนือจากการทำเกษตรกรรม ชาวบ้านยังมีการรวมกลุ่มกันจัดตั้งเป็นกลุ่มสตรีทอผ้า ทอผ้าเพื่อส่งออกจำหน่ายสร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัวอีกทางหนึ่ง

การปลูกอ้อยในวิถีชุมชน

ชาวบ้านเกือบทั้งหมด จะทำไร่อ้อย มีบางส่วนที่ไม่ทำไร่เอง แต่ให้เพื่อนบ้านเช่าปลูกอ้อยหรือรับจ้างทำไร่ให้ผู้อื่น ชาวบ้านที่ปลูกอ้อยหลายไร่ จะไปขึ้นทะเบียนกับโรงงานน้ำตาลเป็น “หัวหน้าโคกดำ” บ้านอ้อมไผ่มีหัวหน้าโคกดำจำนวน 6 ราย ชาวบ้านรายอื่นๆจะเป็นลูกน้อง โคกดำตามแต่สมัครใจว่าอยากเข้าร่วมกับโคกดำไหน สามารถปรับเปลี่ยนการเข้าร่วมโคกดำใน แต่ละปีได้ ไม่พบมีความขัดแย้งระหว่างโคกดำ หัวหน้าโคกดำ มักจะเป็นผู้ปลูกอ้อยหลายสิบไร่ มีรถไถรถบรรทุกสิบล้อ รวมทั้งมีเงินทุนการเกษตรมาก หัวหน้าโคกดำจะเป็นผู้จัดลำดับว่า ลูกน้องรายใดจะได้ปลูกหรือตัดอ้อยก่อน ใช้รถไถของตนช่วยบริการไถในไร่ที่ทำไร่อ้อยของลูกน้อง และช่วยขนย้ายอ้อยไปโรงงาน นอกจากนี้จะมีการระดมคนในโคกดำไปช่วยทำไร่ตามลำดับ

ชาวบ้านจะหมุนเวียนกันไปช่วยทำไร่ คล้ายกับการลงแขกทำนา ซึ่งการไปช่วยงานนี้ จะได้รับค่าตอบแทนจากเจ้าของไร่อ้อย จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับชาวบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่จะไปรับจ้างทำไร่ แต่ถ้าเหนื่อยหรือมีเงินพอใช้แล้ว ก็จะหยุดพัก ถ้าพร้อมจะไปรับจ้างทำงานต่อในหมู่บ้านมีการจ้างงานอยู่ตลอด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจ้างงานในไร่อ้อย เช่น การจ้างกลบปุ๋ยอ้อย (พลิกหน้าดินและใส่ปุ๋ย) จ้างดายหญ้า จ้างปลูกและจ้างตัดอ้อย

การตัดอ้อย จะทำในช่วงเวลา 8 นาฬิกา ถึง 17 นาฬิกา และนิยมทำให้เสร็จเป็นรายๆ ไป การตัดมี 2 วิธี วิธีแรก คือ ตัดอ้อยสด วิธีนี้จะตัดอ้อยได้ค่อนข้างยาก เพราะอ้อยจะมีความเหนียวแต่ละไร่จะใช้เวลาตัดค่อนข้างนาน เจ้าของไร่ต้องเสียค่าอาหารกลางวันให้ผู้ที่มา รับจ้างหลายวัน ผู้ที่มารับจ้างจะได้ค่าตอบแทน 1 บาทต่อการตัดอ้อยสด 15 ลำ ส่วนอีกวิธีเป็นการจุกไฟเผาอ้อยแล้วจึงตัด ซึ่งวิธีนี้จะตัดอ้อยง่ายกว่า ใช้เวลาตัดอ้อยแต่ละไร่ไม่นาน แต่น้ำหนักอ้อยจะเบาและจะถูกโรงงานหักราคาตันละ 20 บาท ผู้ที่จะมารับจ้างตัดต้องตัดอ้อยถึง 30 ลำต่อ ค่าจ้างตัด 1 บาท ทั้งอ้อยสดและอ้อยที่ผ่านการเผาจะนำส่งโรงงานเหมือนกัน โดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่รับจ้างตัดอ้อย จะมีรายได้ประมาณวันละ 100 บาท หลังจากนั้นจะมีการจ้าง “ขึ้นอ้อย” ซึ่งคือการนำอ้อยขึ้นรถ ในการขึ้นอ้อยนี้ มักใช้คนงานที่เป็นผู้ชาย ซึ่งจะได้ค่าตอบแทนการขึ้นอ้อย 15 บาทต่อตัน เวลาที่รถจะมาขนอ้อยไม่แน่นอน บางครั้งมีช่วงกลางดึกด้วย ผู้ที่มารับจ้างจะได้ค่าจ้าง ขึ้นอ้อยประมาณวันละ 100 บาทเช่นกัน นอกจากนี้เจ้าของไร่จะต้องเสียค่าขนอ้อยไปโรงงานอีกตันละ 115 บาท ค่าเตรียมดินสำหรับการปลูกครั้งใหม่ประมาณ 800 บาทต่อไร่ และค่าปุ๋ยสำหรับใส่อ้อยอีกต่างหาก

เงินทุนที่ใช้ในการปลูกอ้อยนี้ ชาวบ้านจะกู้ยืมเงินจาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.) โดยมีกำหนดชำระเงินในรอบปีถัดไปหลังจากขายอ้อยได้แล้ว ราคาอ้อยจะถูกกำหนดมาจากโรงงาน มีหัวหน้ากลุ่มชาวไร่อ้อยของจังหวัด ทำหน้าที่ต่อรองราคา ผู้ที่รับจ้างรายวันจะได้รับค่าจ้างภายในประมาณ 3 วัน หลังทำงาน เจ้าของไร่จะได้รับเงินค่าอ้อยเมื่อโรงงานปิด

หีบอ้อยแล้ว หลังจากหักต้นทุนแล้ว โดยรวมชาวบ้านจะมีกำไรจากการปลูกอ้อยประมาณ 800 – 1,000 บาทต่อไร่ ซึ่งเงินส่วนนี้เมื่อหักเงินที่กู้ยืมมาเป็นทุนแล้ว ชาวบ้านจะเก็บไว้ใช้ตลอดทั้งปี

โดยรวมบ้านอุ่มไผ่มีเศรษฐกิจดี ชาวบ้านมีงานทำตลอดปี ทั้งการทำการเกษตรในที่ของตนเอง และการหมุนเวียนไปรับจ้างทำไร่ทำนาในที่ของเพื่อนบ้าน ทำให้ชาวบ้านไม่ไปทำงานต่างถิ่น และมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว

1.6 สถานที่สาธารณะและสาธารณูปโภค

บ้านอุ่มไผ่มีศาลากลางหมู่บ้าน 1 แห่ง ซึ่งใช้เป็นสถานที่นัดประชุมของชาวบ้านในแต่ละเดือน เป็นสถานที่ตั้งหอกระจายข่าว รวมทั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน มีวัด 2 แห่ง คือ วัดสว่างบ้านอุ่มไผ่และวัดป่าบ้านอุ่มไผ่ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดพัฒนาชุมชน 1 แห่ง มีโรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง ซึ่งรับสอนนักเรียนระดับอนุบาล 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(ศพด.)ในหมู่บ้าน ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2543 มีผู้ดูแลเด็ก 1 คน ซึ่งเป็นชาวบ้านในหมู่บ้านและผ่านการอบรมการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน รับดูแลเด็กอายุระหว่าง 2 ปี 6 เดือนขึ้นไป จนถึงอายุ 5 ปี ในแต่ละวันมีเด็กมาประมาณ 10 – 20 คน ศพด.มีลักษณะเป็นอาคารปูนชั้นเดียวขนาดเล็กจำนวน 2 หลัง แยกเป็นอาคารกิจกรรมรวมและอาคารห้องครัวพร้อมห้องน้ำ มีเครื่องเล่นสำหรับเด็ก ไม่มีร้านค้าภายในศพด. แต่มีร้านค้าอยู่ห่างไปไม่กี่กิโลเมตร กิจกรรมแต่ละวันในศพด. เรียงตามลำดับเวลา ประกอบด้วย กิจกรรมเข้าจังหวะ การอ่านออกเสียง การเล่นตามอัธยาศัย การป้อนอาหารเด็ก (เดิมศพด.รับผิดชอบการเตรียมอาหารกลางวันให้เด็กด้วย ต่อมาผู้ปกครองเป็นผู้จัดเตรียมให้เด็กเอง) การทำความสะอาดร่างกาย (ประกอบด้วย การล้างมือ ล้างหน้า หรืออาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เดิมมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน แต่ปัจจุบันมีการดำเนินการบ้างเป็นบางวันไม่สม่ำเสมอ ทุกกิจกรรมเหล่านี้ ส่วนใหญ่เด็กเป็นผู้ปฏิบัติเอง โดยมี ผู้ดูแลเด็กคอยควบคุมดูแล การจัดให้เด็กนอนกลางวัน และการแจกอาหารเสริม(นมหวาน) ให้เด็กรับประทานก่อนกลับบ้าน

สำหรับแหล่งน้ำภายในบ้านอุ่มไผ่ ชาวบ้านใช้น้ำในการชำระล้างสิ่งต่างๆจากการขูดปอกบาดาลภายในบริเวณบ้านตนเอง และจากระบบประปาชนบท ส่วนน้ำบริโภคนิยมใช้น้ำฝน ในหมู่บ้านไม่เคยมีปัญหาการขาดแคลนน้ำ บ้านอุ่มไผ่ มีระบบไฟฟ้าใช้ มีโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง แต่โทรศัพท์มักชำรุดบ่อยๆ

รูปที่ 7 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งและภาพของสถานที่สำคัญในหมู่บ้าน



ด้านแหล่งอาหาร นอกจากข้าวเหนียวที่ชาวบ้านปลูกไว้บริโภคเองแล้ว ชาวบ้านมีการปลูกผักสวนครัว เลี้ยงสัตว์ และหาอาหารจากป่าและห้วยหนองต่างๆ มาประกอบอาหารเอง ซึ่งมักจะเป็นอาหารพื้นบ้านง่ายๆ การประกอบอาหารไม่ยุ่งยาก เช่น ปิ้งไก่ แกงหน่อไม้ ส้มตำ น้ำพริก(แจ่ว) ปนปลา เป็นต้น เครื่องปรุงหรืออาหารสด มีการซื้อเพิ่มเติมจากร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวน 4 ร้าน ร้านค้าเหล่านี้จำหน่ายอาหาร ขนม เครื่องใช้ทั่วไปในบ้าน ทั้งในรูปแบบเงินสดและเงินเชื่อ นอกจากนี้ในแต่ละวันจะมี “รถกับข้าว” ซึ่งเป็นรถจักรยานยนต์ที่ติดตั้งกระบะไม้ที่ด้านหลังท้ายเบาะ นำอาหารสด กับข้าวสำเร็จรูป และของหวาน จากตลาดในอำเภอมาขายในหมู่บ้าน วันละหลายครั้ง และบางครั้งจะมีรถกระบะบรรทุกสินค้าต่างๆเข้ามาขายในหมู่บ้าน จะเห็นได้ว่า การมีแหล่งอาหารหลายแห่ง และระยะทางจากหมู่บ้านที่ไม่ไกลจากอำเภอนัก การเข้าถึง สิ่งอุปโภคบริโภคต่างๆของชาวบ้าน จึงทำได้ไม่ยาก

1.7 ข้อมูลสุขภาพทั่วไปและแหล่งบริการสุขภาพ

บ้านอุ่มไผ่ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 10 คน สุขภาพทั่วไปของชาวบ้านในชุมชนค่อนข้างแข็งแรง อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ คือ ปวดเมื่อยร่างกาย ส่วนในเด็ก คือ เป็นไข้ ไอ เป็นหวัด ชาวบ้านมักจะพาเด็กไปตรวจและรับยาจากสถานีอนามัย บ้านเหล่ากลาง ซึ่งอยู่ห่างออกไปเพียง 2 กิโลเมตร ชาวบ้านส่วนใหญ่เชื่อว่า เมื่อเด็กเจ็บป่วย ควรพาไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยากินเองเหมือนผู้ใหญ่ อีกทั้ง ชาวบ้านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากเด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาล หากอาการเจ็บป่วยของเด็กรุนแรง จนเกินขีดความสามารถการรักษาของสถานีอนามัย เด็กก็จะได้รับการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง อยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 7.5 กิโลเมตร หากมีความจำเป็น จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งอยู่ห่างจากอำเภอนิคมคำสร้อย 27 กิโลเมตร หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามระบบต่อไป สำหรับสถานพยาบาลของเอกชนทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน มีอยู่เฉพาะในตัวจังหวัดเท่านั้น ชาวบ้านในบ้านอุ่มไผ่ นิยมไปใช้บริการเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่จะเป็นชาวบ้านที่มีฐานะค่อนข้างดี ด้วยเหตุผลว่าได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วกว่า

อย่างไรก็ตาม ร้านค้าในหมู่บ้านซึ่งจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน หมอเฒ่าขายยาที่เข้ามาขายยาในหมู่บ้านโดยนำสัตว์ต่างๆมาเล่นกลประกอบการขาย หรือหมอพื้นบ้านต่างๆ เช่น หมอสมุนไพร หมอธรรม (หมอเป่าคาถา) หมอเหยา ยังคงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเมื่อชาวบ้าน มีปัญหาทางสุขภาพ

ในหมู่บ้านมีหมอเป่ารักษาอาการต่างๆกันไป เช่น หมอเป่าเด็กร้องไห้ (หมอเป่าคาถา) เพื่อไม่ให้เด็กร้องไห้มาก ส่วนใหญ่เชื่อว่า ถ้าเด็กร้องไห้มากๆมักเกิดจากเป็นไข้ ปวดท้อง หรือมีผีมาหยอก ซึ่งถ้าหมอเป่าแล้วพบว่า เป็นจากมีผีมาหยอก หมอเป่าจะทำตะกุดสายสิญจน์ เพื่อกันผี ผูก

ข้อมือให้เด็กด้วย) หมอเป่าเสี้ยพิษไฟ (หมอที่รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ด้วยการทอุงคาถาและอมเหล้าเป่าที่แผล) หมอเป่าคัดเลือด (หมอเป่าคาถา เพื่อไม่ให้เลือดออกจากแผลมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแผลจากการโดนของมีคม หรือโดนสัตว์กัด) หมอเป่าแขนหัก (หมอเป่าคาถา เพื่อให้กระดูกแขนที่หักมาเชื่อมต่อกัน) เป็นต้น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงมาก เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ตาแดง ปากเป็นแผล แผลมีดบาด เขี่ยยบเศษแก้ว ชาวบ้านจะไปหาหมอเป่าเพื่อรักษา แต่ถ้าเป็นอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เช่น แขนหัก แผลไฟไหม้ ชาวบ้านจะไปหาหมอโรงพยาบาลก่อน แล้วจึงกลับมาเป่า โดยเชื่อว่าถ้าไม่เป่าจะหายช้ากว่า และการเป่าจะทำให้แผลแห้งดีไม่เป็นหนองข้างใน แต่ถ้าไปหาหมอแล้วไม่หาย หรือมีการเจ็บป่วยเป็นเวลานานๆ ชาวบ้านจะใช้บริการเป่า หรือถ้าเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากผีทำ ก็จะไปดูว่าเกิดจากผีทำหรือไม่ แล้วทำพิธีเหยา เพื่อเสี้ยงทายอาการและโอกาสหายจากการเจ็บป่วย รวมทั้งเช่นไหว้ผีเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยที่ ชาวบ้านบอกว่าไม่สามารถใช้บริการเป่าหรือทำพิธีเหยาเพื่อรักษาให้หายได้ ได้แก่ เป็นเบาหวาน เป็นความดัน เป็นมะเร็ง เป็นเข่วเมง ต้องไปหาหมอโรงพยาบาลรักษาเท่านั้น เป่าไม่หาย

เนื่องจากความเชื่อในเรื่องผี เป็นความเชื่อที่เห็นได้อย่างเด่นชัดในชาวบ้าน ซึ่งนอกจากจะปรากฏให้เห็นทางด้านประเพณีวัฒนธรรมแล้ว ความเชื่อและการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนแบบแผนในการรักษา ยังได้รับอิทธิพลอย่างมากจากความเชื่อ ดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรักษาโดยการเป่าและการเหยา ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับการรักษาอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้น หรือในตอนท้ายเมื่อรักษาทางการแพทย์แล้วไม่ได้ผล การที่การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ยังคงได้รับความนิยมจากชาวบ้าน เนื่องจากการรักษาที่ตอบสนองต่อ ความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยของชาวบ้าน ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากผีทำ มีความเชื่อมโยงในตัวของผู้ให้การรักษา รวมทั้งในผลของการรักษา หมอพื้นบ้านโดยเฉพาะหมอธรรมและหมอเหยา จะเป็นผู้ที่ได้รับการเคารพนับถือจากคนในหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้มาจากครู ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับความเคารพในอดีต เป็นผู้รักษาดนอยู่ในศีลธรรมอันดี มีความ เสียสละ และไม่เรียกร้องเงินหรือสิ่งตอบแทนจากการรักษา นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านเหล่านี้เป็นชาวบ้านซึ่งมีอาชีพหลักคือ ทำนาทำไร่ และอยู่ในสภาพสังคมวัฒนธรรมเดียวกันกับผู้เจ็บป่วย จึงมีความเข้าใจในฐานะและจิตใจของผู้เจ็บป่วยได้ดี

การไม่เรียกเก็บค่ารักษา แล้วแต่ผู้เจ็บป่วยจะให้หรือไม่ก็ได้ หรืออาจใช้เพียงขันท์ 5 ซึ่งมีมูลค่าไม่มากนัก มาเป็นการบูชาครูเท่านั้น (ขันท์ 5 เป็นเครื่องบูชา ประกอบด้วย รูป เทียน ดอกไม้ ซึ่งหาได้ง่ายในบริเวณบ้าน จำนวน 5 ชุด) หรือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษาที่มีมากกว่า ทำให้ไม่จำเป็นต้องเสียเวลาทำงาน ไม่สูญเสียรายได้ เมื่อเทียบกับการเดินทางไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันซึ่งต้องใช้เวลามากกว่า ต้องรอนาน เป็นอีกเหตุผลสำคัญ ซึ่งทำให้การรักษาแบบพื้นบ้านได้รับความนิยมจากชาวบ้านในการเลือกใช้บริการมากกว่า

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า อาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเลือกรักษาทั้งหมดที่บ้าน จะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และมีอาการไม่รุนแรง จนถึงแก่ชีวิต แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง รวมถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากพันธุกรรม การรักษาจะเป็นเพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ไม่หายขาด การรักษาความเจ็บป่วยเหล่านี้ ชาวบ้านจึงยังคงต้องพึ่งพาการรักษาจากระบบแพทยวิชาชีพ

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล

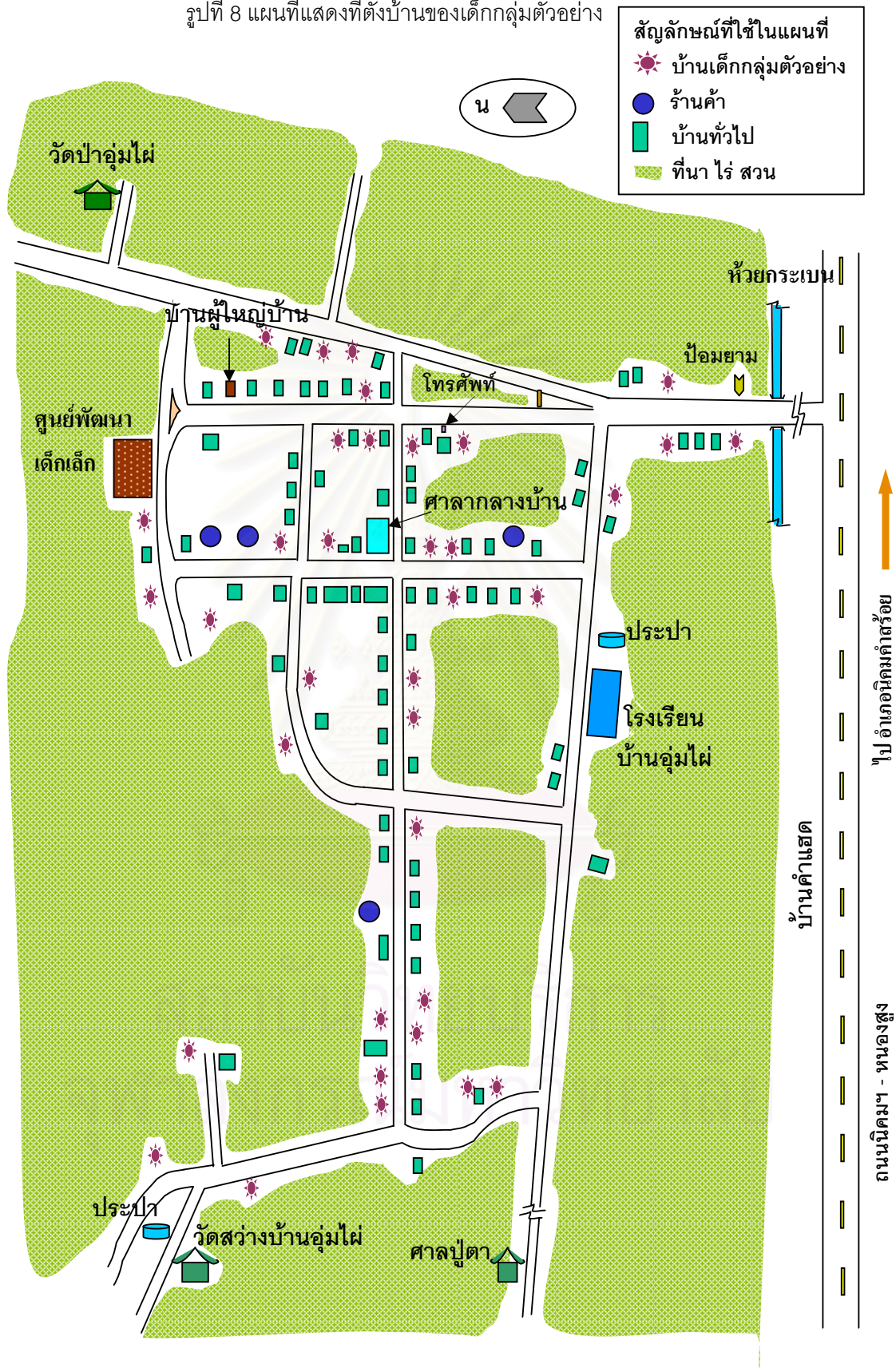
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการเป็นผู้ให้ข้อมูล ในแต่ละประเด็น ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มสตรี ผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้รู้ หมอพื้นบ้าน ผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บัณฑิตอาสาพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำสถานีอนามัยบ้านเหล่ากลาง เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งภายในชุมชน สภาพาสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งการใช้บริการสาธารณสุขและการแพทย์พื้นบ้าน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

กลุ่ม 2 ผู้ให้ข้อมูลครอบครัวในระดับต้น ได้แก่ ชาวบ้านจากแต่ละครอบครัว ซึ่งสามารถให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวได้ ทั้งนี้ เฉพาะครอบครัวที่มีเด็กอายุระหว่างแรกเกิด ถึง 3 ปี 6 เดือน (นับถึงวันที่ 1 มกราคม 2545) และอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ตลอดช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล และเป็นครอบครัวที่ยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ชาวบ้านจากแต่ละครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เด็กตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (เช่น เพศ อายุ การศึกษา สภาพาสุขภาพ เป็นต้น) รายได้โดยประมาณของครอบครัว วิถีชีวิต บทบาททางสังคมของสมาชิกในครอบครัว และบทบาทเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

กลุ่ม 3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชาวบ้านที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของปากเด็กจากแต่ละครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแม่หรือยายของเด็ก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการเลี้ยงดูที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก รวมทั้งแนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับการใช้แผนภาพประกอบการสนทนา นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญเมื่อได้รับคัดเลือกเป็นกรณีศึกษา โดยใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การศึกษาครั้งนี้ ได้คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 6 ครอบครัว โดยพิจารณาจากลักษณะครอบครัว สภาพาสุขภาพช่องปากเด็ก และการมีเงื่อนไขที่สำคัญบางประการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย เป็นหลักในการคัดเลือกกรณีศึกษาดังกล่าว

รูปที่ 8 แผนที่แสดงที่ตั้งบ้านของเด็กกลุ่มตัวอย่าง



เด็กกลุ่มตัวอย่างและผู้เลี้ยงดูเด็กที่ทำการศึกษา มีลักษณะดังนี้

1. ลักษณะของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีครอบครัวที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างรวม 36 ครอบครัว และมีเด็กตัวอย่างที่ทำการศึกษา รวม 38 ราย เนื่องจากบางครอบครัวมีสมาชิกที่เป็นเด็กตัวอย่างมากกว่า 1 ราย พบข้อมูลบางประการเกี่ยวกับลักษณะของเด็กกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะบางประการของเด็กกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

อายุเด็ก (เดือน)	เพศของเด็ก		ผู้เลี้ยงดู			ลักษณะครอบครัว	
	ชาย	หญิง	แม่	ยาย	แม่และยาย	เดี่ยว	ขยาย
แรกเกิด – 6 เดือน	3	5	7	-	1	5	3
6 เดือนขึ้นไป – 12 เดือน	0	2	2	-	-	2	-
12 เดือนขึ้นไป – 18 เดือน	2	3	1	-	4	1	4
18 เดือนขึ้นไป – 24 เดือน	4	4	6	-	2	5	3
24 เดือนขึ้นไป – 30 เดือน	2	3	3	-	2	2	3
30 เดือนขึ้นไป – 36 เดือน	5	3	7	1	-	4	4
36 เดือนขึ้นไป – 42 เดือน	2	0	2	-	-	2	-
รวม	18	20	28	1	9	21	17
	38		38			38	

เด็กกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพศชาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37 เป็นเพศหญิง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.53 เดือน (± 11.89 เดือน) ส่วนใหญ่มีแม่เป็นผู้เลี้ยงดู (ร้อยละ 73.68) และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 55.26) โดยมี ครอบครัวของเครือญาติอยู่ใกล้เคียงหรือในหมู่บ้านเดียวกัน

2. ลักษณะของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ในกลุ่มเด็กตัวอย่างที่ทำการศึกษา มีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นหลัก (ร้อยละ 73.68) อาจพบมียายช่วยเลี้ยงดูเด็กร่วมด้วยบ้าง (ร้อยละ 23.68) แต่มารดายังคงมีบทบาทในการดูแลเด็กเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม พบเด็ก 1 ราย มียายเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และเป็นผู้เลี้ยงดูที่มีอายุมากที่สุด (อายุ 51 ปี) ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 - 30 ปี (ร้อยละ 41.67) รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 21 - 25 ปี (ร้อยละ 27.78) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจำแนกกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้อายุของผู้เลี้ยงดูเป็นเกณฑ์

ช่วงอายุของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวนผู้เลี้ยงดู (คน)	คิดเป็นร้อยละ
21 - 25 ปี	10	27.78
26 - 30 ปี	15	41.67
31 - 35 ปี	6	16.67
36 ปี ขึ้นไป	5	13.89
รวม	36	100.01*

* ผลรวมเป็นร้อยละ เกินร้อยละ 100.00 เนื่องจากเป็นผลรวมจากการปัดเศษทศนิยม

ผู้เลี้ยงดูเด็กทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ และมีอาชีพทำนาข้าวและไร่อ้อยภายในหมู่บ้านเป็นหลัก ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 80.56) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การจำแนกกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยใช้ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเป็นเกณฑ์

ระดับการศึกษา	จำนวนผู้เลี้ยงดู (คน)	คิดเป็นร้อยละ
ประถมศึกษาปีที่ 4	5	13.89
ประถมศึกษาปีที่ 6	29	80.56
มัธยมศึกษาปีที่ 3	2	5.56
รวม	36	100.01*

* ผลรวมเป็นร้อยละ เกินร้อยละ 100.00 เนื่องจากเป็นผลรวมจากการปัดเศษทศนิยม

ครอบครัวที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน (ร้อยละ 47.2) รองลงมาคือมีบุตรจำนวน 1 คน (ร้อยละ 36.1) ดังตารางที่ 6 และร้อยละ 25 มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 20,000 – 30,000 บาทต่อปี ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 การจำแนกครอบครัว โดยใช้จำนวนบุตรเป็นเกณฑ์

จำนวนบุตรในครอบครัว	จำนวนครอบครัว	คิดเป็นร้อยละ
1 คน	13	36.11
2 คน	17	47.22
3 คน	4	11.11
ตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไป	2	5.56
รวม	36	100.00

ตารางที่ 7 การจำแนกครอบครัว โดยใช้รายได้ของครอบครัวเป็นเกณฑ์

รายได้ของครอบครัว (บาทต่อปี)	จำนวนครอบครัว	คิดเป็นร้อยละ
5,000 - 10,000	2	5.56
10,000 - 20,000	8	22.22
20,000 - 30,000	9	25.00
30,000 - 50,000	9	25.00
50,000 ขึ้นไป	8	22.22
รวม	36	100.00

ที่มา: รายงานบริบทชุมชน (บร.1 - 4) บ้านอู่ไม้ อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัด
มุกดาหาร ในโครงการกองทุนหมู่บ้าน ปี 2545

3. สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

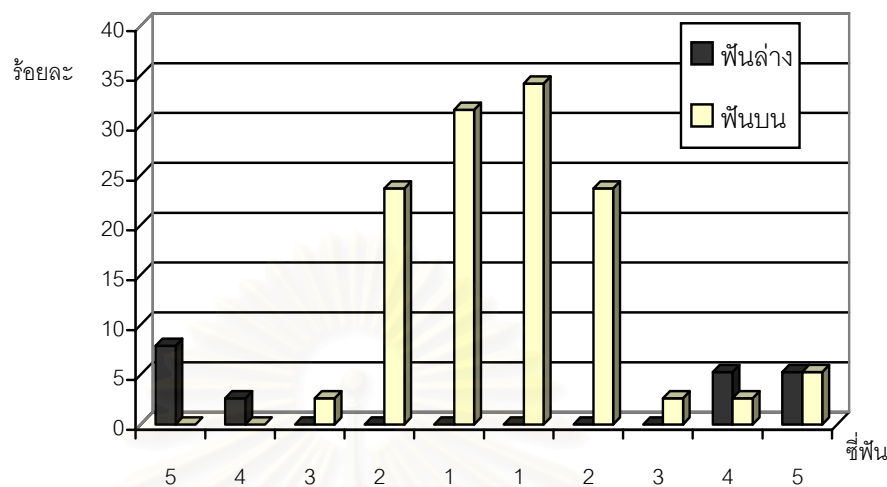
ในระหว่างการเก็บข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวในระดับต้น ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ในการช่วยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการตรวจสภาพช่องปากเด็กกลุ่มตัวอย่าง แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 8 ผลการตรวจสภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

อายุเด็ก (เดือน)	จำนวน (คน)	จำนวนเด็กที่มีลักษณะ การผุแบบ ECC* (คน)	จำนวนเด็กที่มีลักษณะ การผุแบบอื่นๆ (คน)	ค่าเฉลี่ยฟันผุ	
				ซี่ต่อคน	ด้านต่อคน
แรกเกิด - 6 เดือน	8	0	0	0.00	0.00
6 เดือนขึ้นไป - 12 เดือน	2	0	0	0.00	0.00
12 เดือนขึ้นไป - 18 เดือน	5	1	0	0.80	0.80
18 เดือนขึ้นไป - 24 เดือน	8	3	0	1.25	2.75
24 เดือนขึ้นไป - 30 เดือน	5	3	0	2.20	3.60
30 เดือนขึ้นไป - 36 เดือน	8	6	1	4.13	6.00
36 เดือนขึ้นไป - 42 เดือน	2	1	0	2.50	10.5
รวมทุกกลุ่มอายุ	38	14	1	1.66	2.97
คิดเป็นร้อยละ		36.84	2.63	-	-

* การผุแบบ ECC (Early Childhood Caries) หมายถึง การมีฟันผุบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าน้ำนมบน ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป

รูปที่ 9 ร้อยละของการผุในฟันน้ำนมซี่ต่างๆ ของเด็กกลุ่มตัวอย่าง



จะเห็นได้ว่า เด็กกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละส่วนใหญ่ มีลักษณะของการเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นการผุบริเวณผิวเรียบของฟันหน้าน้ำนมบน พบการผุในลักษณะดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 36.84 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กที่ทำการศึกษาทั้งหมด และถ้าพิจารณาเฉพาะเด็กที่มีฟันขึ้นในช่องปากมาระยะหนึ่งแล้ว หรือเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป จะมีเด็กกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูงถึง ร้อยละ 50 (เด็กมีฟันผุ 14 คน จากเด็ก 28 คน) หรือประมาณ 1 ใน 2 ของเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป

สำหรับในเด็กกลุ่มอายุ 30 - 36 เดือน พบเด็กมีฟันผุ 7 คน จากเด็ก 8 คน คิดเป็นเด็กมีฟันผุ ร้อยละ 87.5 ซึ่งมากกว่าร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เป็นโรคฟันผุ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 (ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรคฟันผุร้อยละ 70.1) (กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, 2545: 23)

การผุจะเริ่มพบเมื่อเด็กมีอายุตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ความชุกและจำนวนฟันผุเฉลี่ยต่อคน เพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีเด็กตัวอย่างในกลุ่มอายุดังกล่าว น้อยเกินไป เด็กกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่มีฟันผุ ยังไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม มีค่าเฉลี่ยฟันผุ 1.66 ซี่ต่อคน และ 2.97 ด้านต่อคน และเมื่อพิจารณาในเด็กกลุ่มอายุ 30 - 36 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยฟันผุ 4.13 ซี่ต่อคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 (ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 3.86 ซี่ต่อคน) (กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, 2545: 23)

ตารางที่ 9 ผลการตรวจสภาพช่องปากเด็กกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5

ผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก	ร้อยละของการเป็นโรคฟันผุ	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน)
เด็กอายุ 3 ปี รวมทั้งประเทศ จากการสำรวจฯ *	65.70	3.61
เด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสำรวจฯ *	70.10	3.86
เด็กกลุ่มตัวอย่าง อายุ 30 - 36 เดือน ในพื้นที่ศึกษา	87.50	4.13

* จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 – 2544 (กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, 2545)

4. แนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การนำเสนอแนวคิดชาวบ้านในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 36 ราย ในประเด็นการให้คุณค่าของฟันน้ำนม แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุและความเชื่ออื่น ๆ ที่เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของชาวบ้านต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมทั้ง อิทธิพลของแบบแผนความคิดที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ในการนำเสนอบางตอนจะมีการยกตัวอย่างคำอธิบายของชาวบ้านด้วยภาษาของชาวบ้านเอง** เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น การนำเสนอแบ่งเป็นหัวข้อ ดังนี้

4.1 ธรรมชาติของฟันน้ำนม

ชาวบ้านรับรู้ว่า คนเรามีฟันสองชุด ฟันที่ขึ้นตอนเด็กๆ เรียกว่า “เขี้ยวน้ำนม” พอโตขึ้นจึงจะเปลี่ยนเป็น “เขี้ยวแท้” ลักษณะปกติของฟันน้ำนม คือ สีขาวซีดและรับความรู้สึกต่างๆ ได้

“ในรากฟันคงมีเส้นเลือด เส้นประสาท เวลาอย่าข้าวถึงได้กระทบถึงหัว” แม่อายุ 28 ปี รายหนึ่ง กล่าว

**ดูความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับช่องปากในภาษาไทย เพิ่มเติมที่ภาคผนวก ฉ, หน้า 220.

สำหรับหน้าที่ของฟันน้ำนม นั้น ชาวบ้านคิดว่า ฟันหลังน้ำนม มีหน้าที่ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร ส่วนฟันหน้าน้ำนม มีหน้าที่ใช้กัดอาหารและใช้ยิ้ม

□ **ช่วงเกิด ช่วงร้อน ถ่ายช่วง: การขึ้นและการหลุดของฟันน้ำนม**

ชาวบ้านกล่าวว่า ตอนเกิดมาใหม่ๆ ฟันยังไม่ขึ้น จนเมื่ออายุใกล้ 1 ปี ฟันจึงจะขึ้น และมีความเชื่อบางประการเกี่ยวกับระยะเวลาที่ฟันขึ้น ดังนี้

“ของลูกกว่า(ฟัน)จะเกิดเกือบปี โบราณว่าถ้านานเกิด ฟันจะ
ทนทาน ถ้า 5 - 6 เดือนเกิด มันจะร้อนไว” แม่อายุ 29 ปีกล่าว

“ไม่ได้กินนมแม่ ฟันขึ้นช้า ต้องนวดเหงือก เดี่ยวฟันไม่เกิด”
ยายอายุ 51 ปี รายหนึ่งกล่าว

ชาวบ้านบอกว่า เมื่อเด็กอายุประมาณ 6 - 7 ปี หรือเด็กเข้าเรียนชั้นป.1 ฟันน้ำนมจะหลุดออก โดยเริ่มจากฟันหน้าล่างจะหลุดก่อน แล้วฟันแท้จะขึ้นแทนที่ การที่ฟันน้ำนมหลุดออก ขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก หรือฟันหมดอายุจึงหลุดร้อนไปเอง การที่ฟันจะแมงหรือไม่นั้น ไม่มีผลต่อการหลุดของฟันน้ำนม ตอนที่ฟันจะหลุด ฟันจะโยก ชาวบ้านบอกว่าต้องดึงออก เพื่อไม่ให้ฟันแท้ขึ้นซ้อน ชาวบ้านไม่ทราบว่ เมื่อใดที่ฟันน้ำนมจะหลุดหมด หรือดูอย่างไรว่า ไม่มีฟันน้ำนมแล้ว แต่จะสังเกตลักษณะการโยกของฟัน ถ้าเด็กมีฟันโยกอีก แสดงว่ายังมีฟันน้ำนมอยู่ในช่องปาก

□ **ฟันน้ำนมอยู่ไม่นาน ไม่ต้องรักษา**

ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม มีความเชื่อว่าฟันน้ำนมอยู่ในปากไม่นาน พออายุ 6 - 7 ปีจะหลุดไป และฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่ จึงไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา และจะไม่ดำเนินการใดๆกับปัญหาฟันของเด็กที่พบ เช่นกัน

“พอฮอด 6-7 ปี เดี่ยวมันเปลี่ยนเอง” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“จำเป็นก็อุด ไม่จำเป็นก็ไม่อุด เวลาฟันออกมันก็เปลี่ยนเอง ไม่มีเวลาไป
ไม่จำเป็นเท่าไร แต่ถ้าเป็นฟันผู้ใหญ่จะอุด ของเด็กทำไม่ทำ มันก็หลุด”
แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

4.2 **แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุ**

จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับการใช้แผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก* (Pile sorting) ในการนำสู่การสนทนา เพื่อค้นหาแบบแผนความคิดของชาวบ้าน เกี่ยวกับฟันน้ำนมรวมทั้งโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในประเด็น คำที่ใช้เรียก ลักษณะทั่วไป

*ดูเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ข, หน้า 221.

เกณฑ์การจำแนก ลักษณะอาการ สาเหตุ การป้องกัน รวมทั้งการรักษา พบว่า แผ่นภาพที่ใช้สามารถเป็นสื่อกลางในการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับการอธิบายลักษณะฟันน้ำนมแต่ละชนิดตามวิธีคิดของชาวบ้านได้

แม้ชาวบ้านแต่ละรายจะจัดแผ่นภาพเป็นกลุ่มแตกต่างกัน แต่เป็นการจัดกลุ่มด้วยการใช้เกณฑ์การจำแนกไปในทิศทางเดียวกันสำหรับผู้ให้ข้อมูลในทุกคุณลักษณะ ผู้วิจัยสามารถค้นหาแบบแผนความคิดในเชิงลึกของชาวบ้านได้ ด้วยการให้ชาวบ้าน บ่งชี้ลักษณะของฟันน้ำนมในแผ่นภาพที่ตรงกับความคิดของชาวบ้าน แล้วนำคำอธิบายของชาวบ้านผนวกเข้ากับลักษณะของแผ่นภาพ สร้างเป็นสมมติฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับแบบแผนความคิดชาวบ้าน ทำการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นซ้ำหลายครั้งในชาวบ้านทุกราย จนกระทั่งแน่ใจว่าเข้าใจในแบบแผน ความคิดเกี่ยวกับฟันน้ำนมของชาวบ้าน หลังจากนั้น ทำการพิสูจน์สมมติฐานของผู้วิจัย โดยการพูดคุยสื่อสารด้วยถ้อยคำเดียวกับชาวบ้าน พบว่าเป็นที่เข้าใจในความหมายตรงกัน แสดงว่าสมมติฐานของผู้วิจัย เกี่ยวกับแบบแผนความคิดชาวบ้านเรื่องฟันน้ำนม มีความถูกต้อง

จากแบบแผนความคิดชาวบ้าน พบว่า ลักษณะของฟันน้ำนมในมุมมองชาวบ้านสามารถแบ่งได้เป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ แหว่ปกติ แหว่เหลิง แหว่กร่อน แหว่ผุ แหว่เหี้ยน และแหว่แมง ซึ่งสามารถนำเสนอแบบแผนการให้คำอธิบายของชาวบ้าน พร้อมด้วยแผ่นภาพที่ใช้เป็นเครื่องมือ บางตัวอย่าง ที่ชาวบ้านบ่งชี้ว่าตรงกับความคิดของชาวบ้าน สำหรับฟันน้ำนมแต่ละลักษณะ เพื่อประกอบการอธิบายแบบแผนความคิดชาวบ้าน ได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

□ แหว่ปกติ

ชาวบ้านเห็นว่า ลักษณะปกติของฟันน้ำนม คือ มีสีขาว ชี้เล็ก ไม่มีอาการปวด ตัวอย่างภาพที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะของแหว่ปกติตามความคิดชาวบ้าน แสดงดังรูปที่ 10

รูปที่ 10 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “แหว่ปกติ”



□ **เขี้ยวเหลือง**

ชาวบ้านเชื่อว่า ตอนที่เด็กมีฟันขึ้นมาใหม่ๆ ฟันจะเป็นสีขาว หลังจากนั้น ฟันจะเริ่มเปลี่ยนเป็นสีเหลือง เป็นฟันลาย ที่เรียกว่า “เขี้ยวเหลือง” ในช่วงอายุประมาณ 2 ปี แต่บางคนคิดว่าแค่อายุเพียงขวบเศษ สามารถเป็นได้เช่นกัน ชาวบ้านยังมีการใช้คำเรียกอื่นๆ สำหรับลักษณะของฟันที่เหลือง โดยใช้ลักษณะและอาการที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ถ้ามีสีเหลืองติดที่ฟัน คล้ายเป็นคราบนมมาเกาะ เรียกว่า “เป็นคราบนม” ถ้าฟันมีรอยคาดสีเหลือง ซึ่งมักจะขีดหรือแปรงไม่ออก ชาวบ้านจะเรียกว่า “เป็นหินปูน” บางคนเรียกว่า “เป็นคราบเศษอาหารติด” แต่จากการสังเกตของผู้วิจัย รอยคาดสีเหลืองบนฟันหน้า ซึ่งชาวบ้านกล่าวว่า “เป็นหินปูน” ส่วนใหญ่จะเป็นรอยผุ นอกจากนี้ ชาวบ้านยังใช้สาเหตุที่ทำให้เกิดลักษณะของฟันเหลืองในการเรียกชื่อ เช่น การที่เด็กอมทอफी กินขนมมาก ชาวบ้านจะเรียกฟันเหลืองที่เห็นว่า “เป็นกินขนม” หรือ ฟันเหลืองจากการที่เด็กไม่ค่อยแปรงฟัน จะเรียกว่า “เป็นไม่แปรงฟัน”

รูปที่ 11 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหลือง”



ลักษณะฟันเหลืองของชาวบ้านที่เรียกว่า “เป็นคราบนม” “เป็นหินปูน” “เป็นกินขนม” หรือ “เป็นไม่แปรงฟัน” นั้น ไม่มีลักษณะของฟันที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ขึ้นกับความคิดเกี่ยวกับลักษณะและสาเหตุของฟันเหลืองในชาวบ้านแต่ละคน ตัวอย่างเช่น เด็กคนหนึ่งที่มีลักษณะฟันหน้าเหลืองลาย เป็นลักษณะของรอยผุบริเวณผิวเรียบด้านแก้มของฟัน แม่ของเด็กเรียกว่า “เป็นไม่แปรงฟัน” ส่วนพ่อของเด็กเรียกว่า “เป็นกินขนม” ในขณะที่ยายของเด็กเรียกว่า “เป็นคราบนม” เป็นต้น ซึ่งลักษณะฟันเหลืองหรือฟันลายเหล่านี้ ชาวบ้านถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก จะไม่มีอาการเจ็บปวด เพียงแต่จะดูไม่สวยงาม จึงไม่ต้องทำอะไร

“ถ้าเหลืองๆหนะ เป็นหินปูน เป็นหินปูนแบบนี้
จะไม่ปวด” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

□ กินไข่เหลือง แล้วแหว่ลาย

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของแหว่เหลือง อีกประการหนึ่ง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ชาวบ้านหลายราย พบความเชื่อที่ว่า เกิดจากการให้เด็กเล็กรับประทานไข่แดง แล้วทำความสะอาดไม่เพียงพอ ทำให้ฟันเหลือง ฟันลาย

“โบราณว่า แหว่เหลืองเป็นจากกินไข่แต่น้อย (ตั้งแต่เล็ก) ต้อง 7 ปีแล้ว ถึงจะกินไข่เหลืองได้ เพราะไข่เหลืองจะกัดแต่ฟันน้ำนม ทำให้ฟันลาย” แม่อายุ 25 ปี รายหนึ่งกล่าว

ความเชื่อในเรื่องนี้เป็นความเชื่อที่เห็นได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการถ่ายทอดความเชื่อดังกล่าวภายในหมู่บ้าน ดังตัวอย่าง แม่วัย 25 ปี รายหนึ่ง ซึ่งเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมีบุตรสาวอายุ 1 ปี 8 เดือน มีความเชื่อดังกล่าวเช่นกัน เนื่องจากได้รับการถ่ายทอดความเชื่อจากยายของเด็ก แต่อย่างไรก็ตาม แม่รายนี้ยังคงป้อนข้าวกับไข่แดงให้ลูกรับประทาน โดยเห็นว่าแม่ฟันจะเป็นแหว่เหลือง แหว่ลาย แต่ไม่มีผลเสียใดๆ เพราะไม่ทำให้มีอาการปวด

□ แหว่กร่อน แหว่ผุ แหว่เหี้ยน

จากการที่ฟันเหลืองหรือฟันลายไม่ทำให้เด็กมีอาการเจ็บปวดใดๆ อีกทั้ง ชาวบ้านส่วนใหญ่ ไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม หรือเชื่อว่า เมื่อฟันน้ำนมหลุดออกแล้ว ฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่เอง ชาวบ้านจึงมักจะไม่รักษาอะไร จะปล่อยให้ฟันซี่ที่เหลืองนั้น ค่อยๆ บิ่นและกระเทาะออกทีละน้อย ซึ่งเรียกว่า “แหว่กร่อน” (ดูรูปที่ 12 ประกอบ) หรือมีการเว้าห่างจากบริเวณขอบด้านนอกของฟันเข้าหาตัวฟัน เรียกว่า “แหว่ผุ” (ดูรูปที่ 13 ประกอบ) หลังจากนั้น ฟันจะหัก และเตี้ยลงเรื่อยๆ จนเหลือแต่ตอฟัน ซึ่งเรียกว่า “แหว่เหี้ยน” (ดูรูปที่ 14 ประกอบ) ซึ่งลักษณะของแหว่กร่อน แหว่ผุ และแหว่เหี้ยน เหล่านี้ จะไม่ทำให้เด็กมีอาการเจ็บปวดเช่นกัน

“มันเป็นคราบ แล้วมันก็เว้าๆ แหว่งๆ กิวเข้าเรื่อยๆ เป็นแหว่ผุ ทิ้งไว้ แล้วมันก็กร่อน ปล่อยให้มันกร่อน มันก็หมดไปเอง” แม่อายุ 28 ปี รายหนึ่งกล่าว

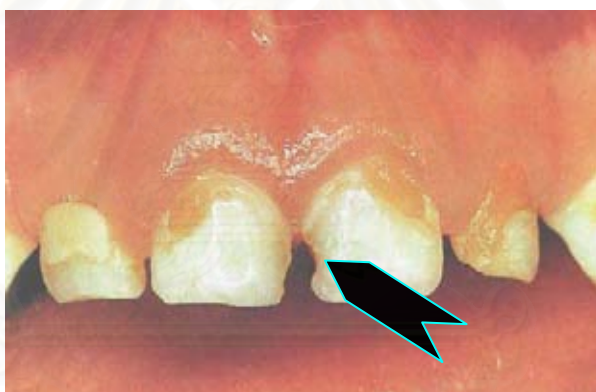
“แหว่ผุ มันจะค่อยๆ กินเข้าไป เป็นจากขอบเข้าไป กระเทาะออกทีละน้อย ขบนั้นขบนี้ก็บิ่นออก” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ตอนเหี้ยนเข้า มันจะเหี้ยนจากข้างนอกเข้าไปใน รากมันอยู่ที่เดิม พอเหี้ยนหมดก็หลุดออก บางครั้งแค่บิ่น แหว่ก็กร่อนแล้ว บางคนก็เหี้ยนเร็ว บางคนก็เหี้ยนช้า แล้วแต่คน” แม่อายุ 25 ปี รายหนึ่งกล่าว

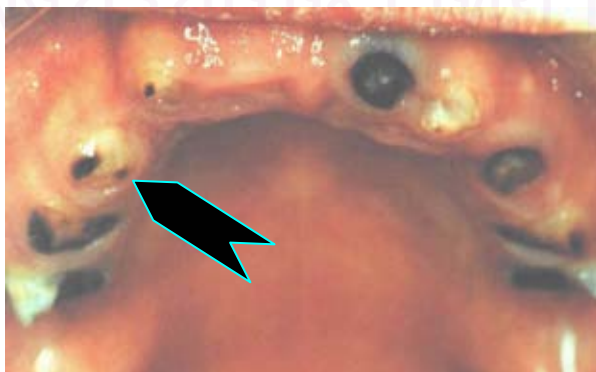
รูปที่ 12 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวร้อน”



รูปที่ 13 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวผุ”



รูปที่ 14 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหียน”



□ **แหว่แมง**

แหว่เหล็ก แหว่กร่อน แหว่ผุ และแหว่เหี้ยน เป็นการจำแนกลักษณะฟันที่ไม่ปกติแบบชาวบ้าน โดยใช้ลักษณะที่เห็นและการไม่มีอาการปวดในการแบ่งประเภท แต่ถ้าฟันเป็นรูถึงกลางฟัน เป็นโพรง อาจเป็นสีดำหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งมีอาการปวดแล้ว ไม่ว่าจะป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ ชาวบ้านจะเรียกว่า “เป็นแหว่แมง” ซึ่งอาการปวด เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการบ่งบอกว่าเป็นแหว่แมง

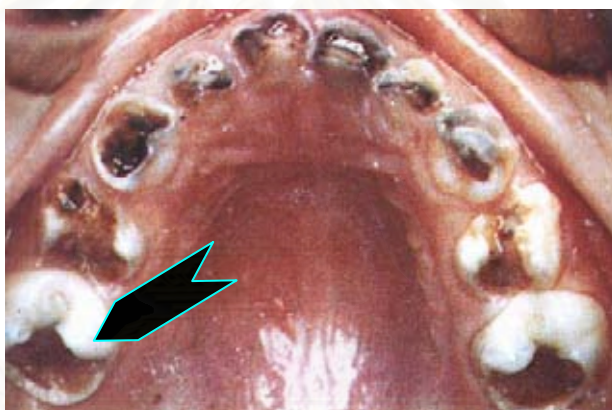
“แหว่แมงมันเจ็บ มันให้(ร้องไห้) มันโปด(ปวด) มันเป็นฮู(รู)

ถ้าผุ มันจะไม่โปด เป็นแมง กินชิ้น(เนื้อ) กินหยังกัติด ก็ให้”

แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ยังไม่ทันแมง ไม่เห็นมันให้ชกเทื่อ” ยายอายุ 48 ปี กล่าว

รูปที่ 15 ลักษณะของฟันน้ำนม ที่ชาวบ้านเรียกว่า “แหว่แมง”



เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่พบมีชาวบ้านกล่าวถึง ความเชื่อมโยงจากการเป็นแหว่เหล็ก แหว่กร่อน แหว่ผุ หรือแหว่เหี้ยน ไปเป็นแหว่แมง

◎ **แหว่แมงต่างกับฟันผุ**

คำว่า “แหว่แมง” ของชาวบ้านนี้ มีความแตกต่างกับทางการแพทย์ ทั้งในแง่ของภาษา เกณฑ์ที่ใช้แบ่งประเภท รวมถึงการให้ความหมาย เห็นได้ชัดเจนจากการที่ชาวบ้านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของฟันผุและแหว่แมงที่แตกต่างกัน ดังนี้

“แหว่แมงไม่คือกันกับฟันผุ แหว่แมงมันเจ็บ”

ยายอายุ 45 ปี รายหนึ่ง กล่าว

“ແຂ່ວແມ່ງມັນເປັນດຳ ເປັນສູ(ຮູ)ເຂົ້າໄປ ໂຄລນ(ໂຟຣງ)ເຂົ້າໄປ
ໃນຍາກ(ຣາກ) ກິນເຖິງແກນ ເຂົ້າເຖິງໃຈກາງພັນ ຍອດ(ເຖິງ)ເນື້ອພັນ
ມັນຈະປວດມາກ” ແມ່ອາຍຸ 28 ປີ ຣາຍໜຶ່ງ ຄຳວ່າ

“ໃນໂທຣທັດນີ້ມີແຕ່ພັນຜູ ຜູກັບແມ່ງແມ່ງ ແມ່ງຈະດຳ
ຕ້ອງເຈັບ ໄມ່ເຈັບໄມ່ເປັນແຂ່ວແມ່ງ”ແມ່ອາຍຸ 30 ປີຣາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

“ພັນຜູກັບແຂ່ວແມ່ງແມ່ງ ແຂ່ວແມ່ງມັນເຈັບ ພັນຜູມັນ
ຈະເວົ້າແຫວ່ງ ກິວເຂົ້າ ແຕ່ແຂ່ວແມ່ງມັນຈະເຈາະລົງໄປ ປວດ ເຈັບ”
ແມ່ອາຍຸ 25 ປີ ຣາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

ຈະເຫັນໄດ້ວ່າ ການໃຫ້ຄວາມໝາຍຂອງບ້ານ ເທົ່າເບິ່ງກັບການໃຫ້
ຄວາມໝາຍໃນທາງທັນຕະພາບໄດ້ວ່າ ພັນຜູຂອງບ້ານ ຄື ການຜູເພິ່ງຂັ້ນເຄື່ອບພັນຫຼືອາຈື່ງ
ຂັ້ນເນື້ອພັນ ໃນໝະທີ່ແຂ່ວແມ່ງຂອງບ້ານ ເທົ່າເບິ່ງກັບການຜູລືກທະລູໂຟຣງປະສາທພັນ ຈຶ່ງເຮັດໃຫ້ມີ
ອາການປວດໄດ້ ນັ້ນເອງ

๐ ລັກສະນະອາການຂອງແຂ່ວແມ່ງ

ບ້ານໃຫ້ຄວາມໝາຍຂອງການເປັນແຂ່ວແມ່ງ ຈາກອາການເຈັບປວດທີ່ເກີດຂຶ້ນ
ຊຶ່ງບ້ານຫຼາຍຣາຍເຫັນວ່າ ການເປັນແຂ່ວແມ່ງຈະເຈັບປວດຫຼາຍມາກ ຈົນມີຜົນຕໍ່ການດຳເນີນ
ຊີວິດປະຈຳວັນ ດັ່ງຕ້ວຍຳຄຳອື່ນຂອງບ້ານຫຼາຍຣາຍດັ່ງນີ້

“ປວດແຂ່ວຫຼາຍມາກ ປວດກວ່າຜູ່ຜູ່ (ປວດມາກກວ່າເປັນໂຣດ
ອື່ນ) ເປັນແຂ່ວແມ່ງປວດຫຼາຍ (ປວດມາກ) ປວດຈົນຮ້ອງໃຫ້
ນ້ຳຕາໄຫລຟຣາກໆ ປວດຈົນເປັນໄຂ້ ປວດກວ່າເຈັບທ້ອງໄດ້ລູກອື່ນ”
ແມ່ອາຍຸ 28 ປີ ຣາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

“ແມ່ງມັນເຫຼົ້າຫຼາຍ ເຫຼົ້າປວດ ພອດະວັນຕັດດິນ ຍິ່ງປວດ ຕອນ
ກາງວັນກໍປວດ ແຕ່ໄມ່ປານໄດ້(ປວດໄມ່ມາກ) ກາງດິນນີ້ປວດ
ມາກ ປວດຕຸ້ບໆ ປວດກາງດິນ ໄມ່ໄດ້ຮັບໄດ້ນອນ” ຍາຍອາຍຸ
50 ປີ ຣາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

ແຕ່ອຳໄພກໍຕາມ ບ້ານຮູ້ວ່າອາການປວດຈາກການເປັນແຂ່ວແມ່ງມີການ
ຫຼາຍໄປໄດ້ເອງໃນບາງຄັ້ງ ຈຶ່ງມັກປ່ອຍໃຫ້ໂຣດລຸກລາມຕໍ່ໄປ ໂດຍໄມ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາ ຄວາມເຮືອດັ່ງຄຳວ່າ
ສອດຄ່ຳລັງກັບຮຸກຮານຂອງໂຣດພັນຜູ ທີ່ມີບາງໝວ່ອາການຂອງໂຣດບຸກຫາໄປໄດ້ເອງ ຄວາມເຮືອຂອງ
ບ້ານໃນປະເດັນນີ້ ສົ່ງຜົນເຮັດໃຫ້ເກີດການຮະລອກການຮັກສາ ແລະໂຣດລຸກລາມຕໍ່ໄປມາກ

“มีต่อนไม่ปวดเหมือนกัน มันมีการหาย การดีเอง ไม่เจ็บตลอด มันไม่ปวดทும்มือ(ทุกวัน) เจ็บแล้วมันก็เข้า(หาย) ยามปวดมันก็ให้(ร้องไห้) ไม่ปวดก็ไม่เป็นผะเหรอ(ไม่เป็นอะไร)” แม่อายุ 30 ปี ภายหนึ่งกล่าว

๑ ตำแหน่งที่เป็นแหว่งแมง

สำหรับตำแหน่งพื้นที่เป็นแหว่งแมงมาก มีชาวบ้านส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นที่พินหน้ามากกว่า ด้วยเหตุผลว่า เพราะพินหน้าขึ้นก่อน จึงเป็นก่อน หรือเวลาอมลูกอมมักเอาลิ้นดันพินหน้าจึงเป็นง่าย แม้ว่าจะแปร่งง่ายกว่า แต่ชาวบ้านอีกส่วนเชื่อว่า พินหลังเป็นมากกว่า เพราะที่ใหญ่กว่า มองไม่เห็น แปร่งยาก อาหารชอบติดตรงซอกพิน ทำให้เป็นแมงง่ายกว่า

“เด็กส่วนใหญ่เป็นข้างเท็ง(ข้างบน) ข้างหน้า เพราะเวลาอมลูกอม แล้วเอาลิ้นต๊ะๆไว้” แม่อายุ 30 ปี ภายหนึ่งกล่าว

“มันชอบเป็นที่แหวกะโสะ(พินหลัง) เศษอาหารมันคอยคา มันจะติดตรงซอกๆ เอาเศษอาหารออกยาก แปร่งยาก ถ้าแห้วยิง(พินหน้า) มันแปร่งง่ายกว่า ข้างในเป็นแล้วเจ็บแท้” แม่อายุ 29 ปี ภายหนึ่งกล่าว

ชาวบ้านส่วนใหญ่บอกว่าการสังเกต ผู้ใหญ่มักเป็นแหว่งแมงที่พินหลัง ในขณะที่เด็กมักจะเป็นแหว่งแมงที่พินหน้าบน อย่างไรก็ตาม มีบางคนเชื่อว่า เด็กเป็นแหว่งแมงที่พินหลังได้มากเช่นกัน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นที่พินหน้าหรือพินหลัง มักจะเป็นตรงซอกๆของพินที่ติดกัน

๑ สาเหตุของแหว่งแมง

ชาวบ้านเชื่อว่าแหว่งแมง เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เรียงตามลำดับสาเหตุที่ถูกกล่าวถึงมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ อมลูกอม เคี้ยวข้าวให้เด็ก ไม่แปร่งพิน มีแมงกินพิน กินขนมมาก เศษอาหารติดค้าง อมฮอลล์ เป็นกรรมพันธุ์ กินขนมหวาน กินไข่แดงแล้วไม่ล้างหรือแปร่งให้สะอาด เป็นเอง แล้วแต่คน(เป็นหรือไม่เป็นในแต่ละคนไม่เหมือนกัน) อมอาหารหรืออมข้าว พินไม่แข็งแรง กินขนมที่เหนียวติดพิน แปร่งไม่โดนพิน เกิดมาก็เหลืองเลย กินขนมแล้วไม่แปร่งพิน เกิดจากกินนม เป็นไข นมไม่มีคุณภาพหวานจัด ซอคโกแลต เป็นตามวัย(ถึงอายุหนึ่งแล้วพินจะผุเอง) ภูมิต้านทานน้อย มีเชื้อติดมา คลอดลูกแล้วเป็น อาหารที่เคี้ยวให้เด็กกินไม่ได้หมกไฟให้ (หมกเป็นการทำให้อาหารสุก โดยนำอาหารห่อใส่ใบตองหรือใบพืชต่างๆ แล้วนำไปปิ้งไฟ) ใช้ไม้จิ้มพินร่วมกัน (แม่ของเด็กชายอายุ 2 ปี ภายหนึ่งเล่าว่า ลูกคนโตเป็นแหว่งแมงจากการใช้ไม้จิ้มพินต่อจากปู่ที่เป็นแมง)

โดยสรุป ส่วนใหญ่จะเชื่อว่า แหว่แมงเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน สาเหตุหลักที่ชาวบ้านกล่าวถึง คือ อมลูกอม เคี้ยวข้าวให้เด็ก การไม่แปรงฟัน และมีแมงกินฟัน

๑ แมงกินฟัน

ชาวบ้านเชื่อว่า มี “ตัวแมง” เป็นตัวที่เจาะเข้าไปในฟันที่เป็นแหว่แมง ทำให้มีอาการปวด เพราะอาการปวดที่เกิดขึ้นคล้ายกับมีบางสิ่งไชอยู่ในฟัน

“เวลาปวด เหมือนมีแมงอันหยั่ง ซึ่เข้าไป เจาะลงไป คล้ายๆอิหยั่งเจาะหมากไม้(เหมือนมีตัวอะไรไชเข้าไป คล้ายมีตัวอะไรที่เจาะผลไม้)” แม่วัย 28 ปี ายหนึ่งกล่าว

ลักษณะของตัวแมงในความคิดของชาวบ้าน มีขนาดเล็กและมีลักษณะแตกต่างกันไป ตามแต่ประสบการณ์ของชาวบ้านแต่ละราย ตัวอย่างเช่น

“แมงคงคล้ายมดตัวเล็กๆ เล็กมากจนมองไม่เห็น ต้องใช้แว่นขยายส่องดู” แม่อายุ 28 ปี ายหนึ่งกล่าว

“แม่แมงเป็นตัวเล็กๆเท่าเส้นผม สีแดง หัวแหลมท้ายแหลม” ยายอายุ 50 ปี ายหนึ่งกล่าว

“เคยได้ยินว่า แมงเป็นตัว หมอโรงพยาบาลเอาออกมา มันแตก ออกเป็นแข็งๆ ตัวกลมๆ แข็งบดไม่ยอกแตก(บดไม่แตก)” แม่อายุ 27 ปี ายหนึ่งกล่าว

“ยายเอาบางฝู้งไปอังไฟ จำมองไกลน ยายงัดออกมา เห็นมีตัวแดงๆ ตัวเดียวติดออกมา บีบก็แตกเป็นเล็คนะ ยายสงสัยว่า นี่หรือแม่แหว่” ยายอายุ 47 ปี ายหนึ่งกล่าว

ตัวแมงสามารถติดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ตัวอย่างคำกล่าวของชาวบ้าน ที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแมงในแง่การถ่ายทอดเชื้อ เช่น

“ลูกคนโตเป็นแมง เพราะตอนเด็กๆเห็นปู่จิ้มฟัน เอาไม้จิ้มปู่มาจิ้มต่อ ปู่เป็นแมง มันเลยติดจากปู่” แม่อายุ 28 ปี ายหนึ่งกล่าว

“ถ้าแม่เป็นแมง เจ็บฟันแล้ว ลูกต้องเป็นแน่นอน เพราะแม่ย่ำข้าว เคี้ยวหะหรือให้ มันก็ติดกัน” ยายอายุ 47 ปี ายหนึ่งกล่าว

“ແຂ່ວແມງ ມັນມີເສື້ອແມ່ແມງ ດຶງໄດ້ເປັນ ຜູ້ເປັນອມມາບ້ອນເທື່ອ
(ອມມາບ້ອນໃຫ້) ຜູ້ບ້ອນເປັນ ມັນກໍເປັນດິດກັນ” ຍາຍອາຍຸ 45 ປີ
ຮາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

๑ ເດັກຕ້ອງມີແມງກິນພັນ ເປັນແຂ່ວແມງ

ຮາວບ້ານບາງສ່ວນເຮືອວ່າ ເດັກທຸກຄົນຕ້ອງເປັນແຂ່ວແມງ ແມ້ວ່າຕອນແກ່ພັນຍັງ
ສວຍງາມອຸ່ ແຕ່ພອດຶງຮ່ວງອາຍຸໜຶ່ງພັນນ້ານກໍຕ້ອງຜູ້ເປັນແມງໄປ

“ເດັກທຸກຄົນຕ້ອງພັນຂີ້ຫຼາຍ(ພັນໄມ່ສວຍ)ກ່ອນ ຕ້ອງມີແມງກິນ
ພັນ ເປັນພັນຜູ້ ເປັນແຂ່ວແມງ ດຶງຕອນນີ້ໄມ່ຜູ້ ແຕ່ພອໄປຮົງເຮືອນ
ກໍເປັນ ຕ້ອງເປັນທຸກຄົນ” ແມ່ອາຍຸ 36 ປີ ຮາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

๑ ເປັນແມງຕອນເຂົ້າອຸນຸບາລ

ສຳລັບຮ່ວງອາຍຸທີ່ພັນເປັນແມງ ຮາວບ້ານສ່ວນໃຫຍ່ເຫັນວ່າ ຕອນພັນຂຶ້ນມາ
ໃໝ່ໆ ພັນຈະຍັງສວຍງາມອຸ່ ຮ່ວງທີ່ເດັກອາຍຸ 1 ປີ ຫຼືເດັກຍັງຮັບປະທານນມແມ່ ຈະຍັງໄມ່ຄ່ອຍເປັນ ເມື່ອ
ອາຍຸ 2 ປີໄປແລ້ວ ຫຼືອມີພັນຂຶ້ນຮວບທຸກຊື່ ພັນຈະເລີ່ມເປັນແມງ ແຕ່ຮາວບ້ານບາງສ່ວນຄິດວ່າແຕ່ອາຍຸໄດ້
ໜວບກວ່າກໍເປັນແລ້ວ ຫຼືອພອເລີ່ມກິນຂ້າວກິນໝໍໄດ້ ກໍເລີ່ມເປັນແມງເລຍ ແລະສ່ວນໃຫຍ່ຄິດວ່າ ອາການປວດ
ທີ່ເກີດຈາກພັນເປັນແມງ ຈະພບບ່ອຍໃນຮ່ວງທີ່ເດັກເຂົ້າເຮືອນໃນສູນຍ໌ພັດທະນາເດັກເລີ່ກ ຫຼືເຂົ້າອຸນຸບາລ 1
ຫຼືອອາຍຸປະມານ 3-5 ປີໄປແລ້ວ ອຍ່າງກໍຕາມ ຮາວບ້ານບາງຄົນເຮືອວ່າ ແຂ່ວແມງເປັນໄມ່ຈຳກັດອາຍຸ
ບາງຄົນອາຍຸແຕ່ 2-3 ປີ ບາງຄົນ 5 ປີ ບາງຄົນຕອນແກ່ແຕ່ມາແລ້ວດຶງເປັນແຂ່ວແມງ

“ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ປວດ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ເກີດຫຼາຍ(ພັນເພີ່ງຂຶ້ນໄມ່ກີ້ຊີ້)”

ຍາຍອາຍຸ 50 ປີ ຮາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

“ຕອນອອກມາມັນຍັງງາມອຸ່ ຍັງບໍ່ທັນແມງ ຈະແມງຕອນອຸນຸບາລ

ຕອນ 5 ປີ ເພາະກິນໝໍ” ແມ່ອາຍຸ 33 ປີ ຮາຍໜຶ່ງຄຳວ່າ

ການທີ່ຮາວບ້ານເຮືອວ່າເດັກຈະເປັນແຂ່ວແມງ ເມື່ອເດັກເຂົ້າເຮືອນໃນສູນຍ໌ພັດທະນາ
ເດັກເລີ່ກຫຼືເຂົ້າອຸນຸບາລ ສ່ວນໜຶ່ງເນື່ອງມາຈາກການທີ່ຮາວບ້ານໃຊ້ການມີອາການປວດພັນຂອງເດັກເປັນ
ເຄື່ອງບັງຊີການເປັນແຂ່ວແມງ ປະກອບກັບການດຳເນີນຂອງໂຣດພັນຜູ້ທີ່ມີລັກສະນະຄ່ອຍເປັນຄ່ອຍໄປ ກວ່າທີ່
ຈະສະແດງອາການຂອງໂຣດຈະໃຊ້ເວລາຮາວ ເດັກທີ່ເລີ່ມມີຮອຍຜູ້ຕັ້ງແຕ່ອາຍຸ 1 ປີ ຈຶ່ງອາຈສະແດງອາການປວດພັນ
ເມື່ອອາຍຸ 3 ປີ ຊຶ່ງຮາວບ້ານຄຳວ່າວ່າເລີ່ມເປັນແຂ່ວແມງນັ້ນເອງ ນອກຈາກນັ້ນ ການທີ່ຜູ້ເລີ່ຍງດູບາງຮາຍ
ໃຊ້ໝໍເປັນສິ່ງຊ່ວຍໃຫ້ເດັກຍອມໄປເຮືອນ ຫຼືອການທີ່ເດັກວຽນໂຕພອທີ່ຈະຊື້ອຸນຸມຮັບປະທານໄດ້ເອງ ຫຼືອ
ເດັກໃນວຽນນີ້ ມີຄວາມເສື່ຍງຕໍ່ການເກີດພັນຜູ້ມາກຊຶ້ນ

ความเชื่อที่ว่าเด็กจะมีปัญหาโรคฟันผุ เมื่อเด็กอายุประมาณ 3 ปี เป็นความเชื่อที่มีผลต่อการป้องกันโรค และการตรวจหารอยโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ผู้เลี้ยงดูจะไม่ให้ความสนใจดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพราะคิดว่ายังไม่ถึงช่วงอายุที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือจะให้การดูแลเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งมักจะช้าเกินไป เกิดการลุกลามของโรคแล้ว ทั้งที่ในความเป็นจริง ฟันผุสามารถเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่เริ่มมีฟันขึ้นในช่องปาก หรือเด็กมีอายุน้อยกว่า 1 ปี

◎ โตแล้วไม่เป็นแมง

นอกจากชาวบ้านจะเห็นว่า แช่วแมงจะเริ่มเป็นเมื่อเด็กมีฟันหลายซี่แล้ว ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังเชื่อว่า เมื่อเด็กโตขึ้นจะไม่ค่อยเป็นแช่วแมง หรือแช่วแมงจะหายเมื่อฟันแท้ขึ้น

“โตแล้วจะไม่ค่อยเป็น 7 ปี ถ้ายหมดก็หย่าเป็น(ฟันแท้ขึ้นจะไม่เป็นแมงอีก) พอ 10 ปี ก็ไม่เป็นแมงแล้ว ถ้ายแช่วแล้ว ถึงไม่แปรง ก็ไม่แมงไม่ผุ” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

ความเชื่อว่าแช่วแมงหายได้เองเมื่อเด็กโตและมีฟันแท้ขึ้นนี้ เป็นไปได้ว่า การเป็นแช่วแมงของชาวบ้าน จะใช้การมีอาการปวด เป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญ ดังนั้นเมื่อเด็กไม่มีอาการปวดแล้ว ไม่ว่าจะเกิดจากการที่โรคแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือโรคลุกลามจนเหลือเพียง ตอฟัน หรือฟันที่เป็นแมงโยกหลุดไปตามเวลา มีฟันแท้ขึ้นแทน ล้วนแล้วแต่ทำให้อาการปวดฟันหายไป ชาวบ้านจึงถือว่าหายจากการเป็นแช่วแมงแล้ว นั่นเอง

◎ เด็กเป็นแช่วแมง ฟันแท้ก็ยังไม่งาม

สำหรับผลกระทบของการเป็นแช่วแมง ส่วนใหญ่ชาวบ้านเห็นว่า เมื่อเป็นแช่วแมงแล้วจะปวด โดยเฉพาะฟันหลังจะปวดมาก ถ้าเป็นในเด็ก เด็กจะปวดจนร้องไห้ บางครั้งเหงือกจะบวมเป็นหนองต้องทิ่มเอาหนองออก บางครั้งจะเป็นไข้ เมื่อปวดต้องกินยาต้องไปหาหมอ และต้องถอนฟัน ถ้าเป็นฟันผู้ใหญ่ เมื่อถอนแล้วไม่มีฟันขึ้นอีก ทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวข้าว กินอาหารลำบาก และเคี้ยวข้าวให้ลูกไม่ได้ ถ้าเป็นฟันหน้า ฟันจะหลออายคนอื่น แต่เด็กถอนฟันแล้วยังกินข้าวได้ เพราะใช้เหงือกถูกันหรือเอาฟันข้างๆเคี้ยวแทนได้ และไม่นานฟันแท้จะขึ้นแทน ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นว่า แม้เป็นแช่วแมง ฟันน้ำนมยังหลุดออกได้ ฟันแท้สามารถขึ้นแทนได้และสวยงามดี

“แมงแล้ว ฟันแท้ก็ขึ้นงาม พอใหญ่มา(พอเด็กโตขึ้น)ก็ดีเอง ถ้ายออกก็งามคือเก่า(ฟันสวยเหมือนเดิม)” แม่อายุ 30 ปี กล่าว

อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านบางรายเชื่อว่า การเป็นแช่วแมงในฟันน้ำนม จะทำให้ฟันน้ำนมไม่หลุด เมื่อถึงเวลาที่ฟันแท้จะขึ้น แล้วไม่ถอนฟันน้ำนมซี่ที่เป็นแมงออก จะทำให้ฟันแท้ขึ้นบิดไปมาหรือขึ้นซ้อนกัน บางคนเชื่อว่าอาจทำให้ฟันแท้ติดแช่วแมงด้วย

จะเห็นได้ว่า ฟันน้ำนมในความคิดของชาวบ้านนั้น มีหลายลักษณะแตกต่างกัน โดยชาวบ้านอาศัยลักษณะของฟันที่เห็นในช่องปากและการมีอาการปวด เป็นหลักในการจำแนกประเภท ซึ่งแบบแผนความคิดดังกล่าว ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ สามารถศึกษาลักษณะของฟันน้ำนมในความคิดชาวบ้านในแต่ละประเด็นโดยสรุป ดังข้อมูลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพืชน้ำนมลักษณะต่างๆ

ลักษณะพืชน้ำนม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วกร่อน	เข่วฝู	เข่วเหียน	เข่วแมง
1. อายุที่เริ่มเป็น	ตอนเกิดมา พืดยัง ไม่ขึ้น จนเมื่ออายุ ใกล้ 1 ปี พืชจึงจะขึ้น	จากพืสน้ำขาว พืชจะ เปลี่ยนเป็นสีเหลือง เมื่อเด็กอายุ 2 ปี บางรายคิดว่า เด็ก อายุเพียง 1 ปีกว่า สามารถเป็นได้แล้ว	หลังจากพืสน้ำเหลือง พืสน้ำจะค่อยๆ บิน กะเทาะออกทีละน้อย	พบได้ในเด็กอายุ 1 ปี ขึ้นไป พบมากหลัง อายุ 2 ปี	แล้วแต่คน บางคนเหียนเร็ว บางคนเหียนช้า	1. พบบ่อยเมื่อเด็กเข้า เรียนในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กหรืออนุบาล 1 หรือช่วงอายุ 3 - 5 ปี แต่บางรายเชื่อว่าเข่ว แมงเป็นได้ทุกช่วงอายุ 2. เริ่มเป็นเมื่อมีพืสน้ำขึ้น หลายซี่แล้ว
2. ลักษณะของพืสน้ำ	สีขาว ซีดเล็ก ในรากพืสน้ำมีเส้นเลือด เส้นประสาท ทำให้ รับความรู้สึกตอน ทานอาหารได้	มีสีเหลืองติดที่พืสน้ำ คล้ายเป็นคราบนม เกาะ หรือเป็นรอย คาดสีเหลืองที่ผิวพืสน้ำ เซ็ดหรือแปรงไม่ออก	พืสน้ำมีลักษณะบิน มีการกะเทาะของ ผิวพืสน้ำเล็กน้อย	มีการว่าแห้วของ พืสน้ำที่บริเวณขอบด้าน นอกของพืสน้ำ (มีการเสียน้ำพืสน้ำ มากกว่าเข่วกร่อน)	พืสน้ำหัก เตี้ยลงเรื่อยๆ จนเหลือแต่ตอพืสน้ำ	เป็นรูหรือเป็นโพรง เข้าถึงบริเวณกลางพืสน้ำ พืสน้ำอาจมีสีดำหรือไม่ ก็ได้ มักเป็นบริเวณ ซอกพืสน้ำที่ติดกัน

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพืชน้ำนํ้ามลักษณะต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะพืชนํ้าม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วร้อน	เข่วผุ	เข่วเหี้ยน	เข่วแมง
3. สาเหตุ	-	1. คราบนมเกาะ 2. เป็นหินปูน 3. อมทอพีพี 4. กินขนมมาก 5. ไม่แปรงฟัน 6. ให้เด็กเล็ก รับประทานไข่แดง	เป็นต่อเนื่องจากเข่ว เหลือง ไม่มีการกล่าวถึง สาเหตุชัดเจน	เป็นต่อเนื่องจากเข่ว เหลือง ไม่มีการกล่าวถึง สาเหตุชัดเจน	เป็นต่อเนื่องจากเข่ว เหลือง เข่วร้อน เข่วผุ ไม่มีการกล่าวถึง สาเหตุชัดเจน	เชื่อว่าเกิดจากหลาย สาเหตุร่วมกัน ได้แก่ 1.อมลูกอม อมฮอลล์ 2.เคี้ยวข้าวให้เด็ก 3.ไม่แปรงฟัน 4.กินขนมมาก 5.เศษอาหารติดค้าง 6.เป็นกรรมพันธุ์ 7.กินขนมที่หวาน หรือ เหนียวติดฟัน 8.กินไข่แดงแล้วไม่ แปรงฟัน 9.เกิดขึ้นเอง 10.อมข้าว

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพินันมลักษณะต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะพินันม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วกร่อน	เข่วผุ	เข่วเหี้ยน	เข่วแมง
3. สาเหตุ (ต่อ)						11.พินไม่แข็งแรง 12.แปรงไม้โดนพิน 13.กินนมขวด 14.เป็นไข้ 15.เป็นตามวัย 16.ภูมิต้านทานน้อย 17.ข้าวที่เคี้ยวให้เด็ก ไม่หมกไฟก่อน 18.ใช้ไม้จิ้มพินร่วมกัน เป็นต้น

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพืชน้ำนมลักษณะต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะพืชน้ำนม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วกร่อน	เข่วผุ	เข่วเหี้ยน	เข่วแมง
4. ลักษณะอาการ	-	ไม่มีอาการเจ็บปวด	ไม่มีอาการเจ็บปวด	ไม่มีอาการเจ็บปวด	ไม่มีอาการเจ็บปวด	1. ปวดฟันมาก 2. เหมือนมีตัวอะไร ไชเข้าไปในฟัน 3. ปวดเมื่อมีเศษ อาหารติดในรูฟัน 4. ปวดตอนกลางคืน 5. มีการหายปวดบ้าง 6. เด็กร้องไห้
5. การป้องกัน	-	1. ป้องกันไม่ได้ 2. แปรงฟัน 3. ไม่ให้รับประทาน ไข่แดง ถ้าอายุยังไม่ ถึง 7 ปี	ไม่มีแนวคิดเรื่องการ ป้องกันที่ชัดเจน	ไม่มีแนวคิดเรื่องการ ป้องกันที่ชัดเจน	ไม่มีแนวคิดเรื่องการ ป้องกันที่ชัดเจน	ส่วนใหญ่คิดว่าต้อง ให้เด็กแปรงฟันและ ไม่ให้เด็กอมลูกอม หรือรับประทานขนม บางรายคิดว่าไม่ควร เคี้ยวข้าวให้เด็ก

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพืชน้ำนมลักษณะต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะพืชน้ำนม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วกร่อน	เข่วผุ	เข่วเหี้ยน	เข่วแมง
6. การดูแล และ การรักษา	ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา	1. ไม่ต้องรักษา 2. เช็ดพื้น แปรงพื้น 3. ใช้มีดขูดพื้น ตอนเด็กหลับ	ไม่ต้องรักษา ทำอะไร ไม่ได้ ต้องปล่อยให้ เป็นมากขึ้นไปเรื่อยๆ	ไม่ต้องรักษา ทำอะไร ไม่ได้ ต้องปล่อยให้ เป็นมากขึ้นไปเรื่อยๆ	ไม่ต้องรักษา ทำอะไร ไม่ได้ต้องปล่อยให้ เป็นมากขึ้นไปเรื่อยๆ	ใช้วิธีการดูแลและ รักษาหลายวิธีร่วมกัน การดูแล ทำโดย 1. ทนเอา 2. ให้อาหารประทานยา แก้ปวด 3. ใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ย เศษอาหารออก 4. แปรงพื้น 5. ใช้ของที่มีอยู่ในบ้าน (ยาสีพื้น น้ำมันเครื่อง) ใส่เข้าไปในรูพื้น 6. ใส่น้ำยาแก้เข่วแมง ที่มีพ่อค้าเร่มาขาย

ตารางที่ 10 แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับพืชน้ำนมลักษณะต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะพืชน้ำนม แบบต่างๆ รายละเอียด	เข่วปกติ	เข่วเหลือง	เข่วกร่อน	เข่วผุ	เข่วเหี้ยน	เข่วแมง
6. การดูแล และ การรักษา (ต่อ)						7. ใช้สมุนไพร การรักษา ทำโดย 1. ปล่อยให้เป็นไป ตามธรรมชาติ 2. ถอนพืชน้ำนม
7. ความเชื่อ บางประการ ที่เกี่ยวข้อง	1.อายุ 6-7 ปี พืชน้ำนมจะ หลุดไปเอง และ มีพืชน้ำนมขึ้นแทนที่ 2.ถ้าพืชน้ำนมขึ้นช้า พืชน้ำนมจะ ทนทาน แต่ถ้าพืชน้ำนม เร็ว พืชน้ำนมจะหลุดเร็ว	เป็นเรื่องธรรมดา ของเด็ก	เป็นเรื่องธรรมดา ของเด็ก	เป็นเรื่องธรรมดา ของเด็ก	เป็นเรื่องธรรมดา ของเด็ก	1.เด็กส่วนใหญ่ ต้องเป็นเข่วแมง 2.เมื่อเด็กโตขึ้น จะไม่ค่อยเป็นแมง หรือเข่วแมงจะหาย เมื่อพืชน้ำนมขึ้น

5. การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย อาจพิจารณาเป็น 2 ส่วนคือ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ (ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ) และการปฏิบัติของชาวบ้านเมื่อเด็กเกิดโรคฟันผุ (ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษากับแพทย์พื้นบ้านและแพทย์วิชาชีพ) นอกจากนี้ จะได้นำเสนอถึงอิทธิพลของทัศนคติบุคลากรที่มีต่อแบบแผนการปฏิบัติของชาวบ้าน ในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

5.1 การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ

5.1.1 รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก

ในเด็กกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในครอบครัวเดี่ยว แม่จะเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ถ้าลูกโตพอและแม่จำเป็นต้องออกไปทำงานในไร่นา แม่มักจะพาลูกไปด้วย หรือฝากลูกไว้กับยาย ย่า หรือญาติพี่น้องคนอื่นที่บ้านอยู่ใกล้เคียง หรือฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถ้าลูกอยู่ในช่วงที่ต้องกินนมแม่ ตอนกลางวันแม่จะกลับมาให้นมลูกที่บ้าน หรือญาติจะพาเด็กไปกินนมแม่ที่ไร่นา ส่วนพ่อช่วยดูแลลูกในยามว่าง ซึ่งส่วนมากเป็นการเล่นด้วยหรือพาไปเที่ยวมากกว่าอย่างอื่น แต่ถ้าเด็กอยู่ในครอบครัวขยาย เด็กมักได้รับการเลี้ยงดูจากแม่ และญาติผู้ใหญ่ที่เป็นผู้หญิงเป็นหลัก(ยายหรือย่า) ส่วนญาติคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเลี้ยงดูเด็กบ้าง ถ้าแม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด มักจะฝากให้ญาติผู้ใหญ่ที่เป็นผู้หญิง(ยายหรือย่า)ช่วยเลี้ยงดู

5.1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5.1.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทนม

□ นมแม่ดีที่สุด

เด็กตัวอย่างทุกคน ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเชื่อว่านมแม่หวาน มีรสอร่อย ทำให้เด็กแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย ไม่ต้องเสียเงินซื้อ และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าควรให้ลูกรับประทานนมแม่จนอายุ 4 เดือน อย่างไรก็ตาม แม่บางรายเชื่อว่านมแม่มีประโยชน์แค่ 3 - 4 เดือนแรก หลังจากนั้นก็จืดจางไม่มีประโยชน์ ซึ่งความเชื่อนี้ อาจสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำว่าควรให้เด็กรับประทานนมแม่จนอายุ 4 เดือน

“กินนมแม่หนะดี มันหวาน มันแซบ(อร่อย) กินนมแม่แล้วแข็งแรง ไม่ค่อยป่วยค่อยไข้” แม่อายุ 35 ปี รายหนึ่งกล่าว

“นมแม่ดีกว่า เพราะไม่มีเงินก็ได้กิน แต่มีประโยชน์แค่ 3 - 4 เดือน หลังจากนั้น นมก็จืดๆธรรมดา” แม่อายุ 33 ปี กล่าว

□ การหย่านมแม่

ส่วนใหญ่แม่จะให้ลูกรับประทานนมแม่จนอายุประมาณ 1 - 2 ปี จึงหย่านม แต่ถ้าแม่ต้องไปทำงานที่กรุงเทพ หรือนมแม่มีไม่พอให้กิน จะหย่านมเร็ว เด็กจะได้รับประทานครมผงซึ่งใส่ขวดนมทดแทน โดยเหตุผลของการหย่านมแม่ในช่วงอายุ 1 - 2 ปี ได้แก่ แม่มีภาระอื่น เด็กมีฟันหลายซี่ เวลาเด็กดูดนมแม่จะเจ็บ เด็กกินข้าวได้ดีแล้ว และชาวบ้านเชื่อว่าเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการหย่านมแม่ ถ้าเด็กอายุมากกว่านี้จะหย่านมแม่ยาก และฟันจะเจ็บ บาน ไม่สบาย ชาวบ้านมักไม่ให้เด็กหย่านมแม่ก่อนอายุ 1 ปี เพราะกลัวเด็กไม่แข็งแรง แต่ถ้าเด็กตัวเล็กแม่ก็จะให้รับประทานนมแม่นานขึ้น และมีแม่รายหนึ่งคิดว่า จะให้ลูกดูดนมแม่นานกว่าเด็กจะเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(ศพด.) เนื่องจากไม่มีเงินซื้อนมกล่องให้ลูกกิน และเห็นว่าเด็กในศพด.จะได้รับแจกนมกล่องทุกวัน

“หย่าตอน 2 ปี เพราะโตแล้ว ฟันขึ้นหลายเล่ม กินแล้วเจ็บ ตอนปีกว่าๆ มันมีน้อยเล่ม ยังไม่ทันเจ็บ พอโตทั้งคู่กัด เจ็บเลยให้หย่า แรกๆก็ชงนมผงใส่ขวดให้ แต่ไม่ชอบขวด ว่าออกน้อยไม่ทันใจ เลยเอาใส่แก้วให้ กินดี(ทานได้มาก) ตอนนั้นก็ดูกล่องเอา”
แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

วิธีการที่ชาวบ้านใช้ในการหย่านมแม่ คือ ให้เด็กรับประทานนมกล่องแทน โดยใช้หลอดดูดจากกล่อง หรือเทนมใส่แก้วให้เด็กดื่ม ซึ่งเป็นวิธีที่ทำเป็นส่วนใหญ่นอกจากนี้ แม่บางรายใช้การเทนมกล่องใส่ขวดหรือใช้นมผงซึ่งใส่ขวดให้เด็กดูด แต่พบว่าเด็กมักจะไม่ชอบใช้ขวดนม ยกเว้นในรายที่เด็กได้รับนมขวดตั้งแต่เล็ก เนื่องจากนมแม่มีไม่พอให้เด็กรับประทาน หรือแม่ไปทำงานต่างจังหวัด ฝากให้ญาติช่วยเลี้ยงดูด้วยนมผงใส่ขวด เด็กเหล่านี้จะติดขวดนม และมักจะใช้ขวดนมแม้ขณะนอนหลับ ซึ่งในกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา 38 ราย พบเด็ก 4 รายที่ติดขวดนม (คิดเป็นร้อยละ 10.53) ชาวบ้านบางรายกล่าวว่า การให้เด็กรับประทานข้าวเพิ่มขึ้น จะช่วยให้เด็กรับประทานนมแม่น้อยลงเอง

□ นมกล่องรสหวาน นมหมีผึ้ง และนมเปรี้ยว

นมที่แม่หรือผู้เลี้ยงดู เลือกให้เด็กรับประทานหลังจากหย่านมแม่ มีเหตุการณ์เลือกที่ต่างกันไป ส่วนใหญ่จะเลือกนมกล่องรสหวานให้เด็ก เพราะเห็นว่ามีรสอร่อย ทำให้อาหารรับประทานได้มาก และถ้าเด็กรับประทานนมหวาน เด็กจะอึดและแข็งแรงมาก นอกจากนี้ ยังหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าในหมู่บ้าน และเป็นนมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแจกให้เด็กรับประทาน

“ยายซื้อรสหวานให้ เพราะย่านมันบ่แซ่บ ย่านมันบ่ได้เฮง”

ยายอายุ 45 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ให้กินนมหวาน เด็กจะอิมมีแรงมาก” แม่อายุ 29 ปี กล่าว

นมหวานผสมน้ำผึ้งตราหมี หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “นมหมีผึ้ง” เป็นนมกล่องชนิดหวานซึ่งแม่บางรายเลือกให้เด็กรับประทาน แม้จะมีราคาแพงกว่านมหวานทั่วไป เนื่องจากเห็นว่าเด็กรับประทานได้ดี จากรสชาติที่หวานและหอมของนมและน้ำผึ้ง และจำได้จากโฆษณาโทรทัศน์ นมหวานผสมน้ำผึ้งตราหมี สามารถหาซื้อได้จากร้านค้าในหมู่บ้าน แต่พบมี ผู้เลี้ยงดูหลายราย นิยมซื้อนมกล่องจากตลาดในอำเภอ เพราะมีราคาถูกกว่า

นมเปรี้ยวเป็นนมอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้เลี้ยงดูและเด็กมักเลือกรับประทาน เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้า และมักแช่ในตู้เย็น ทำให้มีรสอร่อย และราคาถูกกว่า การซื้อนมกล่องรสหวานรับประทาน (นมเปรี้ยวราคากล่องละ 6 บาท ในขณะที่นมหวานราคากล่องละ 10 บาท) ในเด็กที่ไม่ชอบรับประทานนมหวาน ผู้เลี้ยงดูมักจะให้รับประทานนมเปรี้ยวแทน

สำหรับนมรสจืด ชาวบ้านไม่นิยมให้เด็กรับประทาน ด้วยเหตุผลว่าเด็กไม่ชอบ และจากการสังเกต ไม่พบมีนมรสจืดจำหน่ายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม มีแม่ของเด็กคนหนึ่ง กล่าวว่า คิดอยากเปลี่ยนให้เด็กรับประทานนมจืด เนื่องจากปัจจุบันรู้สึกว่าการที่เด็กอ้วนเกินไป ถ้าให้รับประทานนมจืด เด็กน่าจะตัวยี่ดขึ้นไป(ตัวสูงขึ้น)

□ นมผงและผลิตภัณฑ์นมประเภทอื่นๆ

สำหรับนมผง ชาวบ้านนิยมเลือกนมผงยี่ห้อดูเมกซ์ และยี่ห้อเอนฟาโกร เนื่องจากมีการบอกต่อกันในหมู่บ้าน และเชื่อว่ารับประทานแล้ว จะทำให้เด็กตัวสูง นมผงที่เด็กรับประทาน ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูจะซื้อมาจากตลาดในตัวอำเภอ มีแม่ของเด็กคนหนึ่ง สั่งซื้อนมอัดเม็ดกลิ่นส้ม ยี่ห้อกิปฟารีน จากตัวแทนจำหน่ายสินค้าในหมู่บ้าน ให้เด็กรับประทาน เพราะอยากให้ลูกตัวสูง เหมือนที่เห็นจากโฆษณาโทรทัศน์

“ให้กินนมเม็ด เพราะดูจากในทีวี โตขึ้นลูกจะได้ตัวสูง”

แม่อายุ 30 ปี กล่าว

นมชนิดอื่นๆที่ผู้เลี้ยงดูเด็กบางรายเลือกให้เด็กรับประทาน ได้แก่ แลคตาซอช ยาคูลท์ โอวัลตินซึ่งใส่นมข้นหวาน อย่างไรก็ตาม มีแม่ของเด็กคนหนึ่งเล่าให้ฟังว่า ช่วงที่ให้เด็กหย่านมแม่ แม่ไม่มีเงินซื้อนมให้ จึงใช้น้ำข้าวข้าวซึ่งใส่น้ำตาลให้เด็กรับประทานแทน

“พอหย่านมแม่แล้ว ชงนมผงตราหมีรสน้ำผึ้งใส่ขวดให้กิน แต่เลิกเพราะไม่มีเงิน เลยใช้น้ำข้าวข้าวใส่น้ำตาลให้กินแทน ตอนนี้นมกินทุกวัน กินนมหนะดี อยากให้ลูกตัวสูง” แม่อายุ 29 ปี รายหนึ่งกล่าว

ตารางที่ 11 ชนิดของนมที่เด็กกลุ่มตัวอย่างรับประทานบ่อยๆ

ชนิดของนมที่เด็กรับประทานบ่อยๆ	จำนวนเด็ก (คน)	คิดเป็นร้อยละ
นมแม่	11	28.95
นมผง	2	5.26
นมกล่องรสหวาน	14	36.84
นมแม่และนมผง	2	5.26
นมแม่และนมกล่องรสหวาน	4	10.53
นมผงและนมกล่องรสหวาน	1	2.63
นมกล่องรสหวานและนมเปรี้ยว	4	10.53
รวม	38	100.00

จากตารางที่ 11 จะเห็นได้ว่า เด็กกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานนมกล่องรสหวานบ่อยๆ (เด็กที่รับประทานนมกล่องรสหวานบ่อยๆ มีจำนวน 23 คน จาก 38 คน หรือร้อยละ 60.53)

□ นมแม่ไม่เกี่ยวกับฟันผุ

ชาวบ้านจะพยายามให้เด็กรับประทานนม ไม่ว่าจะป็นนมในรูปแบบใดๆ ด้วยเหตุผลหลักคือ จะทำให้เด็กมีแรงและตัวสูง ทั้งนี้ ชาวบ้านเชื่อว่า นมแม่เป็นนมที่ดีที่สุด เพราะรับประทานแล้ว จะทำให้เด็กแข็งแรงไม่ป่วยง่าย ในแง่สุขภาพช่องปาก ชาวบ้านเชื่อว่า เด็กที่ได้รับประทานนมแม่ ฟันจะแข็งแรงไม่ผุง่าย และเห็นว่านมแม่ไม่เป็นสาเหตุของฟันผุ แม้จะให้ลูกรับประทานบ่อยๆ หรือให้ดูดคาปากขณะเด็กหลับ แต่เด็กที่รับประทานนมกล่อง (นมกล่องในความหมายของชาวบ้าน หมายถึง นมกล่องรสหวาน) ฟันจะเป็นแมงง่าย (ดูความหมายของ ฟันเป็นแมงในหัวข้อแนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย) เพราะนมกล่องมีน้ำตาล มีความหวาน ส่วนเด็กที่รับประทานนมกระป๋อง(นมผง) ชงใส่ขวด ฟันจะเป็นแมงง่ายเช่นกัน โดยชาวบ้านเชื่อว่า เกิดจากส่วนผสมของนมผงที่ไม่เหมือนนมแม่ เป็นสาเหตุของการเป็นแมง ไม่พบมีชาวบ้านเชื่อว่าวิธีการให้นมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ให้นมบ่อยๆ หรือให้นมคาปากตลอดเวลาขณะเด็กหลับ จะเป็นสาเหตุของฟันผุ

□ วิธีการให้นม

ความเชื่อของชาวบ้านว่าต้องให้เด็กรับประทานนมมากๆ เพื่อให้เด็กมีแรงและตัวสูง และความเชื่อว่าวิธีการให้นมเด็กไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ มีส่วนสอดคล้องกับวิธีการให้นมเด็กที่ชาวบ้านปฏิบัติ ซึ่งพบว่า แม่ส่วนใหญ่จะให้เด็กรับประทานนมแม่บ่อยครั้ง ตามที่เด็กต้องการ แม้ว่าเด็กจะอายุมากกว่า 1 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อแม่ต้องการให้เด็กหยุดร้องไห้ขงแ

หรือต้องการให้เด็กนอน ในเด็กกลุ่มตัวอย่าง พบมีเด็กซึ่งได้รับการให้นมด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว รวม 7 ราย (ร้อยละ 18.42) ตัวอย่างจากการสังเกต ในระหว่างการสัมภาษณ์แม่หลายรายพบว่า แม่จะพยายามให้ลูกดูดนมแม่และกล่อมให้ลูกนอน เพื่อที่แม่จะสามารถพูดคุยกับผู้วิจัยได้โดยไม่มีลูกร้องไห้รบกวน และแม่จะให้นมเด็กทันทีที่เด็กเริ่มจะขยับตัวตื่นอีกหลายครั้ง ตลอดการสัมภาษณ์ เป็นต้น

นอกจากนี้ พบว่า หลังจากเด็กได้รับประทานนมแม่ นมกล่อง หรือนมขวดแล้ว ไม่พบมีการให้เด็กรับประทานน้ำตาม หรือทำความสะอาดช่องปากเด็ก มักปล่อยให้เด็กไปวิ่งเล่นต่อ หรือนำเด็กใส่เปลไกวนอน และถ้าเด็กใช้ขวดนม พบว่าเด็กจะมีขวดนมคาปากตลอดแม้ยามเด็กหลับ ในช่วงกลางคืนเด็กจะนอนในมุ้งกับแม่ ในเด็กเล็กจะได้รับนมแม่หลายครั้งตลอดคืน ในกรณีที่เด็กรับประทานนมแม่ แม่มักจะให้นมจนเด็กหลับแล้วหยุดให้ ส่วนกรณีที่เด็กใช้ขวดนม มักจะมีขวดนมคาปากตลอดแม้ยามเด็กหลับ เช่นเดียวกับในช่วงเวลากลางวัน เมื่อเด็กโตขึ้น การตื่นมากินนมตอนกลางคืนจะลดลง

5.1.2.2 พฤติกรรมการบริโภคข้าวและอาหารเสริม

เมื่อผู้เลี้ยงดูเห็นว่าเด็กโตพอที่จะรับประทานอาหารอื่นได้

นอกเหนือจากการรับประทานนมเพียงอย่างเดียว ผู้เลี้ยงดูจะเริ่มป้อนข้าวให้กับเด็ก ซึ่งอาจเป็นการต้มข้าวเจ้า หรือเคี้ยวข้าวเหนียวให้เด็กรับประทาน ร่วมกับการให้อาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลค บางรายเริ่มตั้งแต่เด็กมีอายุเพียง 2 เดือน ด้วยเหตุผลว่า ถ้าให้เด็กรับประทานนมเพียงอย่างเดียว เด็กจะร้องไห้มาก

“โบราณว่ากินนมอย่างเดียวจะร้อง ยายเลยเอาข้าวให้กิน” ยาย

อายุ 51 ปี กล่าว

□ เคี้ยวข้าวเหนียวป้อนเด็ก

ผู้เลี้ยงดู ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแม่หรือยาย จะเคี้ยวข้าวเหนียวจนละเอียดป้อนให้เด็กรับประทาน การเคี้ยวข้าวนี้ บางครั้งมีการนำข้าวที่เคี้ยวแล้วคายเป็นแป้งหรือใบป้า (ใบของต้นไม้พื้นบ้านที่มีอยู่ทั่วไปในหมู่บ้าน) แล้วนำไปปิ้งไฟ (ชาวบ้านเรียกว่า“การหมก”) แม่รายหนึ่งให้เหตุผลของการหมกข้าวว่า จะทำให้ข้าวแน่นและนุ่มขึ้น ข้าวมีกลิ่นหอม เวลากิน ไม่หมดสามารถเก็บไว้ได้ ข้าวไม่เสีย ซึ่งการเคี้ยวข้าวเหนียวให้เด็กรับประทาน จะทำจนกว่าเด็กสามารถเคี้ยวข้าวเป็นเม็ดได้เอง ส่วนการหมกข้าวที่เคี้ยวแล้ว มักจะทำในกรณีที่เป็นการป้อนข้าวเด็กเล็กที่ยังไม่มีฟันหน้าขึ้น อย่างไรก็ตาม มีผู้เลี้ยงดูส่วนหนึ่งที่ไม่เคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทาน ด้วยเหตุผลว่า ขี้เกียจเคี้ยว เจ็บฟัน ไม่มีฟันเคี้ยว หรือมีความคิดว่าเด็กจะติดแหว่งจากผู้เลี้ยงดู ซึ่งถ้าไม่เคี้ยวข้าวให้ ผู้เลี้ยงดูจะต้มข้าวเจ้าหรือให้เด็กรับประทานอาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลคแทน

“แม่เคี้ยวข้าวให้กิน ถ้าจะต้มข้าวให้ มันก็ยากกว่า เคี้ยวให้ไม่ยาก”

แม่อายุ 25 ปี หนึ่งกล่าว

“ยายเคี้ยวให้เหมือนกัน เพราะตอนหลานร้องให้ ยายต้มไม่ทัน” ยาย

อายุ 47 ปี หนึ่งกล่าว

“แม่เคี้ยวข้าวเหนียว แล้วเอาหมกใส่ใบตอง เอาบั้งกับไฟ ข้าวจะมีรส
หอมอร่อย ข้าวจะแน่นและนุ่มขึ้นด้วย ยิ่งหมกใส่ใบเป้ายิ่งหอม เวลา
กินไม่หมด เก็บไว้ได้ไม่เสีย” แม่อายุ 42 ปี หนึ่งกล่าว

□ ซีรีแลค ข้าวกระป๋อง อาหารยอดนิยมสำหรับเด็ก

เป็นที่น่าสนใจว่า เด็กตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปทุกราย ที่ทำการศึกษา เคยได้รับประทานอาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลค ในช่วงที่เด็กยังเคี้ยวข้าวเป็นเม็ดไม่ได้ (ชาวบ้านเรียกอาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลคว่า “ข้าวกระป๋อง”) การรับประทานซีรีแลคครั้งแรกของเด็ก จะเริ่มในช่วงเด็กอายุ 1 - 4 เดือน โดยถ้าเด็กสามารถรับประทานซีรีแลคได้ดี ผู้เลี้ยงดูจะให้เด็ก รับประทานต่อไป จนกว่าเด็กไม่ยอมรับประทานซีรีแลคต่อ หรือเด็กสามารถเคี้ยวข้าวเป็นเม็ดได้ ซึ่ง เด็กบางรายอาจรับประทานซีรีแลคได้มากกว่า 10 กระป๋อง แต่ถ้าผู้เลี้ยงดูทดลองแล้ว เด็กไม่ยอม รับประทาน ก็จะไม่ให้ซีรีแลคต่อ ผู้เลี้ยงดูสามารถหาซื้อซีรีแลคได้จากร้านค้าในตลาดอำเภอนิคมคำ สร้อย ในราคา 60 บาท สำหรับซีรีแลคกระป๋องเล็ก และราคา 120 บาท สำหรับกระป๋องใหญ่ ซีรี แลคกระป๋องเล็ก สามารถใช้ป้อนเด็กได้ประมาณ 1 เดือน สาเหตุที่ผู้เลี้ยงดูเลือกให้เด็ก ได้ รับประทานอาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลค ได้แก่ ใช้ง่าย สะดวก เด็กรับประทานได้มาก ได้รับการ บอกรับ ต่อ กันภายในหมู่บ้าน เห็นโฆษณาจากโทรทัศน์ อาหารเสริมสำหรับเด็กยี่ห้ออื่น จำไม่ได้ และ ไม่เคย ใช้ เคยเลี้ยงลูกคนก่อนๆด้วยซีรีแลคแล้วไม่มีผลเสียใดๆ หรือเชื่อว่าเด็กรับประทานแล้วจะอ้วนดี ตัว ใหญ่ และหมอบอกให้ใช้ซีรีแลค เป็นต้น

“กินซีรีแลคแล้ว จะอ้วนใหญ่” ยายอายุ 51 ปี กล่าว

“ที่ให้กินซีรีแลค เพราะเค้าพาทำ” แม่อายุ 30 ปี หนึ่งกล่าว

“ให้กินซีรีแลค เพราะดูจากทีวี หมอโรงพยาบาลก็บอกด้วย ก็
กินดีอยู่” แม่อายุ 29 ปี อีกรายกล่าว

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยบ้าน เหล่ากลาง 3 ราย ซึ่งรับผิดชอบการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำกับแม่ ตั้งแต่ฝากครรภ์ คลอดบุตร และดูแลบุตรหลังคลอด พบว่าเจ้าหน้าที่จะแนะนำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียง อย่างเดียวในช่วง 4 เดือนแรก แต่เจ้าหน้าที่ยอมรับว่าแม่มักป้อนข้าวหรือให้เด็กรับประทานซีรีแลค ร่วมด้วยเสมอ เจ้าหน้าที่บางรายจะแนะนำให้แม่ใช้ซีรีแลค ถ้าเด็กรับประทานข้าวได้น้อยเท่านั้น

จากการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารเสริม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดังกล่าว อาจทำให้ชาวบ้านนำไปปฏิบัติ และมีการบอกต่อกันว่าเป็นคำแนะนำของหมอ ซึ่งชาวบ้านมักต้องการให้เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้นอยู่แล้ว และคาดหวังว่าสิ่งที่หมอนแนะนำเป็นสิ่งดีที่ควรปฏิบัติ ร่วมกับรูปแบบการจัดเตรียมอาหารเสริมซีรีแลคที่ทำงานไม่ยุ่งยาก และเห็นตัวอย่างของเด็กอื่นที่รับประทานได้ดี ไม่เกิดผลเสียใด ซีรีแลคจึงเป็นอาหารยอดนิยมสำหรับใช้เลี้ยงเด็กในหมู่บ้านนี้

การให้อาหารเด็ก ด้วยการเคี้ยวข้าวป้อน การต้มข้าวให้ หรือให้รับประทานซีรีแลค จะทำจนกว่าเด็กจะสามารถเคี้ยวข้าวเหนียวได้ หลังจากนั้น ผู้เลี้ยงดูจะป้อนอาหารเป็นคำๆ ส่วนใหญ่จะเป็นการป้อนข้าวเหนียว กับแป้ง กล้วย ไข่ต้ม และน้ำแกงจืด จนเมื่อเด็กอายุประมาณ 2 ปี 6 เดือน เด็กจึงสามารถหยิบอาหารรับประทานเอง เด็กจะได้รับประทานผลไม้ชนิดที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น (เช่น กล้วย ฝรั่ง ขนุน อ้อย มะพร้าว มะม่วง แตงโม เป็นต้น) เป็นอาหารว่างในระหว่างวัน

5.1.2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทขนม

นอกจากเด็กจะได้รับประทานนมหรือข้าว เป็นอาหารหลักแล้ว เด็กยังมีการรับประทานขนม ซึ่งอาจได้รับจากผู้เลี้ยงดูจัดหาให้เอง หรือจากการที่เด็กต้องการรับประทานขนมตามเพื่อน แม้ว่าจะมีแม่ของเด็กรายหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า

“ผู้เฒ่าว่า ถ้าเด็กยังบ่เข้า ห้ามกินอันหวานๆ เด็กจะเว้าบ่ได้”

แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

แต่ในระหว่างการเก็บข้อมูล สังเกตพบผู้เลี้ยงดูเด็กหลายราย เริ่มป้อนขนมให้เด็ก ตั้งแต่เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งขนมที่เด็กชอบรับประทาน ได้แก่ ลูกอมต่างๆ (โดยเฉพาะยี่ห้อฮอลล์และคุกกี้) ขนมวุ้นเยลลี่(ปีโป้) ข้าวเกรียบกุ้ง ไอศกรีม ขนมปังกรอบ ขนมไข่น้ำหวาน บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (รับประทานโดย เทเครื่องปรุงใส่เส้นคลุกให้เข้ากัน แล้วรับประทานเป็นเส้นกรอบๆไม่ใส่น้ำร้อน) ขนมเวเฟอร์เคลือบช็อคโกแลต (ปักกิ่ง เชียงไฮ้) ชอคโกแลต ขนมถุงถุงละ 5 บาท โดยเฉพาะขนมที่มีของเล่นแถม เป็นต้น ขนมเหล่านี้ เด็กอาจได้มาจากการที่ผู้เลี้ยงดู ญาติเพื่อนบ้านซื้อให้หรือเด็กซื้อเอง ซึ่งขนมหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าในหมู่บ้าน อีกทั้ง เด็กสามารถไปที่ร้านค้าแล้วเลือกนำขนมมารับประทานได้โดยไม่ต้องชำระเงิน เจ้าของร้านจะลงบัญชี และเก็บเงินจากผู้ปกครองเด็กในภายหลัง (ชาวบ้านเรียกการได้ขนมมาด้วยวิธีการดังกล่าวว่า “เซนต์ขนมกินได้”) นอกจากนี้ รถเร่ที่มาขายกับข้าวในหมู่บ้านวันละหลายรอบ มักมีขนมติดรถมาขายด้วยเสมอๆ เหตุผลที่ผู้เลี้ยงดูยอมให้เด็กรับประทานขนม ได้แก่ เด็กร้องไห้ แงง ไม่สามารถห้ามไม่ให้เด็กรับประทานขนมได้ เด็กไม่ยอมรับประทานข้าว แม่อยากให้เด็กได้รับประทานขนมเหมือนเด็กคนอื่น รวมทั้งการซื้อขนมให้เด็ก เพื่อให้เด็กยอมไปโรงเรียน เป็นต้น

“เมื่อก่อนยายเลี้ยงลูก ไม่ต้องกินขนม ให้กินผลไม้กินข้าว ไม่เห็นเป็นอะไร เดี่ยวนี้ต้องกินขนม” ยายอายุ 51 ปี กล่าว

“เห็นเพื่อนกิน ก็กินตาม อยากกินตอนไหนต้องซื้อ ไม่ให้ก็ด่า กินขนมเยอะพูดไม่ฟัง ค่าขนม 10 - 20 บาท วึ่งซื้อทั้งวัน ไปศูนย์ฯ ให้ 5 บาท เอาบัตรหนังยางกับเสื้อ กลับมาเงินหมด ก็เอาใหม่” แม่อายุ 25 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ให้กินขนมตั้งแต่ 6 เดือน ไม่ได้ร้องเอา แต่แม่เอาให้กิน เพราะเห็นลูกคนอื่นได้กิน ก็คิดอยากให้ลูกได้กินเหมือนเขา” แม่อายุ 30 ปี อีกรายกล่าว

ขนมที่จำหน่ายในร้านค้ามีหลายชนิด เช่น ลูกอม ขนมถุง ขนมปังกรอบ น้ำหวาน ไอศกรีม เป็นต้น ขนมส่วนใหญ่จะมีสีส้น หรืออยู่ในถุงที่มีรูปแบบและ สีสวยงาม มีราคาตั้งแต่ 1-10 บาท จากการสัมภาษณ์เจ้าของร้านค้ารายหนึ่งในหมู่บ้าน พบว่า ขนมที่เลือกนำมาจำหน่าย จะพิจารณาจากการเป็นขนมที่ขายดี เด็กชอบ หรือเห็นจากโฆษณาในโทรทัศน์ ครั้งแรกจะซื้อมาทดลองขาย ถ้าขายดีจะนำมาขายอีกแม้จะได้กำไรไม่มากนัก ส่วนเด็กมักจะเลือกขนมชนิดที่มีรสชาติอร่อย มีสีส้นหรืออยู่ในถุงที่สวยงาม มีของเล่นแถมให้ และเลือกตามเด็กคนอื่น

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ทราบว่า การรับประทาน ลูกอมทำให้เด็กเกิดฟันผุได้ แต่ขนมชนิดอื่นไม่มีผลต่อการเกิดฟันผุ จึงอนุญาตให้เด็กรับประทานขนมชนิดอื่น แต่จะว่ากล่าวตักเตือนถ้าเด็กรับประทานลูกอม

“เป็นจากลูกอมหวานๆ ขนมเกี๊ยบกุ้งไม่เป็น(สาเหตุของฟันผุ) อาหารอย่างอื่นไม่เป็น ต้องกินลูกอมเหนียวๆถึงเป็น” แม่ อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

5.1.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

5.1.3.1 การทำความสะอาดช่องปากเด็ก

เมื่อสัมภาษณ์ชาวบ้านในประเด็นการป้องกันโรคฟันผุ ชาวบ้านส่วนใหญ่คิดว่า ต้องให้เด็กแปรงฟันและต้องไม่ให้เด็กกินขนม โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา การสังเกตจากบุตรหลานของตนเองและเพื่อนบ้านว่า ถ้าเด็กรับประทานขนมมากและไม่แปรงฟัน เด็กจะมีฟันเป็นแมง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยเมื่อพาเด็กไปรับวัคซีน ตัวอย่างคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ชาวบ้าน ได้รับ เช่น ให้เช็ดปากด้วยผ้าชุบน้ำร้อน หลังกินนมให้เช็ดฟัน พอฟันขึ้นได้ 4 - 5 ซี่ให้แปรงฟัน เป็นต้น ผู้ปกครอง

เด็กเกือบทุกรายบอกกล่าวตรงกันว่า เมื่อพาเด็กไปรับวัคซีนที่สถานีนอนามัย หมอจะไม่ค่อยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพช่องปาก และไม่มี การแสดงให้ทราบว่า การแปรงฟันในเด็กต้องทำอะไร

จากการสังเกตของผู้วิจัย ในวันที่สถานีนอนามัยให้บริการคลินิกเด็กดี พบรูปแบบการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งตรงกับการบอกกล่าวของชาวบ้าน ส่วนใหญ่จะเน้นการให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามช่วงอายุ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กด้วยคำแนะนำเพียงสั้นๆ เน้นการให้คำแนะนำในกรณีที่เด็กอาจเป็นไข้หลังการฉีดวัคซีน เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้จะมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานประจำสถานีนอนามัย แต่กลับไม่พบว่าเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีบทบาทการให้บริการในคลินิกเด็กดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบให้บริการคลินิกเด็กดี มีเพียงหนึ่งคน ในขณะที่มีเด็กมารับวัคซีนในช่วงเช้ามากถึงเกือบ 40 คน เหตุผลที่เจ้าหน้าที่นัดเด็กมาพร้อมกันหลายคนในช่วงเช้าอาทิตย์ละหนึ่งวัน เนื่องจากต้องการให้เด็กได้รับวัคซีนพร้อมกัน ต่อการเปิดให้วัคซีนครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องให้บริการคลินิกเด็กดีให้เสร็จภายในช่วงเช้า เพื่อให้สามารถทำงานบริการอื่นต่อในช่วงบ่าย เจ้าหน้าที่ให้บริการในคลินิกเด็กดี ตั้งแต่การลงทะเบียน ตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีน ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียว ซึ่งเจ้าหน้าที่คนดังกล่าวเห็นว่า ไม่มีปัญหาใดและรู้สึกสะดวกในการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในคนเดียวมากกว่า

กิจกรรมด้านทันตสาธารณสุขที่ดำเนินการในคลินิกเด็กดี ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และการแจกแปรงสีฟันหลังฉีดวัคซีน ในเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน สำหรับการตรวจช่องปากเด็ก เจ้าหน้าที่จะใช้การดูคร่าวๆ เพื่อนับจำนวนฟันที่ขึ้นในช่องปาก หรือใช้การสอบถามจากผู้ปกครองโดยตรงว่า เด็กมีฟันขึ้นในช่องปากจำนวนเท่าใด และเจ้าหน้าที่เพียงแต่ ลงบันทึก โดยมีได้ทำการตรวจเอง ส่วนการแจกแปรงสีฟัน เจ้าหน้าที่จะดำเนินการไปพร้อมกับการแนะนำผู้ปกครองด้วยคำพูดสั้นๆ ตัวอย่างเช่น “แปรงฟันให้ลูกด้วยนะ” หรือ “เอาแปรงไปแปรงนะ” หรือ “เริ่มแปรงฟันได้แล้วนะ” เป็นต้น ไม่มีการสาธิตหรืออธิบายวิธีการทำความสะอาดช่องปากเด็ก นอกจากการแจกแปรงสีฟันให้เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือนเมื่อมารับวัคซีน จะเป็นการให้บริการตามช่วงอายุแล้ว เจ้าหน้าที่ยังให้แปรงสีฟันเป็นของขวัญที่ให้หลังฉีดวัคซีน เพื่อช่วยให้เด็กร้องไห้น้อยลง แต่ทั้งนี้ การได้รับแจกแปรงสีฟันดังกล่าว ทำให้ชาวบ้านหลายรายเริ่มให้เด็กได้แปรงฟัน

□ **เริ่มแปรง เมื่อสายเสียแล้ว**

ชาวบ้านหลายราย เริ่มให้เด็กแปรงฟัน เมื่อเด็กต้องการแปรง หรือมีการเลียนแบบการแปรงฟันของผู้ใหญ่ ซึ่งเด็กจะมีอายุประมาณ 2 ปี มีแม่ของเด็กรายหนึ่งกล่าวว่า จะให้แปรงตอนอายุ 3 ปี เมื่อเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพราะครูสอนได้ดีกว่า และเด็กจะเชื่อครู

มากกว่าพ่อแม่ นอกจากนี้ มีชาวบ้านบางรายเล่าว่า ได้แปรงฟันให้เด็ก เมื่อเด็กเริ่มมีฟันดำหรือมีอาการเจ็บฟันแล้ว

“อยู่บ้านมันไม่สู้ แม่เรียกก็เล่นหนี ไปแปรงที่ศูนย์ฯ ต้องให้ครูหัดให้ พ่อแม่บอกก็บ่ฟัง แต่ไปโรงเรียน พอถึงสวดเวลา ก็กินข้าว แปรงฟัน นอน มันย่านครู ไปโรงเรียนหนะ แปรง ทุมือ ร้องเพลงพร้อม ครูเปิดเพลง ตอนบ่ายๆนี้ ก็แปรงฟัน” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ยายแปรงให้ตอน(อายุ) 2 ปี ที่เริ่มตอนนี้ เพราะเห็นยายแปรงก็อยากแปรง เลยให้แปรงเองตั้งแต่ 2 ปี ทุกวันนี้ก็ยังแปรงอยู่ที่ศูนย์ฯครูก็ฝึกให้แปรงด้วย ยิงแปรงคัก(บ่อย) ตอนนี้แปรงเองแปรงเองได้แล้ว” ยายผู้เลี้ยงดูหลานสาววัย 2 ปี 7 เดือน กล่าว “เพิ่งจะแปรงปีนี้ คราวมันเจ็บนี่หละ ตอนเจ็บถึงจะแปรง แต่ก่อน ไม่อยากจะแปรง เพราะไม่เจ็บ ถ้าไม่สีฟัน มันจะดำเรื่อยๆ ต้องบังคับ ไม่บังคับก็ไม่แปรง” ยายผู้เลี้ยงดูหลานวัย 2 ปี 6 เดือน อีกรายหนึ่งกล่าว

□ การแปรงฟันในเด็ก

รูปแบบการแปรงฟันในเด็กส่วนใหญ่ มักทำการสอนในครั้งแรกๆ โดยบอกให้เด็กเอาแปรงสีฟันเข้าปาก และถูไปถูมาในแนวขวาง ต่อมาปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ซึ่งเด็กมักจะอมแปรงสีฟัน หรือถูแปรงสีฟันไปมาเฉพาะบริเวณฟันหน้าเท่านั้น และใช้เวลาในการแปรงฟันน้อยกว่า 1 นาที ชาวบ้านทราบดีว่า เด็กแปรงฟันเองได้ไม่ทั่วถึง แต่จากการสังเกตพบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ ไม่มีการตรวจความสะอาดหลังการแปรง หรือทำการแปรงซ้ำให้เด็ก เหตุผลที่ชาวบ้านปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ได้แก่ เด็กไม่ยอม ผู้เลี้ยงดูไม่มีเวลา และเห็นว่าเด็กแปรงฟันเองได้แล้ว สำหรับเหตุผลของชาวบ้านในการแปรงฟันตนเอง ได้แก่ ช่วยให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้อง พูดคุยกับผู้อื่น ลดความรำคาญจากการมีเศษอาหารติดค้างในปาก ส่วนเหตุผลในการใช้ยาสีฟันร่วมในการแปรงฟัน ได้แก่ ช่วยไม่ให้มีกลิ่นปาก การแปรงฟันทำได้ง่ายขึ้น และถ้าเป็นยาสีฟันสมุนไพร จะช่วยลดอาการปวดฟันได้ สำหรับในเด็กชาวบ้านเห็นว่า การแปรงฟันจะช่วยให้ฟันสวย ไม่ผุง่าย ชาวบ้านมักจะไม่ใช้ยาสีฟันร่วมในการแปรงฟันเด็ก เนื่องจากเกรงว่าเด็กจะกลืนยาสีฟัน แต่สำหรับเด็กบางราย การใส่ยาสีฟันสำหรับเด็กกลิ่นต่างๆ จะช่วยให้เด็กยอมแปรงฟันได้มากขึ้น ไม่มีชาวบ้านรายใดกล่าวถึง ผลของฟลูออไรด์ในยาสีฟันต่อการป้องกันฟันผุ

“แม่ให้แปรงฟันเอง เพราะโตแล้ว แปรงเองได้แล้ว”

แม่อายุ 44 ปี ระบายหนึ่งกล่าว

“เรียกให้แปรงฟัน ก็แปรงเอาน้ำเข้าปากจ๊อกๆ ก็แล้ว ไม่

อยากแปรง แปรงไม่ถึงฟันหรอก เคี้ยวไม่ยากแปรง ก็

ไม่ได้แปรงให้” แม่อายุ 30 ปี ระบายหนึ่งกล่าว

ถึงแม้ว่า การแปรงฟันจะเป็นวิธีการที่ชาวบ้านเห็นว่า สามารถป้องกันฟันผุได้ แต่ชาวบ้านไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมเด็กได้มากเพียงใด

“ต้องแปรงฟันตลอดคุมทุกมือ เฮ็ดยาก ถ้าเลี้ยงแต่ลูก บ่

ได้เฮ็ดหยัง ก็คงได้” แม่อายุ 28 ปี ระบายหนึ่งกล่าว

“หมอบอกให้แปรงฟัน แต่ทำไม่ได้ ลูกไม่ยอมให้ทำ แล้ว

เราก็รำคาญ ถ้าเข็ดทุกวัน คงจะไม่เป็น(แมง) บอกให้

แปรง มันก็ขี้เกียจ เข็ดให้ตอน(อายุ)ปีกว่าๆ พอ 2 ปี ก็

เริ่มแปรง โตมาขี้เกียจ มันก็ไม่ยอม” แม่อายุ 42 ปี

ระบายหนึ่งกล่าว

การแปรงฟันในเด็ก มักทำไปพร้อมกับการอาบน้ำในตอนเช้าหรือเย็น และมักทำไม่สม่ำเสมอทุกวัน สำหรับในเด็กเล็ก แม้ชาวบ้านจะบอกว่าได้เข็ดปากเข็ดฟันให้เด็ก หลังรับประทานนม แต่จากการสังเกตพบว่า ในช่วงกลางวันซึ่งเด็กรับประทานนมหลายครั้ง กลับไม่พบมีการทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก ส่วนเด็กที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว ผู้เลี้ยงดูเด็กมักคิดว่า เด็กจะได้รับการแปรงฟันที่ศูนย์ฯ และครูผู้ดูแลเด็กสามารถสอนและควบคุมให้เด็กแปรงฟันได้ดีกว่า จากการสังเกตการดำเนินกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ผู้ดูแลเด็กจัดให้มีมุมสำหรับเก็บแปรงสีฟันและยาสีฟันของเด็กแต่ละคน และจัดให้มีการแปรงฟันหลังจากตื่นนอนตอนกลางวัน พร้อมกับการล้างหน้าหรืออาบน้ำ โดยผู้ดูแลเด็กจะบีบยาสีฟันให้เด็ก และให้เด็กแปรงฟันเอง หลังจากนั้นจึงแจกนมกล่องให้เด็ก อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมการแปรงฟันนี้ ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถควบคุมให้เด็กทุกคนแปรงฟันได้ และไม่มี การดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่มีผู้เลี้ยงดูเด็กรายใดกล่าวถึง การทำความสะอาดช่องปากเด็ก ด้วยการใช้น้ำหมักฟัน

5.1.3.2 การควบคุมการบริโภคอาหารหวาน

การป้องกันฟันผุโดยวิธีการห้ามเด็กรับประทานขนม ชาวบ้านเห็นว่าทำได้ยาก เนื่องจากมีขนมขายในหมู่บ้านมาก เด็กมักต้องการรับประทานขนมตามเพื่อน และเด็กสามารถเดินไปเลือกขนมที่ร้านค้ามารับประทาน โดยให้พ่อแม่มาจ่ายเงินภายหลังได้

“ถ้าไม่กินขนมเลยคงเป็นไปไม่ได้ เด็กยังงี้ก็ต้องกินขนม ซึ่
จะเอาต้องได้เอา มีเพื่อนกินก็กินตาม เอาอย่างอื่นให้กินก็พา
ทั้งหมด” แม่ของเด็กอายุ 2 ปี 8 เดือน รายหนึ่งกล่าว

มีชาวบ้านบางรายเสนอความเห็นว่าการให้เด็กรับประทานขนม
น้อยลง ทำได้โดยให้เด็กรับประทานข้าวให้มากและรับประทานผลไม้ทดแทน หรือ ซื้อของเล่นให้

“ถ้าไม่กินขนมร้านค้า ร้านค้าไม่เอาขนมมา เราก็คงไม่ให้ กิน
มาก จะเอาผลไม้ให้กิน แต่สงสัยทำไมไม่ได้ เพราะขนม มันเยอะ
เวลาไปร้านค้า ก็ซื้อเอาแต่ขนม” แม่อายุ 43 ปี กล่าว

“ให้กินขนมน้อยลงต้องไม่พาไปให้เห็นร้าน พาไปเดิน(ไปเล่น)
ทางอื่น เอาอย่างอื่นให้กิน ลงทุนซื้อของดิน(ของเล่น)ให้ ถ้าไม่
มีเงินซื้อของดินให้ ก็ทำไม่ได้” แม่อายุ 22 ปี อีกรายกล่าว

5.1.3.3 การป้องกันโรคฟันผุด้วยวิธีอื่น ๆ

นอกจากวิธีการดังกล่าวข้างต้น ชาวบ้านจะมีวิธีการปฏิบัติ ที่
สัมพันธ์กับความเชื่อเรื่องสาเหตุของการผุในฟันนั้นม เช่น ไม่ให้เด็กรับประทานไข่แดง ก่อนอายุ 7 ปี
หรือการไม่ให้ยาสีฟันที่เป็นแฉ่วแฉ่ง เคี้ยวข้าวให้หลานรับประทาน หรือการเอาขวดนมออกจากปาก
ในช่วงที่เด็กหลับ เป็นต้น ไม่มีชาวบ้านรายใดกล่าวถึงการใช้ฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ

□ เด็กทุกคนต้องมีฟันผุ

มีชาวบ้านอีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 5.56) คิดว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่เด็ก
ทุกคนต้องเป็นฟันผุ ไม่สามารถป้องกันได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของแม่อายุ 36 ปี รายหนึ่งที่ว่า

“ถ้าคนจะผุ ยังไงต้องผุ ถ้าคนจะเป็น ให้แปรงรักษาอย่างไร ก็
เป็น ห้ามไม่ได้ อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ต้องเป็นทุกคน ยังไงก็
เป็น มันป้องกันไม่ได้ จะเป่าหรือเสกคาถาอะไร ไม่มีอะไร
ป้องกันแฉ่วแฉ่งได้”

แม่รายนี้มีลูกอายุ 2 ปี 8 เดือน ซึ่งมีฟันผุบนด้านบนเคี้ยวใน ฟัน
หลังที่ยังไม่มีอาการปวด แม่ไม่เคยเช็ดฟันหรือแปรงฟันให้ และเด็กไม่ยอมมาให้เอาแปรงเข้าปาก

5.2 การปฏิบัติของชาวบ้านเมื่อเด็กเป็นโรคฟันผุ

เมื่อเด็กมีอาการผุในช่องปาก หรือมีอาการที่เกิดจากโรคฟันผุ ผู้เลี้ยงดูจะมี
ขั้นตอนการปฏิบัติหลายขั้นตอน ตั้งแต่การดูแลเด็กด้วยตนเอง ด้วยวิธีการที่เคยได้รับประสบการณ์
มาแล้ว หรือวิธีการที่ได้รับการบอกกล่าวมาจากบุคคลอื่น และหากทำแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้เลี้ยงดูจะ

แสวงหาการรักษาอื่นต่อไป จนกระทั่งเด็กหายจากอาการ ซึ่งการปฏิบัติของชาวบ้านอาจแยกพิจารณาได้ดังนี้

5.2.1 การดูแลด้วยตนเองเมื่อเด็กมีปัญหาในช่องปาก

เมื่อเด็กมีอาการผิปกติในช่องปาก ผู้เลี้ยงดูจะประเมินว่าเกิดจากอะไร เป็นอาการที่รุนแรงหรือไม่ สามารถหายเองได้หรือไม่ ซึ่งถ้าไม่รุนแรงมักจะรอดูอาการ โดยไม่ทำการรักษาใดๆ ถ้าอาการยังคงอยู่ ชาวบ้านจะใช้การดูแลตนเองเป็นอันดับแรก ตัวอย่างเช่น การดูแลกรณีเด็กเป็นแผลเหลือง ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะใช้การเช็ดฟัน แปรงฟัน หรือปล่อยให้ไม่ทำอะไร เนื่องจากเห็นว่าไม่มีอาการปวด ตัวอย่างวิธีการดูแลของแม่ เช่น

“ถ้ามีคราบสีเหลืองๆตรงฟันหน้า จะใช้ผ้าเช็ดออกเอา ถ้า นานเช็ด มันจะก้ามเข้า(เกาะจับแน่น)” หรือ
 “จะใช้มีดคัดเตอร์ขูดออกตอนเด็กหลับ เพราะเช็ดไม่ออก ถ้า เอามีดขูดแล้วจะขูดออก ขูดแล้วดีขึ้น แต่ไม่ขาวเหมือนเดิม”
 เป็นต้น

การดูแลตนเองของชาวบ้าน จะใช้สิ่งของที่มีอยู่ใกล้ตัว และด้วยวิธีการที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กมีอาการเจ็บลิ้น แม่รายหนึ่งจะใช้ผ้าอ้อมที่เปื้อนปัสสาวะใหม่ๆของเด็ก มาเช็ดลิ้นให้เด็ก ซึ่งเป็นวิธีการที่ yay และแนะนำให้ทำ เพราะทำแล้วเด็กจะหายเจ็บลิ้นได้ เป็นต้น

5.2.2 การดูแลตนเองเมื่อเด็กเป็นแผลแวม

เมื่อมีอาการปวดฟัน ชาวบ้านเลือกที่จะดูแลตนเองเป็นอันดับแรกเช่นกัน โดยในผู้ใหญ่เมื่อมีอาการปวดฟัน ส่วนใหญ่จะทนเอาหรือกินยาแก้ปวด บางครั้งอาจมีการดูแลตนเองด้วยวิธีอื่นๆร่วมด้วย สำหรับในเด็ก เนื่องจากชาวบ้านเชื่อว่า เด็กไม่สามารถถอนฟันได้ หรือหมอมจะไม่ถอนให้จนกว่าเด็กจะอายุ 7 ปี ต้องรอถ่ายแนว(ฟันแท้ขึ้น)ก่อน ทำให้เมื่อเด็กมีอาการปวด จึงมักจะให้รอดทนต่ออาการปวด หรือให้กินยาแก้ปวดเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ยาที่รับประทาน ส่วนใหญ่เป็นยาพาราเซตามอล ซึ่งขอได้จากสถานอนามัย หรือหาซื้อได้จากร้านค้าในหมู่บ้าน นอกจากนี้ ถ้าผู้เลี้ยงดูสังเกตพบว่า ฟันที่เด็กปวดมีเศษอาหารติดอยู่ ผู้เลี้ยงดูจะใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารออกให้ หรือให้เด็กแปรงฟัน ซึ่งพอจะช่วยบรรเทาอาการได้เช่นกัน ซึ่งในกรณีนี้อาจ เป็นไปได้ว่า ฟันที่เด็กปวด มีอาการของประสาทฟันอักเสบแบบผันกลับได้(reversible pulpitis) การกำจัดเศษอาหารในโพรงฟันซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นออก จึงทำให้บรรเทาอาการเจ็บปวดได้

ถ้าอาการปวดฟันยังคงไม่ดีขึ้น แม้จะรับประทานยาแก้ปวดหรือเคี้ยวเศษอาหารออกชาวบ้านจะหาสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว ใส่เข้าไปในโพรงฟันซึ่งมีอาการปวด เพื่อที่จะบรรเทาอาการ ตัวอย่างเช่น นมแมว(น้ำยาที่มีกลิ่นหอมๆเอาไว้ใส่ของหวาน) น้ำมันเครื่อง น้ำมันเบนซิน ผงชูรส ยาสีฟันดอกบัวคู้หรือยาสีฟันยี่ห้ออื่นๆ ยาทัมใจใส่ น้ำปลา ยาโบราณต่างๆ น้ำมันมะนาว เป็นต้น นำสิ่งเหล่านี้ใส่ในฟันโดยใช้สำลีจุ่ม แล้วอุดเข้าไปในรูฟัน เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งการตัดสินใจเลือกใช้สิ่งที่มาใส่ในฟัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของตนเอง หรือการได้รับการบอกกล่าวจากคนอื่น สิ่งที่น่ามาใส่มักเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในครัวเรือน และมีลักษณะเป็นของเหลวหรือสามารถทำให้เป็นครีม ซึ่งเมื่อใส่แล้วสามารถซึมลงไปในฟัน ทำให้รู้สึกเย็น แสบ หรือชา ซึ่งชาวบ้านคิดว่าเป็นการช่วยบรรเทาอาการปวดได้

“ของแมน ตอนอนุบาล 1 ปวด ให้ แม่เอานมแมว อันที่ใส่ของหวานอันหอมๆ เอาสำลีอันแคะซีหนู เอาจุ่ม มันเย็น มันซึมลงไปในฮาก พอใส่แล้วมันเช่าเลย บ่ได้ปวดจักเทื่อ อันใส่นมแมวนี้ ข้าเจ้าเว้าให้ฟังตั้งแต่บ่อย จำได้แล้วว่าไผ่” แม่อายุ 28 ปี ระบายหนึ่งกล่าว

การนำสิ่งต่างๆที่อยู่ใกล้ตัว อุดเข้าไปในโพรงฟัน เพื่อบรรเทาอาการปวดสามารถทำได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ชาวบ้านบอกว่าหลังทำแล้วอาการปวดจะน้อยลง แต่เป็นเพียงแค่การบรรเทาอาการในระยะหนึ่ง อาการปวดจะไม่หายขาด ดังที่มีชาวบ้านกล่าวว่า

“เอายาใส่มันไม่ดี มันไม่หมดพิษ”

“เอาสำลีจุ่มหายอยู่ที่แรก แต่บ่โดน (หายจากอาการ แต่ไม่นาน)”

“เป็นแหว่แมง ทายา ใส่ยาไม่มีหาย” หรือ

“จะไม่หายแต่พอทุเลา กินข้าวอีกก็เจ็บอีก” เป็นต้น

5.2.3 การใช้ระบบการแพทย์พื้นบ้านดูแลเมื่อเด็กเป็นแหว่แมง

ชาวบ้านใช้น้ำยาแก้แหว่แมง ซึ่งมีพ่อค้านำมาขายในหมู่บ้าน (ลักษณะเป็นยาน้ำใส สีน้ำตาล บรรจุในขวดแก้วทรงกระบอก คอขวด ขนาดเล็ก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขวดประมาณ 1 เซนติเมตร มีกลิ่นคล้ายยาดมแก้เวียนศีรษะ บรรจุในกล่องกระดาษสีเขียว ฉลากข้างกล่องไม่มีภาษาไทย อ่านออกเพียงคำว่า menthol ราคาขวดละ 20 บาท) ใช้ใส่เข้าไปในรูฟัน อมไว้สักครู่หนึ่งแล้วบ้วนทิ้ง ชาวบ้านบอกว่าสามารถบรรเทาอาการปวดฟันได้

นอกจากนี้ มีหมอสุมุนไพรนำสุมุนไพรแก้ปวดฟัน มีลักษณะเป็นรากไม้มาขายในหมู่บ้าน (ขนาดท่อนยาวประมาณ 1 นิ้ว ราคา 10 บาท) นำมาใส่ฟัน โดยเอารากไม้ที่จุ่มน้ำ

พอหมด แล้วเอามาฝน หยอดน้ำเปล่าหรือน้ำมะนาวเพิ่มเล็กน้อย หลังจากนั้น ใช้ล้าสิจุ่มใส่ฟันที่ปวด ชาวบ้านบอกว่าสามารถบรรเทาอาการปวดฟันได้เช่นกัน

ชาวบ้านมีการนำเอาสมุนไพรที่หาได้ทั่วไปในหมู่บ้าน มาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดฟันด้วยเช่นกัน ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เช่น การเอามีดชุดเปลือกต้นคูณบางๆ แล้วนำห่อใส่ใบตองและเผาไฟ หลังจากนั้นนำมาผสมเกลือ แล้วนำมาใส่ในรูฟัน หรือ การใช้ “เครือเชิง” (สมุนไพรพื้นบ้าน มีลักษณะเป็นไม้เนื้อแข็งมีหนามแหลม) เผาไฟ แล้วเอายางมาทาที่ฟัน ชาวบ้านเชื่อว่าใช้แล้ว ฟันจะแข็งแรงทนทานเหมือนความแข็งของหนามเครือเชิง หรือ การใช้ “ชะส่องฟ้า” หรือ “ฮากส่องฟ้า” (สมุนไพรพื้นบ้าน ใบเป็นจุดๆ ใบขนาดเท่าฝ่ามือ) มาบดแล้วยัดใส่ตรงรูฟันที่เป็นแมง สมุนไพรอื่น ๆ ที่มีการใช้แก้ปวดฟัน เช่น ใบส้มป่อย รากผักอีเล็ด(ใบชะพลู) เป็นต้น ซึ่งความรู้ด้านสมุนไพรที่นำมาใช้แก้ปวดฟันนี้ ได้รับการถ่ายทอดมาจากผู้สูงอายุในชุมชน

๑. แช่วแมง เป่ารักษาไม่ได้

แม้ชาวบ้านที่ศึกษาเป็นชาวไทย ซึ่งมีประเพณี วัฒนธรรม รวมทั้ง ความเชื่อ ที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีการรักษาความเจ็บป่วยทางกาย โดยใช้การเป่าคาถา การเป่าน้ำมันต์ หรือ การเหยา แต่กลับไม่พบว่าชาวบ้านใช้วิธีการดังกล่าว ในการบำบัดความเจ็บป่วยที่เกิดจากฟัน ชาวบ้านทุกคนที่สัมภาษณ์ เห็นว่าอาการปวดหรือเจ็บแหว่แมง ไม่สามารถเป่าได้ เนื่องจากไม่มีหมอมือเป่ารักษาแหว่แมง หรือ เป่าแล้วไม่หายจากอาการปวด ดังนั้น ถ้าใช้วิธีการดูแลตนเองแล้วไม่หาย ต้องพึงการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น

“เป่าแหว่ให้มันดีคือเก่า บ่ได้ เพราะมันบ่แม่น อยู่ในอยู่ข้างเหมือนกระดูก ถ้ากระดูกแตกเป่าได้ แต่แหว่เนี่ยยังเห็น (ยิ้มแล้วมองเห็น) เป่าบ่ได้ บ่ดีคัก(ไม่หายขาด) มันก็ต้องถอนเอา”
ชาวบ้านรายหนึ่งกล่าว

“ถ้าลึนเป็นกาง เป่าได้ ถ้าฟันเป็นแมงเป่าไม่ได้ ฟันผู้ใหญ่ ก็เป่าไม่ได้ มีอย่างเดียวคือ หมอถอนให้ ต้องถอน ไม่หายหรอก ถ้าไม่ถอน” หญิงวัย 29 ปี รายหนึ่งกล่าว

หมอมือเป่าซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนในหมู่บ้าน ให้สัมภาษณ์ในลักษณะเดียวกันว่า

“พ่อก็ยังเป็นเลย เจ็บแหว่แมงนี้ เป่ารักษาไม่ได้ ไม่มีคาถา พ่อก็กินยาอนามัย แล้วไปให้หมอถอนออกคือกัน(เหมือนกัน)”

5.2.4 การรักษาเมื่อเด็กมีปัญหาโรคฟันผุ

การรักษาແ່ວແມง ในความคิดของชาวบ้าน มีหลายรูปแบบแตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากการผสมผสานความคิด ทั้งจากประสบการณ์ตรงของตนเอง การลองผิดลองถูก การสังเกต การบอกเล่าจากผู้สูงอายุ หรือจากเพื่อนบ้าน การได้รับข้อมูลหรือความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งอิทธิพลของสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่างๆ นำมาสู่แนวการปฏิบัติของตนเอง

นอกจากนี้ วิธีการรักษาที่ชาวบ้านเลือกปฏิบัติ ยังมีความแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค การเห็นความสำคัญของปัญหาที่เผชิญ สถานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งสถานการณ์ชีวิตในขณะนั้น การรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากฟันของชาวบ้าน อาจจำแนกเป็นกลุ่มๆ ได้ ดังนี้

5.2.4.1 การปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ

เมื่อชาวบ้านรับรู้ว่ เด็กมีลักษณะของฟันผุผิดปกติ หรือมีอาการปวดฟัน เหตุผลส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านจะไม่ดำเนินการใดๆ หรือปล่อยให้อาการหรือความผิดปกตินั้นดำเนินต่อไป คือ การที่ฟันซี่นั้นๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด ตัวอย่างความเห็นของชาวบ้าน ได้แก่

“ถ้ายังไม่ปวด ไม่ต้องทำอะไร”

“ปวดก็ถอน ไม่ปวดก็ปล่อย”

“ปล่อยจนมันปวดก็ถอน ไม่เจ็บก็ไม่ถอน” เป็นต้น

ส่วนชาวบ้านที่มีความเชื่อว่า ไม่สามารถรักษาฟันที่ผิดปกติไปแล้วได้ และผู้ที่มีความเชื่อว่า ฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากไม่นาน พออายุ 6 – 7 ปีก็หลุดไป ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา ไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม ก็จะไม่ดำเนินการใดๆกับปัญหาฟันของเด็กที่พบ เช่นกัน

“เหลืองก็ปล่อยไว้ ฝุแล้วรักษาไม่ได้ ต้องปล่อยเลย ให้มันกินไปเรื่อยๆ”

“รักษายาก ถ้าแวงมันกินแล้ว”

“พอฮอด 6-7 ปี เดียวมันเปลี่ยนเอง”

“ถ้าเป็นไม่ต้องอุด ถอนเลย เดียวฟันแท้ก็ขึ้น” หรือ

“จำเป็นก็อุด ไม่จำเป็นก็ไม่อุด เวลาฟันออก มันก็เปลี่ยนเอง ไม่มีเวลาไป ไม่จำเป็นเท่าไร แต่ถ้าเป็นฟันผู้ใหญ่จะอุด ของเด็กทำไม่ทำมันก็หลุด” เป็นต้น

นอกจากนี้ การไม่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาอย่างเพียงพอ เป็นอีกเหตุผลสำคัญ ที่ทำให้ชาวบ้านตัดสินใจไม่พาเด็กไปรับการรักษาเช่นกัน ดังเห็นได้จากความคิดเห็นของชาวบ้านที่ว่า

“ไม่รู้ว่าเป็นไม่มากจะรักษาได้มั้ย” หรือ

“ไม่รู้หมอชุดให้เด็กมั้ย แล้วจะชุดออกมั้ย” เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อสัมภาษณ์ถึงเหตุผลอื่นๆ ที่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาหรือไม่รักษา พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นว่า การเสียเวลาทำงาน การขาดรายได้และการเดินทางไปรับการรักษา ไม่ใช่เหตุผลสำคัญ ที่ทำให้ชาวบ้านไม่พาเด็กไปรักษา

“ถ้าต้องไปทำที่โรงพยาบาลก็ไปได้ แม่ขับรถไม่เป็นก็ให้พ่อพาไปได้ ถ้าทำแล้วมันหยุดเป็น หายปวด ก็ต้องพยายามไปทำ ถ้าไปหลายครั้งก็ไป ถ้าลูกไม่ทำเราก็บังคับ ดีกว่ามันปวดยิ่งทรมาน ต้องหาเวลาพาไป เพราะมือ(วัน)ที่เราทำงานมากกว่าไปหาหมอ ไม่ได้ไปทุกมือ ไม่ได้ลำบาก ไปได้ ถ้าหมอทำให้ได้”

“เสียเวลาก็คุ้ม ถ้าหมอทำให้แล้วไม่ปวด”

“ที่ไม่ไป เพราะคิดว่ามันจะเขาเอง จริงๆก็คงไป(หาหมอ)ได้ มัวแต่ไปเฮ็ดเวียก เฮ็ดนา (ทำงาน ทำนา)”

“ถึงหลายครั้ง ก็คงจะไปได้ แต่ถ้าเป็นฟันน้ำนม จะไม่ทำ เสียวก็หลุดเอง”

ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษา ถ้าไม่แพงจนเกินไป ชาวบ้านก็คิดว่าสามารถจ่ายเพื่อการรักษาได้ ซึ่งในความเป็นจริง เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี ได้รับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว ซึ่งความคุ้มครองบริการทางการแพทย์ โดยไม่เสียค่าบริการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้าน ทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริม การเคลือบหลุมร่องฟัน การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอม ฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ, 2544) ตัวอย่างความเห็นของชาวบ้านในประเด็นเรื่องค่ารักษา ได้แก่

“ถ้ารักษาฟันซี่ละ 50-100 บาทก็พอไหว แต่ถ้า 200 บาทไม่ไหว”

“ถ้ารักษาแล้วไม่ปวดก็น่าทำ แต่ถ้าเสียเงินเยอะๆ ก็คงไม่ไหว”

“ไม่ได้นึกว่ามันแพง ว่าซีลจะรั้อย แต่คิดว่าพื้นน้ำนมเดี๋ยวกี้หลุด
อยู่ดี”

“ถ้าทำแล้วสวยกิน่าทำ แต่ถ้าใกล้หลุดกี้จะไม่ทำ หมอทำให้ได้
แต่เรากลัวเสียเงินเยอะ” เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นเพียงประเด็นหนึ่งในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา แต่การไม่เห็นความสำคัญของพื้นน้ำนมเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้ ชาวบ้านไม่พาเด็กไปรับการรักษา

5.2.4.2 การรักษาโดยการอุดพื้น

จากการสัมภาษณ์พบว่า ชาวบ้านส่วนหนึ่งเห็นว่าสามารถรักษาด้วยการอุดพื้นได้ ถ้าพื้นซี่นั้นยังผุไม่มาก ยังไม่เป็นแห้วแมง หรือ เด็กโตพอ

“ถ้ามันเป็นน้อยก้อุดได้ เป็นน้อย คือ เป็นไม่เกินครึ่งซี่”

“อุดได้ถ้ามันเป็นแต่ขอบๆ ยังไม่ถึงใจมัน/แกนมัน/รากมัน”

“อุดพื้นได้เฉพาะแห้วหัก ถ้าแห้วแมงหรือแห้วเหี้ยนอุดไม่ได้”

“เด็กก้ออุดได้ เห็นลูกคนอื่นไปอุดมา แต่ไม่ใช่เด็กเล็กๆ”

“อุดเพราะกลัวมันกินลึกลงไป”

□ พื้นน้ำนมอุดไม่ได้

แม้ชาวบ้านบางส่วนคิดว่า เด็กสามารถอุดพื้นได้ ภายใต้งื่อนไขบางประการ (เช่น ต้องเป็นไม่มาก หรือ ต้องเป็นเด็กโต เป็นต้น) แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ กลับเชื่อว่า ถ้าพื้นน้ำนมผุหรือเป็นแมงแล้ว ไม่สามารถรักษาได้ ต้องรอให้ผุกร่อนไปเรื่อยๆ จนกว่าเด็กจะมีอายุ 6-7 ปี จึงจะไปถอนทิ้ง ซึ่งส่วนหนึ่ง เกิดจากการที่ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของพื้นน้ำนม หรือกลัวอุดแล้วทำให้พื้นแท้ไม่ขึ้น ตัวอย่างความคิดเห็นของชาวบ้านในประเด็นดังกล่าว ได้แก่

“จำเป็นก้ออุด ไม่จำเป็นก้อไม่อุด เวลาพื้นออกมันก็เปลี่ยนเอง ไม่มีเวลาไป ไม่จำเป็นเท่าไร แต่ถ้าเป็นพื้นผู้ใหญ่จะอุด ของเด็กทำไม่ทำมันก้อหลุด”

“อุดไม่ได้ คิดว่าจะไม่อุดพื้นน้ำนม เพราะว่าเวลาอุด มันอุดลงไป ในราก กลัวพื้นไม่คุ(หลุด) เดียวพื้นแท้ไม่ขึ้น”

จากการสัมภาษณ์ พบประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจว่า เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านไม่พาเด็กไปรับการรักษา เกิดจากการที่ชาวบ้านไม่ทราบถึงทางเลือกอื่นในการรักษาพื้นน้ำนมสำหรับเด็กเล็ก เช่น การเคลือบหลุมร่องพื้น การอุดพื้น การรักษาจากพื้น ไม่ทราบว่าหมอ

สามารถรักษาให้ได้ หรือคิดว่าเด็กเล็กหมอมไม่ทำให้ ต้องเข้าโรงเรียนแล้ว หมอถึงจะทำได้ ตัวอย่างความคิดเห็นของชาวบ้านในประเด็นดังกล่าว ได้แก่

“ของเด็กเห็นมีแต่หมอมมาถอนให้ ไม่รู้ถอดหรือทำอย่างอื่นได้มัย”

“ฟันเด็กน้อย หมอมมีแต่ถอนออก ถ้าฟันผู้ใหญ่ หมอถอดให้อยู่”

“ของผู้ใหญ่ ถ้าเป็นซี่ในสุดหมอมจะถอน ถ้าเป็นซี่กลางๆหมอมจะถอดให้ แต่ถ้าฟันน้ำนมหมอมไม่ถอดให้ จะถอนออก”

“ไม่เคยพาไปถอด ไม่รู้ดีมัย ยานพาไป หมอมไม่ถอดให้”

“เคยเห็นแต่ผู้ใหญ่ถอด”

“เป็นน้อยๆ หมอมก็ไม่ถอดให้ เพราะฟันน้ำนมต้องเอาทิ้ง”

“เป็นน้อยๆ ก็ไม่เห็นหมอบอกถอดได้”

“คิดว่าคงต้องถอน เพราะเห็นหมอมมีแต่ถอนอย่างเดียว”

“ป1. ป.2 หมอถอดให้ แต่เด็กเล็กๆไม่รู้ทำมัย” เป็นต้น

เหตุผลอื่นที่ทำให้ชาวบ้านไม่รักษาด้วยการถอดฟัน ได้แก่ การมีประสบการณ์ เห็นคนอื่นไปถอดมาแล้วปวดบวม หรือคิดว่าเป็นมากเคยปวดแล้ว ถ้าไปถอดอาจจะปวด จึงไม่ไปถอด

“ของผู้ใหญ่เห็นเขาไปถอดมาอยู่ได้ 2 – 3 ปี ที่ถอดก็หลุดออก แล้วก็ปวดอีก ตอนถอดมากินอะไรก็ติด สุดท้ายต้องไปถอนอยู่ดี สงสัยจะทำอะไรไม่ได้ ต้องรอถอน เคยเห็นแต่ คนที่เขาปวดฟัน ไปหาหมอมถอนฟัน”

“ถ้าเป็นแหว่งแล้ว ถอดแล้วก็ปวดอีก”

“เห็นลูกสาวไปถอดมา ถอดแล้วปวดเหอหมด(บวม) ยายคิดว่าถอดไม่ดี ถอดแล้วมันปวด เป็นสองคนแล้ว ที่ฟันแหว่งแล้วไปถอดปวดหน้าเหอ(หน้าบวม)”

“ถอดไม่ได้เพราะมันกินเข้าไปข้างในแล้ว ถอดแล้วก็ปวด ถ้ามันโกลนเข้าไปสอดฟันสอดเหงือก” เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ของชาวบ้านต่อการรักษาทางทันตกรรมที่ผ่าน มาของคนในหมู่บ้าน หรือจากประสบการณ์ของตนเอง ก่อให้เกิดแบบแผนความคิดเกี่ยวกับการถอดฟันว่า ถ้าเป็นผู้ใหญ่สามารถถอดฟันได้ แต่ต้องไม่มีอาการปวด และต้องไม่ใช่ฟันซี่ในสุด ส่วนเด็กสามารถถอดได้ ถ้าอายุมากพอและฟันผู้ไม่มาก ในเด็กเล็กและฟันน้ำนมถอดไม่ได้ ต้องถอนเท่านั้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเหตุผลหลักของชาวบ้านที่มีต่อการไม่อุดฟันน้ำนม ได้ดังนี้

- 1) เชื่อว่าเป็นธรรมชาติของฟันน้ำนมที่อยู่ไม่นาน จะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่
- 2) ประสบการณ์ที่เคยเห็นคนที่รักษาด้วยการอุดฟันแล้วปวดอีก
- 3) การไม่ทราบทางเลือกในการรักษา ไม่แน่ใจว่าหมอรักษาให้ได้หรือไม่

เหตุผลประการแรก เป็นความเชื่อที่มีมาแต่เดิม ยากแก่การปรับแก้ ความเชื่อ เหตุผลประการที่สอง เป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การสร้างรูปแบบความคิด เกี่ยวกับผลสำเร็จของการรักษา ส่วนเหตุผลประการหลังสุด เป็นการรับรู้ที่เกิดจากรูปแบบการให้บริการทันตกรรม และการให้ความรู้ การให้คำแนะนำของทันตบุคลากร

5.2.4.3 การรักษารากฟัน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบมีผู้เลี้ยงดูเด็กเพียงรายเดียว ที่กล่าวถึงการรักษารากฟันในเด็ก ซึ่งผู้เลี้ยงดูเด็กรายนี้กำลังรับการรักษารากฟันของตนอยู่เช่นเดียวกัน

“หมอมไม่ถอนให้เพราะยังเล็ก ให้รักษาราก รักษาเส้นรากฟัน แล้วอุดรักษารากมันจะไม่ปวด ถ้าไม่รักษามันก็ปวด หมอบอกว่าทำได้อยู่ แต่มันย่านหมอม ไม่ยอมอมอ้าปาก ของแม่รักษาแล้วไม่ปวดเลย หมอมาใหม่ให้รักษารากฟัน แต่ก่อนหมอมไม่แนะนำ แม่ก็ถอนเหมือนกัน” แม่อายุ 26 ปี กล่าว

5.2.4.4 การถอนฟัน

เมื่อเด็กมีปัญหาปวดฟัน หลังจากที่บ้านดูแลรักษาด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาอาการแล้ว ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะนึกถึงการพาเด็กไปถอนฟัน ซึ่งชาวบ้านเห็นว่าเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุด เมื่อเป็นแล้วถอนแล้ว

“เป็นมากแล้วต้องถอน ไม่หายหรอก ถ้าไม่ถอน”

“เป็นดำๆไม่เจ็บก็ถอน ไม่ถอนไม่ได้ รอนานกว่าฟันจะหลุด ต้องรอฟันใหม่อีก”

“ต้องพาไปถอน ไม่ถอนไม่ได้ มันไม่หลุด เพราะมันกินถึงโคน มันแล้ว ถ้าไม่ถอน ฟันแท้ขึ้นไม่งาม”

จะเห็นว่า ส่วนใหญ่ชาวบ้านต้องการให้เด็กถอนฟัน เนื่องจากไม่ต้องการให้เด็กทรมานจากอาการปวดฟัน และเกรงว่าจะทำให้ฟันแท้ขึ้นไม่สวยถ้ามีฟันน้ำนมคาอยู่

โดยจะไม่คำนึงว่าจะทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของเด็กลดลง เกิดการสูญเสียพื้นที่ขากรรไกรทำให้ฟันซ้อนเก กรณีที่เป็นการถอนฟันหน้า จะไม่คำนึงถึงปัญหาความสวยงาม หรือผลที่มีต่อความมั่นใจของเด็ก

๒ ปวดแล้วถอนไม่ได้ และอายุยังไม่ 6 ปี หมอไม่ถอนให้

ความเชื่อเกี่ยวกับการถอนฟัน ในประเด็นการมีอาการปวดและอายุที่เหมาะสมในการถอนฟัน เป็นความเชื่อที่เด่นชัดของชาวบ้านในหมู่บ้านนี้ ชาวบ้านเชื่อว่า การที่จะถอนฟันได้ เด็กต้องไม่มีอาการปวด ถ้ายังปวดอยู่ต้องกินยาแก้ปวดจนกว่าจะหายปวด จึงจะไปถอนได้ หรือความเชื่อที่ว่าเด็กไม่สามารถถอนฟันได้ หรือหมอจะไม่ถอนให้ จนกว่าเด็กจะอายุ 6 - 7 ปี ต้องรอถ่ายแนว(ฟันแท้ขึ้น)ก่อน ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ เกิดจากประสบการณ์ การพาเด็กไปรับการรักษาจากทันตบุคลากร หรือจากการบอกเล่าของคนในหมู่บ้าน

“ถ้าปวดแล้วถอน มันจะถึงหัวใจ เพราะหัวใจมันอ่อน เจ็บอยู่แล้วไปถอน ยิ่งเจ็บแรงแยงยามหมดยามิน(เจ็บมากเมื่อยาชาหมดฤทธิ์)”

“ถ้าปวดแล้ว ถอนไม่ได้ มันจะบวม”

“ตอนปวดหมอไม่ถอนให้ ต้องกินยาแก้ปวด รอหายปวด แล้วค่อยไปถอน”

“เป็นเยอะแล้ว ต้องถอน แต่รอก่อน มันยังไม่ปวด พอปวดแล้ว กินยาแก้ปวด หายปวดแล้วไปถอน”

“เด็กปวดพาไปหาหมอ แต่หมอไม่ถอนให้ ว่ายังไม่ทัน 6 ปี ยังไม่ถ่ายแนว(ฟันแท้ยังไม่ขึ้น)”

“ในเด็ก หมอไม่ถอนให้ ถ้าอายุยังไม่หอด 6 - 7 ปี ยิ่ง

ข้างเทิง(ฟันบน) หมอยังไม่ถอน รอมันถ่ายเอง”

“เป็นด้านหน้าหรือด้านในก็ต้องรอ 7 ปี”

“ลูกเป็นแนวแวง พาไปหาหมอ หมอไม่ยอมถอนให้ ว่าให้รอฟันแท้ขึ้นก่อน”

จากความเชื่อดังกล่าว ส่งผลต่อการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดู เมื่อเด็กมีอาการปวด จึงมักจะให้เด็กกดทนต่ออาการปวดหรือให้กินยาแก้ปวด ยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นยาพาราเซตามอล ซึ่งขอได้จากสถานีนามัย หรือหาซื้อได้จากร้านค้าในหมู่บ้าน การกระทำดังกล่าวทำให้โรคลุกลามมากขึ้น และอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของเด็กมากขึ้น

□ ถอนฟันแล้วเสียวสายนตา

จากการสัมภาษณ์ชาวบ้าน พบว่า ความเชื่อในเรื่องการถอนฟันทำให้เสียวสายนตาพบได้ทั่วไป โดยเฉพาะการถอนฟันในผู้ใหญ่ แต่ในส่วนของเด็กนั้น มีทั้งส่วนของชาวบ้านที่เชื่อว่า สามารถถอนฟันได้ ไม่ทำให้เสียวสายนตา เพราะเป็นฟันน้ำนม และชาวบ้านส่วนที่เชื่อว่า จะมีผลต่อสายนตาเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถอนฟันบน และเชื่อว่าต้องไม่ถอนครั้งละหลายๆซี่

“ยายก็ว่ายายปวด แต่ไม่กล้าไปถอน หนเอา มีแม่เฒ่าบอกถอนแล้วตาเสียเส้น ยิบๆยอกๆ อันแหว่ยายก็ยิบๆยอกๆ เลย่านบ่กล้าไปถอน หนเอา จนมันกินหมด เห็นเขาเป็นก็ย่าน”

“ถอนฟันย่านเส้นประสาท ตามัวตาบอด ตามองไม่เห็น ตาบดี”

“ถ้าถอนแหว่ข้างเท็ง(ฟันบน) จะเสียประสาทตา”

“เด็กน้อยก็เสียวสายนตา เวลาถอนฟัน”

“ฟันน้ำนมถอนได้ เด็กน้อยยังไม่เป็นประสาท ไม่เหมือนผู้เฒ่า”

“แหว่น้ำนมถอนได้แต่ต้องเพื่อละเล็มสองเล่ม(ครั้งละ 1-2 ซี่) มากกว่านั้นไม่ได้”

5.2.4.5 การรักษาอื่นๆ

การรักษาฟันผุหรือแหว่แฉ่งด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การครอบฟัน ไม่พบว่า มีเด็กคนใดในหมู่บ้าน เคยรับการรักษาด้วยการครอบฟัน และไม่พบมีชาวบ้านคนใดกล่าวถึงประเด็นดังกล่าว เมื่อผู้วิจัยนำแผนภาพตัวอย่างซึ่งแสดงลักษณะการบูรณะฟันน้ำนมด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิมให้กลุ่มตัวอย่างดู ในเบื้องต้นพบว่า ชาวบ้านเห็นว่าเป็นฟันที่ไม่สวย คล้ายฟันเป็นแฉ่ง เพราะสีไม่ขาวเหมือนฟันปกติ แต่เมื่อทราบว่าเป็นการรักษาด้วยการใส่ครอบฟันโลหะ ชาวบ้าน คิดว่าน่าจะทำได้แล้วมีประโยชน์ เพราะอาจช่วยให้เศษอาหารไม่ตกลงไปในรูฟัน ทำให้เด็กไม่ปวด

5.3 อิทธิพลของทัศนบุคลากรที่มีต่อการปฏิบัติแบบชาวบ้าน

จากการที่ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของชาวบ้านหลายประการ ตัวอย่างเช่น ความเชื่อว่า ฟันน้ำนมถอดไม่ได้ หรือ ปวดแล้วถอนไม่ได้ และเด็กอายุยังไม่ 6 ปี หมอไม่ถอนให้ ความเชื่อเหล่านี้ มีส่วนเชื่อมโยงกับการได้รับคำแนะนำและรูปแบบการให้บริการของทันตบุคลากร เพื่อให้ทราบถึงที่มาของแบบแผนความคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการสังเกตการปฏิบัติงานและสัมภาษณ์บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำสถานีอนามัยบ้านเหล่ากลาง รวมถึงทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ในประเด็นรูปแบบ

การให้บริการทันตกรรม เหตุผลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และการให้คำแนะนำผู้รับบริการ ผลจากการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ดังนี้

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในสถานีนามัย ตั้งแต่เริ่มรับราชการ มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการให้บริการทันตกรรมในสถานีนามัย สัปดาห์ละ 3 วัน ดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในพื้นที่ และรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าสถานีนามัย ได้อธิบายรูปแบบการปฏิบัติงานในสถานีนามัย ให้ทราบว่า ด้านการให้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่เป็นการถอนฟัน ขูดหินปูน และการอุดฟันด้วย อมัลกัม ผู้ที่มาใช้บริการมักจะมาด้วยการมีปัญหาปวดฟัน หรือฟันผุมากจนไม่สามารถรักษาได้ จึงเป็นการให้บริการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ หลังรักษาแล้วจะให้คำแนะนำการรักษาต่อ แต่ผู้ป่วย มักไม่มารับบริการ ซึ่งคิดว่าอาจเนื่องจากไม่มีอาการปวด

ด้านความคิดเห็นที่มีต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีความเห็นว่า สาเหตุหลักของฟันผุในเด็กเล็ก เกี่ยวข้องกับการไม่แปรงฟันมากกว่าเกิดจากการรับประทานนมของเด็ก การให้ทันตสุขศึกษาจึงเน้นให้ผู้ปกครองหมั่นแปรงฟันให้เด็ก นอกจากนี้ ยังมีความเห็นว่าฟันน้ำนมมีความสำคัญ จำเป็นต้องดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการรักษาพื้นที่ใน ขากรรไกร

การเลือกวิธีการรักษา จะพิจารณาจากอายุเด็ก ในแง่ความสามารถในการให้ความ ร่วมมือ และพิจารณาจากความรุนแรงของการผุเป็นสำคัญ ถ้าเป็นเด็กเล็กจะไม่ทำการรักษา เนื่องจาก เกรงเด็กจะไม่ร่วมมือ และถ้าบังคับทำ เด็กอาจมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำฟัน ดังนั้น ในเด็กเล็ก ถ้า พบฟันผุเพียงเล็กน้อย ยังไม่มีอาการปวด หรือมีคราบสีเหลืองบริเวณผิวฟัน จะ แนะนำให้ผู้ปกครอง หมั่นแปรงฟันให้เด็ก โดยไม่ได้สาธิตวิธีการแปรงฟันเด็กให้ผู้ปกครองดู แต่ถ้าเด็กเล็กมีฟันผุกลาม มากจนมีอาการปวดฟัน จะจ่ายยาแก้ปวดให้เด็กรับประทาน และแนะนำให้พาเด็กไปรับการรักษาต่อ ที่โรงพยาบาล

ในกรณีเด็กเล็ก ซึ่งมีฟันหน้าบนที่ผุเหลือเพียงตอฟัน และเด็กไม่ให้ความร่วมมือ เจ้า พนักงานทันตสาธารณสุขจะไม่ถอนฟันให้เช่นกัน แต่จะแนะนำให้งดรับประทานนมและให้หมั่น แปรงฟัน เพื่อไม่ให้ฟันซี่อื่นผุมากขึ้น แต่ถ้าเด็กให้ความร่วมมือได้ และผู้ปกครองต้องการให้ถอนฟัน จึงจะถอนฟันให้ โดยไม่จำเป็นต้องรอให้มีอายุ 6 ปี ในกรณีที่เด็กให้ความร่วมมือได้พอควรและมีฟันผุ ซึ่งสามารถอุดได้ ถ้าเป็นฟันหลังจะอุดให้ แต่ถ้าเป็นฟันหน้า จะแนะนำให้ผู้ปกครองหมั่นแปรงฟัน และให้พาเด็กไปอุดฟันที่โรงพยาบาล เพราะที่สถานีนามัยไม่มีเครื่องฉายแสงและวัสดุสำหรับอุดฟัน หน้า ถ้ามีอาการปวดฟันมา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเห็นว่า สามารถถอนได้ แต่ถ้าบวมเป็นหนองร่วมด้วย ต้องให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทานก่อน แล้วแนะนำมาถอนฟันในภายหลัง

จากการที่ลักษณะการฟันที่พบในเด็กส่วนใหญ่ มักพบมากที่บริเวณฟันหน้าบน และพบมากในเด็กเล็ก การรักษาส่วนใหญ่ซึ่งสามารถทำได้ในสถานีนามัย จึงเป็นเพียงการให้คำแนะนำ และจ่ายยาแก้ปวดให้เท่านั้น

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีแนวคิดเรื่องการไม่แปรงฟันเป็นสาเหตุของโรคฟันผุในเด็ก จึงมุ่งเน้นการให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับการแปรงฟัน เป็นสำคัญถือเป็นสิ่งที่ดี แต่การไม่พิจารณาเรื่องการเลี้ยงเด็กด้วยนมและของเหลวอื่นอย่างไม่ถูกวิธีว่าเป็นอีกสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ทำให้ไม่เน้นการให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว จึงไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้อย่างครอบคลุม

การเลือกวิธีให้การรักษา โดยพิจารณาจากความร่วมมือของเด็ก และความรุนแรงของการผุ แล้วให้การรักษาเฉพาะเด็กที่ร่วมมือ และให้การรักษาภายใต้วัสดุและเครื่องมือที่มี เป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการให้บริการทันตกรรมในสถานีนามัย การที่ชาวบ้านได้รับเพียงยาแก้ปวด การแนะนำให้หมั่นแปรงฟัน และไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ชาวบ้านเกิดการรับรู้ และสร้างแบบแผนความคิดเกี่ยวกับการรักษาฟันผุในเด็กขึ้น เช่น เป็นเมงแล้วทำอะไรไม่ได้ หรือหมอมไม่รักษา ฟันน้ำนม เป็นต้น การไม่ถอนฟันหน้าบนที่เหลือแต่ตอในเด็กเล็ก เนื่องจากเด็กไม่ร่วมมือ และไม่ต้องการให้เด็กมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำฟัน แต่ทำการถอนฟันหน้าที่เหลือแต่ตอในเด็กอายุ 6 ปี เนื่องจากเด็กให้ความร่วมมือได้ดี ถูกตีความโดยชาวบ้านว่า เด็กเล็กหมอมไม่ถอนให้ ต้องรออายุ 6 ปีก่อน หรือเมื่อชาวบ้านมีการบวมเป็นหนองในช่องปาก ซึ่งมักมีอาการปวดฟันร่วมด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจะไม่ถอนฟันให้ทันที แต่จะให้รับประทานยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะก่อน เพื่อควบคุมการลุกลามของโรค แล้วจึงมาถอนในภายหลัง ชาวบ้านตีความว่า ถ้าปวดฟันแล้วไปหาหมอมหมอมจะไม่ถอนให้ แบบแผนความคิดเหล่านี้ของชาวบ้าน เกิดจากการมีโลกทัศน์หรือ มุมมองของชาวบ้านที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากการขาด การสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างกันอย่างเพียงพอ

อีกประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดชาวบ้านที่ว่า ฟันน้ำนมเป็นเขี้ยวเมงแล้วรักษาไม่ได้ ต้องถอนทิ้งอย่างเดียว คือ การไม่ทราบถึงทางเลือกในการรักษา จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ทั่วไป ประจำโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อการรักษาจากสถานีนามัยบ้านเหล่ากลาง เกี่ยวกับการรักษาโรคฟันผุในฟันน้ำนม พบว่า ถ้าเป็นการรักษาประสาทฟัน โดยทำการตัดเฉพาะประสาทฟันส่วนบน(Pulpotomy) จะให้การรักษา เพราะไม่ ยุ่งยาก และใช้เวลาในการรักษาไม่มากนัก แต่ถ้าจำเป็นต้องรักษาโดยการรักษาประสาทฟันถึงปลายราก(Pulpectomy) จะรักษาโดยการถอนฟันแทน เนื่องจากขั้นตอนยุ่งยาก ใช้เวลานาน ไม่สามารถทำการรักษาได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยอื่นรอรับบริการมาก ซึ่งทั้งการพาเด็กมารับการรักษาเมื่อโรคลุกลามไป

มาก จนไม่สามารถเก็บฟันไว้ได้ และการไม่ทราบถึงทางเลือกในการรักษา ล้วนเป็นที่มาของการส่งเสริมให้ชาวบ้านเกิดความเชื่อว่า ฟันน้ำนมเป็นแสลงแล้วต้องถอนทิ้งเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า แนวคิดและรูปแบบการให้บริการของทันตบุคลากร มีอิทธิพลอย่างมากต่อการสร้างแบบแผนความคิด ความเชื่อของชาวบ้าน

6. กรณีศึกษา

จากการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 12 ครอบครัว แล้วพิจารณาสภาพของครอบครัว สภาพช่องปากของเด็ก และการมีเงื่อนไขที่สำคัญบางประการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย สามารถนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษา จำนวน 6 ครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัว มีประเด็นแง่มุมที่สะท้อนให้เห็นถึง ความเชื่อมโยงแนวคิดแบบชาวบ้านกับบริบทแวดล้อมที่ต่างกัน ทำให้ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนของผู้เลี้ยงดู มีความแตกต่างกัน อันส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก

กรณีศึกษาที่ 1 ครอบครัวหลิน

หลิน เป็นเด็กชายอายุ 3 ปี 2 เดือน รูปร่างสมบูรณ์ ผิวคล้ำ ทำทางเรียบร้อย มักแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาดสอ้าน ต่างจากเด็กคนอื่นในรุ่นราวคราวเดียวกัน พ่อของหลินอายุ 36 ปี เป็นคนบ้านอู่ไม้ แม่ของหลินอายุ 30 ปี มาจากอีกหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอนิคมน้ำอ่าว มาอยู่ที่บ้านอู่ไม้มานาน 12 ปี ทั้งพ่อและแม่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลินมีพี่ชาย 1 คน อายุ 11 ปี เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านอู่ไม้ ช่วงที่สัมภาษณ์ พี่ชายหลินกำลังบวชเณรภาคฤดูร้อนอยู่ที่วัด ส่วนหลินเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของหมู่บ้านแล้ว พ่อของหลินเป็นกรรมการเงินด้าน (กรรมการเงินกองทุนหมู่บ้าน) เป็นกรรมการหมู่บ้าน และเป็นกรรมการวัด

ครอบครัวหลิน มีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่อ้อยประมาณ 50 ไร่ ทำนาข้าว 10 ไร่ ปลูกถั่วลิสงเล็กน้อย และมีการเลี้ยงไก่ไว้เป็นอาหารบ้าง รายได้ส่วนใหญ่ จึงมาจากการทำการเกษตร รายได้ของครอบครัวประมาณ 50,000 บาทต่อปี ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่าย นี่หลินมีเฉพาะเงินกู้เพื่อปลูกอ้อย จากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บ้านของหลินอยู่ทางทิศเหนือของหมู่บ้าน ใกล้กับวัดสว่างบ้านอู่ไม้ ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง มีส่วนครัวที่กั้นเป็นสัดส่วนบริเวณใต้ถุนบ้าน ส่วนห้องน้ำอยู่แยกออกจากตัวบ้าน บริเวณรอบๆบ้านสะอาดเรียบร้อย ไม่มีสิ่งของวางระเกะระกะ มีบ้านของปู่ย่า และลุงป้า อยู่ใกล้ๆ

พ่อและแม่หลินจะตื่นประมาณตี 4 เพื่อทำงานบ้านทั่วไป หนึ่งชั่วโมง และเตรียมอาหาร แม่ของหลินบอกว่า บ้านอยู่ใกล้วัด จึงไปทำบุญที่วัดทุกวัน และเวลาพระจะไปอุปัฏฐากที่

ไหน ก็จะมาเรียกให้พ่อของหลินขับรถมอเตอร์ไซด์พาไปเสมอๆ หลังจากกลับจากวัดแล้ว พ่อหรือแม่ก็จะไปส่งหลินที่บ้านครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พร้อมเตรียมอาหารกลางวันไปให้หลินด้วย ซึ่งมักจะเป็นข้าวเหนียวกับบั้งไก่หรือไข่ต้ม แล้วพ่อแม่จึงกลับมาทำไร่ ทำนา ช่วงเย็นทั้งครอบครัวจะรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน หลังจากนั้นจะอาบน้ำ แปรงฟัน ดูโทรทัศน์และเข้านอนประมาณ 20 นาฬิกา

สุขภาพของทุกคนในครอบครัวแข็งแรงดี แต่ปู่ที่บ้านอยู่ใกล้กันเป็นต้อหินที่ตา และหูไม่ดี ส่วนลุงและป้ามีลูก 1 คน ซึ่งเพิ่งเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์เมื่อไม่นานมานี้ ทำให้ลุงและป้ารักหลินและพี่ชายมาก มักจะซื้อลูกอม ขนมถุงให้หลานเสมอๆ

แม่บอกว่าหลินเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แข็งแรงไม่ป่วยง่าย แม่เลี้ยงหลินเองตลอด ตั้งแต่เกิด หลินได้รับประทานนมแม่จนอายุได้ 2 ปี ที่แม่ให้หย่าตอนนั้น เพราะหลินมีฟันขึ้นหลายซี่แล้ว เวลารับประทานนมแม่จะเจ็บ หลังจากหย่านม ช่วงแรกแม่ให้หลินรับประทานนมผงซองใส่ขวด แต่หลินไม่ค่อยดูดขวด แม่คิดว่าคงเป็นเพราะรสชาตินมเด็ก นมออกน้อยไม่ทันใจ แม่จึงชงนมผงให้รับประทานแค่ช่วง 6 เดือนแรกหลังหย่านม หลังจากนั้น หลินใช้หลอดดูดนมจากกล่อง หลินชอบรับประทานนมกล่องรสหวานและรสเปรี้ยว บางครั้งก่อนนอน แม่จะชงโอวัลตินใส่นมข้นหวานให้ หลินรับประทานประมาณค้อนแก้ว โดยน้ำที่ใช้จะต้องต้มสุกเสียก่อน เพราะพ่อของหลินเคยรับประทานแต่น้ำต้ม และถ้าไม่ต้มกลัวจะปวดท้อง ส่วนเรื่องอาหาร แม่เคยป้อนซีรีแลคให้หลินตั้งแต่อายุ 3 เดือน รับประทานได้ถึง 18 กระป๋อง แม่ผสมนมใส่ลงไปด้วย เหตุผลที่แม่ใช้ซีรีแลคเพราะง่าย สะดวก เห็นชาวบ้านคนอื่นๆทำ และจำได้จากโฆษณาในโทรทัศน์ พอหลินเริ่มเคี้ยวข้าวได้ แม่จึงต้มข้าวเจ้าให้ลูกรับประทาน จนลูกหิยข้าวเหนียวได้เอง แม่บอกว่าไม่เคยเคี้ยวข้าวให้ลูก เพราะเคยได้ยินมาว่า ถ้าเคี้ยวข้าวให้ลูก ลูกจะติดข้าวแมง แต่แม่กับพ่อเองไม่เคยเป็นแมงเช่นกัน

แม่ของหลินบอกว่าทุกคนในครอบครัว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ทุกคนมีฟันแข็งแรงดี ไม่เคยบ่นปวดฟัน ไม่เคยเป็นแผลแมง แม่ของหลินบอกว่า เห็นลูกคนอื่นเป็นจนปวดบวม ร้องไห้ เด็กส่วนใหญ่จะเป็นแผลแมง แต่ลูกของตัวเองไม่เป็น แม่คิดว่าเด็กทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นแผลแมง แม่เชื่อว่าแผลแมงเกิดจากการไม่แปรงฟัน เพราะหลินรับประทานนมเยาะเช่นกัน จะต้ององงให้ซีรีแลคทุกวันก่อนไปเรียน และลูกกับป้าชอบซื้อขนมให้ แต่หลินแปรงฟัน จึงไม่เป็นแผล ตอนลูกเล็กๆ พอรับประทานอาหารเสร็จแล้วมีอะไรติดฟัน แม่ก็จะเอามือเช็ดสะกิดเศษอาหารออก ถ้าไม่หมดจะเอาแปรงมาถูให้ แล้วมาเชียวอีกครึ่ง แม่จำได้ว่าตอนที่หลินอายุได้ 1 ปี 6 เดือน พาไปฉีดวัคซีนแล้วหมอที่อนามัยแจกแปรงและยาสีฟันมาให้ จึงเริ่มแปรงฟันให้ตอนนั้น ลูกเห็นพ่อและแม่แปรงจึงอยากแปรงด้วย หลินจะแปรงฟันวันละ 2 ครั้งพร้อมกับการอาบน้ำตอนเช้าและเย็น แม่จะบีบยาสีฟันยี่ห้อโคโดโมให้ลูก ส่วนแม่เองจะใช้ยี่ห้อคอลเกตกับโกลด์ซิด เพราะซื้อจากร้านค้ามีแต่ยี่ห้อนี้ และเคยใช้ประจำ แม่บอกว่าเห็นคนอื่นใช้เกลียดแล้วเอานิ้วถูเอา แต่แม่ไม่เคยทำ เพราะ

ใช้ยาสีฟันแล้วรู้สึกว่าการแปรงฟันดี ไม่มีกลิ่นปาก ถ้าไม่ใช้ยาสีฟันจะรู้สึกแปลก เพราะเคยใช้ประจำ เหตุผลในการแปรงฟันของแม่ เพราะต้องการเอาเศษอาหารออก เวลารับประทานแล้วอาหารติด จะรู้สึกไม่สบายปาก โดยเฉพาะถ้ารับประทานเนื้อยิ่งติดฟันจะรำคาญมาก หลินเคยชินกับการมีช่องปากที่สะอาดเช่นกัน แม่เล่าว่าหลังหลินรับประทานอาหารแล้ว มักจะมาอ้าปากให้แม่ช่วยเช็ดเศษอาหารให้เสมอ เมื่อหลินไปเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังรับประทานอาหารเสร็จแล้ว จะไปอ้าปากให้ครูช่วยเช็ดเศษอาหารให้ แต่ครูไม่เช็ดให้ หลินถึงกับบ่นว่าไม่อยากไปเรียนแล้ว ผลการตรวจสภาพช่องปากของหลิน พบว่ามีฟันน้ำนม 20 ซี่ และไม่พบมีฟันผุเลย

เมื่อให้แม่ดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าฟันเรียงชิดติดกันและเป็นสีขาว แม่เห็นว่าเป็นฟันปกติที่สวยงามดี แต่ถ้าฟันห่างกัน แม่คิดว่าเวลารับประทานอาหารแล้ว จะมีเศษอาหารไปติดง่าย ถ้าผิวฟันเป็นสีเหลือง แม่จะเรียกว่า “เป็นหินปูน” ซึ่งไม่มีอาการปวด จึงไม่ต้องรักษาอะไร แต่หินปูนจะจับติดแน่นที่ฟัน ทำให้ฟันค่อยๆ กว้างเข้าและเป็นแฉกต่อไป ถ้าฟันมีสีดำและเป็นโกลน(เป็นรูเข้าไปตรงกลางฟัน) แม่จะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “เป็นแห้วแฉก” และเห็นว่าถ้ามีเศษอาหารไปติดในรูจะทำให้ปวดฟันได้ ถ้าเป็นแฉกมากขึ้น ฟันจะหักจนเหลือแต่ตอ หมอจะบอกให้ถอนฟันออก เพราะถ้าไม่ถอนจะปวดและบวมได้ แต่ถ้าปวดหรือบวมแล้วไปหาหมอ หมอจะไม่ถอนฟันให้ หมอจะให้ยามารับประทานจนหายก่อนจึงจะถอนฟันให้ และไม่ทราบว่ามีหมอสามารถรักษาแบบอื่นได้หรือไม่ เพราะเคยเห็นหมอมาถอนฟันให้เท่านั้น

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวหลิน

ศูนย์ศึกษาด้านอนามัยส่วนบุคคล มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการรักษาอนามัยช่องปาก ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปลูกฝังพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยให้กับเด็กโดยตรง การปฏิบัติของพ่อแม่เป็นแบบอย่างที่สำคัญต่อการสร้างลักษณะนิสัยของเด็ก จะเห็นได้จากครอบครัวของหลินบริโภคน้ำต้มสุก และมีบ้านเรือนที่สะอาดเรียบร้อย พ่อและแม่มีการแปรงฟันเป็นประจำสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นถึงการมีสุขลักษณะด้านอนามัยของครอบครัวที่ดี ซึ่งส่งผลให้เกิดการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอให้กับเด็กด้วย นอกจากนี้ การที่พ่อและแม่ของหลินไม่เคยมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก และแม่เชื่อมั่นว่าแม่สามารถควบคุมการเกิดแห้วแฉกของลูกได้ เป็นอีกส่วนที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ถึงแม้ว่าหลินจะรับประทานขนมบ่อยและได้รับขนมจากลุงและป้าเสมอๆ แต่แม่สามารถควบคุมการเกิดโรคฟันผุด้วยการไม่เคี้ยวข้าวให้ลูก และพยายามให้ลูกแปรงฟัน จึงทำให้หลินปราศจากโรคฟันผุ ทั้งที่แนวคิดเรื่องสาเหตุ ลักษณะอาการ และการรักษาโรคฟันผุของแม่ไม่ต่างจากผู้เลี้ยงดูเด็กรายอื่นในหมู่บ้าน การมีสถานภาพทางสังคมของพ่อ อาจเป็นอีกส่วน ซึ่งมีผลให้ครอบครัวนี้ มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเป็นแบบอย่าง และต่างไปจากครอบครัวอื่น

กรณีศึกษาที่ 2 ครอบครัวบอส-แบม

บอส เป็นเด็กชายอายุ 2 ปี 5 เดือน ตัวเล็ก ผิวคล้ำ ค่อนข้างซน ไม่อยู่นิ่ง ส่วนแบมเป็นน้องสาวของบอส แบมอายุ 6 เดือน แม่ของบอสเป็นลูกสาวคนโตของผู้ใหญ่บ้าน แม่อายุ 29 ปี ส่วนพ่ออายุ 30 ปี ทั้งพ่อและแม่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พ่อของบอสมาจาก อีกหมู่บ้านหนึ่งที่อยู่ใกล้กัน บอสและแบมอาศัยอยู่ในบ้านไม่มีเลขที่ ในบริเวณหลังบ้านของตา ซึ่งเป็นผู้ใหญ่น้ำ ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวมุงด้วยจาก ยกพื้นสูงประมาณ 1 เมตร บนบ้านมี เพียงห้องเดียว ซึ่งใช้เป็นนอนและเก็บของต่างๆ มีโทรทัศน์ขาวดำ 1 เครื่อง มีเสื้อผ้าผาดแว่น กระจัดกระจายทั่วไป ไม่มีห้องน้ำ และห้องครัว แต่จะใช้รวมกับบ้านของผู้ใหญ่บ้าน พ่อและแม่ จะช่วยตาทำนา ทำไร่ และจะรับจ้างทำงานในไร่อ้อยของเพื่อนบ้าน แต่จะไม่ได้ไปรับจ้างทุกวัน แล้วแต่งงานที่มี ได้เงินค่าจ้างประมาณครั้งละ 100 บาท ซึ่งพ่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะปลูก ข้าวไว้รับประทานเอง และหาอาหารที่มีในท้องถิ่น อีกทั้งไม่มีหนี้สินอะไร พ่อและแม่ไม่มีบทบาท เป็นกรรมการของหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่แม่จะดูแลบอสและแบมเอง ช่วงกลางวันบางวันที่แม่ต้องไปช่วยทำนา แม่จะฝากให้ยายช่วยดูแลแบมแทนบ้าง บอสเล็กนมแม่ตอนอายุ 1 ปี 8 เดือน เพราะแม่ต้องเลี้ยง แบม ส่วนแบมยังดูดนมแม่อยู่คั่นละหลายครั้ง ตอนบอสอายุประมาณ 6 เดือน แม่เคยขงนมผง ตราหมีรสน้ำผึ้งใส่ขวดให้บอสรับประทาน แต่ทำได้ไม่นานต้องเลิก เพราะไม่มีเงินซื้อนมผงให้ จึงเปลี่ยนมาใช้น้ำข้าวข้าวใส่น้ำตาลขงใส่ขวดให้รับประทานแทน ตอนนี้นบอสไม่ยอมใช้น้ำขงนมแล้ว แม่เคยบ่อนซีรีแลคให้บอสรับประทานตอนอายุ 3 เดือน รับประทานได้ 2 กระป๋อง พออายุ 5 เดือน แม่ต้มข้าวใส่นม ผัก ใสเกลือให้รับประทาน แต่บอสเบื่อรับประทานได้น้อย แม่จึงเคี้ยวข้าวเหนียว กับเนื้อทอดให้รับประทาน แม่เห็นว่าวิธีนี้ทำให้บอสรับประทานข้าวได้มากกว่า บอสจะรับประทาน นมวันละหลายครั้ง โดยขอเงินจากตายายไปซื้อนมจากร้านค้าที่อยู่ใกล้ๆ หรือไปเลือกนมมา รับประทาน แล้วให้พ่อแม่ไปจ่ายเงินภายหลัง บอสเป็นเด็กที่ค่อนข้างเอาแต่ใจตัวเอง เมื่อต้องการ อะไรแล้วไม่ได้ จะลงไปนอนดิ้นเอาหัวโขกพื้นจนกว่าจะได้ของที่ต้องการ ซึ่งทำเช่นนี้แล้ว บอส มักจะได้ของที่ต้องการเสมอ โดยเฉพาะนม บอสชอบรับประทานน้ำหวาน ไอศกรีม ขนมถุง และปี ไข่ บอสเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว และเมื่อไปเรียนมักจะมีนมไปรับประทานด้วยเสมอ

แม่สามารถอธิบายได้อย่างละเอียดว่าเคยได้รับคำแนะนำใดบ้างจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล เช่น วิธีการให้นมลูก ต้องให้ลูกรับประทานนมแม่จนอายุ 4 เดือน การอาบน้ำให้ลูก การสังเกตพัฒนาการของลูก เป็นต้น แม่จะเป็นคนอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว และบ่อนข้าวให้ลูกเอง แม่กล่าวว่าทั้งพ่อแม่และลูกทั้งสองคน ไม่มีใครเป็นแพวแมง แม่คิดว่าแพวแมงเป็นจากการ รับประทานลูกอมแล้วไม่แปรงฟัน ส่วนนมอมบอกรอบต่างๆ ไม่ทำให้เป็นแพวแมง เพราะสังเกตเห็น น้องสาวคนเล็กของแม่(อายุ 8 ปี) รับประทานลูกอมบ่อยจึงเป็นแมง ส่วนสาเหตุที่บอสไม่เป็น แพว

วแมง แม่คิดว่าเป็นเพราะแม่แปรงฟันให้ทุกวัน แม่เริ่มแปรงฟันให้บอสตั้งแต่ฟันขึ้นมาใหม่ๆ และแม่จำได้ว่า ตอนบอสอายุเกือบ 2 ปี ไปฉีดยากระตุ้น(วัคซีน)ที่อนามัย หมอก็ก็นำแปรงและยาสีฟันมาบอกให้แปรงให้ลูก แม่คิดว่าถ้าเริ่มแปรงเช้าหรือรอให้เด็กอยากแปรงเอง ฟันจะผุ แม่เลือกให้บอสใช้ยาสีฟันเด็กยี่ห้อโคโคโม แม่บิบยาสีฟันและแปรงฟันให้บอสเอง เพราะถ้าปล่อยให้บอสแปรงเองจะกลืนยาสีฟัน ถ้าแม่แปรงให้จะคอยเตือนให้บ้วนยาสีฟันทิ้งได้ แม่คิดว่าจะแปรงฟันให้จนบอสอายุ 3 ปี บอสชอบแปรงฟัน ตอนแม่ไม่อยู่บอสจะบิบยาสีฟันแปรงเอง และเอามาถูบผมเล่น ทำให้ผมตั้งคล้ายทาเจลใส่ผม ในขณะที่สัมภาษณ์ได้ขอให้แม่แสดงการแปรงฟันลูกให้ดู พบว่า แม่สามารถแปรงฟันให้ลูกด้วยท่าทางที่ทะมัดทะแมง ลักษณะการแปรงฟันจะเป็นแบบถูไปมาในแนวอนทั่วทั้งปาก ใช้เวลาแปรงฟันประมาณเกือบ 1 นาที และบอสยอมอ้าปากให้แม่แปรงฟันโดยไม่ขัดขืนทั้งในทำนองและท่าอนขวางดัก จากผลการตรวจสภาพช่องปากพบว่าบอสมีฟันขึ้นในช่องปาก 18 ซี่ แบบมีฟันขึ้นในช่องปาก 4 ซี่ ทั้งบอสและแบบไม่มีฟันอยู่ในช่องปาก

เมื่อให้แม่ดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าฟันเรียงชิดกันและเป็นสีขาว แม่เห็นว่าเป็นฟันปกติที่สวยงามดี ถ้าผิวฟันเป็นสีเหลือง แม่จะเรียกว่า “เป็นหินปูน” จะไม่มีอาการปวด ถ้าฟันมีสีดำและมีอาการปวดร่วมด้วย แม่จะเรียกว่า “เป็นແຂວງແຂວງ” ถ้ายังไม่ปวดสามารถอุดได้ แต่อยู่ไม่นานวัสดุที่อุดก็จะหลุดออก และฟันน้ำนมก็จะหลุดไป แต่ถ้าฟันเป็นสีดำและตึยลงมากแล้ว ต้องถอนออก เพราะจะทำให้ฟันที่ขึ้นใหม่ เป็นແຂວງต่อไปได้ แม่เห็นว่สามารถทำให้ฟันขาวเป็นปกติ ไม่ແຂວງได้ ด้วยการแปรงฟัน

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวบอส-แบบ

การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็ก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของแม่ในการเลี้ยงดูลูก รวมถึงด้านการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยช่องปาก สถานภาพทางสังคมของแม่ อาจมีผลต่อโอกาสในการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รวมถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองและบุตรได้ดีกว่าชาวบ้านรายอื่นๆ การได้รับคำแนะนำการแปรงฟัน และการได้รับแจกแปรงสีฟันยาสีฟันในช่วงที่พาเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ไปรับวัคซีน เป็นส่วนที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เลี้ยงดูเด็ก เห็นความสำคัญของการเริ่มดูแลรักษาความสะอาดช่องปากของเด็ก การที่แม่เป็นผู้แปรงฟันให้ลูกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ประสิทธิภาพการแปรงฟันดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองโดยขาดการควบคุม นอกจากนี้ การคงพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างให้เด็กมีนิสัยชอบแปรงฟัน อันจะส่งผลต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในอนาคตอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การที่แม่มีความเชื่อว่านมถูบกรอบไม่เกี่ยวข้องกับฟันผุ และความคิดเห็นที่มีต่อการรักษาฟันผุในเด็ก เป็นส่วนที่ชี้ให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังควรได้รับการปรับแก้ไข เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

กรณีศึกษาที่ 3 ครอบครัวจุ่ม

จุ่ม เป็นเด็กหญิงอายุ 1 ปี 8 เดือน เป็นลูกคนเดียวของพ่อและแม่ พ่อของจุ่มอายุ 30 ปี เป็นคนบ้านอุ่มไผ่ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แม่ของจุ่มอายุ 30 ปี มาจากอีกหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดมุกดาหาร ย้ายมาอยู่บ้านอุ่มไผ่ได้ประมาณ 3 ปี แม่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 พ่อจะช่วยปฎิบัติงานนา ทำไร่ และรับจ้างทำงานทั่วไปในไร่อ้อย แม่จะอยู่บ้านดูแลลูกเป็นส่วนใหญ่ พ่อและแม่ไม่มีบทบาทเป็นกรรมการใดๆในหมู่บ้าน

บ้านของจุ่มปลูกอยู่ในบริเวณบ้านของป้า และมีบ้านครอบครัวของน้องชายพ่ออยู่ใกล้ๆ บ้านของจุ่มมีลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ยกพื้นสูงประมาณ 1.50 เมตร ใต้ถุนบ้านมีไก่ที่เลี้ยงไว้ประมาณ 10 ตัว มีห้องน้ำแยกออกจากส่วนของตัวบ้าน บนบ้านถูกกั้นเป็นส่วนของห้องนอนและส่วนของห้องครัว เครื่องใช้ไฟฟ้าที่พบได้แก่ ตู้เย็นและกระติกน้ำร้อนอย่างละ 1 เครื่อง ไม่พบมีโทรทัศน์ มีบริเวณชานบ้านนอกห้องนอน ที่มีเปลของจุ่มผูกอยู่ และแม่มักมานั่งผูกกล้วยผ้าหรือทำงานต่างๆ เสื้อผ้าของจุ่มถูกเก็บใส่ถุงพลาสติกแขวนไว้ที่มุมของห้องนอน

จุ่มเป็นเด็กที่ติดขวดนม สังเกตพบว่าจุ่มจะอมขวดนมอยู่เสมอ แม้ไม่มีอะไรในขวดนมจุ่มก็ยังดูดขวด ดูดแม้กระทั่งยามหลับ แม่เล่าว่าจุ่มรับประทานนมแม่ได้แค่ 3 เดือน เพราะนมแม่มีน้อยไม่พอให้จุ่มรับประทาน หลังจากนั้นจึงใช้นมผงซึ่งใส่ขวดให้จุ่มดูด ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาแม่จะใส่นมผงหรือน้ำลงในขวดให้จุ่มดูดเสมอๆ บางครั้งใช้นมกล่องเทใส่ขวดให้จุ่มดูด โดยไม่ได้ให้ใช้หลอดดูดจากกล่อง เพราะจุ่มมักจะบีบกล่องเล่น ทำให้นมหกเลอะเทอะ แม่มักจะให้ขวดนมเวลาที่จุ่มร้องไห้แง และเวลาที่ต้องการให้จุ่มนอน เพราะถ้าไม่ให้ขวดนมก็จะไม่ยอมนอน จุ่มจะดูดจนกระทั่งหลับไป เมื่อตื่นมาจะคว้าหาขวดนมตลอด แม่เคยให้จุ่มหย่านมตอนอายุ 1 ปี 6 เดือน เพราะเชื่อว่าถ้าอายุมากกว่านี้จะหย่านมยาก แต่พอหย่านมได้แค่ 5 วัน แม่เห็นว่าจุ่มผอมลงและไม่สบาย จึงให้รับประทานนมต่อไป แม่คิดว่าจะให้จุ่มหย่านมตอนอายุ 2 ปี และให้รับประทานข้าวมากๆแทน แต่ถ้ารับประทานข้าวได้น้อย แม่จะให้จุ่มรับประทานนมต่อไป สำหรับอาหารอื่น แม่เล่าว่าช่วงแรกได้แค่ข้าวและหมกไฟให้ และเคยป้อนซีเรียลให้จุ่มรับประทาน 3 ถ้วย ปัจจุบันจุ่มรับประทานข้าวเหนียวได้แล้ว แต่แม่ยังคงให้นมขวดร่วมด้วย จุ่มชอบทานข้าวกับไข่ แกงจืด ผัก และผลไม้ ในระหว่างการสัมภาษณ์ครั้งหนึ่ง พบจุ่มรับประทานแตงกวาลูกใหญ่ที่แม่หั่นให้จนหมด

จุ่มเป็นเด็กที่ค่อนข้างเอาแต่ใจตนเอง ถ้าอยากจะรับประทานขนมก็มักจะร้องไห้แง ตะกายหรือตีแม่ จนแม่รำคาญ และแม่มักจะใจอ่อนยอมพาไปซื้อขนมให้รับประทาน ขนมที่จุ่มชอบ ได้แก่ ป๊อป และนมเปรี้ยวที่แช่เย็น ซึ่งหาซื้อได้จากร้านค้าที่อยู่ใกล้บ้าน แม่เล่าให้ฟังว่าจุ่มรับประทานขนมตั้งแต่อายุได้ 6 เดือน ซึ่งแม่ให้รับประทานเอง เพราะเห็นลูกคนอื่นรับประทานอยากให้ลูกตัวเองได้เหมือนกัน และเห็นว่าลูกอายุ 6 เดือน ร้องเสียงดังแล้วให้ของหวานได้ เพราะคนโบราณบอกว่า ถ้าพูดยังไม่เป็นคำ ห้ามรับประทานของหวาน เพราะเด็กจะพูดไม่ได้

แม่เริ่มแปรงฟันให้จุ่ม ตอนจุ่มอายุ 1 ปี 6 เดือน เพราะไปฉีดวัคซีนแล้ว หมอที่
อนามัยแจกยาตีฟันและแปรงสีฟันให้ จึงเริ่มให้แปรงตั้งแต่นั้นมา ผลการตรวจสภาพช่องปาก
ของจุ่มพบว่า มีฟันในช่องปาก 16 ซี่ พบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการบูรณะ ที่บริเวณผิวฟันด้านริมฝีปาก
ในฟันหน้าบน 1 ด้านต่อซี่ รวม 4 ด้าน 4 ซี่ แม่ทราบที่จุ่มเป็นฟันผุที่ฟันหน้าบน เพราะแม่
สังเกตเห็นฟันเป็นสีเหลืองๆ และหมอที่มาตรวจฟันให้จุ่มที่อนามัยบอกแม่ว่าฟันหน้าบนของจุ่ม
แม่เล่าว่าเริ่มเห็นฟันจุ่มเป็นสีเหลืองตอนอายุได้ปีกว่าๆ ก่อนหน้านั้นไม่เป็นอะไร มีแต่มีซี่ฟันมาก
แล้วอูๆมันก็เหลืองเอง แม่คิดว่าที่ฟันเป็นสีเหลืองแบบนี้ เพราะเวลาแม่แปรงฟันให้ จุ่มจะยอมให้
เอาแปรงถูเฉพาะฟันล่าง ไม่ยอมให้แม่แปรงฟันบนให้ และบางครั้งไม่ยอมให้แม่แปรงเลย ต้องการ
จะแปรงเอง นอกจากนี้ แม่มีการเปรียบเทียบกับน้องอ้อลูกของน้องเขยว่า อ้อซึ่งมีอายุใกล้เคียง
กับจุ่ม ฟันไม่ผุ เพราะยอมให้แม่แปรงทั้งฟันบนฟันล่าง

“มันเริ่มเป็นตอนปีกว่า ก่อนหน้านั้นมันเป็นผุ(ไม่เป็นอะไร) เป็นแต่
ซี่ฟันหลาย อยู่ๆมันก็เป็นเอง ข้างเท็ง(ข้างบน)เป็นเหลืองๆ ที่เป็น
เพราะมันยังให้สีแต่ข้างเต็ง(อ้าปากให้แปรงแต่ฟันล่าง) ข้างเท็งมัน
ปิดปากมึบไว้ บางทีอ้อมันสีของมันเอง แม่จะสีให้มันก็ไม่ยอม
ถ้ายอมก็ออกอยู่ ไม่เหลืองๆแบบนี้ ไม่เห็นน้องอ้อเป็น มันก็แปรงของ
มันเอง แต่มันยังให้สีเม็ดทั้งข้างเท็งข้างใต้ (ยอมให้แปรงทั้งฟันบน
ฟันล่าง)”

แม่เห็นน้องแอบเปิ้ล เด็กผู้หญิงอายุ 2 ปี 6 เดือน ซึ่งเป็นเด็กที่บ้านอยู่ใกล้เคียง
ร้องไห้มากเพราะเจ็บฟันที่เป็นแนวเมง แม่เชื่อว่าที่แอบเปิ้ลเป็นเมงทั้งที่แปรงฟัน เพราะเกิดจาก
ยายที่เป็นแนวเมง เคี้ยวอาหารให้รับประทาน แอบเปิ้ลจึงติดแนวเมงจากยาย แม่คิดกลัวว่าลูกจะ
เป็นแนวเมงเช่นกัน แต่ตอนนี้ฟันของจุ่มเป็นแค่ผุยังไม่เป็นเมง ยังไม่มีอาการอะไร แม่จึงคิดว่า
ยังไม่จำเป็นต้องทำอะไร รอให้อายุ 7 ปี ฟันจะหลุดไป แล้วฟันแท้จะขึ้นแทนเอง แม้ว่าจะเป็นเมง
พอโตขึ้นแปรงฟันได้ และอายุ 7 ปีเปลี่ยนฟันแล้ว ก็จะหายเป็นเมงได้เอง ถ้าจุ่มปวดแนวเมง แม่
จะใช้สมุนไพรที่เป็นรากไม้มาฝนใส่น้ำ แล้วใช้สำลีจุ่มยัดเข้าไปในรูฟัน ให้พอบรรเทาอาการได้ ซึ่ง
แม่เห็นยายของแอบเปิ้ลทำ อีกทั้ง แม่คิดว่าเด็กเล็กขนาดนี้ทำอะไรไม่ได้ ถอนฟันก็ทำไม่ได้เพราะ
จะทำให้เสียสายตา และหมอก็จะไม่ถอนให้ถ้าเด็กอายุไม่ถึง 7 ปี

แม่คิดว่าเด็กทุกคน ไม่จำเป็นต้องเป็นแนวเมง บางคนถ้าฟันแข็งแรงก็จะเป็น
เมง แต่ฟันจุ่มไม่แข็งแรง แม่ก็ไม่ทราบว่าทำอย่างไรให้ฟันแข็งแรง แม่คิดว่าคนที่ฟันแข็งแรงเกิดมา
ฟันก็แข็งแรงเอง ฟันจะไม่เมงง่าย สำหรับนม การให้เด็กดูดขวดนม หรือการให้ลูกรับประทานนม
แม่คิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดฟันผุหรือแนวเมง นอกจากนี้ แม่บอกว่าคนแก่เชื่อว่า
รับประทานไข่จะเป็นแนวเมง แต่แม่ก็ให้ลูกรับประทานไม่กลัวเป็นแนวเมง

เมื่อให้แม่ดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าฟันเรียงชิดติดกันและเป็นสีขาว แม่เห็นว่าเป็นฟันที่สวยงาม ถ้าฟันห่างจะไม่สวย ถ้าผิวฟันมีสีเหลืองเป็นแถบเล็กๆหรือมีการกร่อนบริเวณขอบเล็กน้อย แม่จะถือว่าเป็นปกติ แต่ถ้าผิวฟันมีสีเหลืองเป็นบริเวณกว้าง แม่จะเรียกว่า “เป็นฟันเหลือง” จะไม่มีอาการปวด ถ้าฟันมีสีดำหรือฟันตี้ยมากๆ แม่จะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “เป็นเขี้ยวแมง” ซึ่งจะมีอาการปวดได้ แต่ไม่ปวดทุกวัน ถ้าเด็กเป็นเขี้ยวแมงให้ทิ้งไว้เช่นนั้น รอจนมันหลุดไปเองเมื่อถึงเวลา เพราะพาไปหาหมอ หมอก็จะไม่ถอนให้

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวจุ่ม

ประเด็นเรื่องความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เห็นได้ชัดเจนมากในกรณีของจุ่ม คิดว่าวิธีการให้นมเด็ก ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ส่งผลให้แม่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูลูกด้วยของเหลวอย่างไม่เหมาะสม การปล่อยให้เด็กดูดขวดนมตลอดเวลา หรือการใช้ขวดนมช่วยให้ลูกไม่อแงและนอนหลับ ทำให้เด็กเกิดโรคฟันผุทั้งที่มีอายุยังไม่ถึง 2 ปี หรือการที่แม่คิดว่าเขี้ยวแมงจะเป็นในคนที่ฟันไม่แข็งแรง ซึ่งการที่ฟันจะแข็งแรงหรือไม่นั้นไม่สามารถควบคุมด้วยตนเองได้ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แม่ไม่สามารถควบคุมการแปรงฟัน หรือการรับประทานนมของลูกได้ ยิ่งไปกว่านั้นแม่ยังเป็นผู้หยิบยื่นนมมาให้เด็กรับประทานตั้งแต่เด็กมีอายุน้อยๆ ทำให้เด็กติดนิสัยการชอบรับประทานหวาน แม้ว่าแม่จะเคยได้รับทราบแนวคิดการป้องกัน ซึ่งแฝงมากับคำสอนของคนโบราณ เรื่องการห้ามเด็กเล็กรับประทานอาหารหวาน แต่เนื่องจากต้องการแสดงความรักลูก ด้วยการให้ขนมเพื่อให้ลูกได้รับประทานนมเหมือนเด็กคนอื่น ร่วมกับความคิดว่าการรับประทานนมของเด็กไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ จึงปล่อยให้เด็กได้รับประทานนมบ่อยๆ อันเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก นอกจากนี้ แนวคิดของแม่เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม ไม่มีอาการปวด ไม่จำเป็นต้องรักษา และจะหายเป็นแมงเองเมื่อฟันแท้ขึ้น ส่งผลให้แม่มีพฤติกรรมที่เพิกเฉยต่อการป้องกันโรค หรือการรับรู้ว่าการที่เด็กที่เป็นเขี้ยวแมงต้องถอนฟันเท่านั้น แต่หมอจะไม่ถอนให้ถ้าอายุไม่ถึง 7 ปี หรือถ้าเด็กเป็นแมงต้องปล่อยให้หลุดไปเอง ทำให้แม่ไม่ขวนขวายที่จะพาลูกไปรับการรักษาเช่นกัน

กรณีศึกษาที่ 4 ครอบครัวแอปเปิ้ล

แอปเปิ้ล เด็กผู้หญิงอายุ 2 ปี 6 เดือน รูปร่างเล็ก สดใส ร่าเริง พูดคุยเก่ง ชอบร้องเพลงและเต้นตามจังหวะ แอปเปิ้ลมีพี่สาวอายุ 9 ปี พ่อและแม่ของแอปเปิ้ลอายุ 26 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เหมือนกัน พ่อของแอปเปิ้ลเป็นกรรมการเงินกองทุนหมู่บ้าน ตาของแอปเปิ้ลอายุ 49 ปี และยายอายุ 48 ปี ตาและยายของแอปเปิ้ล ถือเป็นคนที่มีความดีคนหนึ่งของบ้านอุ่มไผ่ มีที่ปลูกอ้อยมาก มีรถสิบล้อ มีรถไถ มีเครื่องสีข้าว และเป็นหัวหน้าโคกตำอ้อย แม่ของแอปเปิ้ลเป็น

ลูกคนโตของตายาย พ่อและแม่ของแอปเปิ้ล จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยตายายทำนา ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ รายได้ที่หามาจะใช้ร่วมกันทั้ง 2 ครอบครัว และส่งให้น้องแม่อีก 2 คนเรียน

ยายเพิ่งได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีได้ 5 เดือน ซึ่งการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ยายเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลมุกดาหารอินเตอร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดมุกดาหาร ก่อนที่จะได้รับการส่งต่อไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ส่วนพ่อของแอปเปิ้ล ซึ่งมีอาการปวดเอว จากการขับรถชนอ้อย ได้เลือกไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนในจังหวัดมุกดาหารเช่นกัน ซึ่งทั้งยายและพ่อของแอปเปิ้ล ให้เหตุผลว่าไปโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน ได้รับบริการรวดเร็วทันใจกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

บ้านของแอปเปิ้ลอยู่ไม่ห่างจากบ้านของตายายมากนัก แต่ครอบครัวของแอปเปิ้ล มักจะมาอยู่ที่บ้านตายายมากกว่า ยกเว้นเวลาอนิจจังจะกลับไปนอนที่บ้านของตนเอง จากการที่แม่ต้องไปทำงานในไร่ ในนา ยายจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูหลานทั้งสองคน ตั้งแต่หลานอายุได้ 3 เดือน ช่วงที่หลานยังรับประทานนมแม่อยู่ ยายจะพาหลานนั่งรถไปรับประทานนมแม่ที่นา ที่ไร่ แอปเปิ้ลรับประทานนมแม่ จนมีอายุ 1 ปี 6 เดือน แม่จึงให้หย่านม เพราะเห็นว่าลูกโตแล้วและแม่มีงานต้องทำมาก ส่วนพี่สาวของแอปเปิ้ล ได้หย่านมตอนอายุ 2 ปี เพราะตัวเล็ก และป่วยบ่อย

เมื่อถึงเวลาที่ต้องรับวัคซีน แม่จะเป็นคนพาลูกไปเป็นส่วนใหญ่ แต่ครั้งที่ยายพาไป ยายไม่เห็นว่าจะแนะนำอะไร ยายก็ไม่ได้ถามเพิ่มเติม ยายคิดว่ายายรู้อยู่แล้วว่าต้องเลี้ยงหลานอย่างไร เพราะเคยเลี้ยงลูก 5 คนจนโต ทุกคนแข็งแรงดี ไม่มีใครเป็นอะไร

ยายเล่าว่าเมื่อหลานอายุได้ 3 เดือน ยายป้อนข้าวกระป๋องให้หลานรับประทาน จนนั่งได้ ช่วงอายุประมาณ 4 เดือน จึงต้มข้าวและบดให้ ตอนเลี้ยงหลานคนโต ยายคิดว่าเป็นเพราะยายเป็นແຂວງແມງ ยายเคี้ยวข้าวป้อน หลานคนโตเลยเป็นແຂວງແມງด้วย พอมาเลี้ยงแอปเปิ้ล แม่เลยบอกว่าไม่ให้ยายเคี้ยวข้าวให้หลานอีก แต่ยายก็เคี้ยวให้บ้างบางครั้ง ถ้าต้มข้าวไม่ทัน ตอนนั้นแอปเปิ้ลเริ่มเป็นແຂວງແມງ เจ็บฟันซี่ข้างในแล้ว ยายเชื่อว่าการที่หลานเป็นແຂວງແມງ เกิดจากการที่ยายเป็นແຂວງແມງเคี้ยวข้าวให้หลานเช่นกัน

“ยายว่าແຂວງແມງ เป็นจากยายเป็นແຂວງແມງ แล้วย่า(เคี้ยว)ข้าวให้กิน ยายสังเกตเบิ่งตอนมีลูก ยายเคี้ยวให้กินตอนเจ็บฟัน ลูกก็เจ็บ ถ้ายายไม่เจ็บฟันแล้วเคี้ยวให้ ลูกคนนั้นก็ไม่น่าเป็นนะ แม่ของแอปเปิ้ล ก็เป็นແຂວງແມງ ยายสังเกตลูกบ้านอื่น ถ้าแม่เขาແຂວງແມງ ลูกก็ແຂວງແມງด้วย ถ้าแม่เป็นແມງ เจ็บฟันแล้ว ลูกต้องเป็นແນ່ນอน เพราะย่าข้าวเคี้ยว ผะเหรอให้(เคี้ยวอะไรๆป้อนให้กิน) มันก็ติดกัน”

ผลการตรวจสภาพช่องปากของแอปเปิ้ล พบว่ามีฟัน 20 ซี่ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการบูรณะที่บริเวณฟันตัดกลางบน ด้านริมฝีปากและด้านใกล้กลาง และบนด้านบดเคี้ยวของฟันกราม น้ำนมล่างซี่ที่สองทั้งด้านซ้ายและขวา ซึ่งค่อนข้างลึก รวมมีฟันผุ 4 ซี่ 5 ด้าน

แอปเปิ้ลเพิ่งมีอาการเจ็บฟันได้ 1 เดือน ยายเห็นว่าฟันหลังล่างของแอปเปิ้ลเป็นโกลน(เป็นรูดำ ตรงกลาง เข้าไปในรากฟัน) เป็นแมง เวลารับประทานขนมแล้วจะเจ็บฟัน ยายบอกว่าเมื่อวันก่อน แอปเปิ้ลนอนอมลูกอมจนหลับ ตื่นมาร้องไห้บอกว่าเจ็บฟัน แอปเปิ้ลรับประทานขนมทุกวัน ยายไม่ซื้อให้ ก็ไปเซนต์เอาเอง (เดินไปเลือกขนมจากร้านค้ามารับประทาน โดยให้พ่อแม่ตามไปจ่ายเงินภายหลัง) แอปเปิ้ลชอบรับประทานลูกอม ขนมถุง ป๊อป และไอศกรีม

ยายคิดว่าฟันที่เป็นแนวแมง จะมีตัวแมงอยู่ภายใน จากประสบการณ์ของยายที่ใช้ขี้ผึ้งลนไฟ ใส่ลงในรูฟันที่ปวด แล้วดึงเอาตัวแมงออกมาด้วย

“ตอนนั้นยายปวดมาก เลยเอาบางผึ่งไปอังไฟ จำหม่องโกลน (ยัดใส่ในรูฟัน) ทิ้งไว้มันก็ปวด แล้วมันก็อ่อนลง ยายจึงดึงออกมา เห็นมีตัวแดงๆตัวเดียวติดออกมา ปีบก็แตกเป็นเลือดนะ ยายสงสัยว่านี่หรือแม่แมว”

ตอนยายปวดฟัน ยายใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่เรียกว่า “ฮากสองฟ้า” มาฝนผสมน้ำเอาใส่ในรูฟัน ทำแล้วหายปวด เวลาหลานเจ็บฟัน ยายจะใช้ไม้เขี่ยเอาเศษอาหารออกให้ ถ้ายังปวดอีก จะเอาด้าลี้จุ่มน้ำยาที่มีพอค้าเอามาขายในหมู่บ้าน ใส่เข้าไปในรูฟัน ยายเล่าว่า น้ำยานี้ใส่แล้วจะเย็น พอเอาใส่เด็กจะร้องไห้แล้วจะหายปวด หลานคนโตยายก็เคยเอายานี้ใส่ให้ ใส่แค่ครั้งเดียวหลานก็หายปวด แต่ยายไม่เคยเอายานี้ใส่ฟันตัวเอง เพราะตอนที่มียานี้ ฟันที่เคยปวดได้หักไปหมดและไม่ปวดแล้ว ยาที่เอาใส่ฟันนี้อยู่ในขวดแก้วขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร มีกลิ่นคล้ายยาดมแก้วิงเวียนศีรษะ บรรจุในกล่องกระดาษสีเขียว ฉลากข้างกล่องไม่มีภาษาไทย มีตัวอักษรซึ่งอ่านออกเพียงว่า “menthol” ตาเป็นคนซื้อมาในราคาขวดละ 20 บาท มียาเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ยายคิดว่าถ้ายาหมดคงต้องพาหลานไปถอนฟัน

ยายคิดว่าถ้าเด็กเป็นแนวแมง หมอจะไม่ทำอะไรให้ ต้องถอนฟันทิ้ง แต่ต้องรอให้อายุ 7 ปี ก่อนหมอถึงจะถอนให้ ถ้าปวดคงต้องทนไปเรื่อยๆก่อน แต่ถ้าผู้ใหญ่เป็นแมง หมอจะอุดให้ แต่ยายคิดว่าอุดแล้วไม่ดี จากการที่มีประสบการณ์เห็นลูกสาวไปอุดฟันหน้ามาแล้วหน้าบวม

“อุดแล้วไม่ดี ถ้าฟันแหงแล้วอุด จะปวดหน้าเหอ(บวม) เห็นแม่แอปเปิ้ลเป็น ต้องเอาเหล็กมางัดตรงที่อุดออก หน้าถึงยุบเพราะมันระบายได้”

ในขณะที่แม่ของแอปเปิ้ล มีความคิดเห็นต่างกัน แม่เล่าว่า พาลูกไปหาหมอแล้ว หมอแนะนำว่าไม่ต้องถอนฟันให้รักษารากฟัน แต่ลูกไม่ยอม จึงไม่ได้ทำ ตัวแม่เองรักษารากฟันอยู่เช่นกัน ทำแล้วไม่ปวด

“พาลูกไปหาหมอ หมอไม่ถอนให้เพราะยังเล็ก ให้รักษาราก ชูดต่างๆออก รักษาเส้นรากฟัน รากปกติแล้วอุดไว้รักษารากมันจะไม่ปวด ถ้าไม่รักษามันก็ปวด หมอบอกว่าทำได้อยู่ แต่มันย่านหมอ (กลัวหมอ) ไม่ยอมอ้าปาก ของแม่รักษาแล้วไม่ปวด หมอมาใหม่ให้รักษารากฟัน แต่ก่อนหมอไม่แนะนำ แม่ก็ถอนเหมือนกัน”

แอปเปิ้ลเริ่มแปรงฟันเมื่ออายุได้ประมาณ 1 ปี 6 เดือน หลังจากนั้นแม่ไม่มีเวลาคอบคุม แอปเปิ้ลจึงเลิกแปรงฟัน ยายบอกว่าได้หันมาแปรงฟันให้แอปเปิ้ลอย่างจริงจังเมื่อไม่นานมานี้ เพราะเห็นว่าหลานเจ็บฟัน พาไปหาหมอนที่อนามัย หมอแนะนำให้แปรงฟันเช่นกัน แม่เป็นคนแปรงให้ เพราะแอปเปิ้ลไม่ยอมต้องบังคับ แม่บอกว่าถ้าตอนเช้างานไม่ยุ่งก็แปรงให้ ส่วนกลางคืนบางทีแอปเปิ้ลหลับเร็ว ก็จะได้แปรงให้

เมื่อให้ยายดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าเป็นสีขาวยายบอกว่าเป็นฟันที่สวย ส่วนฟันที่ห่างกัน เป็นฟันที่ไม่สวยแต่จะไม่เป็นแมงง่าย ฟันที่เรียงชิดกัน ยายเห็นว่าน่าจะเป็นแมงง่าย เพราะแนวแมงมักจะตรงชอกฟันที่ติดกัน ถ้าผิวฟันเป็นสีเหลือง ยายจะเรียกว่า “เป็นฟันผุ” ถ้าฟันมีสีดำ ยายจะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “เป็นแนวแมง” ถ้าเป็นแมงจนถึงตรงกลางฟัน จะมีอาการปวด และถ้าฟันเหลืองไปมากๆแล้วไปอุดฟัน จะยิ่งปวดมากทำให้หน้าบวมด้วย แต่ถ้าฟันเริ่มดำแล้วแปรงฟันบ่อยๆ ฟันจะไม่ดำมากขึ้นได้

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวแอปเปิ้ล

กรณีของแอปเปิ้ล แสดงให้เห็นถึงเงื่อนไขด้านฐานะทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุและการดูแลรักษาเมื่อมีอาการฟันผุ แม้ครอบครัวจะมีฐานะดี แต่แม่ต้องทำงานนอกบ้านมากจนไม่มีเวลาดูแลลูก หน้าที่การดูแลเด็กเกือบทั้งหมดจึงเป็นของยาย ซึ่งยายไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาดช่องปากของเด็กมากนัก ร่วมกับการที่ยายมีประวัติการเป็นแนวแมง และมีพฤติกรรมเคี้ยวข้าวบ่อนหลาน ซึ่งน่าจะเกิดการถ่ายทอดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของฟันผุให้กับหลาน จึงทำให้แอปเปิ้ลอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ กรณีของแอปเปิ้ล ยังแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ทางความคิดในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องฟันผุในเด็ก การที่แม่มีประสบการณ์ฟันผุเอง ลูกทั้งสองคนมีฟันผุ และยายที่เลี้ยงดูแม่และเด็กทั้งสองมามีปัญหาเรื่องของฟันผุที่รุนแรง ร่วมกับการเปรียบเทียบการเกิดฟันผุในเด็กครอบครัวอื่น ส่งผลให้เกิดการประมวลผลความคิดภายในครอบครัวว่า แนวแมงในเด็กเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อจากยายซึ่ง

เป็นช่วงแมง ผ่านการเคี้ยวอาหารให้เด็กรับประทาน ความคิดเรื่องสาเหตุของโรคดังกล่าว ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค แม่เกิดความคิดว่าต้องป้องกันโรคฟันผุ โดยห้ามยัดเคี้ยวอาหารให้เด็กรับประทาน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดเรื่องการถ่ายทอดเชื้อ *Mutans Streptococci* ในทางทันตแพทย์ แต่ด้วยวิถีชีวิตที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาหารเฉพาะสำหรับเด็ก แม่ไม่มีเวลาเลี้ยงดู การต้มหรือบดข้าวเจ้าให้เด็กรับประทานค่อนข้างยุ่งยาก ไม่สะดวกสำหรับผู้เลี้ยงดู ในการจัดเตรียมต่างจากการนึ่งข้าวเหนียว ทำให้พฤติกรรมการเคี้ยวอาหารให้เด็กรับประทานคงดำเนินต่อไป

การที่เด็กเข้าถึงขนมได้ง่าย มีร้านค้าที่จำหน่ายขนมกระจายตัวอยู่ในหมู่บ้าน เด็กสามารถนำขนมจากร้านค้า มารับประทานได้โดยไม่ต้องชำระเงินก่อน ส่งเสริมให้เด็กมีโอกาสรับประทานขนมหวานบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก

นอกจากนี้ กรณีครอบครัวของแอปเปิ้ล ยังแสดงให้เห็นถึงการผสมผสานการดูแลรักษาจากทั้งส่วนการดูแลตนเอง การรักษาแบบพื้นบ้าน และการดูแลในส่วนของวิชาชีพ การตัดสินใจเลือกแหล่งในการรักษาขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ค่ารักษาไม่ใช่ประเด็นสำคัญสำหรับครอบครัวนี้ แต่ความสะดวกรวดเร็วที่ได้รับ ประสบการณ์การรับรู้ผลการรักษาที่ผ่านมา และการได้คำแนะนำจากทันตบุคลากรมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกการรักษา ยายซึ่งผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย เลือกรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะต้องการความสะดวกรวดเร็ว และอาจเนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่มีผลต่อร่างกายเป็นอย่างมาก แต่เมื่อแอปเปิ้ลเป็นช่วงแมง ยายเลือกที่จะดูแลรักษาหลานด้วยตนเอง จากประสบการณ์ที่พบว่าการใช้สมุนไพรหรือใส่ยาแก้ช่วงแมงที่มีอยู่ลงไปใ้ในรูฟัน สามารถบรรเทาอาการปวดฟันได้ ร่วมกับการเคยเห็นคนที่เป็นฟันผุแล้วเกิดการบวม ยายจึงพยายามที่จะดูแลหลานเอง ในขณะที่แม่มีประสบการณ์การรักษาทางทันตกรรมและได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากร จึงเลือกที่จะให้ลูกได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ แอปเปิ้ลจึงได้รับการดูแลรักษาช่วงแมงด้วยวิธีการที่ผสมผสาน อันเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว

กรณีศึกษาที่ 5 ครอบครัวลิโอ

ลิโอ เป็นเด็กชายอายุ 2 ปี 4 เดือน รูปร่างเล็กผิวดำ ค่อนข้างขี้อายโดยเฉพาะกับคนแปลกหน้า บ้านของลิโออยู่หลังแรกจากทางเข้าหมู่บ้าน เป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในบ้านรวม 8 คน ประกอบด้วย ปู่ (อายุ 52 ปี) ย่า (อายุ 55 ปี) พ่อ (อายุ 30 ปี) แม่ (อายุ 28 ปี) น้องชาย 2 คน (อายุ 22 ปี และอายุ 18 ปี) และพี่สาว (อายุ 9 ปี) พ่อของลิโอเป็นคนบ้านอู๋ไม่เอง ส่วนแม่ของลิโอ ย้ายมาจากอีกหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอนิคมคำสร้อย มาอยู่ในหมู่บ้านนี้ได้มานาน 10 ปี ทั้งพ่อและแม่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ลักษณะบ้านที่ครอบครัวของลีโออาศัยอยู่ปัจจุบัน เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง มีการกั้นส่วนของครัวที่ชั้นล่าง มีครั้เป็นบริเวณรับประทานอาหารและนั่งเล่นของคนในครอบครัว ที่บริเวณใต้ถุนบ้าน มีโทรทัศน์ขาวดำขนาด 14 นิ้ว 1 เครื่อง ซึ่งคนในครอบครัวมักเปิดชมละคร ห้องน้ำแยกออกจากส่วนของตัวบ้าน ถัดไปด้านหน้าของบริเวณบ้านกำลังมีการสร้างบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง สำหรับครอบครัวของลีโอที่จะแยกตัวออกมา

อาชีพหลักของครอบครัว คือ ทำนาข้าว ทำไร่อ้อย ปลูกปอ เลี้ยงสัตว์ และรับจ้างทำงานเกษตรทั่วไปในหมู่บ้าน ที่ทำนาและทำไร่อยู่ติดกับบริเวณบ้าน ถึงแม้แม่จะต้องไปทำงานในไร่ แต่ยังสามารถเดินกลับมารับประทานอาหารกลางวัน ให้นมและดูแลลูกที่บ้านได้ บางครั้งลีโอวิ่งตามแม่ไปเล่นที่ทุ่งนา และกลับบ้านพร้อมพ่อแม่ในตอนเย็น แม่แม่จะเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก แต่ช่วงกลางวันบางวัน ปู่หรือย่าจะมีบทบาทในการช่วยดูแลลีโอ ลีโอค่อนข้างดีใจ ถ้าลีโอเจอแต่ตอนที่แม่ไม่อยู่ ต้องให้ปู่พาเดินเล่น จึงจะหยุดร้องให้ได้เร็ว

ลีโอยังรับประทานนมแม่อยู่ แต่สามารถรับประทานนมกล่องได้ ถ้าเป็นรสหวาน แม่บอกว่าเคยลองให้ลีโอหย่านนมแม่ โดยเอาอัลกอฮอล์ทาที่นม แต่ลีโอยังคงดูดต่อได้ ลีโอเป็นเด็กซื่อๆ ที่ชอบมาซุกหน้าขออุ้มนมแม่บ่อยๆ ประกอบกับแม่ไม่มีเงินซื้อนมกล่องให้ลูก แม่จึงให้ลูกรับประทานนมแม่ต่อไปและคิดว่าจะให้เลิกนมแม่ เมื่อลีโอเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพราะมีนมแจกให้เด็กรับประทานทุกวัน ซึ่งตอนที่แม่เลี้ยงลูกสาวคนโต แม่ให้หย่านนมแม่ตอนอายุประมาณ 3 ปี เช่นกัน

จากการสังเกตในระหว่างการสัมภาษณ์ พบว่าแม่ให้นมลีโอวันละหลายครั้งและบ่อยเท่าที่เด็กต้องการ ถ้าหลังจากให้นมแม่แล้วลีโอหลับ แม่จะนำลีโอลงในเปลและไกวนอน เมื่อลีโอตื่นขึ้นมาแล้วร้องไห้ขอแม่ แม่ก็จะให้ลีโอดูดนมแม่อีก และถ้าเจอคนแปลกหน้า ลีโอจะมาซุกที่อกแม่ คาบนมแม่ไว้โดยไม่ดูด และไม่ยอมหันหน้าออกมา

ลีโอชอบรับประทานขนม ต้องได้รับประทานทุกวัน โดยขนมอาจได้มาจากพี่หรือน้าซื้อมาให้ ซื้อจากร้านค้าระหว่างที่นำพานั่งรถเล่น ซึ่งจักรยานไปซื้อจากร้านค้าเอง หรือซื้อจากรถกับข้าวที่มาขายถึงหน้าบ้าน แม่คิดว่าห้ามลูกรับประทานขนมทำยากกว่าให้ลูกแบ่งปัน

ทุกคนในครอบครัวแข็งแรงดี ยกเว้นปู่เป็นโรคเก๊าท์ รักษาโดยรับยาประจำที่โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย คนในครอบครัวที่มีปัญหาโรคฟันผุเป็นแหว่งแม่ ได้แก่ ปู่ ย่า แม่ และพี่สาวของลีโอ ผลการตรวจสภาพช่องปากของลีโอพบว่า มีฟันในช่องปาก 16 ซี่ พบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการบูรณะที่บริเวณผิวฟันด้านริมฝีปากของฟันตัดกลางบน รวม 2 ด้าน 2 ซี่ แม่เห็นว่าฟันของลีโอปกติดี ไม่เป็นแหว่ง

แม่ทราบว่านั่นซึ่งเป็นพี่สาวของลีโอเป็นแหว่ง เพราะครูที่โรงเรียนตรวจและแจ้งให้ทราบ แม่จึงได้ดูในปากลูก เห็นว่าเป็นรูดำที่ตรงกลางฟัน นั่นยังไม่มีอาการปวด ได้รับการ

รักษาโดยการอุดฟันจากหมอฟันที่มาออกหน่วยที่โรงเรียน แม่คิดว่าฟันของนั้นที่เป็นแมงนั้นเป็นฟันแท้ และสาเหตุที่นั้นเป็นแมง เพราะตอนเด็กๆ นั้นใช้ไม้จิ้มฟันตอกจากปู่ที่เป็นเขี้ยวแมง จึงทำให้ฟันนั้นติดเขี้ยวแมงจากปู่ นอกจากนี้แม่คิดว่าเขี้ยวแมงเกิดจากการอมฮอลล์(ลูกอม) เพราะนั้นอมทุกวัน

แม่เคยได้ยินชาวบ้านคนอื่นบอกต่อกันมาว่า เขี้ยวแมงเกิดจากการที่แม่เคี้ยวข้าวให้ลูก แม่เคี้ยวข้าวให้ลูกเช่นกัน ช่วงแรกแม่ใช้ซีรีแลคป้อนเมื่อลิโออายุ 3 เดือน และแม่เคี้ยวข้าวให้เมื่อลิโออายุได้ประมาณ 7-8 เดือน จนกระทั่งลิโอสามารถเคี้ยวข้าวเหนียวได้เอง แม่คิดว่านมไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดเขี้ยวแมง

แม่มีความเชื่อเรื่องผี และการรักษาโดยหมอเป่าเป็นอย่างมาก จากประสบการณ์ที่ครั้งหนึ่งได้พาลูกไปเล่นน้ำที่ห้วยใกล้บ้าน แต่ลูกไม่ยอมลงน้ำทั้งที่ปกติลูกจะชอบเล่นน้ำมาก หลังจากกลับมาถึงบ้าน ลูกมีไข้ พาไปหาหมอนอนามัย หมอนอนให้ยาลดไข้มารับประทาน ลูกก็ไม่หายเป็นไข้อยู่หลายวัน จนตัดสินใจไปหาหมอเป่าในหมู่บ้าน หมอเป่าบอกว่าเป็นเพราะผีมาหยอก แม่เห็นด้วยกับหมอเป่า คิดว่าเด็กเห็นผี จึงกลัวไม่ยอมลงน้ำและตกใจจนเป็นไข้ หมอเป่ารักษาโดยใช้เทียนร่วมกับเป่าคาถาที่หัวเด็ก แล้วทำสายสิญจน์ผูกข้อมือและผูกคอไว้ กันผีมาหยอกเด็กอีก ปรากฏว่าเด็กหายจากอาการป่วย แม่จึงมีความเชื่อในเรื่องของผีทำและการรักษาโดยการเป่า

แต่อย่างไรก็ตาม แม่เห็นว่าถ้าเป็นไข้ ปวดหัว เป็นโรคผิวหนัง หรือปากพองรักษาโดยการเป่าได้ แต่การเป็นเขี้ยวแมงรักษาด้วยการเป่าไม่ได้ และถ้ามีอาการปวดต้องรักษาโดยการไปหาหมอดถอนฟันออกเท่านั้น แม่เคยเห็นปู่ใช้สำลีชุบน้ำยาที่มีพอค่านำมาขยี้ใส่ในรูฟันที่ปวดพอบรรเทาอาการปวดได้ แต่อีกไม่นานจะมีอาการปวดอีก แม่คิดว่าถ้าเป็นเขี้ยวแมงแล้วเอายาใส่ฟันไม่ได้ ตัวแม่เองเป็นเขี้ยวแมงเช่นกัน แม่คิดว่าแมงคงจะคล้ายมดที่ตัวเล็กมาก เล็กจนมองไม่เห็น เพราะเมื่อเจ็บเขี้ยวแมงเหมือนมีตัวอะไรวิ่งไชเข้าไปในฟัน สำหรับการอุดฟันจะทำได้ ถ้าฟันเป็นแมงไม่เกินครึ่งซี่ฟัน และต้องไม่ใช่ฟันน้ำนม เพราะแม่เชื่อว่าฟันน้ำนมอยู่ไม่นานจะหลุดไป และฟันน้ำนมต้องหลุดเมื่อเด็กโตขึ้น ถ้าอุดฟันแล้วเป็นการอุดเข้าไปในราก จะทำให้ฟันน้ำนมไม่ยอมหลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้ ส่วนการถอนฟันในเด็ก แม่คิดว่าสามารถทำได้ไม่มีผลเสียอะไร เพราะอีกไม่นานจะมีฟันแท้มาแทนที่ และการถอนฟันน้ำนมไม่ทำให้เสียสายตาหรือประสาทเสีย

เมื่อให้แม่ดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าฟันเรียงชิดกันและเป็นสีขาว แม่เห็นว่าเป็นฟันปกติที่สวยงามดี ถ้าผิวฟันเป็นสีเหลือง แม่จะเรียกว่า “เป็นหินปูน” ต้องให้หมอยุติหินปูนออก และถ้าฟันมีสีดำ แม่จะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “เป็นเขี้ยวแมง” ถ้าเป็นในผู้ใหญ่และเป็นน้อยๆ(เป็นบริเวณขอบๆฟัน) สามารถอุดฟันได้ ถ้าเป็นในเด็ก ไม่จำเป็นต้องอุด แต่ถ้าเป็นแมงมาก(เลยจากขอบๆฟันเข้าไป)ไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ แม่เห็นว่าต้องถอนฟันถ้ามีอาการ

ปวด หากไม่ปวดอาจปล่อยทิ้งไว้ได้ โดยเฉพาะถ้าเป็นเด็ก ฟันซี่ที่เป็นเมงจะหลุดเองเมื่อถึงเวลา และแม่เห็นว่า การแปรงฟันจะช่วยให้ฟันที่เป็นเมงน้อยๆ ไม่เป็นเมงมากขึ้นได้

นั่นเคยได้รับแจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน เมื่อแม่พาไปรับวัคซีนตอนอายุ 1 ปี 6 เดือน แต่ตอนที่แม่พาไปรับวัคซีนในช่วงอายุเดียวกัน หมอไม่มีแปรงสีฟันและยาสีฟันแจกให้ แม่จึงต้องซื้อให้ลูกเอง และสอนให้ลูโแปรงเองตั้งแต่อายุประมาณ 2 ปี ปัจจุบันแม่ให้ลูโแปรงฟันเอง แม่ทราบดีว่าลูโแปรงได้ไม่สะอาด แต่ไม่ได้แปรงซ้ำให้

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวลิโ

แม้ความเชื่อในเรื่องผี และการรักษาความเจ็บป่วยด้วยการเป่า จะเป็นความเชื่อที่เห็นได้เด่นชัดในชาวผู้ไทย แต่ความเจ็บป่วยที่เกิดจากฟันผุ ชาวผู้ไทยกลับเชื่อว่าเป็นเรื่องของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การอมลูกอม หรือเป็นเรื่องของการถ่ายทอดเชื้อ เช่น การใช้ไม้จิ้มฟันต่อจากคนที่เป่าเมง และการเคี้ยวอาหารป้อนเด็ก การเป่าไม่สามารถรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากฟันผุได้ ส่วนการดูแลตนเองโดยการใช้น้ำยาแก้เมงใส่ในรูฟัน สามารถบรรเทาปวดได้บ้าง แต่จะไม่หาย ต้องอาศัยการรักษาทางการแพทย์ ด้วยการถอนฟันเท่านั้น ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นในผลการรักษา

อย่างไรก็ตาม การไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม เป็นส่วนที่มีอิทธิพลสำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจเลือกการรักษา ความคิดว่าฟันน้ำนมอยู่ไม่นาน และจะมีฟันแท้มาแทนที่ ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษาฟันน้ำนม

กรณีศึกษาที่ 6 ครอบครัวน้องแนน

แนน เป็นเด็กผู้หญิงอายุ 1 ปี 7 เดือน อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ (อายุ 34 ปี) แม่ (อายุ 28 ปี) และพี่ชาย (อายุ 8 ปี) แม่เป็นลูกสาวคนโตของอดีตกำนันตำบลกกแดง ส่วนพ่อมาจากจังหวัดอำนาจเจริญ ได้มาแต่งงานกับแม่ของแนนด้วยการจัดการของผู้ใหญ่ทั้งสองฝ่าย แต่พ่อและแม่ของแนนก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้ดีและไม่มีปัญหาขัดแย้งรุนแรงในครอบครัว ทั้งพ่อและแม่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พ่อจะมีหน้าที่ช่วยตยายย ทำนาทำไร่ ส่วนแม่จะอยู่บ้านทำงานบ้าน เพราะสุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง หลังคลอดแล้วหน้ามีดีวิงเวียนง่าย แม่เชื่อว่าเกิดจากเสียเลือดมากและอยู่ไฟหลังคลอดน้อย

บ้านของแนนเป็นบ้านไม้ได้ถูสูง มีการก่ออิฐฉาบปูนเป็นห้องบริเวณชั้นล่างของบ้าน ทำเป็นห้องครัว ห้องเก็บของ และห้องน้ำ ภายในบ้านมีตู้เย็น วิทยุ โทรทัศน์ เตารีด รถไถนาเดินตาม และรถมอเตอร์ไซด์ 1 คัน บ้านของแนนอยู่ติดกับบ้านของตาที่เป็นอดีตกำนัน บ้านของตาเป็นบ้านหลังใหญ่ และเป็นบ้านไม้กึ่งปูน มีโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้านอยู่หน้าบ้าน มีรถกระบะ รถไถ และมีรถสิบล้อจอดอยู่ใกล้ๆ เป็นบ้านที่มีคนแวะเวียนมานั่งพูดคุยทักทายประจำ

แม่เลี้ยงดูตนเองตั้งแต่เกิด พ่อหรือพี่ชายจะช่วยดูแลแนบบ้าง ถ้าแม่ทำงานบ้าน ยามว่างแม่มักพาแนบไปบ้านยายซึ่งอยู่ติดกัน แนบมักเป็นไข้และเป็นหอบหืดต้องเข้าโรงพยาบาล บ่อยๆ แนบยังรับประทานนมแม่อยู่ ไม่ชอบใช้ขวดนม ไม่รับประทานนมกระป๋องหรือนมกล่อง แม่เล่าว่าแนบได้รับประทานนมแม่ตลอดทั้งวันทั้งคืน อยากได้ตอนไหนก็จะร้องให้ จะดูนมแม่จนหลับไป ไม่ค่อยรับประทานข้าว แม่คิดว่าอีกไม่นานจะเลิกให้ลูกรับประทานนมแม่ เพราะแม่เจ็บ ตอนลูกชายคนโตแม่ให้หย่านมแม่ตั้งแต่อายุ 1 ปี 6 เดือน และรับประทานนมกล่องแทน แม่มักจะให้แนบดูนมจนเริ่มเคลิ้ม แล้วจึงเอาแนบใส่เปลไกวให้หลับ

แม่ได้เคี้ยวข้าวและนำข้าวที่เคี้ยวแล้ว ห่อใส่ใบเป่านำไปหมกไฟ ป้อนให้ทั้งแมน และแนบเมื่อยังเคี้ยวข้าวเองไม่ได้ แต่เมื่อลูกโตขึ้นจะรับประทานข้าวเพิ่มขึ้น แม่เคี้ยวให้ไม่ทันและขี้เกียจเคี้ยวให้ จึงเลิกเคี้ยวป้อน ทุกวันนี้แนบหยิบอาหารรับประทานเองได้ แม่ช่วยป้อนข้าวเหนียว เป็นคำให้บางครั้ง

แม่เคยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ตอนที่พาแนบไปนอนโรงพยาบาลว่า ให้เริ่มหัดแปรงฟันให้ลูก โดยยังไม่ต้องใส่ยาสีฟัน ช่วงแรกแม่ยังไม่ได้ทำให้ เพราะเห็นว่าลูกไม่ยอมและป่วย แต่ได้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดลิ้นเช็ดฟันอยู่บ้าง แม่คิดว่าต้องให้ลูกเริ่มแปรงฟันเมื่ออายุประมาณ 1 ปี 6 เดือน เพราะเคยได้รับแจกแปรงตอนที่พาแมนไปฉีดวัคซีนในช่วงอายุนั้น ส่วนแนบแม่ต้องซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันให้เองเพราะไม่ได้รับแจก แนบไม่ชอบยาสีฟัน แม่แม่จะเลือกยาสีฟันสำหรับเด็กกลิ่นผลไม้ ปัจจุบันแม่ให้แนบแปรงฟันเอง แต่แนบแทบจะไม่แปรงฟันเลย และแม่บอกว่าไม่มีเวลาควบคุม เพราะต้องทำงานบ้านหลายอย่าง ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของแนบพบว่า มีฟันในช่องปาก 15 ซี่ ยังไม่พบฟันผุ

แม่และพี่ชายของแนบมีปัญหาโรคฟันผุ แม่เล่าประสบการณ์โรคฟันผุที่ผ่านมามีว่า

“ลูกคนโตแหว่แมงกินเม็ด พาไปหาหมอ เพินบ่ยอมถอนให้ ว่าให้ฟันแท้ฟันชะก่อน ตอนนี้บ่ปวด ตอนอนุบาล 1 ปวด ให้ แม่เอานมแม่ อันที่เอาใส่ของหวานอันหอมๆ เอาใส่อันแคะขี้หูจุ่ม มันเย็น มันซึ่มลงไปในฮาก ใส่เทือกแรกก่อน พอเขาซักหน้อยใส่อีก เห็นมันเซาก็หยุดใส่เลย พอใส่แล้วเซาเลย บ่ได้ปวดจักเทือก อันใส่นมแมวนี่ ข้าเจ้าว่าให้ฟังตั้งแต่หน้อย จำได้แล้วว่าไม”

“แม่ก็เป็นคือกัน เป็นแมงเจ็บ เจ็บกว่าเจ็บท้องได้ลูกอีก แปรงฟันอยู่ก็ คือเกิดขึ้นเอง เวลาเป็นมันปวด ที่แรกคิดว่าสิไปถอน คิดไปคิดมา ย่านเส้นประสาท ตามัวตาบอด เห็นผู้อยู่กแดด บ่จักถอนใส่ ตอนนีตายแล้ว เลยย่าน ทนเอา กินยาแก้ปวดก็ไม่หาย อมเหล้าก็ไม่หาย

เลยเอายาสีฟันใส่ เขาวามันเข้า มันเข้ามา 2 – 3 เดือนแล้ว ยามันปวดอีก หมอเคลื่อนที่มาก็เคยบอกว่า อย่าให้เป็นหลาย เป็นน้อยให้รีบไปหาหมอ แต่คิดว่ามันจะเข้าเอง ภาวะเยอะ ต้องเห็ดเวียก เห็ดนา เลยไม่ได้ไป”

แม่คิดว่าที่แมนลูกชายคนโตเป็นแมง เพราะชอบรับประทานขนมหวานตั้งแต่เด็ก โดยเฉพาะลูกอม แม้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะไม่มีขนมขาย แต่แมงก็จะร้องไห้ขอแม่ให้แม่ซื้อขนมให้แม่จำเป็นต้องซื้อให้ เพื่อให้แมงยอมไปเรียน ตอนนั้นแมงเริ่มรับประทานขนมแล้ว เพราะเห็นพี่รับประทานจะร้องขอตาม นอกจากนี้ แม่คิดว่าการเป็นแมงเป็นกรรมพันธุ์ เพราะตา ยาย และพี่น้องของแม่เป็นทุกคน และไม่สามารถป้องกันแมงได้ แม่จะแปรงฟันแล้วก็ตาม

แม่บอกว่าแมงซี่เกียดแปรงฟัน ตอนอยู่บ้านไม่แปรงเลย แปรงแต่ตอนอยู่โรงเรียน เพราะแม่เห็นเขาแปรงไป แม่ตอนนั้นแม่จะเห็นว่าแมงยังไม่เป็นแมง เพราะเพิ่งมีฟันขึ้นในช่องปาก และมีฟันน้อยซี่ แต่แม่กลัวว่าแมงจะฟันผุเหมือนพี่ เพราะเห็นว่าได้ดูแล เช็ดฟันให้แมง ตั้งแต่มีฟันได้ 4 – 5 ซี่ ยังเกิดฟันผุได้ แม่เห็นว่าแมงเริ่มเป็นแมงตอนเข้าอนุบาล 1 ฟันเป็นคราบ กัดเข้า และแปรงไม่ออก เพราะรับประทานขนมเก่งในช่วงนั้น การมีฟันหน้าบนห่าง ฟันเกและฟันยาวสั้นไม่เท่ากันของแมง เป็นปัญหาที่ทำให้แมงกังวลใจ แม่คิดว่าเกิดจากการที่ฟันหน้าน้ำนมของแมงเป็นแมงจนฟันเตี้ยติดเหงือก ฟันหลุดช้า และไปหาหมอมืออามัยแล้วหมอมืออามัยให้ ทำให้ฟันแท้ขึ้นมาไม่สวยงาม แม่พยายามบอกให้แมงเอามือดันฟันออกมาบ่อยๆ เพื่อให้ฟันสวยงามอยู่ในระดับเดียวกัน

เมื่อให้แม่ดูแผนภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก พบว่า ถ้าฟันเรียงชิดกันและเป็นสีขาว แม่เห็นว่าเป็นฟันปกติที่สวยงามดี ถ้าฟันห่างจะเป็นฟันที่ไม่สวย ถ้าผิวฟันเป็นสีเหลือง แม่จะเรียกว่า “เป็นคราบ” “เป็นหินปูน” ไม่มีอาการปวด ถ้าฟันมีการเว้าแหว่ง จะเรียกว่าฟันผุ ยังไม่มีอาการปวดเช่นกัน แต่เศษอาหารมักจะคอบติดคา และถ้าฟันมีรูดำ ลึกลงถึงกลางฟัน แม่จะเรียกลักษณะดังกล่าวว่า “เป็นแมง” ซึ่งเชื่อว่ามักจะมีอาการปวดร่วมด้วย แมงมักเป็นในฟันซี่ใหญ่หรือฟันหลัง แต่ฟันหน้าสามารถเป็นได้เช่นกัน แม่คิดว่าฟันที่เป็นแมง จะมีตัวแมงเล็กๆอยู่ เพราะเวลาปวดเหมือนมีตัวอะไรไชเข้าไปในฟัน ถ้าเป็นแมงแล้ว ต้องปล่อยให้มันกร่อนไปเรื่อยๆ ถ้าปวดต้องทายามาใส่ ถ้าเป็นแมงในซี่ใหญ่และเป็นซี่ที่กลางๆ จะสามารถอุดฟันได้ ถ้าเป็นซี่สุดท้ายหมอมืออามัยจะให้ถอน แต่ถ้าเป็นในเด็ก ก็ปล่อยให้หลุดทิ้งไว้ หรือต้องถอนเท่านั้น เพราะเคยเห็นแต่หมอมืออามัยฟันเด็ก และถ้ามีอาการปวดอยู่ หมอมืออามัยจะไม่ถอนให้

“หมอมืออามัยให้ ต้องทายปวดก่อน ถ้าถอนมันจะถึงหัวใจ เพราะหัวใจมันอ่อน เจ็บอยู่แล้ว ไปถอน ยิ่งเจ็บแสบ ยามหมอดยามัน (เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วจะปวดมาก)”

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวแนน

การที่แม่มีประสบการณ์เคยได้ยินเรื่องเล่าเกี่ยวกับถอนฟันแล้วเสียชีวิต ทำให้กลัวการถอนฟัน การเคยพาลูกไปรับการรักษาที่สถานีนามัย แล้วไม่ได้รับการรักษา ร่วมกับการมีภาระงานที่ต้องทำมาก ไม่มีเวลาพาลูกไปรับการรักษา ทำให้เมื่อลูกมีปัญหาจากฟันผุ แม่จึงพยายามดูแลรักษาด้วยตนเอง โดยการใช้สิ่งต่างๆที่เคยได้รับการบอกเล่าถึงผลในการบรรเทาอาการปวดฟัน และเป็นสิ่งของที่หาได้ง่ายในครัวเรือนมาใช้ใส่ฟัน เพื่อบรรเทาอาการปวดฟัน

นอกจากนี้ การรับรู้และตีความการรักษาที่ทันตบุคลากรเคยทำให้ ว่าหมอจะไม่อุดรักษาฟันน้ำนม ต้องถอนเท่านั้น แต่ต้องไม่มีอาการปวดและมีฟันแท้ขึ้นก่อน จึงจะถอนได้ สนับสนุนให้แม่ปล่อยฟันผุที่ไม่มีอาการปวด ให้มีการลุกลามของโรคต่อไป และพยายามดูแลลูกเมื่อมีอาการปวดฟันด้วยตนเอง

ความเชื่อเรื่องสาเหตุของฟันผุที่เกิดจากกรรมพันธุ์ และฟันผุไม่สามารถป้องกันได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมของแม่ต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กซึ่งขาดความจริงจัง แม่ไม่กำกับดูแลให้ลูกแปรงฟันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ปล่อยให้เป็นที่หนึ่งของโรงเรียน ร่วมกับแม่ไม่สามารถควบคุมการรับประทานขนมของลูกได้ การให้ขนมเพื่อช่วยให้เด็กยอมไปโรงเรียน ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้แนนมีแนวโน้มการเกิดฟันผุในอนาคต เช่นเดียวกับพี่ชายทั้งสี่

สรุปลักษณะบางประการของครอบครัวกรณีศึกษาได้ดังตารางที่ 12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 สรุปลักษณะและเงื่อนไขบางประการของครอบครัวกรณีศึกษา

ครอบครัว	อายุ	สภาพช่องปากเด็ก	ประเด็นที่น่าสนใจ	ลักษณะครอบครัว	ลักษณะของผู้เลี้ยงดู				
					ความสัมพันธ์	อายุ	สภาพช่องปาก	การศึกษา	อาชีพ
หลิน	3 ปี 2 เดือน	ไม่พบฟันผุ	สุขนิสัยของครอบครัว	เดี่ยว	แม่	30	ไม่ผุ	ป.6	ทำนา,ทำไร่
บอส – แบลม	2 ปี 5 เดือน, 6 เดือน	ไม่พบฟันผุ (ทั้ง 2 คน)	การปฏิบัติตามที่จนท.แนะนำ	ขยาย	แม่	29	ไม่ผุ	ป.6	ทำนา,ทำไร่
จุ่ม	1 ปี 8 เดือน	ผุแบบ ECC *	หัดคาชวดนม	เดี่ยว	แม่	30	ไม่ผุ	ป.4	แม่บ้าน
แอปเปิ้ล	2 ปี 6 เดือน	ผุแบบ ECC *	ผสมผสานการดูแลรักษาต่างๆ	ขยาย	แม่ ,ยาย	26 , 48	ผุ	ป.6	ทำนา,ทำไร่
ลิโอ	2 ปี 4 เดือน	ผุแบบ ECC *	เชื่อถือการรักษาโดยวิธีการเป่า	ขยาย	แม่	28	ผุ	ป.6	ทำนา,ทำไร่
แนน	1 ปี 7 เดือน	ผุแบบ ECC *	แม่เคยปวดฟันมาก	เดี่ยว	แม่	28	ผุ	ป.6	แม่บ้าน

* การผุแบบ ECC (Early Childhood Caries) หมายถึง การมีฟันผุบริเวณผิวเรียบของฟันหนาน้ำนมบน ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงแนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค(Explanatory model) ของ Arthur Kleinman เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงความคิดความเชื่อเกี่ยวกับฟันน้ำนม และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็ก ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เกิดโรค เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งทำการศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลายวิธีการร่วมกัน ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการใช้แผ่นภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปากเด็ก(Pile sorting) เป็นสื่อในการค้นหาแบบแผนความคิด การใช้ข้อมูลเอกสาร และการตรวจสอบสภาพช่องปากเด็ก ใช้เวลาเก็บข้อมูลรวม 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2545

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษา แนวคิดและการปฏิบัติของผู้เลี้ยงเด็กจำนวน 36 ราย ซึ่งดูแลเด็กอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี 6 เดือน จำนวน 38 ราย เด็กตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเพศชายร้อยละ 47.37 เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.63 ส่วนใหญ่มีแม่เป็นผู้เลี้ยงดู(ร้อยละ 73.68) และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว(ร้อยละ 55.26) ซึ่งมีครอบครัวของเครือญาติอยู่ใกล้เคียง ในกลุ่มเด็กตัวอย่างเริ่มพบฟันผุ ตั้งแต่ อายุ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งเด็กในกลุ่มอายุ 1 ปีขึ้นไปนี้พบฟันผุสูงถึงร้อยละ 50 และในกลุ่มอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ เท่ากับ 4.13 ซี่ต่อคน และเท่ากับ 6 ด้านต่อคน ความชุกของฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุ เกือบทั้งหมดเป็นการผุที่บริเวณพื้นหน้าบน ซึ่งเป็นลักษณะการผุตามรูปแบบของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (Early Childhood Caries: ECC)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึง แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมรูปแบบหนึ่ง ผลการศึกษาสรุปได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ชาวบ้านมีความคิด ความเชื่อ เรื่องเกี่ยวกับฟันผุในเด็กปฐมวัย ไปในทิศทางเดียวกัน คือ ระบุว่าฟันน้ำนมปกติ จะเป็นสีขาว และจะหลุดไปเมื่อเด็กอายุ 6 – 7 ปี แล้วมีฟันแท้ขึ้นมาทดแทน จึงไม่จำเป็นต้องดูแลรักษาฟันน้ำนม ส่วนเขี้ยวเหลิง เขี้ยวกร่อน เขี้ยวผุ เขี้ยวเหี้ยน เป็นลักษณะที่ไม่ปกติของฟันน้ำนม แต่เป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก จะไม่มีอาการปวด ไม่จำเป็นต้อง

รักษา ปัญหาเรื่องฟันที่สำคัญในเด็กตามวิถีคิดของชาวบ้าน คือ การเป็นแห้วแฉง ซึ่งจะมีลักษณะฟันเป็นรูเข้าถึงกลางฟันและมีอาการปวด เพราะทำให้เด็กปวดฟันจนร้องไห้ สาเหตุสำคัญของการเป็นแห้วแฉง ได้แก่ อมลูกอม การที่ผู้เลี้ยงดู เคี้ยวข้าวบ่อนเด็ก การไม่แปรงฟัน ส่วนนมแม่ วิธีการให้นมที่ไม่ถูกต้อง และขนมถุงอบกรอบ ชาวบ้านคิดว่า ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดแห้วแฉง นอกจากนี้ ชาวบ้านเห็นว่า เด็กส่วนใหญ่ต้องเป็นแห้วแฉง และเมื่อเป็นแล้วต้องถอนฟันที่เป็นแฉงทิ้งไป

2. การปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ชาวบ้านส่วนใหญ่จะเลี้ยงดูด้วยนมแม่จนเด็กมีอายุประมาณ 1 - 2 ปี จึงหย่านมแม่ และให้เด็กรับประทานนมกล่อง(ซึ่งมักเป็นนมรสหวาน) โดยใช้หลอดดูด ไม่นิยมให้เด็กใช้ขวดนม ยกเว้นในรายที่แม่มีน้ำมน้อย หรือแม่ไปทำงานต่างจังหวัดมีญาติเลี้ยงดูแทน ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่จะเคี้ยวข้าวเหนียวบ่อนให้เด็กรับประทาน บางครั้งมีการนำข้าวที่เคี้ยวแล้วหมกไฟก่อนบ่อนให้เด็ก เด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ทุกวัยที่ทำการศึกษา จะเคยได้รับประทานอาหารเสริมยี่ห้อซีรีแลค นอกจากนี้ เด็กส่วนใหญ่จะได้รับประทานขนม ซึ่งหาซื้อได้ง่ายในหมู่บ้าน

การได้รับแจกแปรงสีฟันในช่วงเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ทำให้ผู้เลี้ยงดูบางส่วนเริ่มแปรงฟันให้เด็ก ส่วนใหญ่การแปรงฟันในเด็ก ผู้เลี้ยงดูจะแปรงให้เด็กในครั้งแรกๆ ต่อมาจะสอนให้เด็กแปรง หลังจากนั้นจะปล่อยให้เด็กแปรงเอง โดยไม่มีการตรวจสอบความสะอาด หรือแปรงฟันซ้ำให้ การแปรงฟันจะทำไมเป็นประจำสม่ำเสมอ ส่วนการห้ามเด็กไม่ให้รับประทานขนม ชาวบ้านเห็นว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม มีชาวบ้านส่วนหนึ่งคิดว่า ฟันผุในฟันน้ำนมไม่สามารถป้องกันได้

เมื่อเด็กมีอาการปวดฟันจากการเป็นแห้วแฉง ชาวบ้านมักให้เด็กรับประทานยาแก้ปวด เชียเสษอาหารออกจากฟันที่ปวด หรือหาสิ่งต่างๆที่มีอยู่ในบ้านเช่น ผงชูรส น้ำมันเครื่อง น้ำยาแก้แห้วแฉงที่มีพ่อค้ามาเร่ขายในหมู่บ้าน หรือการใช้สมุนไพรพื้นบ้านต่างๆ มาใส่ในรูฟันเพื่อบรรเทาอาการปวด เมื่ออาการปวดหายไป มักปล่อยให้ไม่ทำการรักษาต่อ เนื่องจากเชื่อว่าฟันน้ำนมเป็นแฉงแล้วไม่สามารถรักษาได้ ต้องถอนเท่านั้น และหมอมจะไม่ถอนให้ ถ้าเด็กอายุน้อยกว่า 6 - 7 ปี ทำให้การผุลุกลามไปมาก จนเหลือแต่ตอฟัน หรือฟันหลุดออกไปเอง

ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการอุดฟันน้ำนม และคิดว่าเมื่อเป็นแฉงแล้ว ต้องถอนฟันทิ้งเท่านั้น ส่วนการรักษาด้วยการเป่า ตามความเชื่อของชาวผู้ไทย ไม่สามารถรักษาแห้วแฉงได้ การปฏิบัติและการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติหลายประการของชาวบ้าน

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่น่าเสนอ 6 กรณีนั้น เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเจาะลึก 6 ครอบครัว ซึ่งทั้งหมดอาจไม่เป็นตัวแทนของครอบครัวในชุมชนแห่งนี้ได้ แต่ข้อมูลระดับลึกของทั้ง 6 ครอบครัวนั้น เผยให้เห็นประเด็นที่หลากหลาย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อของชาวบ้าน อันเป็นที่มาของการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาปากและฟัน บทเรียนจากกรณีศึกษาครอบครัวที่เด็กไม่มีฟันผุ ครอบครัวหนึ่งแสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้เลี้ยงดูที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก ในขณะที่อีกครอบครัวหนึ่ง แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู ส่วนครอบครัวที่เด็กมีฟันผุ ครอบครัวหนึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบแผนการอธิบายโรคของผู้เลี้ยงดู มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดฟันผุในอนาคต อีกครอบครัวแสดงให้เห็นความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาฟันน้ำนมผุ ในขณะที่อีกครอบครัว เด็กประสบปัญหาโรคฟันผุรุนแรง ผู้เลี้ยงดูผสมผสานการดูแลสุขภาพปากและฟันทั้งการดูแลด้วยตนเอง การเข้าหาฟันบ้าน สมุนไพร และการรักษาจากระบบวิชาชีพเพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว ครอบครัวสุดท้ายแสดงให้เห็นถึงความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วเสียสายตาที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก แนวคิดของผู้เลี้ยงดูที่ยอมจำนนต่อขนม และการผลักดันภาระการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับโรงเรียน

การอภิปรายผล

“ปัญหาความเจ็บป่วยนับเป็นประสบการณ์สามัญของมนุษย์ทุกชนชาติ มนุษยชาติในทุกวัฒนธรรม จึงได้พยายามแสวงหาทางออกต่อปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดมา สันนิษฐานว่า การต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ และการดิ้นรนเพื่อชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของมนุษย์ ได้ทำให้มนุษย์ทุ่มเทความพยายามในการทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยและโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิตและสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นจากประสบการณ์ ได้สั่งสมจนเป็นแนวคิดและระบบทฤษฎี ที่มนุษย์ใช้อธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ภูมิปัญญาและองค์ความรู้ที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นในแต่ละวัฒนธรรม ได้ถูกสะสมและสืบทอดเป็นแบบแผน ขนบธรรมเนียม ประเพณี การปฏิบัติที่ผิดแผกแตกต่างกันไป อันเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อและความเข้าใจที่มนุษย์มีให้ต่อสรรพสิ่งและปรากฏการณ์ต่างๆตามการรับรู้ของตน มนุษย์ในแต่ละวัฒนธรรม ซึ่งมีโลกทัศน์ที่แตกต่างกัน มีระบบวิธีคิด ความเชื่อที่ใช้ทำความเข้าใจ และอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป”

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535: 1-2)

แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน เป็นรูปแบบการอธิบาย ปრაการการณ์ความเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นตามโลกทัศน์ของชาวบ้าน ซึ่งมีทั้งส่วนที่สอดคล้อง และแตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ จากผลการวิจัย พบแนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน ที่น่าสนใจหลายประเด็น ซึ่งจะได้นำเสนอทวิเคราะห์ถึงสมมติฐาน ต่อที่มาจากแนวคิดหรือการปฏิบัติของชาวบ้าน ผลที่มีต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมทั้งแนวคิด ที่สำคัญสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ภาพรวมความคิด ความเชื่อของชาวบ้าน

ความคิด ความเชื่อของชาวบ้าน มีลักษณะสัมพันธ์สอดคล้องกับวิถีชีวิตในสภาพแวดล้อม สิ่งที่กำหนดแบบแผนทางความคิดนั้นได้จากวัฒนธรรมดั้งเดิม จากประสบการณ์ผ่านการต่อสู้เพื่อ แก้ไขปัญหาในชุมชน ทำให้เกิดภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สังเคราะห์จากประสบการณ์ การสังเกต การคัดเลือก และถ่ายทอดวัฒนธรรมสืบต่อกันมา ผ่านการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว ตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายายจนถึงรุ่นลูกหลาน รวมทั้งจากประสบการณ์ส่วนตัว เกิดการสั่งสมสร้างเป็นองค์ความรู้ ชุดหนึ่ง ผสมผสานกับวัฒนธรรมความรู้จากแหล่งอื่นๆที่รับเข้ามาใหม่ตลอดเวลา เช่น จากการ บอกเล่าของคนในหมู่บ้าน การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจากสื่อต่างๆ ชาวบ้าน จะนำความรู้ที่ได้รับมาใหม่เปรียบเทียบกับชุดความรู้เดิมที่มีอยู่ และความรู้ใหม่จะถูกดัดแปลง หรือปรับให้เข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ เกิดเป็นชุดความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามการได้รับความรู้หรือประสบการณ์ใหม่ๆ และมีการปรับให้ เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ ดังนั้น แบบแผนความคิดของชาวบ้าน จึงมีลักษณะไม่หยุดนิ่ง ความเป็นพลวัต(Dynamic) และไม่สามารถบอกถึงที่มาของความเชื่อได้อย่างชัดเจน ความเชื่อ ของชาวบ้านบางส่วนคล้ายคลึงสอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์ แต่บางส่วนอาจดูเป็นสิ่งที่ไม่มี เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่ยังคงเป็นค่านิยมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เนื่องจากได้รับการสั่งสม ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ อย่างไรก็ตาม ความเชื่อเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก มีอิทธิพลยิ่ง ต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ไม่ว่าจะความเชื่อนั้นจะสอดคล้องกับความจริงหรือไม่ก็ตาม

ความแตกต่างระหว่างวิถีคิดแบบชาวบ้านและแนวคิดทางการแพทย์

บทสรุปของความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่ได้จาก ผลการวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทย์ นำเสนอได้ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทย์

ลักษณะที่เปรียบเทียบ	แนวคิดทางทันตแพทย์	ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้าน
<p>1. คำที่ใช้เรียก ความหมาย และ การจำแนกประเภท</p>	<p>โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การมีฟันผุบริเวณผิวเรียบของ ฟันหน้าน้ำนมบนตั้งแต่ 1 ซี่ ขึ้นไป แบ่งความรุนแรงของการผุตาม ความลึกของการสูญเสียโครงสร้างฟัน เช่น ผุเพียงชั้นเคลือบฟัน ผุลึกถึงชั้นเนื้อฟัน หรือ ผุทะลุโพรงประสาทฟัน</p>	<p>คำที่ใช้จะเรียกตามลักษณะของฟันน้ำนมที่เห็นและอาการที่ปรากฏ ได้แก่ แหว่เหลือง แหว่กร่อน แหว่ผุ แหว่เหี้ยน และแหว่แมง ไม่ พิจารณาจากตำแหน่งที่เกิดโรค นั่นคือ ไม่ว่าจะบริเวณใดของฟัน ถ้ามี สีเหลืองจะเรียก“แหว่เหลือง” หรือถ้าเป็นรูเข้าถึงกลางฟันมีอาการ ปวดจะเรียก “แหว่แมง” เป็นต้น จัดแบ่งความรุนแรงตามอาการ เป็น ไม่มีอาการ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้ และปวดมากจนทนไม่ได้</p>
<p>2. สาเหตุ</p>	<p>เกิดจากการเสียสมดุลระหว่าง ขบวนการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ และการสูญเสียแร่ธาตุของฟัน (Remineralization and Demineralization) ภายใต้ปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปัจจัยด้านตัวฟันและสภาพแวดล้อมในช่องปาก ได้แก่ ความ แข็งแรงของฟัน ความสามารถในการชะล้างของน้ำลาย เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านเชื้อโรค ได้แก่ Mutans streptococci 3) ปัจจัยด้านอาหาร ได้แก่ อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ทั้งชนิด ที่เป็นแป้งและน้ำตาล) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมการเลี้ยง เด็กด้วยของเหลวต่างๆอย่างไม่เหมาะสม 	<p>มีความเชื่อที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ จัดแบ่งกลุ่มได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับตัวฟันหรือร่างกายของเด็ก ได้แก่ เกิดจาก ฟันไม่แข็งแรง เด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น 2) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเชื้อโรค ได้แก่ มีตัวแมงเจาะฟัน แม่ที่เป็น แหว่แมงเคี้ยวข้าวให้ลูกกิน หรือการใช้ไม้จิ้มฟันร่วมกัน เป็นต้น 3) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ได้แก่ การรับประทานลูกอม โดยเฉพาะการอมฮอลล์ ส่วนอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลอื่น (เช่น ขนมถุงอบกรอบ) และวิธีการเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่หรือนม กล่อง ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ 4) สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ เป็นกรรมพันธุ์ เป็นตามวัยของเด็ก เป็นต้น

ตารางที่ 13 ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทย์ (ต่อ)

ลักษณะที่เปรียบเทียบ	แนวคิดทางทันตแพทย์	ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้าน
<p>3. การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของอาการ</p>	<p>ประเมินจากลักษณะดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ลักษณะของฟันและอวัยวะในช่องปากที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนสีฟัน ปริมาณการสูญเสียเนื้อฟัน การมีรูเปิดหนองหรือการบวมของเหงือกและไบหน้า เป็นต้น 2) ลักษณะของฟันและอวัยวะในช่องปากที่ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความแข็งผิว (ตรวจโดยใช้ explorer) การโยกของฟัน การตอบสนองต่อความร้อน - เย็น การเคาะ การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี เป็นต้น 3) อาการของฟัน ได้แก่ ลักษณะของอาการปวด สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการปวด เป็นต้น <p>ด้วยวิธีการการวินิจฉัยและประเมินของแพทย์อย่างละเอียดดังกล่าว ทำให้ตรวจพบโรคฟันผุได้ตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มเป็น</p>	<p>ประเมินจากลักษณะดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ลักษณะของฟันและอวัยวะในช่องปากที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนสีของฟัน การมีรูหรือโพรงฟัน 2) ลักษณะอาการของฟัน ได้แก่ มีอาการปวดฟันหรือไม่ 3) พฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนไป เช่น ร้องไห้ ไม่กินข้าว เป็นต้น 4) มีอาการอื่นร่วมหรือไม่ เช่น เป็นไข้ <p>นั่นคือ ชาวบ้านประเมินความรุนแรงของโรคตามลักษณะของฟันที่เห็นและตามลักษณะอาการที่ปรากฏ แต่ในเด็กเล็กมักไม่สามารถบอกอาการและตำแหน่งที่มีอาการได้ชัดเจน ประกอบกับลักษณะการดำเนินของโรคฟันผุในระยะแรกๆที่มักไม่มีอาการ บางระยะบรรเทาอาการได้ เมื่อถึงขั้นที่ชาวบ้านให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือตัดสินใจไปรับการรักษา จึงมักถึงขั้นที่โรคลุกลามไปมากแล้ว</p>
<p>4. ผลกระทบที่เกิดขึ้น</p>	<p>ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารทำให้การเคี้ยวช้าลง การถอนฟันทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่ขากรรไกร ฟันแท้ขึ้นซ้อนเก การถอนฟันหน้ามีผลต่อความมั่นใจของเด็ก ฟันน้ำนมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันแท้ผุ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และรัฐต้องสูญเสียงบประมาณ</p>	<p>เป็นลักษณะปกติของเด็กที่ต้องเป็น เมื่อถึงเวลาฟันน้ำนมจะหลุดไปเองและมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ แต่ถ้าเป็นแหว่งเมง เด็กจะปวด ร้องไห้ กินข้าวไม่ได้ ต้องพาไปหาหมอ ถูถอนฟัน หลังถอนฟัน เด็กยังใช้เหงือกเคี้ยวข้าวได้ ฟันแท้ที่ขึ้นมาแทนจะสวยงามดี ไม่เป็นแหว่งต่อ</p>

ตารางที่ 13 ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทย์ (ต่อ)

ลักษณะที่เปรียบเทียบ	แนวคิดทางทันตแพทย์	ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้าน
<p>5. การดูแลเมื่อมี ปัญหาโรคฟันผุ</p>	<p>1) การฟูในระยะเริ่มแรกซึ่งยังไม่มี การสูญเสียเนื้อฟัน ใช้วิธีการ ส่งเสริม ให้เกิด ขบวนการ สะสมแร่ธาตุคืนกลับสู่ตัวฟัน (Remineralization) เช่น การทาฟลูออไรด์วานิช การเคลือบ ฟลูออไรด์ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เป็นต้น ร่วมกับการลดการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวฟัน(Demineralization) เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กด้วยของเหลวอย่างถูกวิธี การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นต้น</p> <p>2) การฟูในระยะที่มีการสูญเสียเนื้อฟันแล้ว ต้องได้รับการรักษา จากทันตบุคลากรเท่านั้น</p>	<p>1) ถ้าเป็นแนวหลัง แนวกร่อน แนวผุ และแนวเหียน จะไม่มีวิธีการ ดูแลเป็นพิเศษ มักจะปล่อยให้ เป็นไปตามธรรมชาติ รอจนฟันน้ำนม หลุดเอง บางรายใช้วิธีการแปรงฟัน มีแม่รายหนึ่งใช้มีดขูดฟันที่ เหลืองของลูกขณะเด็กหลับ</p> <p>2) ถ้าเป็นแนวแมง ซึ่งมักมีอาการปวด ชาวบ้านจะใช้หลายวิธีการ ร่วมกันในการบรรเทาอาการปวดฟัน ได้แก่</p> <p>2.1) การปล่อยให้อาการหายไปเอง</p> <p>2.2) ให้รับประทานยาแก้ปวด</p> <p>2.3) การกำจัดเศษอาหารออก โดยการแปรงฟันหรือใช้ไม้จิ้มฟัน</p> <p>2.4) ใช้ของที่มีอยู่ในบ้าน (เช่น ยาสีฟัน ผงชูรส น้ำมันเครื่อง) น้ำยาที่มีฟอสฟอรัสมาขาย หรือใช้สมุนไพร ใส่เข้าไปในรูฟันที่ปวด</p>
<p>6. การรักษา</p>	<p>ให้การรักษาโดยมุ่งเก็บรักษาฟันน้ำนมไว้มากที่สุด ทั้งนี้พิจารณา ตามปริมาณการสูญเสียเนื้อฟันและอวัยวะปริทันต์ อาการของฟัน ระยะเวลาการหลุดของฟันตามปกติ การรักษาฟันที่ของขากรรไกร เป็นต้น ตัวอย่างของการรักษา ได้แก่ การอุดฟัน การทำครอบฟัน การรักษาประสาทฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันปลอมทดแทน เป็นต้น</p>	<p>เลือกวิธีการรักษาโดยมุ่งเน้นกำจัดอาการปวดหรือไม่สบายออกไป โดยเร็ว ทั้งนี้พิจารณาตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ความเชื่อที่ได้รับ การถ่ายทอดจากคนในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน การได้ ข้อมูลจากทันตบุคลากร ความสะดวก ค่าใช้จ่าย และความรุนแรง ของอาการ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่า ถ้าไม่มีอาการปวด ไม่จำเป็น</p>

ตารางที่ 13 ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทย์ (ต่อ)

ลักษณะที่เปรียบเทียบ	แนวคิดทางทันตแพทย์	ความคิดและการปฏิบัติของชาวบ้าน
6. การรักษา (ต่อ)		ต้องรักษา แต่ถ้าเป็นแหว่งมีอาการปวดแล้วต้องถอนเท่านั้น ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการอื่นได้ ไม่อุดฟัน เนื่องจากเห็นว่าฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากไม่นาน อุดแล้วหลุดง่าย หรืออุดแล้วปวด มีแม่รายหนึ่งที่เกรงว่า อุดฟันน้ำนมแล้วฟันแท้จะขึ้นไม่ได้ ส่วนการเป่าซึ่งเป็นความเชื่อในวิธีการรักษาโรคทางกายของชาวผู้ไทย ชาวบ้านเห็นว่าไม่สามารถรักษาแหว่งแมงได้เช่นกัน
7. การป้องกัน	สามารถป้องกันได้โดย การใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเคลือบฟลูออไรด์ การรับประทานฟลูออไรด์ การทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ การเลี้ยงเด็กด้วยของเหลวอย่างถูกวิธี **	ชาวบ้านคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่เด็กต้องมีฟันน้ำนมไม่สวย หรือการเป็นแหว่งแมงไม่สามารถป้องกันได้ จึงไม่มีแนวคิดเรื่องการป้องกันที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน แม้จะเห็นว่าต้องให้เด็กแปรงฟันและไม่กินขนม แต่ไม่สามารถห้ามเด็กกินขนมได้ ส่วนการแปรงฟัน ชาวบ้านเห็นว่าเป็นเรื่องที่เด็กต้องรับผิดชอบเอง

** ดูเพิ่มใน Early Childhood Caries: ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2541

จากการเปรียบเทียบนี้ แสดงให้เห็นว่า ความคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้านและแพทย์ มีความแตกต่างกันในหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น ชาวบ้านมีการแบ่งประเภทความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฟันและใช้คำเรียกต่าง ๆ กัน ตามลักษณะของฟันน้ำนมที่เห็น และลักษณะอาการที่ปรากฏ ในขณะที่โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสำหรับทันตแพทย์นั้น มีการให้นิยามเกณฑ์การพิจารณาอย่างเฉพาะเจาะจง โดยใช้ตำแหน่งที่เกิดโรคเป็นหลักในการพิจารณา การแบ่งประเภทโรคฟันผุในทางทันตแพทย์ อาจเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยากและไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ชาวบ้านรับรู้หรือการที่ชาวบ้านมีการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคตามโลกทัศน์ของชาวบ้าน เช่น ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน หรือความเชื่อที่ว่าถ้าให้เด็กเล็กรับประทานไข่แดงแล้วจะทำให้ฟันลาย ความเชื่อเหล่านี้เป็นตัวอย่างของความพยายามในการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรมของชาวบ้าน โดยผูกโยงกับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกัน จากการพบเห็นสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติรอบตัว แม้จะเป็นเพียงข้อมูลเชิงประจักษ์จากประสบการณ์การสังเกตของชาวบ้าน และไม่มีเหตุผลทางการแพทย์มาสนับสนุนความเชื่อดังกล่าวก็ตาม วิธีคิดที่ต่างกันส่งผลต่อรูปแบบการปฏิบัติของชาวบ้านและทันตแพทย์ที่มีความแตกต่างกัน

*“ต้องเจ็บ ไม่เจ็บไม่เป็นແຂ່ວແມ່ງ เป็นແມ່ງປວດหลาย เวลา
ປວດเหมือนมีແມ່ງอันหยั่งซี่เข้าไป เจาะลงไป มันคล้ายอิหยัง
เจาะหมากไม้”*

การที่ชาวบ้านพิจารณาความผิดปกติของฟัน ตามลักษณะที่เห็นและอาการที่ปรากฏ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) ส่วนการใช้เกณฑ์การพิจารณาความผิดปกติของฟันที่แตกต่างกันระหว่างชาวบ้านและทันตแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิสุทธิ สังขเวส และคณะ (2533) ซึ่งพบว่า การประเมินสุขภาพช่องปากของประชาชนมีลักษณะเป็นเกณฑ์ของตนเอง (Subjective criteria) ส่วนการประเมินของทันตแพทย์เป็นเกณฑ์ของผู้ตรวจ (Objective criteria) ซึ่งเป็นไปตามหลักวิชาและมีความแน่นอน การประเมินสุขภาพทั้งสองลักษณะนี้ จึงไม่สอดคล้องกัน

แบบแผนการอธิบายโรคของชาวบ้าน มีลักษณะเฉพาะเป็นที่เข้าใจและยอมรับของคนในกลุ่มสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน มีหลากหลายความหมาย ไม่ทราบที่มาที่ชัดเจนของคำอธิบายว่ามาจากแหล่งใด ในขณะที่แบบแผนการอธิบายโรคของแพทย์ มีความชัดเจน เป็นสากล เป็นที่เข้าใจตรงกันของกลุ่มแพทยวิชาชีพ ไม่ว่าจะเกิดโรคฟันผุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอื่นใด ความเป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ มีการทดสอบสมมติฐานจนเป็นที่ยอมรับตรงกัน การที่ชาวบ้านมีแบบแผนความคิดและการปฏิบัติต่างกับการแพทยวิชาชีพ เป็นผลมาจากการมีฐานความคิดในเรื่องของความจริง (Reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกัน (Kleinman, 1980)

ชาวบ้านสังสมองค์ความรู้ ท่ามกลางการดำรงชีวิตอยู่อย่างแนบชิดกับธรรมชาติ การเสื่อมสลายของอวัยวะในร่างกาย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตามธรรมชาติ โดยปราศจากความรู้หรือวิทยาการที่จะช่วยยับยั้งความสูญเสียอวัยวะ ซึ่งแนวคิดแบบชาวบ้านนี้ มีพื้นฐานวิธีคิดมาจากการที่ ชาวบ้านมีความคิด ความเชื่อ ที่ยอมรับความเสื่อมสลายของอวัยวะและร่างกายตามธรรมชาติ ตระหนักเฉพาะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อ ณ ปัจจุบัน ทำให้ไม่ให้ความสำคัญ หรือมองถึงประโยชน์ของการป้องกันปัญหาในอนาคต

“เด็กต้องมีแมงกินฟัน เป็นฟันผุ เป็นแห้วแมง ถึงตอนนี้อยู่
แต่พอเข้าโรงเรียน ฟันก็จะเริ่มผุกร่อนไปเอง”

ตัวอย่างความเชื่อดังกล่าวเช่น ฟันน้ำนมต้องหลุดไปเมื่อถึงวัยอันควร หลังจากนั้นฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่ รูปแบบความเชื่อนี้ เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึง แนวคิดการยอมรับความเสื่อมตามธรรมชาติ ซึ่งอาจไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปากเด็ก แต่เมื่อผนวกเข้ากับความเชื่อที่ว่า เด็กทุกคนต้องเป็นแห้วแมง หรือแม้จะถูกถอนฟันน้ำนมไปก็ไม่ส่งผลเสียอะไร เด็กยังคงสามารถรับประทานอาหารได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของฟันน้ำนม เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น จึงไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันและรักษาโรคฟันผุในฟันน้ำนม ดังนั้น จากความเชื่อเดิมของชาวบ้าน ซึ่งยอมรับความเสื่อมตามธรรมชาติ จึงอาจนำมาเป็นแนวทางในการเพิ่มความเข้าใจกับชาวบ้าน เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เช่น ฟันน้ำนมควรหลุดเมื่อถึงวัยโดยไร้แห้วแมง เป็นต้น

ลักษณะพื้นฐานความคิดของชาวบ้านดังกล่าว สอดคล้องกับ Kluckhohn (1953 อ้างถึงใน พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540: 131) ซึ่งให้คำอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดแบบวัฒนธรรมตะวันออกว่า จะเป็นลักษณะ “ผสมกลมกลืน” ยอมรับความแก่และความเสื่อมตามวัยของอวัยวะต่างๆ รวมถึงมีแนวคิดเรื่องเวลาที่มุ่งอยู่กับปัจจุบัน(Present oriented) ซึ่งต่างกับแนวคิดแบบวัฒนธรรมตะวันตก ที่ต้องการเอาชนะธรรมชาติ ไม่ยอมรับความเสื่อมตามวัย มีแนวคิดเรื่องเวลาที่มุ่งกับอนาคต(Future oriented)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ได้อธิบายลักษณะพื้นฐานความคิดของระบบการแพทย์ปัจจุบันว่า เป็นกระบวนทัศน์แบบ แยกส่วน ลดส่วน และชีวิกลไก มองการเกิดโรคว่าเกิดจากอวัยวะแต่ละส่วน แยกร่างกายออกจากจิตใจ การรักษาจึงทำโดยแก้ไขเฉพาะร่างกายส่วนนั้นๆ ความเจ็บป่วยเกิดจากปรากฏการณ์ทางชีววิทยา ไม่เกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม ซึ่งเป็นการมองแบบลดส่วน และสุดท้าย ความเจ็บป่วยเป็นผลของกลไกการทำงานของอวัยวะหรือสารเคมีในร่างกาย ไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนทัศน์ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าพื้นฐานแนวคิดทางการแพทย์ เป็นวิธีคิดที่มุ่งแก้ปัญหาไปที่การจัดการกับเชื้อโรคและแก้ไขร่างกายเฉพาะส่วน ไม่ได้

พิจารณาทั้งตัวคนรวมถึงปัจจัยแวดล้อม แยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่มีการเชื่อมโยงเรื่องของสุขภาพเข้ากับบริบทแวดล้อมอื่น (เช่น การห้ามเด็กรับประทานขนม ทั้งที่มีขนมจำหน่ายทั่วไปทั้งหมู่บ้าน) ขาดการบูรณาการปัญหาสุขภาพกับปัญหาอื่นๆ และเมื่อความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของความผิดปกติของกลไกในร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ชัดเจนแน่นอนเหมือนกันในทุกคน จึงมีวิธีการรักษาหรือมาตรการแก้ปัญหาแบบเดียวกัน สำหรับปัญหาหรือความเจ็บป่วยเดียวกัน ปฏิเสธความหลากหลายของบุคคลว่า จำเป็นต้องมีวิธีแก้ปัญหาเฉพาะ ซึ่งมีความสอดคล้องตามพื้นฐานความคิดวัฒนธรรมและบริบทแวดล้อม ความแตกต่างทางความคิดเหล่านี้ เมื่อรวมกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความไม่เข้าใจในขั้นตอนการสื่อสาร ระหว่างชาวบ้านและบุคลากรสาธารณสุข นำไปสู่การมองปัญหาและการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน อีกทั้ง เป็นช่องทางให้เกิดทางเลือกอื่นๆ ในการแสวงหาการรักษาของชาวบ้าน ซึ่งบางทางเลือกอาจยิ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากเด็กยิ่งขึ้น

กระบวนการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านการขัดเกลาทางสังคม (Socialization)

การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) เป็นกระบวนการทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผน ยอมรับค่านิยมที่กลุ่มกำหนดไว้ เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนไปตามบทบาทต่างๆ ที่สังคมต้องการ (สุพัตราสุภาพ, 2541) การเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านการขัดเกลาทางสังคมในที่นี้ ครอบคลุมถึงการถ่ายทอดแนวความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยมีวิธีการที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเรียนรู้และการปรับตัวของชาวบ้านจะเกิดขึ้นตลอดเวลา

ตัวอย่างของความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการขัดเกลาทางสังคม เช่น ความเชื่อเรื่องฟันน้ำนมเป็นแมงต้องถอนเท่านั้น ปวดฟันหมอไม่ถอนให้ หรือต้องรอให้เด็กมีอายุ 6 – 7 ปี หมอจึงจะถอนฟันน้ำนมให้ เป็นต้น ความเชื่อเหล่านี้ล้วนเป็นตัวอย่างความเชื่อในระดับชุมชน ซึ่งเป็นความจริงที่ถูกสร้างขึ้นมาด้วยกระบวนการทางสังคม จนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนระดับบุคคลและครอบครัว

การเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพของชาวบ้าน มีที่มาจากหลากหลายแหล่ง ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ผ่านครอบครัว การเรียนรู้ผ่านการศึกษาในระบบโรงเรียน การเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านบุคลากรและระบบบริการสาธารณสุข ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การขัดเกลาในครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการสร้างรูปแบบความเชื่อและการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว ผ่านกระบวนการขัดเกลาทั้งทางตรง (ได้แก่ การบอกเล่า สั่งสอน

ชมเชย หรือว่ากล่าว) และโดยอ้อม (ได้แก่ การเป็นแบบอย่าง การเรียนรู้ผ่านการสังเกตการกระทำ การเลียนแบบ การได้รู้ได้เห็นและซึมซาบเข้าไปในจิตใจ) การปฏิสัมพันธ์และขัดเกลาในครอบครัว เป็นกระบวนการภายในระดับครอบครัวที่มีการกระทำต่อกันทางความคิด ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งส่วนที่สอดคล้องและขัดแย้งกัน เนื่องมาจากการรับรู้หรือมีประสบการณ์ที่ต่างกัน

การขัดเกลาในระยะที่ยังเป็นเด็ก (socializing the child) เป็นช่วงที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด เพราะเด็กกลมกลืนได้ง่าย รับคุณค่าใหม่ๆ ได้ง่าย และครอบครัวเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด (สุพัตรา สุภาพ, 2541) อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของเด็ก (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ผู้เลี้ยงดูโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา จะเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดและส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก (Chen, 1986)

ทัศนคติและความเชื่อของผู้เลี้ยงดูสามารถถ่ายทอดไปยังเด็ก ได้อย่างตรงไปตรงมา พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้เลี้ยงดู จะเป็นแบบอย่างในการปลูกฝังพฤติกรรมให้กับเด็ก ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก ดังเห็นตัวอย่างได้จากกรณีศึกษาครอบครัวของหลินว่า การที่แม่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและมีพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้หลินมีพฤติกรรมการรักษาความสะอาดช่องปากที่ดี เช่นเดียวกับแม่ สอดคล้องกับความเห็นของ Ismail (1998) ว่า ถ้าแม่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพดี จะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กที่ดีด้วยเช่นกัน ดังนั้น ถ้าผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กด้วย

แนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดในครอบครัวระหว่างคนในรุ่นอายุที่ต่างกัน ความคิดความเชื่อของคนรุ่นปู่ย่าตายายจะมีอิทธิพลต่อรุ่นหลานต่อเมื่อผ่านการยอมรับ ด้วยผลการปฏิบัติจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในรุ่นพ่อแม่แล้ว บางครอบครัวมีการยอมรับ และมีการถ่ายทอดความคิดความเชื่อ จนนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่รุ่นปู่ย่าจนถึงรุ่นหลาน แต่ในบางครอบครัว รุ่นลูกไม่ยอมรับความเชื่อจากคนรุ่นพ่อแม่ เนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ กรณีดังกล่าวสามารถมองผ่าน พฤติกรรมการเคี้ยวข้าวบิอนเด็กและการแสวงหาการรักษาในครอบครัวของแอปเปิ้ล ซึ่งแม่ปฏิเสธการเคี้ยวข้าวบิอนเด็กของยาย เพราะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตว่า อาจทำให้เกิดการถ่ายทอดโรคฟันผุได้ และเลือกที่จะพาเด็กไปรับการรักษาจากทันตแพทย์ เนื่องจากได้รับทราบทางเลือกในการรักษาและพึงพอใจในผลการรักษาที่ตนเองได้รับ ต่างกับยายที่จะบำบัดความเจ็บปวดของหลานด้วยวิธีการดูแลตนเอง จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมาและการได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ เป็นประเด็นหลักในการเลือกปฏิบัติที่ต่างจากคนรุ่นก่อน

นอกจากชาวบ้านจะมีการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพ ผ่านประสบการณ์ตรงของตนเอง หรือทางอ้อมจากการถ่ายทอดความรู้ของสมาชิกในครอบครัว ด้วยการสืบทอดแนวคิดจากบรรพบุรุษต่อกันมาหลายรุ่น การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องทันตสุขภาพในชุมชน ยังเกิดขึ้นจากการที่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน ให้คำแนะนำและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อมีความเจ็บป่วย เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ โดยขยายวงกว้างจากภายในครอบครัวไปสู่ต่างครอบครัว

“ของแมน ตอนอนุบาล1 ปวด ไข้ แม่เอานมแมว อันที่ใส่ของหวานอันหอมๆ เอาสำลีอันแคะซี่หูเอาจุ่ม มันเย็นมันซึ่มลงไปในฮาก พอใส่แล้วมันซ่าเลย บ่ได้ปวดจักเทื่อ อันที่ใส่นมแมวนี้ ข้าเจ้าว่าให้ฟังตั้งแต่น้อย จำได้แล้วว่าไผ่”

2. การขัดเกลาผ่านการศึกษาในโรงเรียน

การขัดเกลาทางสังคมผ่านการศึกษาในโรงเรียน มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพเช่นกัน แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กทุกคนล้วนผ่านการศึกษาในระบบโรงเรียน และเมื่อเด็กถึงวัยเรียน เด็กจะถูกส่งเข้ารับการศึกษาศึกษาที่โรงเรียน ซึ่งรัฐได้จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปากและฟัน เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน

โรงเรียนเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นทางการ เด็กมีโอกาสได้รับความรู้ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความคิดและพฤติกรรม แต่ปัญหาของการถ่ายทอดความรู้ผ่านระบบโรงเรียน คือ โรงเรียนอาจจะสอนในสิ่งที่เป็นทฤษฎีและอุดมคติจนเกินไป อีกทั้ง อาจไม่ตรงกับการอบรมสั่งสอนจากครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสน และเด็กไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริง (สุพัตรา สุภาพ, 2541) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าขาดการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับครอบครัวและชุมชนที่ดีพอ ตัวอย่างเช่น ผู้เลี้ยงดูผลัดภาระการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กทั้งหมด ให้อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ผู้เลี้ยงดูจึงละเลยที่จะฝึกสอนเด็กด้วยตนเอง หรือกระตุ้นเตือนและควบคุมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้เด็กไม่เกิดสุขนิสัยที่แท้จริง เพราะขาดความต่อเนื่องระหว่างการเรียนรู้และการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

“อยู่บ้านมันไม่สี่ แม่เรียกก็แค้นหนี ไปแปรงที่ศูนย์ฯ ต้องให้ครูหัดให้ พ่อแม่บอกก็บ่ฟัง แต่ไปโรงเรียน พอถึงฮอดเวลาก็กินข้าว แปรงฟัน นอน มันย่านครู ไปโรงเรียนหนะ แปรงทும்มือ ร้องเพลงพร้อม ครูเปิดเพลง ตอนบ้ายๆนี้ ก็แปรงฟัน”

เพ็ญแข ลามยั้ง (2542) กล่าวว่า การเรียนรู้ไม่ได้ขึ้นกับระดับการศึกษาในสถาบันเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากค่านิยมของสังคม และการมีประสบการณ์ใหม่ๆ ด้วย ผู้ที่เดินทางออกนอกชุมชนไปทำงานในเมือง ได้พบเห็นหรือรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัย ก็สามารถพัฒนาการเรียนรู้ขึ้นมาได้ ดังนั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ จะมีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา แต่มีได้หมายความว่า ผู้เลี้ยงดูจะมีระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เทียบเท่าเนื้อหาที่จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนเท่านั้น แต่ผู้เลี้ยงดูมีโอกาสเรียนรู้ได้ตลอดเวลาผ่านการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัว ประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง การได้รับความรู้ใหม่ๆ จากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อต่างๆ ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้าน ทันตสุขภาพอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม การสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการจัดให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ควบคู่ไปกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายด้านอื่นๆ ตั้งแต่ในระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือชั้นอนุบาล ยังคงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะปลูกฝังให้เด็กมีสุขนิสัยที่ดี ทั้งนี้ ควรให้เกิดการประสานความร่วมมือในระดับครอบครัวและ ชุมชนด้วย เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักว่า สุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กเป็นความรับผิดชอบของทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

3. การขัดเกลาผ่านสื่อต่างๆ

สื่อมวลชน อันได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือรายสัปดาห์ นิตยสาร หรือสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ เป็นเครื่องมือที่สำคัญและมีส่วนในการขัดเกลาทางสังคมในด้านต่างๆ ตั้งแต่เรื่องการให้คุณค่า ความเชื่อ รวมทั้งแบบของความประพฤติ โดยอิทธิพลของสื่อเหล่านี้ จะมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับทัศนคติและแนวโน้มต่อสิ่งที่ได้รับของแต่ละบุคคล (สุพัตรา สุภาพ, 2541)

สำหรับในชุมชนแห่งนี้ ความรู้ที่ชาวบ้านได้รับผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สื่อโทรทัศน์ มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้าน และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมกรบริโภคเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่พฤติกรรมกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก กลับไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงการส่งผ่านความรู้จากสื่อโทรทัศน์ อาจเป็นไปได้ว่า สัดส่วนรายการส่งเสริมสุขภาพที่มีการแพร่ภาพมีน้อยกว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ดังผลการศึกษาของนิภาพรรณ สุขศิริ (2540) ซึ่งพบว่า รายการสุขภาพฟัน เป็นรูปแบบรายการความรู้ทางโทรทัศน์ที่มีปริมาณน้อย ในขณะที่รายการความรู้และโฆษณาที่เกี่ยวกับอาหาร เป็นรายการโทรทัศน์ที่มีปริมาณมาก

การโฆษณามีอิทธิพลต่อการรับเอาวัฒนธรรมกรรมกรบริโภคใหม่ๆ ของชาวบ้าน เช่น การเลือกอาหารเสริมซีรีแลค นมหวานผสมน้ำผึ้ง หรือ นมอัดเม็ด ให้เด็กรับประทาน แต่เนื่องด้วยการส่งผ่านความรู้ทางสื่อโทรทัศน์ เป็นการสื่อสารทางเดียว และสิ่งที่ได้รับผ่านสื่อจะเป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับคนในทุกภูมิภาค ชาวบ้านจะเลือกรับเอาเฉพาะความรู้ที่เข้าได้กับชุดความเชื่อเดิมที่มีอยู่ ความรู้ใหม่ที่ได้รับเข้ามา จะถูกดัดแปลงให้กับความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิม และปรับให้เหมาะสม

กับสถานการณ์ สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536: 33) ซึ่งอธิบายตาม ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้(Perception theory)ว่า การรับรู้ข่าวสารต่างๆของบุคคล ขึ้นอยู่กับการ เลือกรับ(selective perception) ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับข่าวสารที่ ส่งผ่านมา ไม่เพียงแต่บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกลั่นกรองข่าวสาร หรือไม่ยอมรับข่าวสารที่ทำให้ ตนเองไม่มีความสุข หรือไม่มีความหมายต่อตนเองเท่านั้น แต่ข่าวสารที่บุคคลรับไว้นั้นอาจจะถูก บิดเบือน(distorted) เพราะเหตุว่าบุคคลจะดูเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการจะดู จะรับรู้ข่าวสารที่ตรงกับ ความต้องการ ความสนใจ หรือความคาดหวังของเขา

ตัวอย่างเรื่องการบิดเบือนความหมาย ที่เห็นได้ชัดเจนจากการศึกษานี้ ได้แก่ การนิยมใช้อาหารเสริมซีรีแลคในเด็ก ซึ่งอาหารเสริมธัญพืชสำหรับเด็ก มีไขมันที่มีอยู่เดิมตาม วัฒนธรรมการบริโภคของชาวชนบท แต่ชาวบ้านเกิดการรับรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์แล้วสร้างความหมาย ใหม่ตามพื้นฐานความคิดเดิม ซีรีแลคจึงถูกให้คุณค่าเป็น “ข้าวกระป๋อง” ที่มีความทันสมัย สะดวก ในการเตรียม และจะช่วยให้เด็กแข็งแรง กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การส่งความรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์ มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมมาก แต่เสี่ยงต่อการสื่อความหมายที่ไม่ตรงกันได้ง่าย อันเป็นผลมาจากการ เลือกรับและการแปลความหมายตามพื้นฐานความคิดเดิมนั่นเอง

4. การส่งผ่านความรู้จากเจ้าหน้าที่และระบบบริการสาธารณสุข

การส่งความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อบุคคล เป็นอีกส่วนที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ของชาวบ้านผ่านกระบวนการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นสื่อ บุคคลที่ชาวบ้านให้ความเชื่อถือในคำแนะนำ สื่อความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรแม้จะได้รับไม่บ่อยครั้ง แต่จะได้ผลดี เพราะเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับ มีความถูกต้องและ น่าเชื่อถือ แต่ทั้งนี้ ขึ้นกับว่าคำแนะนำในเรื่องนั้นๆสอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตเดิมของชาวบ้าน ด้วยหรือไม่ ตัวอย่างเช่น การแนะนำว่าไม่ควรเลี้ยงข้าวป้อนเด็ก แต่ด้วยพฤติกรรมการให้อาหาร เด็กดังกล่าว เป็นวัฒนธรรมการเลี้ยงดูที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ และเป็นการเตรียมอาหาร สำหรับเด็กที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคและวิถีชีวิตของชาวบ้าน ดังนั้น คำแนะนำของ เจ้าหน้าที่จะไม่สามารถโน้มน้าวให้ชาวบ้านปฏิบัติตามได้ ถึงแม้ชาวบ้านจะเห็นว่าคำแนะนำนั้นมี ประโยชน์ก็ตาม

นอกจากนี้ การมีพื้นฐานวิถีคิดที่ต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้าน ทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน เกิดการแปลความหมายผิดได้ง่าย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพที่ไม่เหมาะสมตามมา ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึง อิทธิพลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อ การเรียนรู้ของชาวบ้านผ่านกระบวนการทางสังคมที่ชัดเจน ได้แก่ ความเชื่อว่าเป็นแมงแล้ว ต้องถอนฟันทิ้งเท่านั้น ฟันน้ำนมหมอไม่รักษา หรือ ปวดฟันหมอไม่ถอนให้ รวมทั้ง ความเชื่อ ว่า ต้องรอให้เด็กมีอายุ 6 - 7 ปี หมอจึงจะถอนฟันน้ำนมให้ เหล่านี้ล้วนเป็นความเชื่อที่เกิดจาก

กระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้าน ผ่านการตั้งข้อสังเกตต่อประสบการณ์การบริการทันตกรรมที่ได้รับ รวมทั้งจากคำอธิบายของทันตบุคลากร ซึ่งอาจไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถสื่อความหมายให้ชาวบ้าน เข้าใจได้ตรงกัน

“เด็กปวดพาไปหาหมอ แต่หมอมองไม่เห็นให้ ว่ายังไม่ทัน 6 ปี
ยังไม่ถ่ายแล้ว”

ทันตบุคลากรมีพื้นฐานการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยคำนึงถึงความร่วมมือของเด็ก ความรุนแรงของโรค รวมถึงความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ ในขณะที่ชาวบ้านมีความคิดเกี่ยวกับการรักษา เพียงคาดหวังให้กำจัดอาการที่รบกวนการดำรงชีวิตประจำวันออกไป แต่เมื่อบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามความคาดหวัง โดยปราศจากคำอธิบายที่ตรงใจชาวบ้าน ชาวบ้านจึงสร้างข้อสังเกต เกิดการเรียนรู้ ตามมาด้วยพฤติกรรมกระโดดการักษา รวมทั้งการแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษาเด็กด้วยตนเอง ซึ่งบางทางเลือกอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของเด็กมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญต่อความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมทันตสุขภาพอันไม่พึงประสงค์ของชาวบ้าน ส่วนหนึ่งเกิดจากอุปสรรคในขั้นตอนการสื่อสารระหว่างทันตบุคลากรและชาวบ้าน ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน มีอิทธิพลอย่างมากต่อการสร้างความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของชาวบ้าน การทราบถึงการให้ความหมายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และการตีความจากคนในชุมชนเอง เป็นสิ่งสำคัญต่อการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของชาวบ้าน จึงมีความจำเป็นยิ่งที่บุคลากรสาธารณสุข ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางพื้นฐานความคิดของบุคคล มีความเข้าใจในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีคิดและวัฒนธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายตามวิถีชีวิตของชาวบ้าน อีกทั้ง ต้องมีความตระหนักรู้เสมอว่า การติดต่อสื่อความหมาย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำต่างๆ รูปแบบของการให้บริการ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถส่งผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชาวบ้านได้

จากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมของชาวบ้านในชุมชนแห่งนี้ ซึ่งได้นำเสนอมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า ความคิดความเชื่อด้านทันตสุขภาพเกิดขึ้น และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ผ่านการถ่ายทอดวัฒนธรรมในระดับครอบครัวและชุมชน การเรียนรู้ในระบบโรงเรียน การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากสื่อต่างๆ ซึ่งไปผสมกลมกลืนกับความคิดความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิม และแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมทันตสุขภาพ

นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า ถ้าประเด็นความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ส่งผ่าน เป็นสิ่งที่มีอยู่แต่เดิม ตามวัฒนธรรม การถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัวและชุมชน จะมีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อ และพฤติกรรมของชาวบ้านมาก แต่ถ้าประเด็นความรู้ที่ส่งผ่าน เป็นสิ่งที่นอกเหนือวัฒนธรรมเดิม สื่อโทรทัศน์และสื่อบุคคล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อและพฤติกรรมของชาวบ้าน ทั้งสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ได้ การส่งความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านระบบโรงเรียน สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ จนมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการขจัดเกลานี้ ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งนั้นสอดคล้องหรือเข้ากับความรู้ที่นึกคิด ความต้องการ และความสามารถของชาวบ้านด้วยหรือไม่ (สุพัตรา สุภาพ, 2541: 50) ถ้าสิ่งใหม่ที่รับเข้ามาเข้าได้กับชุดความเชื่อเดิมที่มีอยู่ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดหรือพฤติกรรมได้ง่าย ตัวอย่างเช่น อาหารเสริมซีรีแลค ถูกจัดวางแทนที่ระบบคิดของชาวบ้านว่าเป็นข้าว ซีรีแลคจึงเป็นที่นิยมได้อย่างง่ายดาย เป็นต้น

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนความเชื่อตามวัฒนธรรมเดิม ซึ่งชาวบ้านยึดถือกันมาเป็นเวลานาน โดยมุ่งหวังให้เกิดความเชื่อและพฤติกรรมใหม่ที่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ควรดำเนินการด้วยกลวิธีที่มีความสอดคล้องตามวัฒนธรรม และเป็นไปได้ง่ายกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่นเดียวกับการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ควรนำเสนอด้วยรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของชาวบ้านและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ส่วนในระบบการศึกษา นอกจากการสอดแทรกความรู้เข้าไปในหลักสูตรการเรียนแล้ว ต้องพยายามให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในสถาบันการศึกษา และชุมชน ให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานอย่างสอดคล้องร่วมกัน กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

อย่างไรก็ตาม กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมของชาวบ้านเกิดขึ้นตลอดเวลา มิได้หยุดนิ่ง และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้ที่ได้รับเข้ามาใหม่เสมอๆ การส่งผ่านความรู้ด้านทันตสุขภาพ จึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์และวิธีการที่มีความเหมาะสม ทันสมัย เข้าใจง่าย ปฏิบัติตามง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตในโลกปัจจุบัน

ประเด็นที่น่าสนใจบางประการจากแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน

1. การจำแนกโรคโดยใช้อาการและลักษณะที่ปรากฏ

ชาวบ้านมีการจำแนกความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฟัน ออกเป็น แหว่เหลือง แหว่กร่อน แหว่ผุ และแหว่เหี้ยน ซึ่งถือเป็นฟันน้ำนมที่ไม่ปกติ แต่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ในขณะที่ “แหว่แมง” เป็นลักษณะของฟันน้ำนมที่ถือว่าเป็นปัญหาในวิถีคิดของชาวบ้าน เนื่องจากชาวบ้านใช้ “ลักษณะที่ปรากฏเห็นเด่นชัด” (เช่น ฟันมีสีเหลือง ฟันเป็นรูสีดำขนาดใหญ่) ร่วมกับ “ความรุนแรงของ

อาการ”ที่กำลังเผชิญ (เช่น อาการปวดฟัน การบวมของใบหน้า) เป็นหลักในการอธิบายโรคและระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาธรรมชาติของโรคฟันผุในระยะเริ่มแรก จะไม่มีอาการและมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ประกอบกับการที่เด็กเล็กไม่สามารถบอกอาการและตำแหน่งได้ชัดเจนกว่าที่ชาวบ้านจะรับรู้ว่ามีโรคฟันผุเกิดขึ้น อาจถึงระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว อีกทั้ง การที่บางระยะของโรค “อาการ” ที่มีอยู่นั้นสามารถบรรเทาได้เองตามความเข้าใจของชาวบ้าน ชาวบ้านจึงปล่อยให้ฟันผุที่ไม่มีอาการปวด มีการลุกลามต่อไป เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว ทั้งที่ยังมีการดำเนินของโรคอยู่

การพิจารณาการเป็นโรคฟันผุ จากอาการและลักษณะที่เห็นเด่นชัดเป็นสำคัญนี้ นำไปสู่การตัดสินใจรับการรักษาเมื่อโรคลุกลามไปมาก ซึ่งเด็กมักมีอาการปวดฟันมาก การรักษาส่วนใหญ่ที่เด็กได้รับ จึงมักเป็นการถอนฟัน เพราะไม่สามารถเก็บรักษาฟันไว้ได้

“ยังไม่แฉง ไม่เห็นมันให้ซักเพื่อ”

การพิจารณาว่าเด็กเป็นโรคฟันผุ เมื่อมีอาการของโรคที่ส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นลักษณะการให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยในความหมายของความสามารถหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ มากกว่าการพิจารณาจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่ง Cockerham (1978) กล่าวว่า เป็นรูปแบบที่บุคคลทั่วไปใช้ให้ความหมายการเจ็บป่วย อาการบางอย่างจะถือเป็นความเจ็บป่วย หากมีอาการเกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย และเป็นอาการที่มีความแตกต่างไปจากสิ่งที่พบเห็นเป็นประจำในชีวิต ในขณะที่บางอาการเป็นความเจ็บป่วยที่บุคคลมีความคุ้นเคย รวมทั้งรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่เป็นอันตราย ความเจ็บป่วยนี้ เรียกว่า ความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นประจำ (Routine illness) โดยนัยนี้ การที่เด็กมีฟันผุ แต่ยังไม่มีอาการปวด อาจถือเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นประจำตามการรับรู้ของชาวบ้าน เพราะเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและไม่ก่อให้เกิดอันตรายอะไร เด็กยังสามารถรับประทานอาหาร วิ่งเล่น และนอนหลับได้ตามปกติ

นอกจากนี้ ยังพบว่า ในระบบคิดของชาวบ้านขาดความเชื่อมโยงระหว่างการผุในระยะเริ่มแรกของฟันไปสู่การผุทะลุโพรงประสาทฟัน หรือจากการเป็นแฉง เหลือง แฉงร้อน แฉงผุ แฉงเหี้ยน ไปสู่การเป็นแฉงแฉง ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญ ต่อการป้องกันโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ดังนั้น ควรมีการให้ทันตสุขศึกษาที่เน้นย้ำให้ทราบถึงความเชื่อมโยงของการผุแต่ละแบบ หรือแสดงให้เห็นทราบถึงกระบวนการการดำเนินของโรคฟันผุดังกล่าว รวมทั้งวิธีการยับยั้งการลุกลามของโรคในแต่ละระดับความรุนแรงของการผุให้ชาวบ้านทราบ ซึ่งอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าไปสู่แนวคิดในการป้องกันหรือรักษาโรคตั้งแต่นั้นๆได้

จากการทำความเข้าใจในเกณฑ์การจำแนกโรคฟันผุของชาวบ้านดังกล่าว จะช่วยนำไปสู่การเลือกใช้คำพูดเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจกับชาวบ้านในเรื่องโรคฟันผุ รวมทั้งการปรับเนื้อหาในการให้ทันตสุขศึกษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านและทันตบุคลากรเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน สิ่งที่น่าจะเป็นไปได้อีกประการ ได้แก่ การปรับเนื้อหาด้านทันตสุขศึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียน ให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับระบบวิถีชีวิตเฉพาะชุมชนควบคู่ไปกับความรู้ทางวิชาการ เช่น อธิบายว่า ช่องเคลือบฟันผุในระยะแรกจะเกิดที่ชั้นเคลือบฟัน ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ดูแลรักษา อาจกลายเป็นฟันผุถึงจนทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีอาการปวดได้ หรือที่เรียกว่าเป็นแหว่งนั่นเอง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้คนในชุมชนเกิดความเข้าใจโรคฟันผุได้ดียิ่งขึ้น

2. ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน

“แมงกินฟัน” เป็นความเชื่อที่พบได้ทั่วไปในชุมชนแห่งนี้ ความเชื่อดังกล่าวอาจเกิดจากลักษณะอาการความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นเมื่อฟันผุถึงโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทง และมีอาการเสียวฟัน ร่วมกับการรับรู้ของชาวบ้านว่าฟันเป็นรู จึงจินตนาการความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่า คล้ายมีหนอน หรือ แมลงเจาะไขตัวฟัน กัดกินฟัน ทำให้ฟันเป็นโพรงเหมือนหนอนเจาะผลไม้ ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันของชาวบ้าน จึงเป็นการพยายามอธิบายสาเหตุของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ตามความเข้าใจของชาวบ้าน

“เหมือนมีแมงอันหยั่งซี่เข้าไป เจาะลงไป มันคล้ายอียัง
เจาะหมากไม้”

ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันซึ่งพบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะฉัตร พัทธานฉัตร (2543) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน ที่จังหวัดขอนแก่น และความเชื่อเรื่องฟันเป็นแมง ยังปรากฏในบทสัมภาษณ์ตอนหนึ่งจากผลการศึกษาของ กรรมอนามัย กระทรวงสารณสุข (2543) ซึ่งทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง แสดงให้เห็นว่าชาวบ้านซึ่งเป็นชาวไทยในการศึกษานี้ มีความเชื่อในเรื่องแมงกินฟัน เช่นเดียวกับชาวบ้านในท้องถิ่นอื่น

ความเชื่อดังกล่าว หากเปรียบเทียบกับแนวคิดทางการแพทย์ สามารถเทียบได้กับเชื้อโรค ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *Mutans Streptococci* ที่เป็นเชื้อสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ดังนั้น ความเชื่อเรื่องตัวแมงกินฟัน เป็นตัวเชื้อสาเหตุของฟันผุที่มีขนาดเล็ก ซึ่งเป็นการอธิบายตามโลกทัศน์ของชาวบ้าน จึงมีนัยยะที่สื่อความหมายถึงเชื้อโรคได้ เช่นเดียวกับทางการแพทย์ แม้จะถูกเรียกด้วยคำที่ต่างกันออกไปก็ตาม

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาและพฤติกรรมที่แสดงออก ความเชื่อของชาวบ้านเรื่องแมงกินฟันเป็นสาเหตุของฟันผุ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ จากการมีสิ่งมีชีวิตอื่นมาทำร้าย(natural world) ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ(supernatural world) (Helman,1984) จึงสามารถอธิบายความเชื่อในวิธีการรักษาแนวแมงของชาวบ้านได้ว่า การบำบัดความเจ็บป่วยโดยการใช้ไสยศาสตร์ อัญญาจลิลลับ การบนบาน หรือ เซ่นไหว้ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ไม่เหมาะสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากเชื้อโรคได้อีกทั้ง ประสบการณ์ที่ผ่านมาของชาวบ้านเกี่ยวกับผลของการเป่า ซึ่งสามารถรักษาโรคเฉียบพลันหรืออันตรายจากอุบัติเหตุได้ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อนำการเป่ามาใช้รักษาแนวแมง ร่วมกับการที่ไม่มีหมอเป่ารักษาแนวแมงโดยตรง ชาวบ้านจึงเห็นว่า การเป่ารักษาซึ่งเป็นเรื่องของการใช้เวทมนตร์คาถา ไม่สามารถรักษาความเจ็บปวดจากแนวแมงได้ แม้ว่าชาวบ้านจะนิยมรักษาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ด้วยวิธีการเป่าก็ตาม

“เป่าแห้วให้มันดีคือเก่า บ่ได้ เพราะมันบ่แม่น อยู่ใน อยู่เวียง
เหมือนกระดุก ถ้ากระดุกแตกเป่าได้ แต่แห้วนี้ยังเห็น เป่า
บ่ได้ บ่ดีคัก มันก็ต้องถอนเอา”

จากความเชื่อเรื่องแมงกินฟันนี้เอง ทำให้เมื่อมีอาการของโรคฟันผุ ชาวบ้านจึงพยายามกำจัดตัวแมงกินฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคออกไปจากตัวฟัน ด้วยการใช้วิธีการต่างๆ

“ยายเอาบางฝั่งไปอังไฟ จำหม่องไกลน ยายจัดออกมาเห็น
มีตัวแดงๆตัวเดียวติดออกมา ปีบก็แตกเป็นเลือดนะ ยาย
สงสัยว่า นี่หรือแม่แห้ว”

นอกจากนี้ พบว่า ชาวบ้านมีการนำเอาสิ่งต่างๆที่หาได้ง่ายในครัวเรือน (เช่น ผงชูรส ยาสีฟัน น้ำมะนาว น้ำปลา น้ำมันเครื่อง น้ำมันเบนซิน เป็นต้น) ใส่ลงไปในรูฟันผุ โดยคาดหวังว่าจะทำให้อาการปวดฟันลดลง สิ่งต่างๆที่ชาวบ้านเลือกนำมาใส่ในรูฟัน มักมีลักษณะที่ใส่แล้วทำให้รู้สึกเย็นหรือแสบซ่า สอดคล้องกับการตีความของชาวบ้านว่า สิ่งที่ใส่ลงไปในรูฟันอาจทำให้แมงกินฟันตาย และหายปวดจากการเป็นแมงได้

ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน ทำให้เกิดช่องทางการค้าสำหรับพ่อค้าเร่ขายยาตามหมู่บ้าน โดยการบอกชาวบ้านว่ามีน้ำยาที่สามารถทำให้แมงกินฟันตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีคิดของชาวบ้าน ทำให้ชาวบ้านซื้อน้ำยาแก้แนวแมงไว้ใช้บำบัดความเจ็บปวด ส่งผลให้เป็นการยืดเวลาที่ชาวบ้านจะมารับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ทำให้การลุกลามของฟันลุกลามต่อไป จนเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษา จึงไม่สามารถเก็บรักษาฟันไว้ได้

แม้ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันจะสอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์ ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค แต่นำไปสู่การปฏิบัติของชาวบ้านที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น การใช้น้ำมันเครื่องในฟันเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังที่กล่าวไปแล้ว บุคลากรสาธารณสุขจึงควรพิจารณาหาแนวทางที่จะช่วยให้ชาวบ้านมีการปฏิบัติที่เหมาะสม แต่เนื่องด้วยความเชื่อเรื่องแมงกินฟันเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ยากแก่การปรับเปลี่ยน แนวทางที่นำมาใช้ จึงไม่ควรมุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อของชาวบ้านให้เหมือนกับแพทย์โดยสิ้นเชิง แต่ควรสนับสนุนให้ชาวบ้านเกิดการป้องกันโรค หรือมีการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคอย่างเหมาะสม โดยอาจใช้ประโยชน์จากความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน ในการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับชาวบ้าน ตัวอย่างเช่น ให้คำแนะนำว่า มีวิธีการป้องกันแมงกินฟันได้อย่างไร หรือ เมื่อเห็นฟันเป็นสีดำให้รีบมารักษา อยารอให้แมงกินฟันจนปวด เป็นต้น

3. ความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วเสียสายตา

ความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วทำให้เสียสายตา เป็นความเชื่อที่เป็นวัฒนธรรมของชาวบ้าน ซึ่งมีที่มาจากการบอกเล่าต่อกัน รวมทั้งจากการเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด ความเชื่อดังกล่าว มีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษาเมื่อมีปัญหาโรคฟันผุของชาวบ้านหลายราย แม้จะมีอาการปวดฟัน แต่จะไม่ไปรักษา เพราะกลัวหมอจะถอนฟัน แล้วทำให้มองเห็นไม่ชัด ความกลัวผลข้างเคียงจากการถอนฟันดังกล่าว ทำให้ชาวบ้านพยายามบำบัดอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง และชะลอการรักษาออกไป หรือตั้งเงื่อนไขตามที่ตนเชื่อว่าจะปลอดภัย เช่น ต้องถอนครั้งละไม่เกิน 2 ซี่ เป็นต้น ความเชื่อดังกล่าว มีผลอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการถอนฟันบน เนื่องจากฟันบนอยู่ใกล้กับตา ชาวบ้านจึงคิดว่าการถอนฟันบน จะมีผลต่อการมองเห็นของตาได้ ซึ่งการที่ชาวบ้านให้ความสำคัญกับสายตามาก เพราะการมองเห็นมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ชาวบ้านจึงเลือกที่จะอดทนต่อความเจ็บปวดในช่องปาก เพื่อให้สามารถมองเห็นได้เป็นปกติ

“ยายก็ว่ายายปวด แต่ไม่กล้าไปถอน หนเอา มีแม่เฒ่าบอก
ถอนแล้วตาเสียเส้น ยิบๆยอกๆ อันแหว่ยายก็ยิกๆยอกๆ เลย
ย่านบ่กล้าไปถอน หนเอา จนมันกินหมด เห็นเขาเป็นก็ย่าน”

แนวคิดเรื่องถอนฟันแล้วเสียสายตาของชาวบ้านดังกล่าว ใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) เรื่องความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน ที่พบว่าชาวบ้านในจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นกรณีศึกษา มีความเชื่อเรื่องการถอนฟันทำให้ประสาทเสีย ซึ่ง ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร ได้ให้คำอธิบายพื้นฐานความคิดของชาวบ้านดังกล่าวในหลายประเด็น ส่วนหนึ่งกล่าวถึงการอธิบายด้วยแนวคิดด้านสรีรวิทยาและการแพทย์ว่า ฟันเป็นอวัยวะที่ยึดแน่นอยู่ในกระดูกขากรรไกร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของศีรษะ และศีรษะเป็นที่อยู่ของสมอง ถือว่าเป็นศูนย์รวมแห่งการควบคุมความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ อีกทั้ง มีตา หู ที่เป็น

อวัยวะสำคัญส่วนหนึ่งของศีรษะ การถอนฟันบน จึงหมายถึงการสูญเสียอวัยวะส่วนหนึ่งของศีรษะ นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนของการฉีดยาชาและขั้นตอนการถอนฟัน อาจมีผลต่อระบบประสาท (Nervous system) เมื่อมีการถอนฟันหรือมีอาการปวดบริเวณใบหน้าหรือศีรษะหลังถอนฟัน จึงมีความเป็นไปได้สูงที่ชาวบ้าน จะเชื่อมโยงแนวคิดของการถอนฟันกับระบบประสาท

นอกจากนี้ ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) ได้อธิบายว่า การที่ความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วประสาทเสียมมีความแพร่หลายมาก น่าจะเป็นจากกระบวนการก่อร่างทางสังคมและวัฒนธรรม ที่อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสร้างทางสังคม(Social construction) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างความเป็นจริง(Reality) ให้เป็นที่ยอมรับในสังคม ไม่ว่าจะสิ่งนั้นจะมีข้อเท็จจริง(Fact) ใดๆ โดยกระบวนการดังกล่าว เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นสมาชิกในสังคมวัฒนธรรมนั้น

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าสำหรับเด็กแล้ว ชาวบ้านส่วนใหญ่คิดว่าสามารถถอนฟันน้ำนมได้ โดยไม่มีผลต่อสายตาดูเด็ก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ชาวบ้าน มีแนวคิดยอมรับการเชื่อมตามธรรมชาติ ฟันน้ำนมต้องเสื่อมและหลุดไปตามเวลา เพื่อให้ฟันแท้มาแทนที่ อีกทั้งคิดว่าฟันน้ำนมซี่เล็ก ไม่แน่นเหมือนฟันแท้ ถอนไม่ยาก จึงไม่ส่งผลเสียต่อสายตา นอกจากนี้ ประสบการณ์ของชาวบ้าน และการบอกเล่าเรื่องการเสียดายตาจากการถอนฟัน ที่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ใหญ่ จึงเชื่อว่าถอนฟันน้ำนมได้ แต่อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านหลายรายตั้งเงื่อนไขว่า แม้เด็กจะสามารถถอนฟันได้ แต่ต้องไม่เกินครั้งละ 1 - 2 ซี่ ซึ่งอาจเกิดจากความคิดว่าการถอนฟันครั้งละหลายซี่จะทำให้ปวดมาก เด็กไม่สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากนัก จึงไม่ต้องการให้เด็กถอนฟันหลายซี่ในคราวเดียวกัน

*“เขว้าน้ำนมถอนได้ แต่ต้องทีละเล่ม สองเล่ม
มากกว่านั้นไม่ได้”*

ความเชื่อเรื่องถอนฟันแล้วเสียดายตา ผังแน่นอยู่ในระบบคิดของชาวบ้าน เช่นเดียวกับ ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อดังกล่าว ทำได้ยาก บุคลากรด้านสาธารณสุข จึงควรตระหนักถึงการมีอยู่ของความเชื่อและพฤติกรรมตามความเชื่อดังกล่าว และการทำความเข้าใจในระบบวิถีคิดของชาวบ้าน จะช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความ เข้าใจ ลดความกลัวและวิตกกังวลจากการถอนฟัน ตลอดจนเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทันตบุคลากร และส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาทางทันตกรรมต่อไป

ประเด็นที่น่าสนใจจากการปฏิบัติของชาวบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

1. พฤติกรรมการให้อาหารเด็ก

1.1 การเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก

การที่ผู้เลี้ยงดูเคี้ยวข้าวเหนียวจนละเอียดแล้วนำไปป้อนเด็ก เป็นรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่พบได้โดยทั่วไปในชุมชนแห่งนี้ ซึ่งไม่แตกต่างไปจากผลการศึกษาของ ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร (2543) เรื่องความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน ที่พบว่าชาวบ้านในจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นกรณีศึกษา มีพฤติกรรมการเคี้ยวข้าวเหนียวจนละเอียด ก่อนป้อนให้เด็กเช่นกัน ซึ่งการเคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทานนี้ ในทางการแพทย์ถือว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อโรคในช่องปาก จากผู้เลี้ยงดูไปยังเด็กผ่านทางน้ำลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เชื้อ *Mutans streptococci* ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคฟันผุ (Ismail, 1998)

การเคี้ยวข้าวเหนียวจนละเอียด แล้วป้อนให้เด็กรับประทาน เป็นรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่เป็นวัฒนธรรมสืบทอดกันมาจากรุ่นปู่ย่าตายาย แม่มักจะได้รับคำแนะนำจากญาติให้เคี้ยวข้าวป้อนเด็กตั้งแต่เด็กมีอายุน้อยๆ โดยเชื่อว่า ถ้าให้เด็กรับประทานนมเพียงอย่างเดียว เด็กจะไม่อ้วน ต้องให้เด็กรับประทานข้าวด้วย เด็กจะอ้วนดี นอนหลับได้นาน ไม่ร้องกวน ความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับ วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์ (2541: 52) ซึ่งพบว่า เหตุผลของการป้อนข้าวย่ำ(ข้าวที่เคี้ยวแล้ว) เมื่อเด็กอายุเพียงไม่กี่วัน เนื่องจากผู้เลี้ยงดูกลัวเด็กได้อาหารไม่พอก ไม่อ้วน

“โบราณว่ากินนมอย่างเดียวจะร้อง ยายเลยเอาข้าวให้กิน”

อย่างไรก็ตาม ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าไม่ควรเคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทาน และไม่ควรให้เด็กรับประทานข้าวในช่วงอายุ 4 เดือนแรก อีกทั้งผู้เลี้ยงดูเด็กหลายราย เชื่อว่าถ้าผู้เลี้ยงดูมีปัญหาโรคฟันผุ การเคี้ยวข้าวให้เด็กรับประทานจะทำให้เด็กฟันผุด้วยเช่นกัน แต่ยังคงพบพฤติกรรมการเคี้ยวข้าวเหนียวให้เด็กรับประทานได้โดยทั่วไป ซึ่งนอกจากจะเป็นการสืบทอดวัฒนธรรมการเลี้ยงดูจากบรรพบุรุษแล้ว อาจเนื่องจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของชาวชนบทอีสาน ที่ถือว่าข้าวเป็นอาหารหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าวเหนียว เมื่อรับประทานแล้วจะหนักท้อง ไม่หิวบ่อย มีแรงทำงานได้มาก นอกจากนี้ ลักษณะอาหารของชาวชนบทอีสาน ที่มักจะรับประทานข้าวเหนียวและกับข้าวซึ่งเป็นอาหารที่ใช้วิธีการประกอบอาหารไม่ยุ่งยาก (สิริประภา กลั่นกลิ่น และ พรพิมล หลวงอินทิม, 2541) สอดคล้องกับการเคี้ยวข้าวให้เด็ก ซึ่งเป็นวิธีการเตรียมอาหารที่ไม่ยุ่งยากเช่นกัน การนึ่งข้าวเหนียวในตอนเช้า

เพียงครั้งเดียว สามารถใช้รับประทานสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัวได้ทั้งวัน การต้มข้าวเจ้าหรือบดอาหารให้ละเอียดเพื่อป้อนเด็ก เป็นรูปแบบการเตรียมอาหารที่ยุงยาก จึงไม่เป็นที่นิยมนัก

“แม่เคี้ยวข้าวให้กิน ถ้าจะต้มข้าวให้ มันก็ยากกว่า เคี้ยวให้ไม่ยาก”

“ยายเคี้ยวให้เหมือนกัน เพราะตอนหลานร้องให้ ยายต้มไม่ทัน”

อย่างไรก็ตาม มีการนำข้าวเหนียวที่เคี้ยวแล้ว ไปห่อใส่ใบพืชต่างๆแล้วนำไปเผาไฟ(การหมกข้าว) ก่อนนำไปป้อนเด็กเล็กอยู่บ้าง แต่เหตุผลเบื้องลึกเป็นการทำเพื่อให้ข้าวสุก เด็กรับประทานแล้วไม่ปวดท้อง และเพื่อให้ข้าวมีกลิ่นหอมของใบพืชที่ใช้ห่อ ทำให้เด็กรับประทานได้มาก ไม่ใช่เพื่อต้องการทำลายเชื้อโรคที่ติดมากับอาหาร

“แม่เคี้ยวข้าวเหนียว แล้วเอาหมกใส่ใบตอง เอาบึ่งกับไฟ ข้าวจะมีรสหอมอร่อย ข้าวจะแน่นและนุ่มขึ้นด้วย ยิ่งหมกใส่ใบเป้ายิ่งหอมเวลากินไม่หมด เก็บไว้ได้ไม่เสีย”

บุคลากรสาธารณสุขจึงควรทบทวนว่า คำแนะนำที่ให้กับชาวบ้านนั้นสอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตของเขาหรือไม่ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาต่างๆ ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจในระบบวิถีคิดของชาวบ้านเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆก่อนเป็นอันดับแรก แล้วจึงหากวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนา จากการพยายามให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทันที โดยไม่สนใจว่าชาวบ้านคิดหรือรู้สึกอย่างไร สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้หรือไม่ ไปสู่การพัฒนาในรูปแบบของการประนีประนอม หรือเริ่มจากสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ เพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติ ในประเด็นการเตรียมอาหารสำหรับเด็กนี้ อาจแนะนำว่า ถ้าจะเคี้ยวข้าวให้เด็ก ควรหมกไฟด้วยทุกครั้ง ซึ่งจะเป็นการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับสิ่งที่ชาวบ้านปฏิบัติอยู่แล้ว มีผลดีต่อสุขภาพเด็ก และสอดคล้องกับความต้องการลดปริมาณการส่งผ่านเชื้อทางการแพทย์ ถึงแม้ว่าเหตุผลของชาวบ้านจะต่างกับทางการแพทย์ แต่ได้ผลลัพธ์ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่เพียงพอในการนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นการลดปริมาณการส่งผ่านเชื้อ ภายหลังการนำข้าวที่เคี้ยวไปหมกไฟ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ให้คำแนะนำในวงกว้างต่อไป

1.2 การใช้ชีรีแลค

ผู้เลี้ยงดูเด็กบางรายไม่ต้องการเคี้ยวข้าวให้เด็ก เพราะเมื่อยหรือไม่มีฟันเคี้ยวให้ จะใช้ “อาหารเสริมชีรีแลค” ป้อนเด็กแทน เช่นเดียวกับผู้เลี้ยงดูเด็กอีกหลายรายที่นิยมใช้ชีรีแลคป้อนเด็ก เพราะเชื่อว่าเป็นอาหารเสริมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การใช้ชีรีแลคเป็นอาหารในเด็กพบในหมู่บ้านชนบทไทยแห่งอื่นด้วยเช่นกัน (สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ, 2534) อาจอธิบายที่มา

ของความนิยมใช้ซีรีแลคในหมู่บ้านนี้ได้ว่า มาจากการรับวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กแบบใหม่เข้ามา ไม่ว่าจะจากสื่อโทรทัศน์ หรือสื่อบุคคลทั้งจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการบอกต่อกันของคนในหมู่บ้าน

“ให้กินซีรีแลคเพราะดูจากทีวี หมอโรงพยาบาลก็บอกด้วย ก็กินดีอยู่”

การโฆษณาผ่านโทรทัศน์ สื่อให้เห็นถึงความทันสมัยของอาหาร การนำเด็กที่รูปร่างหน้าตาดีมาเป็นตัวแสดง ตอกย้ำว่าอาหารเสริมดังกล่าวเหมาะสำหรับใช้เลี้ยงเด็ก รูปแบบของอาหารซึ่งเตรียมได้ง่าย สะดวกสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก และเมื่อนำซีรีแลคผสมน้ำอุ่นแล้ว จะมีลักษณะคล้ายข้าวบดสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อเดิมของชาวบ้าน ที่ต้องการให้เด็กได้รับประทานข้าว ซีรีแลคจึงถูกเรียกว่า “เป็นข้าวกระป๋อง” ซึ่งมีนัยยะว่า ซีรีแลคเป็นข้าวบดที่ผ่านการตัดแปลงมาอยู่ในกระป๋อง ทำให้การเตรียมง่ายและสะดวกใช้สำหรับชาวบ้าน ร่วมกับอิทธิพลของการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งชาวบ้านมักเชื่อว่าสิ่งที่หมอแนะนำเป็นสิ่งดีที่ควรปฏิบัติตาม การที่หมอแนะนำว่าเด็กที่รับประทานอาหารได้น้อย ให้รับประทานซีรีแลคเสริม ถูกชาวบ้านตีความและให้ความหมายใหม่ว่า ถ้าต้องการให้เด็กอ้วนแข็งแรง รับประทานอาหารได้มาก ต้องรับประทานซีรีแลคเสริม และเมื่อมีชาวบ้านทดลองให้เด็ก รับประทานซีรีแลคแล้ว เด็กรับประทานได้ดี ตัวใหญ่ จึงเกิดการบอกต่อภายในชุมชน อิทธิพลจากสื่อโทรทัศน์ และจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้ง จากการบอกต่อของชาวบ้านในหมู่บ้านเดียวกัน ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มักมีแนวโน้มต้องการให้เด็กแข็งแรงรับประทานอาหารได้มาก อยู่แล้ว จึงไม่ลังเลที่จะใช้ซีรีแลคกับบุตรหลานของตน ตัวอย่างคำกล่าวของแม่ เกี่ยวกับซีรีแลคว่า

“ที่ให้กินซีรีแลค เพราะเค้าพาทำ”

“กินซีรีแลคแล้ว จะอ้วนใหญ่”

การเลี้ยงดูเด็กด้วยอาหารเสริมซีรีแลค ไม่ใช่วัฒนธรรมการบริโภคที่มีอยู่แต่เดิมของชาวบ้านชนบทอีสาน แต่เป็นการรับเอาวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กแบบใหม่เข้ามา การที่ชาวบ้านยอมรับการใช้ซีรีแลค ส่วนหนึ่งอาจอธิบายได้ด้วย “ทฤษฎีการยอมรับสิ่งใหม่” ซึ่งกล่าวว่า สิ่งใหม่ที่จะง่ายต่อการยอมรับ ขึ้นกับลักษณะของสิ่งใหม่นั้น โน้มนางของต้นทุน ความยุ่งยากในการใช้ ความเข้ากันได้ การมองเห็นประโยชน์ และความสามารถในการทำให้บุคคลอื่นรับทราบได้ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536: 90-92) สำหรับซีรีแลค ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีการยอมรับสิ่งใหม่ จะเห็นได้ว่า มีคุณสมบัติตรงตามลักษณะของสิ่งใหม่ที่ง่ายต่อการยอมรับ ได้แก่ มีราคาไม่สูงนัก มีวิธีการใช้ไม่ยุ่งยาก เข้ากันได้กับความคิดที่มีอยู่แต่เดิมเรื่องข้าวเป็นอาหารหลัก ชาวบ้านเล็งเห็นประโยชน์ว่า ถ้าให้เด็กรับประทานแล้วจะทำให้เด็กตัวใหญ่แข็งแรง การโฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์ รวมทั้งการทดลองใช้จากบุคคลในหมู่บ้านจนเกิดการบอกต่อ จึงทำให้การรับทราบเรื่องการใช้

ซีเรียลเค็ยงเด็กภายในชุมชนเป็นไปได้ง่าย คุณสมบัติเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การยอมรับเอาซีเรียลเค็ยง เป็นสิ่งใหม่มาใช้เค็ยงเด็ก

หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่ง การใช้ซีเรียลเค็ยง เป็นการสื่อถึงการมีรสนิยม การบริโภคความทันสมัย การป้อนซีเรียลเค็ยงให้เด็ก มิได้เป็นเพียงการให้อาหารเสริมธัญพืชสำหรับเด็กเท่านั้น แต่เป็นการป้อนข้าวัดแปลงรูปที่มีความทันสมัย Baudrillard (อ้างถึงใน กาญจนา แก้วเทพ, 2541: 131-146) อธิบายตามทฤษฎีการบริโภคสัญญะว่า ก่อนที่ตัวสินค้าจะถูกรับบริโภค ตัวสินค้านั้นต้องเปลี่ยนไปเป็น “สัญญะ” (sign) ก่อน ด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น การกำหนดยี่ห้อ การทำหีบห่อ(packaging) หรือการโฆษณา เป็นต้น “สัญญะ” ทำให้คุณค่าของสินค้ามีมากกว่า ตัวสินค้าที่เป็นจริง (เช่น เสื้อผ้ามียี่ห้อราคาแพงจะช่วยบ่งบอกถึงฐานะของผู้สวมใส่ได้ มากกว่า จะเป็นเพียงเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น) มูลค่าทางสัญญะยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าที่แฝงอยู่ด้วย การที่ สินค้าแปรเปลี่ยนไปเป็นสัญญะ ส่งผลให้มนุษย์บริโภคได้ไม่มีที่สิ้นสุด เพราะไม่เพียงแต่ต้องการ บริโภคเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังต้องการบริโภคเพื่อตอบสนองความต้องการในจิตใจด้วย ในที่นี้ ซีเรียลเค็ยง ถูกทำให้กลายเป็นสิ่งทันสมัยและเหมาะสมสำหรับเด็ก โดยผ่าน กระบวนการโฆษณา ดังนั้น การใช้ซีเรียลเค็ยง จึงมิได้เป็นเพียงการบริโภคอาหารเสริมเท่านั้น แต่เป็นการบริโภคสัญญะของความทันสมัยไปพร้อมๆกัน ซีเรียลเค็ยงจึงถือเป็นสินค้าทางวัฒนธรรมที่เป็น ผลงานของสื่อ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจได้

อาหารเสริมธัญพืชซีเรียลเค็ยง มีข้าวสาลี นมผงขาดมันเนย และน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก มีคำแนะนำที่ข้างภาชนะบรรจุว่า เป็นอาหารเสริมจากธัญพืชสำหรับเด็กทารกและ เด็กเล็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี ซีเรียลเค็ยงมีรสหวานจากน้ำตาลที่อยู่ในส่วนประกอบ ดังนั้น การให้เด็ก รับประทานซีเรียลเค็ยง ซึ่งเป็นอาหารที่มีรสหวานตั้งแต่อายุน้อยๆ อาจเป็นการส่งเสริมให้เด็กมี พฤติกรรมการชอบรับประทานหวานเมื่อโตขึ้นได้ (ชุดิมา ไตรรัตน์วรกุล, 2534) นอกจากนี้ลักษณะ ของอาหารที่มีความอ่อนนุ่มติดฟันง่าย อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุได้ อย่างไรก็ตาม ควรมี การศึกษาวิจัย ถึงผลที่ชัดเจนของการใช้อาหารเสริมซีเรียลเค็ยงเด็ก ที่มีต่อทันตสุขภาพต่อไป

จะเห็นได้ว่า การมีโลกทัศน์ที่แตกต่างกันของชาวบ้านและทันตบุคลากร ในเรื่องวิธีการเตรียมอาหารให้เด็ก สื่อให้เห็นการถ่ายทอดประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ผ่านระบบ วัฒนธรรม ซึ่งมีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในการปฏิบัติ ส่วนหนึ่งเกิดจากความ สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตด้วย เช่นเดียวกับการส่งผ่านความรู้ คำแนะนำจากเพื่อนบ้านและสื่อ โทรทัศน์ มีอิทธิพลยิ่งต่อการตัดสินใจนำไปปฏิบัติตาม ในขณะที่การส่งผ่านความรู้จาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ยังไม่สามารถเข้าถึง หรือโน้มน้าวให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมอันพึงประสงค์ได้ หรือแม้ เข้าถึงได้ แต่ถูกชาวบ้านให้ความหมายที่แตกต่างออกไป ประเด็นการใช้ซีเรียลเค็ยงเด็ก เป็น ตัวอย่างที่ดี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน ระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. นมกับการเกิดฟันผุในเด็ก

รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กในหมู่บ้านนี้ พบว่า นิยมเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ จนกระทั่งเด็กมีอายุประมาณ 1 – 2 ปี ไม่นิยมการให้ขวดนม ยกเว้นในรายที่แม่มีน้ำนมน้อย หรือแม่ไม่สามารถอยู่เลี้ยงดูเด็กเองได้ ซึ่งที่มาของพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นผลจากวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กด้วยนมแม่ที่มีมาแต่เดิมในสังคมชนบท ผลจากการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรณรงค์ให้เด็กได้รับประทานนม ทำให้ผู้เลี้ยงเด็กพยายามให้เด็กได้รับประทานนมในทุกรูปแบบ ด้วยความต้องการให้เด็กแข็งแรงและตัวสูง

“พอหย่านมแม่แล้ว ชงนมผงตราหมีรสน้ำผึ้งใส่ขวดให้กิน
แต่เลิกเพราะไม่มีเงิน เลยใช้น้ำข้าวข้าวใส่น้ำตาลให้กินแทน
ตอนนี้กินนมศูนย์ทุกวัน กินนมหนะดี อยากให้ลูกตัวสูง”

นอกจากประโยชน์ทางการแพทย์ของการที่เด็กได้รับนมแม่ จะช่วยให้เด็กได้รับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกาย และได้รับภูมิคุ้มกันโรคแล้ว ยังช่วยกระชับสายสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูกอีกด้วย จากประเด็นนี้ จึงเกิดมีนโยบายสายสัมพันธ์แม่ลูกในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีการส่งเสริมให้เด็กได้ดื่มนมแม่อย่างน้อย 4 เดือน นอกจากนี้ องค์การทั้งภาครัฐและเอกชน ต่างรณรงค์ให้ประชาชนหันมาดื่มนมมากขึ้น (วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541) ด้วยการเน้นให้ทราบถึงประโยชน์ของนมที่มีต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกและฟัน และมีผลต่อการพัฒนาด้านความสูง ทำให้เกิดการตื่นตัวในการหันมาบริโภคนมอย่างกว้างขวาง

ด้วยรูปแบบการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆที่ดึงประเด็นเรื่อง ประโยชน์ที่ได้จากนมแม่ และการให้เด็กดื่มนมทุกรูปแบบ จะมีผลต่อความแข็งแรงและความสูงของเด็ก ทำให้เกิดภาพเกี่ยวกับนมในความคิดของชาวบ้านว่า จะต้องพยายามให้เด็กดื่มนมทุกชนิด เพื่อให้เด็กแข็งแรงและตัวสูง ในขณะที่การรณรงค์ในประเด็น ผลกระทบจากการให้นมไม่ถูกวิธีที่มีต่อสุขภาพฟันของเด็ก หรือผลของน้ำตาลที่ใช้ปรุงแต่งรสหวานของนม มีสัดส่วนการกล่าวถึงน้อยกว่า (กรมอนามัย, 2544) หรืออาจด้วยวิธีการรณรงค์ที่ไม่สามารถสื่อให้ชาวบ้านเข้าใจได้ ดังนั้น ในความคิดชาวบ้านนมแม่และวิธีการให้นม จึงไม่เกี่ยวข้องกับฟันผุ อย่างไรก็ตาม แม้ชาวบ้านจะรับทราบเรื่องนมกับการเกิดฟันผุผ่านการสังเกตและบอกต่อกันเองอยู่บ้าง มีความเชื่อว่านมกล่องและนมผงทำให้เกิดฟันผุได้ จากการมีส่วนประกอบที่ต่างกับนมแม่ แต่เนื่องด้วยชาวบ้านให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายและรูปร่างของเด็กมากกว่าสุขภาพฟันของเด็ก จึงพบว่าชาวบ้านพยายามทุกวิธี เพื่อให้เด็กได้ดื่มนมมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการให้ดูนมแม่บ่อยครั้งเท่าที่ลูกต้องการ การให้เด็กดูดขวดนมตลอดเวลา หรือการเลือกนมหวานซึ่งเด็กชอบให้เด็กได้รับประทาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อผลต่อสุขภาพโดยรวมของเด็ก แม้วิธีการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพฟันก็ตาม

นอกจากนี้ ยังพบว่านมถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเลี้ยงเด็ก โดยผู้เลี้ยงดูจะให้นมเพื่อช่วยให้เด็กไม่ร้องไห้ หรือช่วยให้เด็กนอนหลับ ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการใช้นมในลักษณะเดียวกับ การให้นมเพื่อสร้างเงื่อนไขกับเด็ก อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพฟันของเด็กได้

ปัจจุบัน มีผลิตภัณฑ์นมจำหน่ายในท้องตลาดมากมาย หลากหลายรูปแบบและรสชาติ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการบริโภคนม ผู้เลี้ยงดูมีโอกาสเลือกนมชนิดต่างๆ ให้กับเด็ก แต่ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูจะจัดให้เด็กได้รับประทานนมหวานหรือนมเปรี้ยว เพราะหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าในหมู่บ้าน และเห็นว่ามียุทธวิธีทำให้เด็กรับประทานได้มาก ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของผู้เลี้ยงดูที่ต้องการให้เด็กได้ดื่มนมทุกชนิดในปริมาณมาก อีกส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อว่า ถ้าให้รับประทานนมหวานเด็กจะอิมและมีแรงมาก เหล่านี้ล้วนเป็นเหตุผลในการเลือกซื้อนมให้เด็ก

“ให้กินนมหวาน เด็กจะอิมมีแรงมาก”

“ยายซื้อรสหวานให้ เพราะย่านมันบ่แซ่บ ย่านมันบ่ได้เฮง”

การเลือกชนิดของนมให้เด็กรับประทาน ได้รับอิทธิพลจากสื่อโทรทัศน์ด้วย การที่แม่เลือกนมหวานผสมน้ำผึ้ง หรือ นมอัดเม็ดยี่ห้อหนึ่งให้เด็กรับประทาน ตามที่เห็นจากโฆษณาโทรทัศน์ ทั้งที่นมทั้งสองชนิดดังกล่าว มีราคาแพงกว่านมปกติทั่วไป และต้องไปหาซื้อจากนอกหมู่บ้าน จากตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการโฆษณาต่อการตัดสินใจเลือกชนิดผลิตภัณฑ์นมของผู้เลี้ยงดู

“ให้กินนมเม็ด เพราะดูจากในทีวี โตขึ้นลูกจะได้ตัวสูง”

นอกจากเด็กจะได้รับนมจากผู้เลี้ยงดูในครอบครัวแล้ว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอีกสถาบันที่จัดให้เด็กได้รับประทานนม ตามโครงการอาหารเสริม(นม)สำหรับเด็ก นมที่แจกให้เด็กรับประทานเป็นนมชนิดหวาน ซึ่งนอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันของเด็กแล้ว ยังก่อให้เกิดการนิยมนรสหวานของเด็กได้ ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้ปกครองผลักภาระการควบคุมการแปรงฟันของเด็กให้เป็นหน้าที่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในขณะที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่ทำไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นแล้ว นมหวานที่เด็กได้รับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แม้เพียงวันละ 1 กล่อง จึงอาจส่งผลต่อสุขภาพฟันของเด็กได้

แม้นมจะส่งผลดีต่อสุขภาพ แต่การปรุงแต่งรสชาตินมส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันได้ การจัดการปัญหาดังกล่าว ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง จึงควรมีการจัดการปัญหานมหวานในเชิงนโยบาย ด้วยการประสานความร่วมมือจากทุกฝ่าย กรมอนามัย ได้จัดการสัมมนาเรื่องนมจืดเพื่อสุขภาพเด็กไทย ซึ่งในที่ประชุมได้ข้อสรุปว่า ควรมีการกำหนดเรื่องนมจืดให้เป็นนโยบายสาธารณะ และมีการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อให้การสนับสนุนนโยบายนมจืด ซึ่งถือเป็นการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (กรมอนามัย, 2544)

จากแนวทางการจัดให้มีนมจัดดังกล่าว ถ้ามีการดำเนินการอย่างจริงจัง จนประสบผลสำเร็จ จะช่วยในการจัดการปัญหาเรื่องชนิดของนมที่มีผลต่อฟันผุ และปัญหาการหาซื้อนมจัดในชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม วิธีการให้นมที่ไม่ถูกต้อง ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสม ในชุมชนแห่งนี้มีรูปแบบการเลี้ยงเด็กที่ไม่นิยมใช้ขวดนม ต่างจากรูปแบบการเลี้ยงเด็กในชุมชนเมือง คำแนะนำการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ด้วยการเน้นการเลิกให้นมขวด เป็นคำแนะนำรูปแบบเดียวที่ใช้สำหรับทุกพื้นที่ จึงอาจไม่เหมาะสม ในชุมชนนี้ ควรเน้นเรื่องวิธีการให้นมแม่ที่ถูกต้อง ซึ่งจะเอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการมีอยู่ของแนวคิดเดิมและระมัดระวังการแปลความหมายผิดของชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีแนวคิดว่านมแม่ดีที่สุด การรณรงค์ประเด็นวิธีการให้นมแม่มีผลต่อการเกิดฟันผุได้ จึงอาจเน้นว่า “นมแม่ดีที่สุดแต่ต้องให้ถูกอย่างถูกวิธี” เป็นต้น

3 การบริโภคขนม

3.1 ขนมเป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก

ขนมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่กลมกลืนอยู่ในวิถีชีวิต ในอดีตขนมในชนบทอีสาน มักเป็นขนมที่ทำง่ายและมีข้าวเป็นส่วนประกอบ เป็นขนมที่ทำขึ้นเองในครัวเรือน และมักเป็นของสดที่เก็บได้ไม่นานนัก อีกทั้ง มักจะทำขนมเมื่อมีงานเทศกาลประเพณีของชุมชน (ยูร กมลเสวีรัตน์, 2542) การได้ทานขนมของเด็กในสมัยก่อน จึงไม่ง่ายและมีได้บริโภคพว้าหรือ

แต่ปัจจุบัน พฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเด็กได้รับประทานขนมไทยที่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ ไม่เจือสารสังเคราะห์ สารปรุงแต่งรส หรือสี มาเป็นการรับประทานลูกอม เยลลี่ ขนมถุงกรุบกรอบ และขนมกึ่งสำเร็จรูป พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ นอกจากจะทำให้เด็กเป็นฟันผุ เพราะอาหารเหล่านี้มีส่วนประกอบหลักเป็นแป้งและน้ำตาลและการมีเนื้ออาหารที่ละเอียดติดตามฟันได้ง่ายแล้ว ยังมีส่วนทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการเพราะบริโภคขนมแทนอาหารจืดๆ ทำให้บริโภคอาหารหลักในมื้อได้น้อยอีกด้วย (กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541)

“เมื่อก่อนยายเลี้ยงลูก ไม่ต้องกินขนม ให้กินผลไม้กินข้าว
ไม่เห็นเป็นอะไร เดียวนี้ต้องกินขนม”

แนวคิดชาวบ้านที่ว่า การรับประทานขนมเป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก และดูจะเป็นเรื่องยากในการห้ามเด็กรับประทานขนม เป็นความเข้าใจที่เป็นอุปสรรคยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก แนวคิดของชาวบ้านที่ยอมจำนนต่อขนมนี้ สืบเนื่องจาก ปัจจุบันขนมมีการพัฒนารูปแบบไปมาก ความเจริญด้านเทคโนโลยีการผลิตอาหาร การเก็บรักษา การแปรรูปอาหาร ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ขนมใหม่ๆ มากขึ้น ตลอดจนมีการบรรจุด้วยบรรจุภัณฑ์รูปแบบทันสมัย

และอำนวยความสะดวกในการจัดหาและบริโภค ทำให้ขนมเป็นที่นิยมบริโภคกันอย่างกว้างขวาง (วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์, 2541: 58)

ขนมสามารถเข้าถึงกลุ่มเด็กๆ ด้วยความทันสมัยของระบบการตลาดที่อาศัยเทคโนโลยีการสื่อสาร การโฆษณาขนมผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสื่อโทรทัศน์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็กมาก เพราะมีรูปแบบน่าสนใจ ทั้งยังมีความถี่และช่วงเวลาออกอากาศที่เหมาะสม (กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541) เพียงเห็นภาพและได้ยินโฆษณาไม่กี่ครั้ง เด็กจะจำได้ดี การเห็นขนมจากโฆษณาจึงมีส่วนต่อการเลือกซื้อขนมของเด็ก ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการโฆษณาขนมต่อการบริโภคขนมของเด็ก ซึ่งพบว่า มีการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ในปริมาณมาก และเด็กมีความรู้สึกอยากบริโภคขนม เมื่อเห็นโฆษณาขนมจากโทรทัศน์ (ชมรมทันตสาธารณสุขสุวรรณ, 2535) อย่างไรก็ตาม แม้ขนมบางอย่างจะมีได้โฆษณาผ่านทางโทรทัศน์ แต่สามารถเป็นที่นิยมของเด็กได้ ทั้งนี้เป็นเพราะมีแรงจูงใจอย่างอื่น เช่น สีฉ่ำและรูปแบบของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งภาชนะบรรจุขนมที่ล่อตาล่อใจเด็ก การมีของเล่นแถมหรือแจกมากับขนม หรือการที่ขนมมีราคาไม่แพงเกินไป เป็นต้น เด็กจะเรียนรู้การบริโภคขนมจากเด็กคนอื่นๆ ในหมู่บ้านด้วย เมื่อเด็กเห็นเพื่อนๆ รับประทานขนมอะไร เด็กจะไปซื้อรับประทานตามเพื่อน

“เห็นเพื่อนกิน ก็กินตาม อยากกินตอนไหนต้องซื้อ ไม่ให้ก็ด่า
กินขนมเยอะพูดไม่ฟัง ค่าขนม 10 – 20 บาท วิ่งซื้อทั้งวัน
ไปศูนย์ฯ ให้ 5 บาท เอารัดหนังยางกับเสื้อ กลับมาเงินหมด
ก็เอาใหม่”

ผู้เลี้ยงดูได้รับอิทธิพลจากขนมด้วยเช่นกัน จากการใช้รูปแบบของขนมในปัจจุบันสะดวกในการจัดเตรียมให้เด็ก มีราคาไม่แพง หาซื้อได้ง่ายและเก็บไว้ได้นาน จึงทำให้ผู้เลี้ยงดูนิยมใช้ขนมในการเลี้ยงเด็ก ยิ่งไปกว่านั้น การที่ขนมถูกให้ความหมายใหม่ที่แตกต่างออกไป ไม่ว่าจะเป็น การพยายามทดแทนความสัมพันธ์ที่ขาดหายไป จากการไม่มีเวลาอยู่กับลูก ด้วยการให้เงิน ของเล่นหรือขนม หรือ การแสดงออกถึงความรักของผู้เลี้ยงดูด้วยการให้ขนมเด็ก แม้บางรายซื้อขนมให้ลูก เพราะอยากให้ลูกได้ขนมเหมือนเด็กคนอื่นๆ มีการใช้ขนมเป็นรางวัลหรือใช้เป็นเงื่อนไขสำหรับควบคุมให้เด็กมีพฤติกรรมตามความต้องการของผู้เลี้ยงดู เช่น ให้ขนมเพื่อให้เด็กยอมไปโรงเรียน ใช้ขนมเป็นเครื่องมือในการเลี้ยงดูเด็ก ให้ขนมเพื่อตัดความรำคาญ ทำให้เด็กหยุดร้องไห้แง เหล่านี้ล้วนเป็นเหตุผลซึ่งเป็นที่มาของการบริโภคขนมอย่างกว้างขวางในหมู่บ้าน

“ให้กินขนมตั้งแต่ 6 เดือน ไม่ได้ร้องเอา แต่แม่เอาให้กิน
เพราะเห็นลูกคนอื่นได้กิน ก็คิดอยากให้ลูกได้กินเหมือนเขา”

Baudrillard (อ้างถึงใน กาญจนาก้าวเทพ, 2541: 131-146) กล่าวถึงการบริโภคสัญญาว่า ปัจจุบันสินค้ามิได้มีประโยชน์ตามธรรมชาติของตัวสินค้าเท่านั้น แต่ยังมี ความหมายทางสัญญา ซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าที่แฝงอยู่ การบริโภคสัญญามีส่วนใน การตอบสนองความต้องการภายในจิตใจของบุคคลด้วย มูลค่าทางสัญญานี้เอง ทำให้ชนมมี ความหมายมากกว่าขนม ขนมมิใช่เป็นอาหารว่างเพื่อการบริโภคเท่านั้น แต่ขนมเป็นสัญลักษณ์ ของความรัก หรือเป็นรางวัลที่ผู้เลี้ยงดูมอบให้กับเด็ก เป็นสิ่งทดแทนความสัมพันธ์ที่ขาดหายไป ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูจึงบริโภคสัญญาไปพร้อมกับบริโภคขนมของเด็ก จึงไม่น่าแปลกใจว่า เหตุใด ผู้เลี้ยงดูหิบบนขนมให้กับเด็ก ตั้งแต่เด็กอายุน้อยๆ

การคมนาคมที่สะดวกสบาย ทำให้การแพร่กระจายของขนมเข้ามาสู่ ชุมชนได้อย่างสะดวกเช่นกัน การมีถนนหนทางเข้าถึงแหล่งอาหาร และอาหารทุกประเภทสามารถ เข้าถึงชุมชนได้อย่างสะดวก ครอบครัวมีพาหนะในการเดินทางไปซื้ออาหารในอำเภอ ร้านค้าใน ชุมชนก็มีสินค้าจำหน่ายเกือบทุกประเภท อาหารประเภทอาหารว่างและเครื่องดื่มเป็นสินค้าหลัก ของร้านค้า การขนส่งสะดวก เจ้าของร้านค้าสามารถไปซื้อสินค้าจากแหล่งค้าส่งได้สะดวก ทำให้ ราคาขนมไม่แตกต่างจากตลาดในอำเภอ การมีร้านค้าในหมู่บ้านหลายร้าน กระจายครอบคลุมทุก พื้นที่ของหมู่บ้าน การเข้าถึงขนมจึงทำได้ไม่ยาก และการที่เด็กสามารถนำขนมไปรับประทานก่อน แล้วให้ผู้เลี้ยงดูมาจ่ายเงินภายหลัง(ชาวบ้านเรียกวิธีการดังกล่าวว่า“เซนต์ขนมกินได้”) เป็นรูปแบบ การส่งเสริมการขายของร้านค้า ซึ่งทำให้ผู้เลี้ยงดูไม่สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคขนมของ เด็กได้ นอกจากนี้ ยังมีรถเร่ขายอาหารพร้อมนำขนมเข้ามาขายในหมู่บ้านวันละหลายเที่ยว เหล่านี้ล้วนเป็นที่มาของแนวคิดชาวบ้านที่ยอมจำนนต่อขนม

3.2 เฉพาะลูกอมเท่านั้นที่ทำให้ฟันผุ

แนวคิดชาวบ้านที่เชื่อว่า เฉพาะลูกอมเท่านั้นที่เป็นขนม ซึ่งเป็นสาเหตุ ของการเกิดฟันผุในเด็ก โดยปฏิเสธขนมหวานที่ผ่านการแปรรูป เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมถุง ขนมอบกรอบ หรือขนมจำพวกแป้งและน้ำตาลอื่นๆ ที่เด็กรับประทานไม่ทำให้เกิดฟันผุ เด็กจึง สามารถรับประทานได้ ทั้งที่รูปแบบของขนมที่เด็กส่วนใหญ่นิยมรับประทาน โดยเฉพาะขนมถุง มักมีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก ซึ่งเมื่อมีบริโภคแล้ว ขนมจะเปลี่ยนเป็นมีลักษณะ อ่อนนุ่ม เนื้อละเอียด มีความเหนียวติดฟัน สามารถตกค้างอยู่ในช่องปากได้นาน ทำให้ในช่องปาก มีสภาวะเป็นกรดนานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย (Mörmann and Mühleemann, 1981) เมื่อ ผนวกเข้ากับการที่เด็กเข้าถึงขนมได้ง่าย และมีความถี่ในการบริโภคสูง จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ช่องปากเด็กเป็นอย่างมาก

“เป็นจากลูกอมหวานๆ ขนมเกรียบกึ่งไม่เป็น (สาเหตุ)

อาหารอย่างอื่นไม่เป็น ต้องกินลูกอมเหนียวๆถึงเป็น”

การที่ชาวบ้านเชื่อว่า เฉพาะลูกอมเท่านั้น ที่เป็นขนมซึ่งทำให้เกิดฟันผุ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความสำเร็จในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ในหลายปีที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนทราบถึงผลเสียของการรับประทานลูกอม ขนมหวาน ว่าสามารถทำให้เกิดฟันผุได้ จึงเลือกให้เด็กลดการบริโภคลูกอมขนมหวานลง โดยให้รับประทานขนมพวกแป้งที่มีรสเค็มแทน (กันยาร์ตัน วิโรจน์พงศ์, 2543)

Ogburn (อ้างถึงใน สนิท สมักรการ, 2538: 44-48) ได้เสนอแนวคิดเรื่องการปรับตัวไม่ทันกันของวัฒนธรรมว่า วัฒนธรรมประเภทวัตถุมีการเปลี่ยนไปก่อนแล้ว ในขณะที่ความเชื่อและค่านิยมต่างๆเปลี่ยนไม่ได้รวดเร็วเท่า จึงตามการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมไม่ทัน การปรับตัวตามกันไม่ทันของวัฒนธรรมจะก่อให้เกิดผลกระทบอื่นๆตามมาได้ จากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาเทียบเคียงกับประเด็นการศึกษาได้ว่า ขนม(วัฒนธรรมประเภทวัตถุ) พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุ การให้คุณค่าฟันน้ำนม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของผู้เลี้ยงดู การสอนทันตสุขศึกษาในโรงเรียน รวมทั้งการให้ทันตสุขศึกษาของบุคลากรด้านสาธารณสุข ยังไม่พัฒนาให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของขนม จนก่อให้เกิดปัญหาทันตสาธารณสุขตามมา ดังนั้นความเชื่อและเนื้อหาการให้ทันตสุขศึกษาในลักษณะเดิม ควรได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีความทันสมัย และควรมีการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องผ่านสื่อต่างๆ เช่นเดียวกับการรณรงค์เรื่องลูกอมกับฟันผุที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมของชาวบ้านที่มีผลในแง่ของการป้องกันโรคฟันผุ มีอยู่แต่เดิมเช่นกัน ตัวอย่างเช่น คำสอนของคนโบราณว่า ถ้ายังพูดไม่เป็นคำ ห้ามเด็กรับประทานอาหารหวานเพราะจะทำให้เด็กพูดไม่ได้ การรับประทานผลไม้ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นเป็นอาหารว่างหรือการให้เด็กรับประทานนมแม่ เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นกลยุทธ์ที่มีส่วนในการป้องกันโรคฟันผุในระดับปัจเจก แต่การที่แม่หลายรายกล่าวว่า ห้ามเด็กรับประทานขนมไม่ได้ เพราะมีร้านค้าจำหน่ายขนมอยู่รายรอบ หรือเด็กเห็นเพื่อนกินก็กินตามกัน หรือการที่เด็กเซนต์ขนมกินได้ เป็นการบ่งบอกว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากโดยลำพังในระดับปัจเจก อาจไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีมาตรการปฏิบัติการทางสังคมร่วมด้วย กฎบัตรว่าด้วยการกำหนดกลยุทธ์และดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ “ออตตาวา” (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะทันตแพทยศาสตร์, 2544) ซึ่งอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่จะสามารถเอื้อต่อการ ทำให้คนในชุมชนมีการพัฒนาสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ตัวอย่างเช่น การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (เช่น การควบคุมการโฆษณาขนมทางสื่อ

โทรทัศน์) หรือ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี (เช่น การควบคุมการจำหน่ายขนมของร้านค้า การห้ามจำหน่ายขนมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน) เป็นต้น

ดังนั้น การจัดการเรื่องขนมที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก ต้องอาศัยความร่วมมือประสานกันของทั้งครอบครัว ชุมชน และในระดับสังคม ผู้เลี้ยงดูต้องตระหนักถึงบทบาทของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการจัดภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคน้ำตาล เช่น การควบคุมการจำหน่ายขนมให้เด็กของร้านค้า การส่งเสริมการรับประทานผลไม้ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นเป็นอาหารว่างทดแทนขนม ในส่วนของภาครัฐควรมีนโยบายที่เป็นรูปธรรม ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลของขนมต่อสุขภาพ การส่งเสริมอาหารว่างอื่นทดแทนขนม รวมทั้งมีการควบคุมการโฆษณาขนมผ่านสื่อโทรทัศน์

4. การทำความสะอาดช่องปาก

ชาวบ้านมีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก แตกต่างจากคำแนะนำทางการแพทย์ ทั้งในเรื่องความถี่ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการแปรงฟัน รวมทั้ง ผู้ทำหน้าที่แปรงฟัน โดยพบว่า ในเด็กเล็กผู้เลี้ยงดูจะทำความสะอาดช่องปากด้วยการใช้ผ้าเช็ด จนเมื่อเด็กอายุได้ประมาณ 2 ปี มักจะสอนให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง โดยที่ผู้ปกครองไม่ได้ควบคุมอย่างใกล้ชิด ใช้เวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้งค่อนข้างสั้น แปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง และทำไม่สม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมที่พบนี้ คล้ายคลึงกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กที่พบในชนบทแห่งอื่น (พัชรลักษณ์ เกื้ออนาคี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์, 2542ข)

4.1 การให้เด็กแปรงฟันเอง

หากพิจารณารูปแบบการเลี้ยงดู ด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กที่พบได้จากการศึกษานี้ จะเห็นว่า ผู้เลี้ยงดูจะควบคุมให้เด็กได้แปรงฟัน โดยดูแลอยู่ห่างๆ เพื่อความปลอดภัยของเด็ก และเพื่อไม่ให้เกิดความเลอะเทอะ ผู้เลี้ยงดูให้อิสระแก่เด็กในการตัดสินใจเรื่องการแปรงฟันเอง และให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง เพื่อลดภาระของผู้เลี้ยงดู ซึ่งถือเป็นรูปแบบการเลี้ยงดู แบบให้อิสระเชิงควบคุม แต่ในขณะเดียวกัน ผู้เลี้ยงดูมิได้ควบคุมการแปรงฟันของเด็กโดยตลอดกระบวนการ ผู้เลี้ยงดูจะบอกให้เด็กแปรงฟัน เด็กจะไปแปรงฟันเพียงเอาแปรงสีฟันเข้าไปในปากและถูไม่กี่ครั้ง ผู้เลี้ยงดูมิได้ตรวจดูว่าแปรงฟันได้สะอาดหรือไม่ ถือเป็นรูปแบบการเลี้ยงดู แบบควบคุมเชิงละเลย ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กทั้งสองรูปแบบนี้เป็นรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย (สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ, 2534; ทิศนา แคมณี และคณะ, 2535; กุศล สุนทรธาดา และคณะ, 2541)

“เรียกให้แปรงฟัน ก็แปรงเอาน้ำเข้าปากจ๊อกๆ ก็แล้ว
ไม่ยอมแปรง แปรงไม่ถึงฟันหรอก เค้าไม่ยอมแปรง
ก็ไม่ได้แปรงให้”

เหตุผลเบื้องลึกของการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองประการหนึ่ง อาจมีที่มาจากกรณีที่ผู้เลี้ยงดู พิจารณาความสามารถของเด็กในการจับแปรงสีฟันแปรงฟันได้เอง เป็นเครื่องหมายของการที่เด็กแปรงฟันได้แล้ว ซึ่งหมายถึง เด็กมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น มีพัฒนาการทางความสามารถของร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น เป็นความสามารถที่น่าชื่นชมและควรได้รับการส่งเสริม อีกทั้ง ผู้เลี้ยงดูที่มีภาระงานอื่นๆ มีแนวโน้มที่ต้องการให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงปล่อยให้การทำความสะดวกของปากเป็นหน้าที่รับผิดชอบของเด็กเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวจากแม่ของเด็กหญิงวัย 2 ปี รัยหนึ่ง

“แม่ให้แปรงฟันเอง เพราะโตแล้ว แปรงเองได้แล้ว”

แท้จริงแล้ว “การแปรงฟันได้” ต่างกับ “การแปรงฟันเป็น” เด็กวัย 2 ปี เป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง การจับแปรงสีฟันเลียนแบบการแปรงฟันในผู้ใหญ่ จึงเป็นลักษณะปกติตามวัยของเด็ก แต่เด็กจะมีทักษะการใช้มือที่ไม่ดีพอ จึงยังไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ Habibián และคณะ (2001) พบว่า เด็กเล็กที่แปรงฟันเองจะมีอนามัยช่องปากไม่สะอาดเท่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้ ดังนั้น ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ แม้การปล่อยให้เด็กช่วยตนเองในด้านกิจวัตรประจำวัน จะส่งผลดีในแง่การส่งเสริมให้เด็กมีทักษะความพร้อมทางร่างกายก็ตาม

เหตุผลสำคัญอีกประการของการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง สืบเนื่องมาจากกรณีที่เด็กไม่ยอม อาจเป็นไปได้ว่าผู้เลี้ยงดูเริ่มการแปรงฟันให้กับเด็กช้าเกินไป เช่น เริ่มเมื่อเด็กอายุประมาณ 2 ปี ซึ่งแม้จะเป็นช่วงวัยที่ชอบการเลียนแบบ และง่ายต่อการสร้างเสริมพฤติกรรม แต่ขณะเดียวกันเป็นวัยที่มักจะปฏิเสธสิ่งต่างๆ มักจะพยายามทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง (autonomy) มีความอดทนและสนใจในช่วงเวลาเพียงสั้นๆ เด็กจึงมักไม่ยอมให้ผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้ และถ้า ผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็กอย่างไม่ถูกวิธีแล้ว อาจทำให้เด็กเจ็บและยิ่งปฏิเสธการแปรงฟันมากยิ่งขึ้น

4.2 การเริ่มแปรงฟันให้เด็ก

ผู้เลี้ยงดูพิจารณาอายุที่เริ่มแปรงฟันให้เด็ก จากความต้องการและความพร้อมของเด็ก รวมทั้งการมีฟันในช่องปากหลายซี่ อย่างไรก็ตาม มีชาวบ้านกลุ่มหนึ่งให้เหตุผลการเริ่มแปรงฟันว่า ได้รับแจกแปรงสีฟันพร้อมคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าควรเริ่มแปรงฟันให้เด็ก เมื่อพาเด็กไปรับวัคซีนช่วงอายุ 1 ปี 6 เดือน จึงเริ่มการแปรงฟันตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แสดง

ให้เห็นว่า การแจกแจงสีฟันชุดแรกของหนู มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้เลี้ยงดูตระหนักถึงความสำคัญของการเริ่มแปรงฟัน ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู (เวาดี ต่อประดิษฐ์, ศันสนีย์ รัชชกุล และ วิกุล วิศาลเสถียร, 2541) แต่เนื่องจากพบว่า เริ่มพบฟันผุในเด็กได้ตั้งแต่เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ดังนั้น จึงควรเน้นการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ตั้งแต่แม่เริ่มตั้งครรภ์ และปรับช่วงระยะเวลาการแจกแจงสีฟันอันแรกให้กับเด็ก ตั้งแต่พบว่ามีฟันซี่แรกขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับระยะเริ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และช่วยให้เด็กยอมรับการแปรงฟันได้ง่าย เพราะเด็กเล็กจะยังไม่ปฏิเสธการแปรงฟันมากนัก

4.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแปรงฟัน

การที่ผู้เลี้ยงดูพาเด็กมารับวัคซีนเป็นระยะ ถือเป็นโอกาสที่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง สำหรับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก เพราะนอกจากรูปแบบการให้ทันตสุขภาพศึกษาจะเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ยังเป็นการกระตุ้นเตือนพฤติกรรมผู้เลี้ยงดูเป็นระยะ และสามารถประเมินผลหลังให้คำแนะนำได้ คุณภาพของการให้คำแนะนำการดูแลทันตสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา เพราะข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของชาวบ้านเป็นอย่างดี ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม จึงควรปรับรูปแบบการให้คำแนะนำ ให้สอดคล้องตามช่วงวัยของเด็ก และมีการสาธิตการแปรงฟัน พร้อมให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติจริงด้วย

การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ด้วยการส่งเสริมการแปรงฟันเด็กโดยผู้เลี้ยงดูถือเป็นกลวิธีที่เหมาะสม เป็นวิธีการที่เป็นที่ยอมรับได้ง่าย เพราะการแปรงฟันเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน และเป็นกิจวัตรที่เป็นปกติประจำวันของบุคคลอยู่แล้ว อีกทั้งเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่าย (Weintraub, 1998) หากแต่ต้องเพิ่มเติมการเน้นถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้การป้องกันโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสอนแปรงฟันยังสามารถทำโดยบุคลากรสาธารณสุขอื่นได้ เสียค่าใช้จ่ายต่ำ (Weintraub, 1998) และเป็นการยึดหลักของการพัฒนาโดยเริ่มจากสิ่งที่มีอยู่แต่เดิมของชาวบ้าน ซึ่งจะมีความเป็นไปได้และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติมากกว่าการใช้กลวิธีที่แปลกแยกไปจากวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่น การป้องกันฟันผุด้วยการใช้ฟลูออไรด์ทางระบบ เพราะฟลูออไรด์เป็นสิ่งที่ไม่เคยมีในระบบคิดของชาวบ้านมาก่อน

5. การดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก

ในชุมชนมีความซับซ้อนของความเชื่อและระบบวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การดูแลรักษาและการแสวงหาแหล่งรักษาของชาวบ้าน จึงมีความหลากหลายและซับซ้อนเช่นกัน แม้ว่าปัจจุบัน จะมีระบบการแพทย์แผนตะวันตก ที่ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอันทันสมัยกว่าระบบการแพทย์ดั้งเดิม และได้รับการยอมรับในประสิทธิภาพการรักษามากกว่า

แต่ชาวบ้านบางส่วน ยังคงมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิม การมีอยู่ของระบบการแพทย์ที่หลากหลาย เป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่า คนในสังคมมีระบบความเชื่อที่แตกต่างกัน

5.1 ความหลากหลายของการดูแลสุขภาพช่องปาก

ดังที่ได้กล่าวในส่วนของการทบทวนวรรณกรรม Kleinman (1980) ได้อธิบายระบบการแพทย์ที่หลากหลายว่า ประกอบด้วย ระบบการแพทย์ในส่วน of ชาวบ้าน (Popular sector) ระบบการแพทย์แบบพื้นบ้าน (Folk sector) และระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional sector) การดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยต่างๆ จะเกิดในส่วน of ชาวบ้านมากที่สุด เช่นเดียวกับแบบแผนการรักษาความเจ็บป่วย of ชาวบ้านในชุมชนแห่งนี้ ชาวบ้านมีการใช้ระบบการแพทย์ทั้ง 3 ลักษณะ ผสมผสานกันในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งการรักษาด้วยตนเอง การรักษาด้วยระบบแพทย์พื้นบ้าน และในระบบแพทย์วิชาชีพ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535: 6-7, 2545: 13) ได้กล่าวถึง มูลเหตุสำคัญของการมีระบบการแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบว่า สืบเนื่องจากไม่มีระบบการแพทย์ใดเพียงระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้ในทุกมิติ คือ ทั้งสามารถเยียวยารักษาโรคทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อข้อข้องใจสงสัยของมนุษย์ได้ทุกด้าน สามารถสร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ มีราคาถูก และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์นั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในขณะที่มนุษย์มีวัฒนธรรม ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน และเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ซึ่งมีความหลากหลาย มีรูปแบบแตกต่างกัน จึงเป็นระบบที่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่าง of ผู้คนและปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย ระบบการแพทย์สมัยใหม่อาจมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยบางประการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม อาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมจิตวิทยาบางอย่าง อย่างเหมาะสม

5.2 การแสวงหาการรักษาเมื่อเด็กมีอาการจากโรคฟันผุ

การปฏิบัติที่เกี่ยวกับปากและฟัน of ชาวบ้านมีหลากหลายวิธีการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ จะใช้การเช็ดหรือการแปรงฟันทำความสะอาดเมื่อมีอาการจากโรคฟันผุ การดูแลสุขภาพยังมีความหลากหลายมากขึ้น ผู้เลี้ยงดูจะมีขั้นตอนการดูแลและแสวงหาการรักษา จนกระทั่งเด็กหายจากอาการหลายขั้นตอน เริ่มต้นจากการวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น ประเมินความรุนแรงของอาการ แล้วเลือกปฏิบัติที่จะรักษาเด็กให้หายเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการรักษาแบบพึ่งตนเองเป็นอันดับแรก ด้วยวิธีการที่เคยได้รับประสบการณ์มาแล้ว ทั้งจากประสบการณ์ตรงของตนเอง คำแนะนำ of ปู่ย่าตายาย รวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มี

ประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ ยังมีการผสมผสานการดูแลรักษาจากระบบการแพทย์พื้นบ้าน เมื่อชาวบ้านไม่สามารถแก้ปัญหาปากและฟันด้วยตนเองได้ จึงแสวงหาการรักษาในระบบแพทย์ วิชาชีพ จากบุคลากรสาธารณสุขที่สถานีนอมนายและโรงพยาบาลต่อไป

อย่างไรก็ตาม ลำดับขั้นตอนในการรักษาอาจไม่แน่นอน หรือ ทำการรักษาหลายวิธีไปพร้อมๆกัน การตัดสินใจเลือกวิธีการหรือแหล่งที่จะรักษา ชาวบ้านจะพิจารณาจากความรุนแรงของอาการที่เป็น และอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบในการตัดสินใจ ตัวอย่างของการแสวงหาการรักษา เมื่อเด็กมีปัญหาโรคฟันผุ แสดงดังรูปที่ 16

พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาของชาวบ้าน มีความสอดคล้องกับแบบจำลองที่มีชื่อว่า The Health Care Choice Making Model ซึ่ง Young (1981 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 79-83) สร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาบนพื้นฐานของปัจจัยที่สำคัญ 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมาก ก็จะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงน้อย ก็มักจะดูแลรักษาด้วยตนเองในครอบครัว

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเอง เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ใช้ประกอบการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย เมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรง มักจะเลือกใช้วิธีรักษาตนเอง ถ้าไม่หายหรือไม่รู้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน จึงเลือกใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตก

3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา คือ การที่บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาใด ขึ้นอยู่กับความเชื่อถือ ความศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นๆว่าจะทำให้เขาหายจากอาการเจ็บป่วยนั้นหรือไม่

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งบริการ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกแหล่งบริการที่อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก และมีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนั้นเพียงพอ

5.3 การคงอยู่ของการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง

จากตัวอย่างกรณีศึกษา แสดงให้เห็นถึงการผสมผสานการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากด้วยวิธีการที่หลากหลาย แม้ว่าจะระบบทันตกรรมสมัยใหม่จะได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีจุดเด่นด้านผลการรักษาที่แน่นอน ชัดเจน ได้ผลรวดเร็ว แต่ทางเลือกในการดูแลรักษาตนเองยังมีได้สูญหายไป ตัวอย่างเช่น การที่ชาวบ้านใช้สิ่งต่างๆอุดโดยตรงในโพรงฟันที่มีอาการปวด เพื่อการบำบัดและบรรเทาอาการเบื้องต้น เป็นวัฒนธรรมการรักษาอาการจากฟันผุ

รูปที่ 16 การแสวงหาการรักษาเมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน

ตัวอย่างกรณีศึกษา แอปเปิ้ล เด็กหญิงอายุ 2 ปี 6 เดือน

อาการ ฟันเป็นรูดำ → เจ็บฟันเมื่อมีเศษอาหารติด → นอนตื่นมาปวดฟัน → “เป็นแมง”



ที่พบทั่วไปในชุมชนจากการศึกษานี้ แม้ว่ากระบวนการรักษานั้น จะไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ มารองรับ การรักษาของชาวบ้านบางอย่างมีเพียงข้อมูลเชิงประจักษ์ จากประสบการณ์ตรงของ ชาวบ้านเอง (เช่น การใช้พืชสมุนไพรบางตัวช่วยระงับอาการปวดฟัน) แต่วิธีการและทางเลือกใน การรักษาต่างๆเหล่านี้ ยังคงมีปรากฏและดำรงอยู่ภายในชุมชน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533) ได้ให้คำอธิบายว่า ระบบการแพทย์แบบ ประสบการณ์ (ได้แก่ การรักษาด้วยยากลางบ้าน แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ การรักษากับหมอ ฟันบ้าน) เป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดในระบบการแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจาก

1. เป็นความรู้ที่มีฐานแน่นอยู่กับชาวบ้านมากที่สุด เพราะแต่ละ ขั้นตอนการรักษา ล้วนเกิดขึ้นท่ามกลางความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของชาวบ้าน จึงเป็นผลผลิต และเป็นสมบัติที่ชาวบ้านครอบครองได้อย่างแท้จริง เป็นข้อมูลที่อยู่ใกล้มือเพราะอยู่กับคนที่อยู่ ใกล้ชิดกับชาวบ้านมากที่สุด และมักมาทันเวลาที่สุดเมื่อชาวบ้านต้องการความช่วยเหลือ

2. เป็นกระบวนการแพทย์ที่มีกระบวนการทางสังคมมารองรับ ไม่ใช่เป็น ความรู้ที่อยู่ลอยๆ หรืออยู่ในตำรา แต่ทว่าเป็นความรู้ที่อยู่ในคน ซึ่งมักเปลือออกมาเป็นคำแนะนำ ชักชวน เมื่อญาติมิตรประสบปัญหา หรืออาจเรียกว่ามีกระบวนการทางตลาด เกิดขึ้นอย่างเป็น ธรรมชาติตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อคำแนะนำหรือการรักษา นั้น เป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้แนะนำ เคยใช้ได้ผลมาก่อน จึงมักมีการยืนยันที่หนักแน่น เชื่อมั่นและมีการโน้มน้าวหรือชักชวนให้พิสูจน์

3. ให้คำแนะนำที่เป็นจริงในทางปฏิบัติมากที่สุด เพราะวิธีการนั้นถูก สังเคราะห์ขึ้นจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเอง จึงมีลักษณะความแปลกแยกอยู่น้อย สามารถใช้ได้ทันทีโดยไม่ต้องประยุกต์ โดยเฉพาะมักใช้ของใช้ใกล้มือที่หยิบฉวย หรือหามาใช้ได้ โดยสะดวก หรือด้วยวิธีการง่ายๆ

4. เป็นกระบวนการที่สวนทางกับการผูกขาดของการแพทย์แบบวิชาชีพ ลักษณะการถ่ายทอดความรู้เป็นไปตามธรรมชาติ ด้วยเจตนาดี ไม่มีลักษณะที่ต้องการครอบครอง วิทยาการไว้เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ จึงสามารถสนองต่อความพึงพอใจของประชาชนได้ อย่างกลมกลืน

5. เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ตลอดเวลาที่ประชาชนยังมีปัญหา สุขภาพ และยังไม่มียุทธศาสตร์การแพทย์อุดมคติมาตอบสนอง เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เคลื่อนไหว ตลอดเวลา การสังเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหานั้นไปอย่างไร้ขอบเขต ลักษณะเฉพาะของการรักษา นั้น ไม่มีระบุไว้ในตำราหรือทฤษฎีใดมาก่อน ไม่มีทฤษฎีใดเป็นฐานในการสังเคราะห์ หากแต่ สังเคราะห์ขึ้นใหม่ จากการอนุมานด้วยเหตุผลต่างๆ การคาดเดา การคิดเอง การฝัน หรือความ บังเอิญ และเมื่อมีผู้ทดลองได้ผลแล้ว ก็จะแพร่ขยายไปอย่างไร้จุดหมาย

แม้บริการจากระบบการแพทย์สมัยใหม่จะได้รับความนิยม แต่ผลจากการไม่เข้าใจกันในเรื่องการสื่อสาร กลับสร้างอุปสรรคกับการรักษาเช่นกัน ดังตัวอย่างเช่น ชาวบ้านคิดว่าเมื่อพิน้ำนมผุ ไม่สามารถรักษาได้ ต้องถอนพินเท่านั้น เนื่องจากเคยพบแต่หมอรักษาโดยการถอนพินให้ เป็นต้น นอกจากนี้ อิทธิพลในการสร้างความเชื่อถือของระบบการแพทย์ปัจจุบัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของชาวบ้านลดลง หวังพึ่งระบบการแพทย์ปัจจุบันมากขึ้น แต่กลับพบอุปสรรคที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ต้องการได้ แม้ว่าการมีหลักประกันทันตสุขภาพจะลดอุปสรรคด้านการเงินลงได้ แต่ยังคงไม่อาจเพิ่มการใช้บริการได้ เนื่องจากชาวบ้านยังคงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือการขาดรายได้เมื่อต้องไปรับการรักษา อีกส่วนหนึ่งเกิดจากผู้รับบริการเกิดต้นทุนด้านจิตใจ (psychological cost) ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองด้อยคุณค่า ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การมีความกังวล กลัวเจ็บ เปื่อที่จะรอคอย และเกรงว่าจะถูกตำหนิว่าไม่ดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อบริการ (เพ็ญแข ลามยิ่ง, 2542) ส่วนการพึ่งพาระบบการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การใช้น้ำแก้ปวดพินที่มีพ่อค้านำมาขาย หรือ การใช้สมุนไพรของหมอสมุนไพร ซึ่งแม้จะมีราคาถูก และไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง แต่ผลของการรักษาที่ไม่แน่นอน และเป็นเพียงการบรรเทาอาการเท่านั้น ชาวบ้านจึงยังคงอาศัยการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมทั้งเลือกที่จะอดทนต่อความเจ็บปวด หรือเลือกที่จะไม่รักษา ส่งผลให้เกิดการลุกลามของโรคมมากขึ้น จนกระทั่งสูญเสียฟันไปในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็ก

“ชาติหรือชุมชนที่ดำรงความเป็นชาติหรือชุมชนมาได้ ย่อมต้องมีภูมิปัญญาแห่งชาติ (National wisdom) หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) อันผ่านการสังเกต การทดลองใช้ คัดเลือก และถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบต่อมา การพัฒนาใดๆ จำต้องคำนึงถึงภูมิปัญญาแห่งชาติ และภูมิปัญญาท้องถิ่น หากไม่การพัฒนานั้นๆ อาจทำให้เสียสมดุลชีวิตและสังคม”

ประเวศ วะสี (2530, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535: 1)

คำกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นความสำคัญของการคำนึงถึงสิ่งที่มีอยู่แต่เดิมของท้องถิ่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเริ่มต้นงานพัฒนาใดๆ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545ก, 2545ข) กล่าวถึงความผิดพลาดในการทำงานแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนที่ผ่านมา ที่สำคัญ 4 ประการ หรือ “มิฉันทิฐิ 4” ได้แก่

1) มิฉันทิฐิว่าด้วยภาษาชนที่ว่างเปล่า เป็นมุมมองที่มีต่อชุมชนว่า เปรียบเสมือนกับภาษาที่ว่างเปล่า ไม่มีอะไรอยู่ข้างในเลย ชุมชนต้องรับความรู้ ความช่วยเหลือจากภายนอกอยู่เสมอ ไม่ได้พิจารณาว่าชุมชนมีศักยภาพ หรือทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง

2) มิจฉาทิฐิที่มองปัญหาสุขภาพแบบแยกส่วน เป็นการมองชุมชนแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง ไม่มองปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ

3) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนเสมือนว่ามีองค์กรเดียว ให้ความสนใจเฉพาะองค์กรที่จัดตั้งแบบเป็นทางการเท่านั้น ไม่พิจารณาถึงองค์กรที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มตามธรรมชาติของชาวบ้าน ทำให้เห็นศักยภาพชุมชนในขอบเขตที่จำกัด

4) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนทุกชุมชนเหมือนกันหมด การมีฐานความคิดว่าหากแผนงานใดสามารถทำได้ประสบความสำเร็จในที่หนึ่ง จะสามารถขยายผลและดำเนินการในรูปแบบและวิธีเดียวกันได้ในพื้นที่อื่นๆทั่วประเทศ ทั้งที่ ชุมชนแต่ละแห่งมีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความแตกต่างกัน

ดังนั้น หากพิจารณามิจฉาทิฐิทั้ง 4 แล้ว มาตรการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในชุมชน ควรเปลี่ยนจากการคิดว่าชุมชนเป็นภาชนะที่ว่างเปล่า เปลี่ยนจากความคิดว่าจะให้เขาทำอะไร มาเป็นว่าเขาทำอะไรอยู่แล้ว จะทำให้เขาทำให้มากขึ้นได้หรือไม่ ถ้ายังไม่ทำให้เริ่มทำได้หรือไม่ เปลี่ยนบทบาทจากผู้กระทำเป็นผู้ประสานงาน กระตุ้น หรือสนับสนุน พยายามเชื่อมโยงการแก้ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม มีการบูรณาการการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาด้านอื่นๆ จัดหามาตรการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีความเหมาะสมตามลักษณะของแต่ละชุมชน โดยคำนึงถึงศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนเป็นที่ตั้ง

ในทางทันตสาธารณสุข ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการปลูกฝังสั่งสมกันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต กลายเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา ขณะเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การที่จะแก้ปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้แปรเปลี่ยนไปจากเดิม จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลาและกลยุทธ์ที่เหมาะสม สิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งคือ การจัดการปัญหาทางสุขภาพ ควรเริ่มจากการยอมรับว่า คนในสังคมมีระบบความคิดที่หลากหลาย จึงควรต้องทำความเข้าใจความคิดความเชื่อ และกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน แล้วเริ่มจากการพิจารณาให้การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งดีที่มีอยู่แล้วในแต่ละท้องถิ่น หลังจากนั้นจึงค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับสิ่งที่ขัดขวางต่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป โดยวิธีการที่แนะนำนั้นควรสอดคล้องกับสิ่งที่ชาวบ้านคิด อีกทั้งให้เป็นไปได้ง่ายตามวิถีชีวิตของชาวบ้านแล้ว รูปแบบการแก้ปัญหาดังกล่าว จะนำมาซึ่งผลสำเร็จอันยั่งยืนในที่สุด

การเริ่มต้นพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ กาญจนา แก้วเทพ (2538: 38) ซึ่งกล่าวถึงการพัฒนาในแนววัฒนธรรมชุมชนว่า

“ในหมู่ประชาชนนั้น มีอะไรดำรงอยู่ ถ้าเราเข้าไปแสวงหา เราก็จะค้นพบ”

ชาวบ้านมีลักษณะปัจจุบันอยู่ 2 ด้าน คือ “ด้านที่มี” และ “ด้านที่หมด” แต่เรามักมองชุมชนเพียงด้านเดียว คือด้านที่เป็นปัญหาหรือด้านที่หมด ซึ่งสิ่งที่ชาวบ้านหมดมักจะเป็นสิ่งที่ปรากฏต่อเรา แต่สิ่งที่ชาวบ้านมีนั้น กลับเป็นสิ่งที่แฝงเร้นและต้องค้นหา อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ชาวบ้านมีและหมด มีลักษณะเป็นพลวัต(dynamics) คลื่นคล้ายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การที่จะเริ่มลงมือทำงาน ต้องเริ่มต้นทำงานจากสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการถือเอาชาวบ้านเป็นตัวตั้ง เป็นการทำงานพัฒนาชุมชนด้วยแนวคิดแบบ “Positive approach” มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน ซึ่งเป็นการพัฒนาในแนวทางที่มีความเป็นไปได้และยั่งยืนมากกว่า (กาญจนา แก้วเทพ, 2538ก: 125-134, 2538ข: 33-56)

ดังนั้น หากพิจารณาถึง “สิ่งที่มี” และ “สิ่งที่หมด” เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของชาวบ้านในชุมชนนี้ เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางพัฒนาแบบ Positive approach นั้น จะพบว่าแนวคิดและการปฏิบัติของชาวบ้าน มีทั้งส่วนที่มีความสอดคล้อง และไม่สอดคล้องกับความรู้หรือพฤติกรรมที่ทางทันตแพทย์แนะนำว่า เป็นสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก แนวคิดและการปฏิบัติต่างๆของชาวบ้านนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของเด็กได้ต่างกันไป ดังตารางที่ 14

จะเห็นได้ว่า ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนั้น ชาวบ้านมีทั้ง “ด้านที่มี” และ “ด้านที่หมด” แนวคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่เอื้อผลดีต่อสุขภาพฟันของเด็ก ถือเป็น “ด้านที่มี” ของชาวบ้าน ซึ่งเป็นส่วนที่บุคลากรสาธารณสุข ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริม ส่วนวิถีคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่มีผลแง่ลบต่อสุขภาพฟันของเด็ก ซึ่งเป็น “ด้านที่หมด” ของชาวบ้านนั้น ควรต้องหาแนวทางแก้ไข ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม โดยการปรับความเชื่อรวมทั้งพฤติกรรม ควรกระทำในลักษณะที่สอดคล้อง และเป็นไปได้ง่ายกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน

แนวคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่เอื้อผลดีต่อสุขภาพฟันของเด็ก เช่น การให้เด็กได้รับประทานผลไม้ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นเป็นอาหารว่าง เป็นส่วนที่ควรสนับสนุนให้ชาวบ้านคงการมีแนวคิดและพฤติกรรมนั้นไว้ ซึ่งจะเป็นการง่ายต่อการเสริมความรู้หรือจัดทำกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมการมีสุขภาพฟันที่ดี เพราะเป็นสิ่งที่ชาวบ้านปฏิบัติอยู่แล้ว

ส่วนวิถีคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่มีผลแง่ลบต่อสุขภาพฟันของเด็กนั้น เช่น ฟันผุในเด็กเป็นเรื่องธรรมดา และฟันน้ำนมผุแล้วรักษาไม่ได้ ต้องรอถอนออกเท่านั้น ส่งผลให้เกิดการละเลยต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือ การใช้น้ำมันเครื่อง ใสในรูฟันเพื่อแก้ปวดฟันในเด็กที่แม้จะพอบรรเทาอาการปวดฟันได้บ้าง แต่ทำให้ชาวบ้านชะลอการรักษาออกไป จนกระทั่งโรคลุกลามไปมาก ยิ่งไปกว่านั้น ยังส่งผลเสียต่อร่างกายของเด็กอีกด้วย ความเชื่อและการปฏิบัติ ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นส่วนที่สมควรต้องหาแนวทางแก้ไข ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม โดยต้องคำนึงว่า แนวคิดและพฤติกรรมเดิมเป็นสิ่งที่ชาวบ้านยึดถือกันมาเป็นเวลานาน ดังนั้น การปรับพฤติกรรมควรกระทำในลักษณะที่สอดคล้อง และเป็นไปได้ง่ายกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน

ตารางที่ 14 แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก

ส่วนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ไม่ทราบผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก
<p><i>แนวคิดเรื่องโรค</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะฟันน้ำนมที่เป็นปกติ คือ ฟันมีสีขาว 2. สาเหตุของແຂ້ວແມ່ງ ได้แก่ การอมลูกอม การเคี้ยวข้าวให้เด็ก การไม่แปรงฟัน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การห้ามเด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี รับประทานไข่แดง เพราะเป็นสาเหตุของการเป็นແຂ້ວເລິງ 2. มี “ตัวແມ່ງ” ในฟันที่เป็นແຂ້ວແມ່ງ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เฉพาะແຂ້ວແມ່ງเท่านั้นที่เป็นปัญหาต้องพาไปหาหมอ ส่วนແຂ້ວເລິງ แຂ້ວร่อน แຂ້ວผุ แຂ້ວเหี้ยน ปล่อยให้ไว้ได้ไม่ต้องรักษา 2. เด็กยังไม่เป็นແມ່ງ เพราะยังไม่เคยร้องให้เจ็บฟัน 3. ฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากไม่นาน ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา 4. นมแม่ วิธีการให้นม และขนมถุงไม่เป็นสาเหตุของແຂ້ວແມ່ງ 5. เด็กทุกคนต้องมีฟันไม่สวย อาจเป็นແຂ້ວເລິງ แຂ້ວผุ หรือແຂ້ວແມ່ງ 6. เด็กเล็กๆจะไม่เป็นແຂ້ວແມ່ງ หรือฟันที่ขึ้นแล้วจะหายเป็นແຂ້ວແມ່ງ 	

ตารางที่ 14 แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก (ต่อ)

ส่วนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ไม่ทราบผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก
<p><i>รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังหย่านมแม่ ให้เด็กรับประทานนมกล่องโดยใช้หลอดดูด 2. การพยายามให้เด็กได้รับประทานนมในรูปแบบต่างๆ 3. การรับประทานผลไม้ที่หาได้ง่ายในห้องกินเป็นอาหารว่าง 4. ความเชื่อว่าห้ามเด็กที่ยังพูดไม่เป็น รับประทานของหวาน เพราะเกรงว่าเด็กจะพูดไม่ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้เด็กรับประทานนมแม่ จนกระทั่งเด็กมีอายุประมาณ 1 – 2 ปี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้เด็กรับประทานนมแม่ หรือนมขวดบ่อยเท่าที่ต้องการ 2. การเลือกให้เด็กรับประทานนมหวาน หรือนมผสมน้ำผึ้ง 3. การเคี้ยวข้าวบ่อนเด็ก 4. การบ่อนนมให้เด็กตั้งแต่เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี 5. การให้เด็กรับประทานนมเพราะเด็กไม่ยอมทานข้าว หรืออยากให้เด็กได้ทานนมเหมือนเด็กคนอื่น และเพื่อให้เด็กยอมไปโรงเรียน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้เด็กรับประทานซีเรียแลค

ตารางที่ 14 แนวและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก (ต่อ)

ส่วนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ไม่ทราบผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก
<p><i>พฤติกรรมป้องกันโรค</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความคิดว่า การแปรงฟันสามารถป้องกันฟันผุได้ 2. การเริ่มแปรงฟันในเด็ก เมื่อได้รับแจกแปรงสีฟัน ช่วงเด็กมีอายุ 1 ปี 6 เดือน 3. การใช้ยาสีฟันร่วมในการแปรงฟันเด็ก เพราะต้องการให้เด็กอยากแปรงฟัน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การไม่ใช้ยาสีฟันร่วมในการแปรงฟันเด็กเพราะกลัวเด็กกลืนยาสีฟัน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเริ่มแปรงฟัน เมื่อเด็กต้องการหรือเมื่อเด็กมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ เมื่อมีฟันดำเจ็บฟัน หรือเมื่อเด็กเข้าเรียนในศพด.แล้ว 2. การแปรงฟันให้เด็กเฉพาะครั้งแรก ต่อมาสอนการแปรงฟันให้เด็ก หลังจากนั้นปล่อยให้เด็กแปรงเอง โดยไม่มีการตรวจความสะอาดหรือแปรงซ้ำให้ 3. ไม่แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน 4. การคิดว่าฟันผุในฟันน้ำนมไม่สามารถป้องกันได้ เป็นเรื่องธรรมดาที่เด็กต้องเป็นทุกคน 	

ตารางที่ 14 แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก (ต่อ)

ส่วนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ไม่ทราบผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก
<p>พฤติกรรมดูแลเมื่อเกิดโรค</p> <p>1. การแปรงฟันให้เด็ก</p>	<p>1. การใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารออกให้</p> <p>2. ช่องแวงรักษาด้วยการเป่าไม่ได้</p>	<p>1. การให้เด็กรับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ เมื่อหายปวดแล้วไม่ทำการรักษาต่อ</p> <p>2. การใช้สิ่งต่างๆ ใส่ในโพรงฟันซี่ที่เด็กปวด (เช่น น้ำมันเครื่อง น้ำมันเบนซิน นมแมว ผงชูรส เป็นต้น)</p> <p>3. การใช้มีดขูดฟันที่เหลืองให้กลับมาขาวเหมือนเดิม</p>	<p>1. การใช้สำลีชุบน้ำยาแก้ปวดฟันที่มีฟอสฟอรัสมาขายในหมู่บ้านใส่โพรงฟันซี่ที่เด็กปวด</p> <p>2. การใช้ฟิชสมุนไพรรักษาฟันบ้าน(เช่น เปลือกต้นคูณ เครื่องเขิง ใบส้มป่อย ใบชะพลู ฮากสองฟ้า เป็นต้น) บรรเทาอาการปวดฟัน</p>

ตารางที่ 14 แนวคิดและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จำแนกตามผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก (ต่อ)

ส่วนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพฟันเด็ก	ส่วนที่ไม่ทราบผลที่มีต่อสุขภาพฟันเด็ก
พฤติกรรมรักษาโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. การถอนฟันน้ำนม ครั้งละไม่เกิน 2 ซี่ จะไม่ทำให้เสียสายตา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ถ้าไม่มีอาการปวด ไม่ต้องรักษา ปลดปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ 2. ถ้าฟันเหลือง ผุ กร่อน หรือเหี้ยนแล้ว ไม่สามารถรักษาได้ 3. ไม่อุดฟันน้ำนม เพราะอยู่ในปากไม่นาน หรือกลัวว่าอุดแล้วฟันน้ำนมจะไม่หลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้ 4. อุดฟันได้ถ้าเป็นเด็กโต ฟันผุน้อยๆ และต้องไม่เป็นแนวเมงเท่านั้น 5. เป็นแนวเมงต้องถอนฟันเท่านั้น 6. เด็กต้องไม่ปวด จึงจะถอนฟันได้ ถ้าปวดต้องให้กินยาแก้ปวดก่อน 7. ถ้าเด็กอายุน้อยกว่า 6 - 7 ปี หมอไม่ถอนฟันให้ต้องรอให้ฟันหลุดเอง 	

ควรหลีกเลี่ยงการห้ามโดยปราศจากทางออก แต่ควรใช้สิ่งทดแทนที่ชาวบ้านเคยปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจของชาวบ้านเป็นหลักการที่สำคัญ

ส่วนวิถีคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่มีผลแง่ลบต่อสุขภาพฟันของเด็กนั้น เช่น ฟันผุในเด็กเป็นเรื่องธรรมดา และฟันน้ำนมผุแล้วรักษาไม่ได้ ต้องรอดถอนออกเท่านั้น ส่งผลให้เกิดการละเลยต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือ การใช้น้ำมันเครื่อง ใสในรูฟันเพื่อแก้ปวดฟันในเด็กที่แม้จะพอบรรเทาอาการปวดฟันได้บ้าง แต่ทำให้ชาวบ้านชะลอการรักษาออกไป จนกระทั่งโรคลุกลามไปมาก ยิ่งไปกว่านั้น ยังส่งผลเสียต่อร่างกายของเด็กอีกด้วย ความเชื่อและการปฏิบัติ ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นส่วนที่สมควรต้องหาแนวทางแก้ไข ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม โดยต้องคำนึงว่า แนวคิดและพฤติกรรมเดิมเป็นสิ่งที่ชาวบ้านยึดถือกันมาเป็นเวลานาน ดังนั้น การปรับพฤติกรรมควรกระทำในลักษณะที่สอดคล้อง และเป็นไปได้ง่ายกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการห้ามโดยปราศจากทางออก แต่ควรใช้สิ่งทดแทนที่ชาวบ้านเคยปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจของชาวบ้านเป็นหลักการที่สำคัญ

สำหรับวิถีคิดและการปฏิบัติบางอย่าง ที่อาจจะก่อให้เกิดได้ทั้งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพฟันของเด็ก อาจต้องเข้าไปสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่ค่อนข้างไปทางส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก ส่วนวิถีคิดและการปฏิบัติของชาวบ้านที่ไม่แน่ใจว่ามีผลอย่างไรต่อสุขภาพฟันของเด็ก เช่น การใช้ซีริแลคในการเลี้ยงเด็ก หรือการใช้สมุนไพรบางอย่างในการบรรเทาอาการปวดฟันเบื้องต้น สมควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนต่อประสิทธิภาพ หรือผลที่มีต่อสุขภาพช่องปาก และนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำในวงกว้างต่อไป

จากลักษณะความคิดความเชื่อและการปฏิบัติของชาวบ้านดังกล่าว การสาธารณสุขควรต้องคำนึงถึงการสร้างมาตรการที่สอดคล้องกับวิถีคิด วิถีปฏิบัติเดิมของชาวบ้านให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านเกิดการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้ โดยการสนับสนุนระบบความเชื่อและการปฏิบัติที่เอื้อผลดีต่อสุขภาพช่องปาก ทำการศึกษาในระดับลึกถึงประสิทธิภาพและประโยชน์ที่ชัดเจนจากการปฏิบัติบางอย่าง ขณะเดียวกันพยายามปรับเปลี่ยนความเชื่อและการปฏิบัติที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก หรืออย่างน้อยที่สุด ปรับเปลี่ยนให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง แม้ต้องใช้คำอธิบายตามวิถีคิดแบบชาวบ้านก็ตาม

ยิ่งไปกว่านั้น การที่เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญต่อความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนความเชื่อ และการปฏิบัติที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ต้องคำนึงถึงการติดต่อสื่อความหมาย การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ทันทบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข ควรต้องทำความเข้าใจต่อระบบคิด วิธีปฏิบัติ รวมทั้งวิถีชีวิตของชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางพื้นฐานความคิดของบุคคล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินมาตรการทางทันตกรรมต่างๆ การมีความเข้าใจในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน จะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีคิดและวัฒนธรรม อีกทั้ง สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายตามวิถีชีวิตของชาวบ้าน

2. ควรมีการสร้างความเข้าใจกับทันตบุคลากร รวมทั้งบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ ซึ่งไม่เคยทราบมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อิทธิพลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่อกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพของชาวบ้าน เพื่อให้เกิดความตระหนักอยู่เสมอว่า การติดต่อสื่อความหมาย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำต่างๆ รูปแบบของการให้บริการ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถส่งผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชาวบ้านได้

3. ความแตกต่างในระบบวิถีคิดของการแพทย์ระบบวิชาชีพและชาวบ้าน ทำให้การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนต้องละเอียดอ่อน ใช้ภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจได้ง่าย สั้น กระชับ และมุ่งตรงตามความสนใจของประชาชนมากที่สุด

4. ทรนรงค์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชน โดยการนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งการสร้างค่านิยมใหม่ในกลุ่มแม่และภายในชุมชน ในประเด็นของความคิดความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น ทรนรงค์ให้ทราบถึงความเชื่อมโยงของการดูแลแต่ละแบบว่า แหว่เหลืองสามารถถูกลามเป็นแหว่แดงได้ แต่แหว่แดงป้องกันและรักษาได้ เน้นการให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธี หรือไม่ใช่เฉพาะลูกอมที่ทำให้ฟันผุ แต่ชนมถุสามารถทำให้ฟันผุได้เช่นกัน เป็นต้น

5. การประยุกต์สร้างสื่อสุขภาพศึกษาที่เหมาะสมสำหรับแต่ละท้องถิ่น เช่น การปรับเนื้อหา ด้านทันตสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียน ให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับระบบวิถีคิด เฉพาะชุมชนควบคู่ไปกับความรู้ทางวิชาการ เช่น อธิบายว่าแหว่เหลืองเป็นฟันผุในระยะแรกจะเกิดที่ชั้นเคลือบฟัน ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ดูแลรักษา อาจกลายเป็นฟันผุลึกจนทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีอาการปวดได้ หรือที่เรียกว่าเป็นแหว่แดงนั่นเอง เป็นต้น

6. พยายามส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของ ความเชื่อและพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น การรับประทานนมแม่อย่างถูกวิธี การรับประทานนมกล่องโดยใช้หลอดดูด การรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่างแทนขนม เป็นต้น

7. หาแนวทางในการปรับเปลี่ยน ความเชื่อและการปฏิบัติของชาวบ้านที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมทั้งสร้างทางออกที่เหมาะสมสำหรับแต่ละปัญหา ด้วยวิธีการที่

สอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตเดิมของชาวบ้านให้มากที่สุด ตัวอย่างเช่น การปรับความเข้าใจเรื่องฟันผุเป็นเรื่องธรรมชาติป้องกันไม่ได้ ด้วยการอธิบายเรื่องโรคฟันผุ โดยใช้ภาษาที่สอดคล้องตามความเข้าใจของชาวบ้าน การให้คำแนะนำการป้องกันและดูแลฟันที่เป็นแนวเมง หรือการแนะนำว่าถ้าเคี้ยวข้าวแล้วให้นำไปหมกไฟก่อนป้อนเด็ก เป็นต้น

8. ให้คำแนะนำการดูแลทันตสุขภาพเด็กตั้งแต่แม่เริ่มตั้งครรภ์ เพิ่มประสิทธิภาพของการให้ทันตสุขภาพศึกษาในคลินิกเด็กดี ปรับช่วงเวลาการแจกแปรงสีฟันอันแรก โดยให้ตั้งแต่มีฟันซี่แรกขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กยอมรับการแปรงฟันได้ง่าย และสอดคล้องกับระยะที่เริ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

9. การจัดการเรื่องผลของขนมที่มีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือของทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคม ต้องทำให้ผู้เลี้ยงดูตระหนักถึงบทบาทของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนัก รับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาาร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดการแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดี เช่น การควบคุมการจำหน่ายขนมของร้านค้าในหมู่บ้าน หรือการรณรงค์รับประทานผลไม้แทนขนม เป็นต้น ในส่วนของภาครัฐควรมีนโยบายที่เป็นรูปธรรม ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลของขนมต่อทันตสุขภาพ การส่งเสริมอาหารว่างอื่นทดแทนขนม รวมทั้งมีมาตรการควบคุมการโฆษณาขนมผ่านสื่อโทรทัศน์

10. สร้างทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของชาวบ้านอย่างถูกวิธี เช่น แนะนำว่าไม่ควรใช้ผงชูรส หรือน้ำมันเครื่องใส่ฟัน เพราะส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็กได้ สนับสนุนความเป็นไปได้ของการใช้สมุนไพรต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการของโรคในช่องปาก พัฒนาทักษะการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็กให้กับทันตบุคลากร เพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมทั้ง ปรับเงื่อนไขและระบบขั้นตอนของสถานบริการให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการศึกษา

การสัมภาษณ์พูดคุย เพื่อค้นหาแบบแผนความคิดเกี่ยวกับโรคฟันผุ และการทำความเข้าใจพฤติกรรมและการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็ก ให้ได้รายละเอียดในเชิงลึกบางประเด็น ทำได้ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยการสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลพอสมควร สื่อแผนภาพที่ใช้ แม้จะสามารถนำไปสู่การเปิดประเด็นการพูดคุย เพื่อหาแบบแผนความคิดเรื่องโรคฟันผุของชาวบ้านได้ แต่ไม่สามารถเข้าใจกระบวนการทางความคิดได้ตลอดทั้งกระบวนการ จึงอาจพิจารณาใช้สื่ออื่นที่เห็นได้เด่นชัดกว่า เช่น สภาพช่องปากของเด็กในหมู่บ้าน ซึ่งจะง่ายต่อการอธิบายของชาวบ้านมากกว่า และผลการศึกษาคั้งนี้ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะพื้นที่ ข้อมูลที่ได้ไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่น ที่มีความแตกต่างทางสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม

และวัฒนธรรมได้ อย่างไรก็ตาม ประโยชน์จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ช่วยเปิดเผยข้อมูลบางด้าน ซึ่งไม่เคยถูกกล่าวถึง ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้ยังมีลักษณะเป็นผลการสำรวจในระดับกว้าง หลายประเด็นยังคงต้องการการสืบค้นในเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยขั้นต่อไป

1. หน่วยการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ มุ่งเน้นที่ระดับบุคคลและครอบครัวเป็นหลัก แม้มีการเก็บข้อมูลลักษณะทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมในชุมชน แต่เป็นเพียงเพื่อให้เห็นภาพของความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนภายใต้บริบทแวดล้อมเท่านั้น งานวิจัยขั้นต่อไป จึงควรทำการศึกษาผลของบริบทแวดล้อมต่างๆ ที่เป็นเงื่อนไขต่อการสร้างแบบแผนความคิด และการปฏิบัติของชาวบ้าน

2. การศึกษานี้เป็นการรวบรวมแบบแผนความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของชาวบ้าน ณ. ช่วงเวลาหนึ่ง จึงอาจไม่เห็นความเป็นพลวัตของแบบแผนความคิดและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การศึกษาในโอกาสหน้า จึงควรพยายามแกะรอยที่มาและความเป็นพลวัตของแบบแผนความคิดและการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ที่พบได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. การศึกษาค้นคว้าพบความคิดความเชื่อหลายประเด็น ซึ่งได้ถูกนำมาสร้างเป็นสมมติฐานชั่วคราว ต้องอาศัยการศึกษาวิจัยในขั้นต่อไป ทั้งในระดับลึกและระดับกว้าง หรือเปรียบเทียบผลในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงในประเด็นดังกล่าว เช่น ความเชื่อเรื่องแมงกิ้นฟัน ถอนฟันแล้วเสียสายตา ฟันน้ำนมผู้รักษาไม่ได้ ผลของการใช้อาหารเสริมซีรีแลคที่มีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก การส่งผ่านเชื้อจากการเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก เป็นต้น

4. ผลการศึกษาหลายประเด็น ยังต้องการข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุน เพื่อดูถึงขนาดของปัญหา ระดับผลกระทบ หรือความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยหลายๆอย่าง ดังนั้น เพื่อความสมบูรณ์ในการพิจารณาประเด็นปัญหา จึงควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณต่อไป

5. การศึกษานี้ มุ่งเน้นแบบแผนความคิดและการปฏิบัติเฉพาะในมุมของชาวบ้าน ในทางตรงข้าม แนวคิดการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยของทันตบุคลากร รวมทั้งบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าเป็นประการใด มีเงื่อนไขหรือบริบทใด ที่มีส่วนในการกำหนดการแสดงพฤติกรรมบริการ ซึ่งการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและประยุกต์วิธีการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัยได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย. 2538. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. (ม.ป.ท.).
- กระทรวงสาธารณสุข, กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย. 2545. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).
- กันยารัตน์ วิโรจน์พงศ์. 2543. ขนมนุ้กับเด็กในวัยเรียน. โรงพยาบาลชุมชน 2(3): 44-47.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2538 ก. การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน: โดยถือมนุษย์เป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพมหานคร: สภาคทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2538 ข. เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สภาคทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2541. การศึกษาสื่อมวลชนด้วยทฤษฎีวิพากษ์: แนวคิดและตัวอย่างงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- กิ่งแก้ว เกษโกวิท, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, ประเสริฐ ถาวรดุรงค์สถิตย์, เมธินี เจ้าทรัพย์ และ ศิขินรัตน์ทิพย์. 2536. รายงานการวิจัยเรื่อง หมอพื้นบ้านและการดูแลตนเองของชาวบ้านอีสาน: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุศล สุนทรธาดา, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และ สุรีย์พร พันพึ้ง. 2542. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2533. ระบบการแพทย์พื้นบ้านชนบท. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ จริญญา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพรวมบทความจากการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1, หน้า 90-111. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2535. แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 ก. มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545 ข. สู่จินตนาการบริการสาธารณสุขใหม่ที่มีหัวใจของความเป็น

มนุษย์. หมอนามัย 12(1): 7-22.

- จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์, ม.ร.ว. 2543. การดูแลสุขภาพเด็ก: การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำล่วงหน้า. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปญ์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์, เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 95-100. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- จินตนา งามวิทยาพงศ์. 2530. ความคิด ความเชื่อ และกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาเมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัด ในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย. 2541. Early Childhood Caries. (ม.ป.ท.).
- ชมรมทันตสาธารณสุขฯ. 2535. โครงการวิจัยผลกระทบของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตเทศบาลของจังหวัดปทุมธานี-สมุทรปราการ-นนทบุรี. (ม.ป.ท.). (อัดสำเนา).
- ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล. 2534. ทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก ตอนที่ 2 การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การให้คำแนะนำเรื่องอาหารและทันตสุขภาพของทารก. ว.ทันต 41(1): 40-46.
- ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล และ รพีพรรณ ไชคสมบัติชัย. 2541. พฤติกรรมกาเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. ว.ทันต 48(5): 259-268.
- ดาวเรือง แก้วขันตี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง และ ปิยะดา ประเสริฐสม. 2543. รายงานผลการศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิสนา เขมณี และคณะ. 2536. หลักการและรูปแบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามวิถีชีวิตไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพินทร์ พัชรานุรักษ์. 2533. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาพรณ สุขศิริ. 2540. ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา เกิดพึ่งบุญประชา. 2534. แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกันสุขภาพ, สำนักงาน. 2544. คู่มือ แนวทางการเบิกจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545. (ม.ป.ท.). (จัดสำเนา).

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร. 2543. ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะดา ประเสริฐสม และ ศรีสุดา ลีละศิธร. 2542. รายงานผลโครงการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

พัชรลักษณ์ เกื้ออนาคี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์. 2542 ก. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ว ทันต ขอนแก่น 2(1): 28-38.

พัชรลักษณ์ เกื้ออนาคี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์. 2542 ข. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ว ทันต ขอนแก่น 2(2): 48-57.

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และ น้ำผึ้ง พิชัยจุมพล. 2537. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กเล็ก กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคเหนือ. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. 2540. ระบาดวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530. แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรัญญา ปุรณัน (บรรณาธิการ), การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 43-116. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ อรัญญา ปุรณัน. 2530. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรัญญา ปุรณัน (บรรณาธิการ), การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 261-320. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิสุทธิ์ สังขะเวส และคณะ. 2533. แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในแง่ของทันตกรรมชุมชน. ว.ทันต มหิดล 10(3): 113-120.
- เพ็ญแข ลากยั้ง. 2542. การใช้บริการสุขภาพช่องปาก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 4(1): 52-61.
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะทันตแพทยศาสตร์, ภาควิชาทันตกรรมชุมชน. 2544. การศึกษานโยบายการส่งเสริมทันตสาธารณสุข แนววัฒนธรรมชุมชน. (ม.ป.ท.). (อัคราเนนา).
- ยูร กมลเสวีรัตน์. 2542. ขนมหีสานเมื่อวันวาร. วารสารวัฒนธรรมไทย 36(4): 41-43.
- ระวีวรรณ ปัญญางาม และ ยุทธนา ปัญญางาม. 2535. อุบัติการณ์ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็กกรุงเทพมหานคร อายุ 7-60 เดือน. ว.ทันต 42(1): 1-7.
- เวรดี ต่อประดิษฐ์, ศันสนีย์ รัชชกุล และ วิกุล วิศาลเสสดี. 2541. การประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู พ.ศ. 2535-2540. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 3(2): 7-15.
- วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณ์และภูมิปัญญา จังหวัดมุกดาหาร. 2542. (ม.ป.ท.). (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ ในคณะกรรมการจัดงานเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จัดพิมพ์เนื่องในวโรกาส พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542).
- วีณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์. 2541. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร: ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. หนังสือชุดสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ. 2540. การประเมินอัตราการใช้น้ำยาฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดมหาสารคาม. ว.ทันต สห 2(1): 1-12.
- สนิท สมัครการ. 2538. การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการของสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2536. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม: แนวทางศึกษา วิเคราะห์และวางแผน. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริประภา กลั่นกลิ่น และ พรพิมล หลวงอินทิม. 2541. อาหารบริโภคของครอบครัวชาวไทย-ลาวและชาวไทย-เขมร ในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุขศึกษา 21(78): 12-23.
- สุพัทธา สุภาพ. 2541. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

สุมน อมรวิวัฒน์, ทิศนา เขมณี, วารี ธีระจิตร และ อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร. 2534. การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรัตน์ วราศรีรัตน์. 2534. การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของชนกลุ่มน้อยในอีสานเหนือ. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ จริยา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 126-141. ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

สุรัตน์ วราศรีรัตน์. 2541. การศึกษาเปรียบเทียบประเพณีวัฒนธรรมชาวไทย – ชาวโซ่ (ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพรหมานิคม และอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร). พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักศิลปวัฒนธรรม, สถาบันราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.

อนามัย, กรม. 2544. สรุปสาระสำคัญและข้อเสนอจากการสัมมนา นมจิ๊ดเพื่อสุขภาพเด็กไทย. (ม.ป.ท.). (อัดสำเนา).

อรุณี ลายธีระพงศ์ และ สุภาภรณ์ จงวิศาล. 2543. การหยุดยั้งการลุกลามของรอยบุ๋มเริ่มแรกของฟลูออไรด์วานิชในเด็กก่อนวัยเรียน. ว ทันต จุฬาฯ 23(2): 101-110.

อานันท์ กาญจนพันธุ์ และ ชลชาติชาย รมิตานนท์. 2534. พิธีกรรมและความเชื่อในการรักษาพยาบาลพื้นบ้านภาคเหนือ. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ จริยา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 112-125. ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

เอี่ยมพร ทองกระจาย, ปราโมทย์ ทองกระจาย, สมทรง ศุภศิลป์, บุศรา กาญจนบัตร, จิระภาศิริวัฒน์เมธานนท์ และ เป็ร็องจิตร ชารวัศมี. 2530. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุขที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคที่องร่วง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. รายงานการวิจัยร่วม คณะพยาบาลศาสตร์-คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Acs, G., Lodolini, G., Kaminsky, S., and Cisneros, G. J. 1992. Effect of nursing caries on baby weight in a pediatric population. Pediatr Dent 14(5): 302-305.

Adulyanon, S. 1998. The concept of need in dental care. KDJ 1(1): 2-7.

Alaluusua, S., and Malmivirta, R. 1994. Early plaque accumulation-a sign for caries risk in young children. Community Dent Oral Epidemiol 22: 273-276.

Al-Dashti, A. A., Williams, S. A., and Cruzon, M. E. J. 1995. Breast feeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the

- water supply. Community Dent Health 12: 42-47.
- Altman, D. G. 1991. Practical statistics for medical research. 1 st ed. London: Chapman and Hall.
- American Academy of Pediatric Dentistry. 1994. Infant oral health. Pediatr Dent 16: 29.
- Benitez, C., O'Sullivan, D., and Tinanoff, N. 1994. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. J Dent Child 61(1): 46-49.
- Berkowitz, R. 1996. Etiology of nursing caries: a microbiologic perspective. J Public Health Dent 56(1): 51-54.
- Billings, R. J. 1996. Symposium: needed – a research agenda for nursing caries: Introduction. J Public Health Dent 56(1): 37.
- Bowen, W. H. 1998. Report to Seow: Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 28-31.
- Bowen, W. H., and Pearson, S. K. 1993. Effect of milk on cariogenesis. Caries Res 27: 461-466.
- Caufield, P. W., Cutter, G. R., and Dasanayake, A. P. 1993. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. J Dent Res 72(1): 37-45.
- Chen, M. S. 1986. Children's preventive dental behavior in relation to their mothers' socioeconomic status, health beliefs and dental behaviors. J Dent Child 61: 105-109.
- Chen, M. S. 1995. Oral health of disadvantaged populations. In L. K. Cohen, and H. C. Gift (eds.), Disease prevention and oral health promotion, pp. 153-212. Munksgaard, Copenhagen: Fédération Dentaire International.
- Christman, N. J. 1977. "The health seeking process: An approach to the natural history of illness". Culture, Medicine and Psychiatry, pp. 351-377. New York: Free press.
- อ้างอิงใน จินตนา งามวิทยาพงศ์. 2530. กระบวนการแสวงหาการรักษา เยี่ยวยา เมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัด ในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Clarkson, B.H. 1999. Introduction to cariology. Dent Clin North Am 43(4): 569-578.
- Clarkson, B. H., Fejerskov, O., Ekstrand, J., and Burt, B. A. 1996. Rationale use of

- fluorides in caries control. In O. Fejerskov, J. Ekstrand, and B. A. Burt (eds.), Fluoride in dentistry, pp. 347-357. Copenhagen: Munksgaard.
- Cockerham, W. C. 1978. Medical sociology. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Colson, A. C. 1971. The differential use of medical resources in developing countries. J Health Soc Beh 12: 226-237. อ้างถึงใน เทพินทร์ พัชรานุกฤษ. 2533. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Crossner, C. G. 1981. Salivary lactobacillus counts in the prediction of caries activity. Community Dent Oral Epidemiol 9: 182-190.
- Davies, G. N. 1998. Early childhood caries-a synopsis. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 106-116.
- Day, F. A., and Leoprapi, B. 1977. Pattern of health utilization: A report of the research project on "The effect of location on family planning / health facility use". Institute for population and social research, Mahidol university.
- Dilley, G. J., Dilley, D. H., and Machen, J. B. 1980. Prolonged nursing habit: A profile of patients and their family. J Dent Child 47: 102-107.
- Domoto, P., Weinstein, P., Leroux, B., Koday, M., Ogura, S., and Iatridi-Roberson, I. 1994. White spots caries in Mexican-American toddlers and parental preference for various strategies. J Dent Child 61: 342-346.
- Drury, T. F., Horowitz, A. M., Ismail, A. I., Maertens, M. P., Rozier, R. G., and Selwitz, R. H. 1999. Diagnosis and reporting early childhood caries for research purposes. J Public Health Dent 59(3): 192-197.
- Edelstein, B. 1998. Policy issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 96-103.
- Fass, E. N. 1962. Is bottle-feeding of milk a factor in dental caries? J Dent Child 29: 245-251.
- Febres, C., Echeverri, E. A., and Keene, H. J. 1997. Parental awarness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay. Pediatr Dent 19(1): 22-27.
- Feigal, R. J., Gleeson, M. C., Beckman, T. M., and Greenwood, M. E. 1984. Dental caries related to liquid medication intake in young cardiac patients. J Dent Child

51: 360-362.

- Fitzpatrick, R. 1984. Lay concepts of illness. In R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scambler, and J. Thompson (eds.), The experience of illness, pp. 11-31. London: Tavistock Publications.
- Foster, G. M., and Anderson, B. G. 1978. Medical anthropology. New York: Newbery Award Records.
- Fox, R. C. 1968. Illness. In D. Sills (ed.), International encyclopaedia of the social sciences, pp. 90-96. New York : Free Press / Macmillan. Cited in Helman, C. 1984. Culture, health and illness. London : John Wright & Sons.
- Gardner, D. E., Norwood, J. R., and Eisenson, J. E. 1977. At-will breast feeding and dental caries: Four case reports. J Dent Child 44: 186-191.
- Gibson, S., and Williams, S. 1999. Dental caries in pre-school children: association with social class, tooth brushing habit and consumption of sugars and sugar containing foods. Caries Res 33: 101-113.
- Grindefjord, M., Dahllöf, G., Nilsson, B., and Modeer, T. 1995. Prediction of dental caries development in 1-year-old children. Caries Res 29: 343-348.
- Grindefjord, M., Dahllöf, G., Nilsson, B., and Modeer, T. 1996. Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5 years of age. Caries Res 30 : 256-266.
- Gustafsson, B. E., Quensel, C. E. , Lanke, L. S., et al. 1954. The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. Acta Odont Scand 11: 232. Cited in Hunter, P. B. Risk factors in dental caries. Int Dent J 38: 211-217, 1988.
- Habibian, M., Roberts, G., Lawson, M., Stevenson, R., and Harris, S. 2001. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. Community Dent Oral Epidemiol 29: 239-246.
- Hallett, K. B., Radford, D. J., and Seow, W. K. 1992. Oral health of children with congenital cardiac diseases: a controlled study. Pediatr Dent 14(4): 224-230.
- Hanaki, M., Nakagaki, H., Nakamura, H., Konda, K., Weatherell, K.A., and Robinson, C. 1993. Glucose clearance from different surfaces of human central incisors and first molars. Arch Oral Biol 38(6): 479-482.
- Helman, C. G. 1981. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract 31:

- 548-552. Cited in Helman, C. 1984. Culture, health and illness. London: John Wright & Sons.
- Helman, C. 1984. Culture, health and illness. London: John Wright & Sons.
- Horowitz, A. M. 1998. Response to Weinstein: Public health issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 91-95.
- Horowitz, H. S. 1998. Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 67-81.
- Hunter, L., and Hunter, B. 1997. Oral healthcare in pregnancy and infancy. London : Macmillan Press.
- Ismail, A. I. 1998. Prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 49-61.
- Ismail, A. I., and Sohn, W. 1999. A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. J Public Health Dent 59(3): 171-191.
- Kanchanakamol, U., et al. 1996. Prevalence of developmental enamel defects and dental caries in rural pre-school Thai children. Community Dent Health 13: 204-207.
- Karn, T. A., O'Sullivan, D. M., and Tinanoff, N. 1998. Colonization of mutans streptococci in 8- to 15-month-old children. J Public Health Dent 58(3): 248-249.
- Kaste, L. M., Marianos, D., Chang, R., and Phipps, K. R. 1992. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in permanent dentition. J Public Health Dent 52(2): 64-68.
- Kleinman, A. 1980. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Koch, G., and Petersson, L. G. 1975. Caries preventive effect of a fluoride-containing varnish (Duraphat®) after 1 year's study. Community Dent Oral Epidemiol 3: 262-266.
- Kotlow, L. A. 1977. Breast feeding: A cause of dental caries in children. J Dent Child 44: 192-193.
- Li, Y., and Caufield, P. W. 1995. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. J Dent Res 74(2): 681-685.
- Matee, M. I. N., Mikx, F. H. M., Maselle, S. Y. M., and Van Palenstein Helderman, W. H.

1992. Mutans streptococci and lactobacilli in breast-fed children with rampant caries. Caries Res 26: 183-187.
- Mattos-Graner, R de O., Rontani, R. M. P., Gaviao, M. B. D., and Bocatto, H. A. R. C. 1996. Caries prevalence in 6-36 month old Brazilian children. Community Dent Health 13: 96-98.
- Milgrom, P. 1998. Report to Reisine and Douglass: Psychological and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 45-48.
- Milgrom, P., Weinstein, P., Golletz, D., and Maynard, R. 1995. An ethnographic study of mother's non-utilization of child dental care. J Dent Res 74(Spec Iss): 86.
- Milnes, A. R. 1996. Description and Epidemiology of nursing caries. J Public Health Dent 56(1): 38-50.
- Mörmann, J. E., and Mühlemann, H. R. 1981. Oral starch degradation and its influence on acid production in human dental plaque. Caries Res 15: 166-175.
- Moss, S. J. 1996. The relationship between diet , saliva and baby bottle tooth decay. Int Dent J 46(supplement1): 399-402.
- O'Sullivan, D. M., and Tinanoff N. 1993 a. Maxillary anterior caries associated with increased caries risk in other primary teeth. J Dent Res 72(12): 1577-1580.
- O'Sullivan, D. M., and Tinanoff, N. 1993 b. Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth. Pediatr Dent 15(1): 41-44.
- O'Sullivan, D. M., and Tinanoff, N. 1996. The association of early dental caries patterns with caries incidence in preschool children. J Public Health Dent 56(2): 81-83.
- Paunio, P., Rautava, P., Helenius H., Alanen, P., and Sillanpää, M. 1993. The Finnish family competence study: The relationship between caries health habits and general health 3-years-old Finnish children. Caries Res 27: 154-160.
- Ramos-Gomez, F. J., Huang, G. F., Masouredis, C. M., and Braham, R. L. 1996. Prevalence and treatment costs of infant caries in Northern California. J Dent Child 63: 108-112.
- Reisine, S., and Douglass, J. M. 1998. Psychological and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 32-44.
- Ripa, L. W. 1988. Nursing caries: a comprehensive review. Pediatr Dent 10(4): 268-282.

- Scheneyer, L., Pigman, W., Hanahan, L., and Gilmore, R. W. 1956. Rate of flow of human parotid, sublingual and submaxillary secretions during sleep. J Dent Res 35: 109-114.
- Schwartz, S. S., Rosivack, R. G., and Michelotti, P. 1993. A child's sleeping habit as a cause of nursing caries. J Dent Child 60: 22-25.
- Seow, W. K. 1991. Enamel hypoplasia in primary dentition: a review. J Dent Child 58: 441-452.
- Seow, W. K. 1998. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 8-27.
- Shantinath, S. D., Breiger, D., Williams, B. J., and Hasazi, J. E. 1996. The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. Pediatr Dent 18(5): 375-378.
- Smith, A. J., and Shaw, L. 1987. Baby fruit juices and tooth erosion. Br Dent J 162: 65-67.
- Stecksen-Blicks, C., and Holm, A. K. 1995. Between-meal eating, toothbrushing frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. Int J Paediatr Dent 5: 67-72.
- Sutcliffe, P. 1983. Oral cleanliness and dental caries. In J. J. Murray (ed.), Oral cleanliness and dental caries: The prevention of dental disease, pp. 68-77. Oxford: Oxford University Press.
- Taura, K., Kusumoto, M., and Sakamoto, S. 2000. Effects of toothbrushing with 0.02% sodium fluoride solution on caries prevalence of deciduous teeth in Japanese infants. Dentistry in Japan 36: 88-92.
- Tinanoff, N. 1998. Introduction to the early childhood caries conference: initial description and current understanding. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 5-7.
- Tinanoff, N., and O'Sullivan, D. M. 1997. Early childhood caries: overview and recent findings. Pediatr Dent 19(1): 12-16.
- Tsubouchi, J., Higashi, T., Shimono, T., Domoto, P. K., and Weinstein, P. 1994. A study of baby bottle tooth decay and risk factors for 18-month old infants in rural Japan. J Dent Child 61: 293-298.

- Tsubouchi, J., Tsubochi, M., Maynard, R. J., Domoto, P. K., and Weinstein, P. 1995. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. J Dent Child 62: 283-287.
- Weinstein, P. 1996. Research recommendations: Pleas for enhanced research efforts to impact the epidemic of dental disease in infants. J Public Health Dent 56(1): 55-60.
- Weinstein, P. 1998. Public health issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 84-90.
- Weinstein, P., Oberg, D., Domoto, P. K, Jeffcott, E., and Leroux, B. 1996. A prospective study of the feeding and brushing practices of WIC mothers: six- and twelve-month data and ethnicity and familial variables. J Dent Child 63: 113-117.
- Weintraub, J. A. 1998. Prevention of early childhood caries: a public health perspective. Community Dent Oral Epidemiol 26 supplement 1: 62-66.
- Wendt, L. K., Hallonsten, A. L., Koch, G., and Birkhed, D. 1994. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers. Scand J Dent Res 102: 269-273.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

- นิตา ชูโต. 2540. การวิจัยเชิงคุณภาพ. (ม.ป.ท.).
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ. (ม.ป.ป.). การวิเคราะห์และการเขียนรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ. สมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงวงดี. 2536. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย.
- สำนักนโยบายสาธารณสุข, กลุ่มนโยบายสาธารณสุขด้านสังคมวัฒนธรรม. 2544. เครื่องมือในการศึกษาชุมชน. (ม.ป.ท.). (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย ดุลยเกษม, บรรณารักษ์. 2544. คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Duggal, M. S., Curzon, M. E. J., Fayne, S. A., Pollard, M. A., and Robertson, A. J. 1995. Restorative techniques in paediatric dentistry: An illustrated guide to the restoration of extensively carious primary teeth. England: Martin Dunitz.
- Hudelson, P. M. 1996. Qualitative research for health programmes. Geneva: World Health Organization.
- Lamey, P-J., and Lewis, M. A. O. 1989. Diagnostic picture tests in paediatric. Glasgow: Wolfe Medical Publications.
- Rapp, R., and Winter, G. B. 1981. A colour atlas of clinical conditions in paedodontics. London: Wolfe Medical Publications.
- Rock, W. P., Grundy, M. C., and Shaw, L. 1988. Diagnostic picture tests in paediatric dentistry. England: Wolfe Medical Publications.
- Shaw, L. 1994. Self-assessment picture tests in dentistry: Paediatric dentistry. England: Wolfe.
- Welbury, R. R. 1997. Paediatric dentistry. Oxford: Oxford University Press.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

แนวทางการสังเกตลักษณะทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของหมู่บ้าน

- สภาพหมู่บ้าน สถานที่ตั้ง ขอบเขต ระยะทางติดต่อ
- ลักษณะของพื้นที่ แหล่งน้ำ
- สภาพครัวเรือน และการตั้งบ้านเรือน
- การคมนาคมภายในและระหว่างชุมชน
(ระยะทาง ความสะดวก สภาพเส้นทาง พาหนะที่ใช้)
- สภาพสาธารณูปโภคต่างๆ(ไฟฟ้า โทรศัพท์ ระบบประปาหมู่บ้าน)
- หน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน หรือสถาบันที่อยู่ใกล้เคียง (ที่ว่าการอำเภอ อบต. โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานีตำรวจ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน เป็นต้น)
- สถานที่สาธารณะในชุมชน (ศาลากลางหมู่บ้าน หอกระจายข่าว วัด)
- บทบาทของแต่ละองค์กรในชุมชน
- โครงสร้างทางสังคม
- ความสัมพันธ์และความขัดแย้งของคนในชุมชน
- ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน
- ภาษาพื้นบ้านที่ใช้ (Folk term)
- จำนวน สภาพของร้านค้า และชนิดของสินค้าที่จำหน่ายในชุมชน ชนิดของสินค้าที่จำหน่ายแก่เด็กมากที่สุด
- การจัดสถานที่(บ้านหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ซึ่งเอื้อต่อการทำความสะอาดช่องปากเด็ก
- ลักษณะการรับประทานอาหารของคนในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน

ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน ในประเด็นข้อมูลพื้นฐาน
ด้านที่มาและลักษณะทางกายภาพของชุมชน

สัมภาษณ์ : ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือชาวบ้านที่สามารถให้ข้อมูล
ในประเด็นดังกล่าวได้

1. ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน
2. ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน
 - จำนวนประชากร (แยกตามเพศ และวัย)
 - จำนวนครัวเรือน
3. ลักษณะทางกายภาพ
 - สถานที่ตั้ง ขอบเขต ระยะทางติดต่อ
 - ลักษณะของพื้นที่
 - สภาพครัวเรือน และการตั้งบ้านเรือน
 - แหล่งน้ำ (น้ำดื่ม น้ำใช้)
 - การคมนาคมภายในและระหว่างชุมชน (ระยะทาง ความสะดวก สภาพเส้นทางพาหนะที่ใช้)
 - สาธารณูปโภคต่างๆ (ไฟฟ้า โทรศัพท์ ระบบประปาหมู่บ้าน)
 - หน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน ที่อยู่ใกล้เคียง (ที่ว่าการอำเภอ อบต. โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานีตำรวจ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน เป็นต้น)
 - สถานที่สาธารณะในชุมชน (ศาลากลางหมู่บ้าน หอกระจายข่าว วัด)
 - จำนวนร้านค้าในชุมชน

ส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับเศรษฐกิจ
สังคมและวัฒนธรรม

สัมภาษณ์ : ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือชาวบ้านที่สามารถให้ข้อมูล
ในประเด็นดังกล่าวได้

1. ลักษณะทางเศรษฐกิจ
 - สภาพเศรษฐกิจ ฐานะความเป็นอยู่

- การประกอบอาชีพ (อาชีพหลัก อาชีพเสริม)
- การไปทำงานต่างถิ่น

2. ลักษณะทางสังคม

- ระบบการปกครอง โครงสร้างผู้นำ (ผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในด้านการปกครอง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ สาธารณสุข) ผู้นำมีบทบาทอะไรบ้าง
- องค์กรในชุมชน มีการจัดตั้งองค์กรหรือการรวมกลุ่มอะไรบ้าง มีบทบาทอย่างไร
- ลักษณะความสัมพันธ์และความขัดแย้งภายในชุมชนเองและกับชุมชนภายนอก

3. ลักษณะทางวัฒนธรรม

- ศาสนา และความเชื่อ
- ภาษาที่ใช้
- ลักษณะค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน (ฮีต คอง)
- วัฒนธรรมการกิน การดูแลตัวเองด้านสุขภาพ (ชะล่า)

ส่วนที่ 3 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ

สัมภาษณ์ : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอพื้นบ้าน

- สภาวะสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพในชุมชน
- สุขภาพช่องปากของคนในชุมชน
- สถานบริการสาธารณสุข และบริการทันตกรรมของภาครัฐและเอกชนภายในชุมชนและบริเวณใกล้เคียง
- จำนวนและประเภทของบุคลากรด้านสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข อสม. หมอพื้นบ้าน)
- องค์กรหรือกลุ่มทางสังคมที่มีบทบาทด้านสุขภาพในชุมชน
- ระบบการแพทย์พื้นบ้าน
- การใช้บริการสาธารณสุข
- การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน

ภาคผนวก ค

แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว

ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว ในประเด็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว

สัมภาษณ์ : ผู้ให้ข้อมูลระดับต้น ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือชาวบ้านที่สามารถให้ข้อมูล ในระดับต้นเกี่ยวกับครอบครัวได้ จากแต่ละครอบครัวที่มีเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี

1. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว (ครอบครัวเดี่ยวหรือขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว
 - ภูมิลำเนาเดิม เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ ของสมาชิกในครอบครัว
 - แต่ละคน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว
3. รายได้โดยประมาณของครอบครัว (รวมถึงที่มาของรายรับ รายจ่ายที่ใช้ไป ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการหารายได้และใช้จ่ายของครอบครัว)
4. สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและสุขภาพช่องปากของสมาชิกในครอบครัว
5. วิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัว
 - แบบแผนกิจกรรมของครอบครัว และการใช้เวลาสำหรับกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน
 - ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ครอบคลุมการทำกิจกรรมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การศึกษาหาความรู้ เป็นต้น
6. บทบาททางสังคมของสมาชิกในครอบครัว (การเป็นผู้นำชุมชน การเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน การเป็นหมอพื้นบ้าน ฯลฯ)
7. บทบาทของสมาชิกแต่ละคน ในครอบครัว
8. บทบาทของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก(การอบรมสั่งสอน การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย) และการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี ที่อยู่ในครอบครัวนั้น

ส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในระดับครอบครัว ในประเด็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก

สัมภาษณ์ : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) หรือ ชาวบ้านที่มีบทบาทสำคัญ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปีจากแต่ละครอบครัว

1. จำนวนเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิด ถึง 3 ปีในครอบครัว
2. เพศ และอายุของเด็กแต่ละคน
3. ชีวิตประจำวันของเด็ก(มีกิจกรรมอะไรที่ไหน(บ้านหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ใครเป็นผู้ดูแล)
4. อุปนิสัยการบริโภคของเด็ก (อาหารหวาน ขนมถุงและน้ำอัดลม ในแง่ประเภท ความถี่ ปริมาณของอาหารและรูปแบบการรับประทานอาหารในแต่ละวันของเด็กโดยประมาณ อาหารนั้นมาจากไหน)
5. สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป
6. สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก
7. การดูแลรักษาอนามัยของร่างกาย

ภาคผนวก ง

แนวการสนทนาเพื่อหาแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

ผู้ร่วมสนทนา : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(Key informant) หรือชาวบ้านที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี จากแต่ละครอบครัว

การสนทนา : ผู้วิจัย กล่าวแนะนำตัว และวัตถุประสงค์ในการสนทนา

1. แบบแผนการอธิบายสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติ

1.1 ความหมายของฟันน้ำนมที่เป็นปกติ

- ลักษณะของฟันน้ำนมปกติเป็นอย่างไร มีวิธีในการพิจารณาอย่างไร
- ลักษณะฟันน้ำนมปกตินั้น มีความแตกต่างกันในเด็กแต่ละคน หรือในแต่ละช่วงอายุหรือไม่ มีเกณฑ์อะไรที่ใช้กำหนดการให้ความหมายฟันน้ำนมที่เป็นปกติ
- ทำไมจึงคิดว่าลักษณะของฟันน้ำนมที่เป็นปกติควรเป็นเช่นนั้น
- ลักษณะของฟันน้ำนมที่ไม่ปกติเป็นอย่างไร มีวิธีพิจารณาอย่างไร

1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนม

- ฟันน้ำนมในเด็กมีหน้าที่อะไรบ้าง
- ฟันน้ำนมแต่ละตำแหน่งมีความสำคัญต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- ถ้าเด็กไม่มีฟันน้ำนมจะมีผลอะไรเกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร(พิจารณาแง่ของจำนวนซี่ฟัน และตำแหน่งของฟันน้ำนมที่หายไป จะมีผลที่เกิดขึ้นต่างกันหรือไม่)
- มีอะไรเป็นตัวกำหนดความสำคัญของฟันน้ำนม (เช่น อายุของเด็กที่ต่างกัน ทำให้ฟันน้ำนมสำคัญไม่เท่ากันหรือไม่)

1.3 การดูแลรักษาอนามัยช่องปากเด็ก

- มีวิธีการรักษาความสะอาดช่องปากเด็กอย่างไรบ้าง ทำบ่อยแค่ไหน
- การรักษาความสะอาดช่องปากเด็กแต่ละวิธี ให้ผลแตกต่างกันหรือไม่
- วิธีทำความสะอาดช่องปากของเด็ก มีความแตกต่างกันหรือไม่ในเด็กแต่ละคน มีอะไรเป็นตัวกำหนด

1.4 การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- มีวิธีการดูแลให้เด็กมีฟันน้ำนมที่เป็นปกติตลอดไปหรือไม่ อย่างไร
- มีวิธีการดูแลไม่ให้เด็กมีฟันน้ำนมผุหรือไม่ อย่างไร

- ทราบวิธีการป้องกันดังกล่าวได้อย่างไร
- วิธีการป้องกันนั้น สามารถทำได้กับเด็กทุกคนหรือไม่ อย่างไร
- ผลของการป้องกันแต่ละวิธีต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. แบบแผนการอธิบายโรคพินสุในเด็กปฐมวัย

- ปัญหาเกี่ยวกับพินหรือโรคพินของเด็กมีอะไรบ้าง แต่ละโรคมีลักษณะอย่างไร
- มีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคพินสุในเด็กปฐมวัย
- โรคพินสุในเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างอย่างไรกับโรคพินสุทั่วไป
- โรคพินสุในเด็กปฐมวัย มีสาเหตุจากอะไร
- จะทราบได้อย่างไรว่าเด็กเป็นโรคพินสุในเด็กปฐมวัยแล้ว
- รูปแบบการฟูของโรคพินสุในเด็กปฐมวัยเป็นอย่างไร
- มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคพินสุในเด็กปฐมวัยเป็นอย่างไร
ใช้อะไรเป็นตัวกำหนด
- ถ้าเด็กเป็นโรคพินสุในเด็กปฐมวัยแล้ว จะมีผลกระทบอะไรเกิดขึ้นหรือไม่
- โรคพินสุในเด็กปฐมวัย สามารถรักษาได้หรือไม่ มีวิธีการอะไรบ้าง แต่ละวิธีให้ผลต่างกันหรือไม่ จะเลือกใช้การรักษาแต่ละวิธีเมื่อใด
- ถ้าเด็กเป็นโรคพินสุในเด็กปฐมวัยแล้ว จำเป็นต้องรักษาหรือไม่ เพราะอะไร
- มีวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคพินสุในเด็กปฐมวัยหรือไม่

ภาคผนวก จ

แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

1. การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในภาวะปกติทำอะไร ใครมีหน้าที่ดูแลบ้าง
- ลักษณะการเลี้ยงนมและอาหารอื่นเป็นอย่างไร (รูปแบบ วิธีการ ความถี่ ผู้ดูแล เหตุผลของพฤติกรรม)
- การทำความสะอาดช่องปากเด็ก (รูปแบบ วิธีการ ความถี่ ผู้ดูแล เหตุผลของพฤติกรรม อุปกรณ์ที่ใช้)
- พฤติกรรมส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของเด็ก รูปแบบอื่นๆมีหรือไม่อย่างไร

2. การรักษาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

- การจัดการเมื่อมีโรคฟันผุเกิดขึ้น ทำอย่างไร (การไม่ปฏิบัติอะไร(เพิกเฉย) การรักษาตนเอง การซื้อยากินเอง การแสวงหาหาหรือวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน การรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ)
- ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษามาจากที่ใด
- คิดอย่างไรต่อการรักษาแต่ละวิธี มีข้อดีข้อเสียอย่างไร (ความสะดวกในการเดินทาง ค่ารักษา ประสิทธิภาพการรักษา)
- จะใช้วิธีการรักษาแบบใดเมื่อไหร่
- ผลการรักษาเป็นอย่างไร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับช่องปากในภาษาไทย

เนื่องจากตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นชาวผู้ไทย ใช้ภาษาผู้ไทย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับภาษาไทยอีสานในการสื่อสาร แต่อย่างไรก็ตาม ภาษาผู้ไทยเป็นภาษาที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทสนทนาบางตอน จึงขอนำเสนอคำศัพท์ภาษาผู้ไทยบางคำที่เกี่ยวข้องกับช่องปากดังนี้

ฟัน	:	เข่ว แห่ว แห้ว	ฟันขึ้น	:	เข่วปง เข่วออก เข่วเกิด
รากฟัน	:	ฮากเข่ว	ฟันหลุดออก	:	เข่วคุ เข่วร่อน
โคนฟัน	:	เง่า	ฟันโยก	:	เข่วคลอน เข่วโคย
เหงือก	:	เฮอะ	ฟันแท้ขึ้นแทนฟันน้ำนม:		ถ่ายเข่ว
ฟันน้ำนม	:	เข่วน้ำนม	ฟันหลอ	:	เข่วห้วง
ฟันแท้	:	เข่วแท้	ฟันเฝ้าแห่วง	:	เข่วร่อน เข่วกิว เข่วมุ
ฟันหน้า	:	เข่วยง	ฟันผุเป็นรูเข้าไป	:	เข่วไกลน
ฟันหลัง	:	เข่วกะโสะ เข่วโคก	ฟันผุเป็นรู ปวด	:	เข่วแมง
ฟันบน	:	เข่วข้างเทิง	ฟันสั้น เตี้ยลง	:	เข่วเหียน เข่ววิก
ฟันล่าง	:	เข่วข้างเต็ง	หินปูนจับ	:	หินปูนก้ามเข้า จ้าเข้า
ฟันซี่สุดท้าย	:	เข่วซาว	บวม	:	โอม ไซ โปง
ฟันชิดกัน	:	ถี่เดียว ติดเดียว เคอเดียว	ปวด	:	โปด
ฟันห่างกัน	:	ห่างเดียว	ลึนเป็นคราบเจ็บ	:	เป็นกาง
ฟันเหลือง	:	เข่วเหลือง	เหงือกบวม	:	เฮอะโปง เฮอะลูน
ฟันสวย	:	เข่วงาม	เคี้ยว	:	ย่ำ

ภาคผนวก ช

แผ่นภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปาก ซึ่งใช้ประกอบการหาแบบแผนความคิดชาวบ้าน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผ่นภาพแสดงลักษณะต่างๆในช่องปาก ซึ่งใช้ประกอบการหาแบบแผนความคิดชาวบ้าน
(ต่อ)



ภาคผนวก ซ

แบบบันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก





















ชื่อ ด.ช. / ด.ญ. นามสกุลบ้านเลขที่.....

อายุ.....ปี.....เดือน วันที่/...../..... จำนวนฟันในช่องปากซี่

จำนวนฟันผุซี่ /ด้าน ฟันที่อุดรักษาแล้ว.....ซี่ /ด้าน ฟันที่ถูกถอนซี่

หมายเหตุ.....

รายละเอียด

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	
...	
										Lingual
										Lingual
...	
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	

แบบบันทึกผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก





















ชื่อ ด.ช. / ด.ญ. นามสกุลบ้านเลขที่.....

อายุ.....ปี.....เดือน วันที่/...../..... จำนวนฟันในช่องปากซี่

จำนวนฟันผุซี่ /ด้าน ฟันที่อุดรักษาแล้ว.....ซี่ /ด้าน ฟันที่ถูกถอนซี่


หมายเหตุ.....

รายละเอียด

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	
...	
										Lingual
										Lingual
...	
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	

ภาคผนวก ฅ

คู่มือการลงบันทึกผลการตรวจช่องปาก

1. ระบุ เพศเด็ก โดยเลือกวงกลมล้อมรอบ ด.ช. หรือ ด.ญ.
2. ระบุชื่อ นามสกุล อายุ (นับเป็นปีและเดือน)
3. ระบุบ้านเลขที่ที่เด็กพักอาศัยอยู่
4. ระบุวันที่ทำการตรวจช่องปาก
5. วงล้อมรอบตัวเลขชี้ฟัน แสดงการมีฟันขึ้นขึ้นในช่องปาก
6. ทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขแสดงชี้ฟัน แทนการหายไปของฟันซี่นั้นๆ
7. ตรวจสอบภาพฟัน แล้วใส่รหัสลงใน  ตามด้านของฟันที่ตรวจ

โดย

รหัส 0 หมายถึง ไม่มีฟันผุในด้านนั้น

รหัส 1 หมายถึง มีฟันผุ เห็นเป็นรูชัดเจน และเช็คด้วยเครื่องมือตรวจหารอยผุ(explorer)

พบมีลักษณะอ่อนนิ่ม

รหัส 2 หมายถึง มีการบูรณะฟันในด้านนั้น

รหัส 3 หมายถึง มีการบูรณะฟันและมีการอุดของฟันในด้านนั้น

8. สรุปรวมจำนวนฟันในช่องปาก และจำนวนฟันผุ อุด ถอน (นับเป็นด้านและชี้ฟัน)
9. กรณีพิเศษอื่นๆ ระบุในช่องหมายเหตุ เช่น มีฟันหายไปตั้งแต่กำเนิด มีตุ่มหนอง(ระบุชี้)

หมายเหตุ

ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลทันที ภายหลังจากตรวจเสร็จในแต่ละตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิภาพร ล้อมสิริอุดม เกิดเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปีการศึกษา 2540 เข้ารับราชการครั้งแรกที่ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดมุกดาหาร เป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้น ลาศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2543 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่ง ทันตแพทย์ 5 ประจำฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลคำชะอี อำเภอกำชะอี จังหวัดมุกดาหาร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย