

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวน แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาที่จะสร้างเครื่องมือในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ
2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. แนวคิดทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
 - 3.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
 - 3.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

1.1 โครงสร้างและส่วนประกอบของเหงือก (กองทันตสาธารณสุข, 2542)

อวัยวะรอบฟันเป็นเนื้อเยื่อรองรับรากฟันอยู่ถัดจากฟันประกอบด้วยเหงือกอิสระ (Free Gingival) เหงือกติดแน่น (Attached Gingival) เยื่อเมือกหุ้มรากฟัน (Alveolar mucosa) รวมถึงเคลือบรากฟัน (Cementum) เยื่อยึดรากฟันให้ติดกับกระดูก (Periodontal Ligament) และกระดูกรองรับรากฟัน (Alveolar bone)

เหงือกอิสระ เป็นเหงือกส่วนที่เริ่มจากขอบเหงือก จนถึงก้นของร่องเหงือก (Sulcus) อยู่รอบ ๆ คอฟัน มีสีชมพูอ่อน มีความกว้างประมาณ 0.5-2 มิลลิเมตร มีลักษณะเป็นแถบโอบรอบคอ ฟันแยกจากฟัน โดยร่องเหงือก (Gingival Sulcus) ร่องเหงือกนี้จะเป็นช่องว่างที่อยู่ระหว่างฟันกับเหงือกอิสระก้นของร่องเหงือกจะถูกกำหนดโดยส่วนโค้งของเส้นขอบเหงือก (Cervical line)

เหงือกติดแน่น อยู่ถัดจากเหงือกอิสระโดยมีร่องเหงือก (Gingival Groove) แบ่งตัวแบ่งยึดเกาะกับฟันด้วย Collagenous Fiberที่เป็นร่างแหซึ่งสร้างมาจากเซลล์ Fibroblast ฝังตัวอยู่ใน

เคลือบรากฟันในทิศทางต่างๆ กันเรียกว่า Sharpe's Fiber ทำหน้าที่ยึดเหงือกให้ติดแน่นกับฟันไม่หลุดลอกออก ด้านทานการร่นของเหงือก

เยื่อเมือกหุ้มรอบรากฟัน อยู่ถัดจากเหงือกติดแน่น โดยมีเส้นแบ่งระหว่างเหงือกกับเยื่อในช่องปาก (Mucogingival junction) เป็นตัวแบ่งและถัดไปจะเป็นจุดลึกสุดของกระพุ้งแก้ม (Vestibule) ของช่องปาก เยื่อเมือกนี้มีลักษณะบางและอ่อนนุ่ม เกาะกับกระดูกข้างใต้หลวม ๆ ปกคลุมด้วยเยื่อเมือกที่มีสีแดงกว่าขอบเหงือก

เคลือบรากฟัน เป็นส่วนที่มีลักษณะคล้ายกับกระดูกปกคลุมรากฟันเป็นตัวยึดให้ฟันยึดติดกับกระดูกจะบางที่คอฟัน ความหนาจะเพิ่มมากขึ้นจนหนาที่สุดที่ปลายรากฟัน เคลือบรากฟันทำให้ฟันยึดติดกับกระดูก ช่วยป้องกันอันตรายและรองรับฟัน มีการปรับตัวเองได้ มีระบบหล่อเลี้ยงอาหารแตกต่างจากจากฟัน

เยื่อยึดติดกับกระดูกรองรับรากฟัน การเรียงตัวของเยื่อจะช่วยลดแรงที่ลงบนฟันและไม่กระแทกกับกระดูกโดยตรง นอกจากจะช่วยยึดฟันไม่ให้หลุดออกจากกระดูกแล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้ฟันจมเข้าไปในกระดูกด้วย

กระดูกรองรับรากฟัน เป็นช่องว่างที่เป็นที่อยู่ของรากฟันเรียกว่า Alveolus ซึ่งเป็นส่วนของกระดูกรองรับรากฟัน มีลักษณะเป็น Compact Bone ที่บางมีรูเปิดของเส้นเลือด เส้นประสาท เส้นน้ำเหลือง

ยอดเหงือก (Interdental papilla) เป็นเหงือกที่บรรจุอยู่ในช่องว่างระหว่างฟัน 2 ซี่ เป็นรูปสามเหลี่ยม ในฟันจะมียอดที่แหลมในฟันหลังจะทู่กว่าบริเวณนี้จะเกิดการอักเสบได้ง่าย โดยจะเห็นเป็นสีแดงจัดขึ้น และมีลักษณะอ่อนนุ่มและปลายทู่ลงกว่าเดิม

เหงือกปกติของคนเรานั้นจะมีขอบสีชมพูอ่อน ๆ มีร่องระหว่างเหงือกและฟันลึกประมาณ 0.5-1.5 มิลลิเมตร ขอบเหงือกจะบางและเรียบมียอดเหงือกแหลมเต็มช่องเหงือก ผิวเหงือกบริเวณเหงือกติดแน่นจะมีผิวขรุขระคล้ายผิวส้ม

1.2 ความหมายของโรคเหงือกอักเสบ (กองทันตสาธารณสุข, 2542)

ได้อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบไว้ ดังต่อไปนี้

โรคเหงือกอักเสบ (Gingivitis) หมายถึง เหงือกที่มีลักษณะบวมแดง มีเลือดออกง่าย สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ คือ แผ่นคราบจุลินทรีย์ (Dental plaque) และมีสาเหตุเสริมที่พบบ่อย ๆ เช่น หินน้ำลาย การอุดฟันที่มีขอบเกินด้านฟันชิดกัน การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น ช่วงเริ่มเป็นหนุ่มสาวช่วงตั้งครรภ์ และการมีโรคทางระบบบางอย่าง เป็นต้น



1.3 สาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ

โรคเหงือกอักเสบมีสาเหตุมาจาก คราบจุลินทรีย์ (Dental Plaque) ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในช่องปาก โดยส่วนใหญ่จะเกาะยึดแน่นกับผิวฟัน ไม่สามารถกำจัดออกด้วยการบ้วนปากได้ การเกิดโรคปริทันต์เป็นผลมาจาก เมื่อคราบจุลินทรีย์เกาะติดผิวฟัน เป็นระยะเวลาหนึ่งต่อมาสารพิษ (Toxin) ถูกปล่อยออกมาทำให้เหงือกอักเสบ และทำลายอวัยวะปริทันต์ นอกจากคราบจุลินทรีย์ซึ่งนับเป็นปัจจัยเริ่มต้น ของการเกิดโรคปริทันต์แล้วยังมีองค์ประกอบอื่นอีกมากมาย ซึ่งพร้อมที่จะทำให้โรคเป็นรุนแรงขึ้นอีก

ปัจจัยเสริมที่เพิ่มความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ

- 1) **หินน้ำลาย** ซึ่งเกิดจากคราบจุลินทรีย์ ที่สะสมอยู่หลายวัน ต่อมาแร่ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัสในน้ำลาย เข้ามารวมตัวกลายเป็นผลึกแข็ง เกาะแน่นกับผิวฟัน การกำจัดหินน้ำลายปีละครั้งเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นประจำ
- 2) **การสูบบุหรี่** เนื่องจากควัน และสารเคมีในบุหรี่มีผลกดภูมิคุ้มกันร่างกาย ต่อเชื้อโรคปริทันต์ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคปริทันต์ได้ง่าย แต่รักษาให้หายยาก การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและภาวะร่างกายของบุคคล ได้แก่ ในวัยรุ่น หญิงมีครรภ์
- 3) **ภาวะโรคเบาหวาน** ที่ไม่มีการควบคุมน้ำตาล
- 4) **การรับประทานยาบางอย่างเป็นประจำ** เช่น ยารักษาโรคลมชัก ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ยารักษาโรคลมชัก ทำให้เนื้อเยื่อเหงือกโตขึ้น ส่วนฮอร์โมนจากยาคุมกำเนิดนั้น เพิ่มความรุนแรงของอาการเหงือกอักเสบ เมื่อมีสาเหตุเฉพาะที่ ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ของเหงือกอักเสบอยู่ก่อนแล้ว
- 5) **ปัจจัยอื่น** จากการรักษาทางทันตกรรม เช่น การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี มีผลให้วัสดุฟันปลอมระคายเคือง ต่อเนื้อเยื่อเหงือกบางตำแหน่งตลอดเวลา หรือครอบฟันที่มีขอบใต้เหงือก ทำให้การสะสมคั่งของคราบจุลินทรีย์ ตามขอบครอบฟันเพิ่มขึ้น เหงือกจึงมีโอกาสอักเสบมากขึ้น หรือฟันที่อุดมีจุดสูง ทำให้เนื้อเยื่อปริทันต์ข้างใต้ฟันชั้นนั้น ถูกทำลาย จากแรงบดเคี้ยว ที่เกินสมดุลกว่าฟันซี่อื่น หากพบปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ควรพบทันตแพทย์ เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

1.4 ลักษณะอาการของโรคเหงือกอักเสบ สามารถแบ่งได้ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เหงือกอักเสบ (Gingivitis) คราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่ตามตัวฟัน และขอบเหงือก ปล่อยสารพิษซึมเข้าสู่เหงือก มีผลให้เหงือกปกติที่มีสีชมพูซีด รัศเน้นรอบขอบฟัน เกิดการอักเสบมีผลให้เหงือกไม่รัดแน่นกับฟันเช่นเดิม ทำให้คราบจุลินทรีย์เข้าสู่ร่องเหงือกได้มากขึ้น ส่งผลให้เหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นในส่วนของร่างกาย จะมีขบวนการต่อสู้ โดยส่งเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น

หลุดเลื้อยบริเวณที่อักเสบ ขยายตัวใหญ่ขึ้น จึงเห็นว่า เหงือกบวมแดง เมื่อมีแรงกดเบา ๆ เช่น แรงจากการแปรงฟัน จะมีผลให้เลือดออกได้ง่าย

ระยะที่ 2 มีร่องลึกปริทันต์ (Periodontal Pocket) มีลักษณะภายนอกเหมือนระยะเหงือกอักเสบ แต่มีการลุกลามมากขึ้น เนื่องจากการปล่อยให้มีคราบจุลินทรีย์สะสมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำลายเยื่อยึดปริทันต์ ซึ่งหากใช้เครื่องมือตรวจวัดความลึกของเหงือกที่สอดเข้าไประหว่างเหงือกกับฟัน ถ้าพบร่องเหงือกลึกเกินระดับปกติ (2-3 มิลลิเมตร) เรียก ร่องเหงือกนั้นว่า ร่องลึกปริทันต์ (Periodontal Pocket) ซึ่งร่องลึกนี้จะยังทำให้การทำความสะอาดฟันยากขึ้น

ระยะที่ 3 มีเหงือกร่น (Gingival Recession) เมื่อเกิดร่องลึกปริทันต์แล้ว ไม่ได้ได้รับการรักษา จะทำให้โรคดำเนินรุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากร่องลึกปริทันต์เป็นเสมือนแหล่งกักเก็บแผ่นคราบจุลินทรีย์ การสร้างสารพิษ โดยจุลินทรีย์จึงมีมากขึ้น ทำให้อวัยวะปริทันต์ถูกทำลายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการทำลายกระดูกเบ้าฟันจนเกิด ความลึกของร่องลึกปริทันต์ ขอบเหงือกก็จะลดต่ำลง ตามกระดูกที่ถูกทำลายในระยะนี้ ถ้ากดเบาๆบริเวณขอบเหงือกจะพบฝัหนองไหลออกการหมักหมมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ และเศษอาหารในร่องลึกปริทันต์บางครั้ง จะมีการติดเชื้อและเกิดเป็นฝีขึ้น เรียกว่าฝีปริทันต์

ระยะที่ 4 ฟันโยก (Mobility of Tooth) เมื่อเป็นโรคปริทันต์อักเสบแล้ว ไม่ได้ได้รับการรักษา กระดูกเบ้าฟันจะถูกทำลายไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้ฟันเริ่มมีอาการโยก ฟันจะโยกมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณกระดูกเบ้าฟันที่เหลืออยู่ ส่วนใหญ่ฟันโยกจะเห็นได้ชัด เมื่อกระดูกเบ้าฟันเหลือน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความยาวของรากฟัน

1.5 การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

ประทีป พันธุมวนิช (2535) ได้อธิบายไว้ว่าการป้องกันทำได้โดยการรักษานามัยช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ หรือการควบคุมแผ่นภาพจุลินทรีย์ (Plaque control) ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือการควบคุมโดยวิธีทางกลศาสตร์ (Mechanical plaque control) และการควบคุมโดยวิธีทางเคมี (Chemical plaque control)

การควบคุมโดยวิธีทางกลศาสตร์ (Chemical plaque control) คือ การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยอุปกรณ์และวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน แปรงขัดซอกฟัน ไม้จิ้มฟัน ซึ่งการแปรงฟันเป็นวิธีที่สะดวก ประหยัด และบุคคลสามารถได้ด้วยตนเองโดยมีวัตถุประสงค์ของการแปรงฟันคือการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ เพื่อทำความสะอาดฟัน และการกระตุ้นเหงือก ส่วนสำคัญในการแปรงฟันคือ การแปรงฟันอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกเลยมามากที่สุด โดยเฉพาะผู้มีปัญหาของเหงือกและฟันในบางบริเวณ มักจะละเลยการแปรงฟันในบริเวณดังกล่าว

เนื่องจากมีเลือดออกหรือเสียวฟันในขณะแปรง ซึ่งการเลื่อยดังกล่าวทำให้เกิดความผิดปกติรุนแรงยิ่งขึ้น การให้ความสนใจในการแปรงฟันอย่างสะอาดทั่วถึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การควบคุมโดยวิธีทางเคมี หรือลดจำนวนเชื้อโรค สารที่ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและยอมรับกันในวงการทันตกรรมคือ คลอร์เฮกซิดีน จากการศึกษาของ Loe (Chemical plaque control) เป็นการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ที่มุ่งเน้นให้ตัวยาต่าง ๆ ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ และการศึกษาของ Hugo and Longworth (1964) โดยนำคลอร์เฮกซิดีนผสมในน้ำยาอมบ้วนปาก พบว่า คลอร์เฮกซิดีน สามารถซึมผ่านเข้าเซลล์ของเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เซลล์เหล่านั้นตาย และการศึกษาของ Gejmo(1971) ที่นำคลอร์เฮกซิดีนผสมยาสีฟันพบว่า คลอร์สามารถทำลายเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากได้ทั้ง แกรมบวกและแกรมลบ แต่จากการศึกษาของ Flotra และคณะ (1971) พบว่า คลอร์เฮกซิดีนมีฤทธิ์ทำลายให้เกิดผลข้างเคียง โดยทดลองใช้คลอร์เฮกซิดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.10 และร้อยละ 0.20 ทหาร 50 คน เป็นเวลา 4 เดือน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสีของสีผิวเคลือบฟันร้อยละ 12 ฟันที่อุดด้วยวัสดุอุดฟันหน้า (ซีลิเกต) ร้อยละ 62 และกลิ่นคาวในคนใช้ร้อยละ 36 ของจำนวนทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดการหลุดลอกของเยื่อช่องปากร่วมกับมีการเจ็บแสบและในคนไข้บางรายยัง พบว่า มีอาการบวมของริมฝีปาก ดังนั้นในการใช้น้ำคลอร์เฮกซิดีน จึงไม่นิยมใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

1.6 การแปรงฟัน

1.6.1 วิธีการแปรงฟัน (Tooth brushing technique) แบ่งตามลักษณะการแปรงได้ดังนี้

1.6.1.1 การแปรงฟันแบบสครับ (Scrub method) เปรียบลักษณะการแปรงฟัน โดยวิธีนี้เหมือนการถูพื้นไปมา ทำโดยวางแปรงให้ตั้งฉากกับแนวแกนของฟัน ให้ขนแปรงสัมผัสกับผิวฟันขยับแปรงไปมาในแนวราบในระยะสั้น ๆ บางครั้งเรียกวิธีการแปรงฟันแบบนี้ว่าวิธีสครับแบบวงกลม (Horizontal Scrub method) ต่อมา Ramfjord และ Ash ได้ดัดแปลงเป็นวิธีสครับแบบวงกลม (Circular scrub method) โดยวางขนแปรงทำมุม 70-80 องศากับคอฟัน ปลายขนแปรงเฉียงไปทางปลายรากฟันแล้วขยับเป็นวงกลมเล็ก ๆ เป็นเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2-4 มิลลิเมตร วิธีการแปรงฟันแบบสครับแนวราบ เป็นวิธีที่เหมาะสม และแนะนำสำหรับแปรงฟันน้ำนมที่มีรูปร่างฟันป้อมมากเมื่อเทียบกับฟันแท้ และเหมาะสำหรับเด็กเล็กเพราะสามารถทำได้ง่ายและเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กโต หรือผู้ใหญ่เพราะประสิทธิผลในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ยังไม่ดีพอและถ้าหากแปรงติดต่อกันนาน ๆ จะเป็นสาเหตุของการเหงื่อกรันและคอฟันสึกได้

1.6.1.2 การแปรงฟันแบบโรลเทคนิค (Roll method) มีวิธีการโดยวางขนแปรงเอียง 45 องศา ระหว่างคอฟันกับเหงือก ขยับแปรงพร้อมกับลากแปรงมาทางด้านบดเคี้ยว จากนั้นหมุนข้อมือให้ปลายขนแปรงกวาดบริเวณคอฟันกับเหงือก ขยับแปรงพร้อมกับลากแปรงมาทางด้านบดเคี้ยว จากนั้นหมุนข้อมือให้ปลายขนแปรงกวาดบริเวณคอฟัน โคนการแปรงฟันบนให้ปัดลง ฟันล่างให้ปัดขึ้น ด้านบดเคี้ยวถูไปมาวิธีนี้บริเวณคอฟันจะไม่สะอาดถ้าหมุนข้อมือซ้ำเกินไปและถ้าวางขนแปรงลงลึกเกินไปจะทำให้เกิดแผลบริเวณขอบเหงือกได้

1.6.1.3 การแปรงฟันแบบ โมดิฟายด์เบสเทคนิค (Modified bass method) เป็นวิธีการแปรงฟันที่เน้นการทำความสะอาดบริเวณคอฟัน และขอบเหงือก วิธีการคือ การวางขนแปรงให้เอียงทำมุม 45 องศา กับแนวแกนขอบฟันโดยให้ขนแปรงเอียงไปทางปลายรากฟัน จากนั้นกดปลายขนแปรงให้เข้าไปในร่องเหงือกและซอกฟันออกแรงขยับเบา ๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้น ๆ กลับไปกลับมาโดยที่ขนแปรงให้เข้าไปในร่องเหงือกและซอกฟันออกแรงขยับเบา ๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้น ๆ กลับไปกลับมาโดยที่ขนแปรงยังอยู่ในตำแหน่งเดิมแล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงมีมุมปัดมาทางบดเคี้ยวของฟัน ทำซ้ำ ๆ กัน 10-15 ครั้ง สำหรับด้านบดเคี้ยวให้วางขนแปรงตั้งฉากกับด้านบดเคี้ยว เข้าถูดออกเป็นช่วงสั้น ๆ วิธีนี้จะช่วยทำความสะอาดบริเวณฟันซึ่งมีการสะสมคราบจุลินทรีย์มาก ๆ ได้ดี และเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการทำความสะอาดฟันในเด็กและผู้ใหญ่ อาจเรียกวิธีนี้อีกอย่างว่า การแปรงฟันแบบขยับปัด

วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี เมื่อแปรงเสร็จแล้ว ต้องมีการแปรงลิ้นด้วย เพื่อจำกัดเชื้อจุลินทรีย์ และคราบเศษอาหารต่าง ๆ ออกจากลิ้น การแปรงฟันแม้ว่าจะมีขั้นตอนที่มากมายก็ตาม แต่จำเป็นที่จะต้องฝึกหัดเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก เมื่อได้รับการสอนแนะนำและฝึกฝนจนชำนาญแล้วก็สามารถทำได้โดยง่าย ไม่ยุ่งยากลำบากแต่อย่างใด เป็นเรื่องปกติที่ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากดี ถ้าปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

1.6.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรงฟัน เพื่อควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

1.6.2.1 แปรงสีฟันที่มีจำหน่ายในทั่วไปนั้น จะมีรูปร่าง ขนาดและลักษณะของขนแปรงหลายแบบต่าง ๆ กันซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพในช่องปากของแต่ละคน และทุกคนจำเป็นต้องมีแปรงสีฟันของตนเอง แปรงสีฟันเมื่อใช้แล้วต้องทำความสะอาด ไม่ให้มีสิ่งสกปรกตกค้างอยู่และเก็บไว้ในที่ที่แปรงฟันจะแห้งง่าย เมื่อแปรงฟันเสื่อมสมรรถภาพจำเป็นจะต้องเปลี่ยนใหม่ ซึ่งสังเกตจากการที่ขนแปรงจะบานแตกกลุ่มและหักโค้งงอ

ลักษณะของแปรงสีฟันที่ดีที่ควรเลือกใช้มีดังนี้

- ค้ำแปรงตรง ไม่โค้งงอ ขนาดพอเหมาะจับได้ถนัดมือ
- ขนแปรงมีความยาวเรียบเสมอกัน ประมาณ 8-10 มิลลิเมตรขนแปรง

รวมตัวกันแน่น เส้นใยขนแปรงมี 3 ชนิด คือ อ่อน ปานกลาง และแข็ง การที่จะเลือกใช้ชนิดใดต้องขึ้นอยู่กับสภาพภายในช่องปาก

1.6.2.2 ยาสีฟัน ช่วยให้การทำความสะอาดฟันและความรู้สึกขณะแปรงฟันดีขึ้นแต่ยาสีฟันก็ไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการแปรงฟัน

ลักษณะของยาสีฟันที่ดีที่ควรเลือกใช้ มีดังนี้

- มีผงขัดที่ละเอียดอาจเป็นผงหรือครีมถ้าผงขัดไม่ละเอียดจะทำให้ฟัน

สึก

- มีส่วนผสมของสารฟลูออไรด์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรง

ให้กับผิวเคลือบฟันได้ดีกว่ายาสีฟันที่ไม่มีสารฟลูออไรด์

1.6.2.3 เส้นใยขัดฟัน เป็นเส้นใยในลอนเล็ก ๆ หลายเส้นรวมกันใช้สำหรับทำความสะอาดระหว่างซี่ฟันและบริเวณที่แปรงสีฟันไม่สามารถเข้าถึงได้

1.6.2.4 ยาย้อมสีฟัน เป็นสีที่ละลายได้ในน้ำ มีลักษณะเป็นเม็ดหรือน้ำ ยาย้อมสีฟันนี้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ในการแปรงฟันตามปกติ สมควรเมื่อต้องการตรวจหาบริเวณที่ยังมีคราบจุลินทรีย์เหลือค้างอยู่ภายหลังจากการแปรงฟัน เมื่อต้องการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ยาย้อมสีฟันจะเข้าจับกับคราบจุลินทรีย์ให้เห็นได้ชัดเจน ช่วยให้สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของการขจัดคราบจุลินทรีย์ และสามารถแปรงออกได้โดยง่าย

1.6.3 เทคนิคที่ช่วยให้การแปรงฟันให้สะอาด

เนื่องจากฟันมีการเรียงตัวในลักษณะต่าง ๆ กัน การจะแปรงฟันให้สะอาดและทั่วถึงจำเป็นต้องจัดเตรียมช่องทางสำหรับนำแปรงสีฟัน เข้าไปวางในตำแหน่งที่ต้องการให้ได้ก่อนดังนี้

1.6.3.1 การกัดฟันหรืออ้าปากเล็กน้อย ทำให้กล้ามเนื้อรอบริมฝีปากและแก้มหย่อนตัว เพื่อให้สามารถสอดแปรงฟันเข้าไปในตำแหน่งระหว่างฟันกับแก้มได้ จึงจำเป็นสำหรับการแปรงฟันหลังด้านใน นอกจากนี้ยังทำให้สามารถ ขกและเปิดริมฝีปากบนและล่างในการแปรงฟันหน้าได้ดี ส่วนการกัดฟัน จะทำให้สามารถแปรงฟันได้ดี ถึงคอฟันของฟันหน้าทุกซี่ โดยเฉพาะคอฟันของฟันเขี้ยว

1.6.3.2 การยิงฟัน เป็นการยกเปิดริมฝีปากขึ้น เพื่อให้เห็นคอฟันและเหงือกได้มากที่สุด จะช่วยในการแปรงฟันหน้าบนและล่าง ทำให้มองเห็นปลายขนแปรง ขณะทำความสะอาด สะอาดบริเวณคอฟันได้ชัดเจน และวางขนแปรงให้ถึงคอฟันได้ดียิ่งขึ้น

1.6.3.3 การเอียงคาง เป็นการขยับขากรไกรมาทางด้านซ้ายหรือขวา เพื่อให้มีช่องว่างบริเวณด้านหลังของฟันกรามซี่สุดท้าย การเอียงคางเป็นวิธีที่จะช่วยให้สามารถสอดแปรงเข้าไปในบริเวณด้านติดแก้มของฟันกรามซี่สุดท้ายได้ และการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะช่วยให้เกิดความเคยชิน และแปรงได้ถูกต้อง

1.6.3.4 การเก็บลิ้น หมายถึง การบังคับลิ้นลดตัวต่ำลงทำให้มีพื้นที่สำหรับที่จะสอดแปรงเข้าไปวางที่คอฟันด้านในของฟันหลังได้สะดวก

1.6.3.5 การหันศีรษะไปทางซ้ายและขวา เป็นการจัดตำแหน่งเพื่อให้เกิดความสบายในขณะที่แปรงฟันโดยหลักการแล้วกล้ามเนื้อของเราจะถนัดเคลื่อนที่ในแนวนอนและแนวตั้ง ส่วนการเคลื่อนที่ในแนวเฉียงจะเกิดความเมื่อยล้าได้ง่าย ดังนั้น การหันศีรษะจึงเป็นการจัดให้แนวฟันอยู่ในแนวเฉียง แต่ใช้การเคลื่อนของกล้ามเนื้อตามถนัดจะช่วยลดความเมื่อยล้าในการแปรงฟันได้ ซึ่งหลักการทั่วไปในการหันศีรษะ คือ ขณะแปรงฟันพยายามหันศีรษะไปยังด้านที่มีเจ็บแปรงสีฟัน

1.6.3.6 การเอียงศีรษะไปทางซ้ายและขวา จะช่วยปรับแนวแกนของฟันที่เอียงอยู่ตามธรรมชาติที่ตรงขึ้น ทำให้บริเวณที่ถูกกดบังสามารถเข้าถึงได้ง่าย

1.6.3.7 การก้มศีรษะและเงยศีรษะจะช่วยปรับตำแหน่งของฟันหน้าบน และล่าง ให้มองเห็นได้ง่ายหลักในการปฏิบัติ คือ การแปรงฟันหน้าบนด้านในให้เงยศีรษะเล็กน้อย ส่วนในฟันล่างด้านในให้ก้มศีรษะเล็กน้อยจะช่วยแปรงฟันให้สะอาดโดยอาศัยเทคนิคดังกล่าวเข้าช่วย ประกอบกับการฝึกหัดจนชำนาญ สอดคล้องกลมกลืนกับการใช้กล้ามเนื้อมือ และแขนจนทำให้การแปรงฟันง่ายขึ้นและที่สำคัญทำให้แปรงฟันสะอาดทั่วถึง

1.6.4 บริเวณที่ต้องให้ความสำคัญในการแปรงฟันและตำแหน่งที่แปรงฟันได้ง่าย

การแปรงฟันให้สะอาดและทั่วถึง ควรเน้นการแปรงบริเวณคอฟันใกล้ขอบเหงือกและซอกฟันบริเวณด้านเพดาน ด้านใกล้ลิ้น และด้านแก้มของฟันหลัง คนส่วนใหญ่จะถนัดแปรงเฉพาะด้านใกล้ริมฝีปากและด้านบดเคี้ยวในช่องปากของคนเรามีข้อจำกัดอยู่หลายประการ กล่าวคือ มีทางเข้าทางเดียว และมีอวัยวะปกปิดอยู่หลายชนิด มีซอกฟันมากมาย ดังนั้นจึงมีบางตำแหน่งที่แปรงได้ยาก และมักตรวจพบว่ามีคราบจุลินทรีย์ เสมอนในตำแหน่งเหล่านี้ เช่น

1.6.4.1 ด้านใกล้แก้มของฟันกรามบนซี่สุดท้าย เพื่อให้สามารถแปรงได้ทั่วถึง ต้องอาศัยเทคนิคบางอย่างเข้าช่วย เช่น การอ้าปากเล็กน้อย เอียงคาง จะเพิ่มช่องว่างระหว่างฟันกับ

แก้ม และ ช่องว่างหลังฟันกรามซี่สุดท้าย โดยจัดตำแหน่งของแปรงให้อยู่ในแนวนอนขนานกับด้านบดเคี้ยว ให้ด้านแปรงเอียงออกจากแนวกลางฟัน ทิศทางการขยับแปรงจะอยู่ในแนวเฉียง และหันหน้ามาทางด้านมือที่จับแปรงจะทำให้แปรงได้ง่ายขึ้น

1.6.4.2 ด้านใกล้แก้มของฟันกรามล่างซี่สุดท้าย บริเวณนี้เมื่ออ้าปากมักจะมีเนื้อแก้มมาปิดโดยเฉพาะในคนอ้วน เทคนิคที่ใช้คือให้อ้าปากปานกลาง ใช้สันของหัวแปรงดันเนื้อแก้มออกไปด้านหลังแล้วสอดแปรงให้ถึงคอฟันขยับแปรงในทิศทางที่ขนานกับแนวฟันหลัง เอียงด้านแปรงออกจากตัวฟันเล็กน้อย และหันหน้าไปทางด้านมือที่จับแปรงเช่นเดียวกับการแปรงในฟันกรามบน

1.6.5 อันตรายที่เกิดขึ้นกับฟันและเหงือกจากการแปรงฟัน

1.6.5.1 การแปรงฟัน ที่ใช้แรงกดแปรงมากจนเกินไป อาจทำให้เกิดการสึกของคอฟัน มีลักษณะเป็นรูปลิ้มรวมถึงอาจเกิดแผลที่เหงือกและเกิดอาการเหงือกร่นได้ แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็งทำให้ฟันสึกได้มากกว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงชนิดอ่อน

1.6.5.2 การวางด้ามแปรงไม่ขนานกับแนวบดเคี้ยว จะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ลดลง และในบางครั้งหัวแปรงอาจพลัดไปทำให้เกิดอันตรายต่อเหงือกได้

1.6.5.3 การแปรงฟันคร่อมฟันเกี้ยวด้านใกล้แก้ม จะทำให้เหงือกของฟันซี่นี้อักเสบได้ หากแปรงไม่ถูกต้องเป็นประจำทำให้เหงือกร่นได้

1.6.6 ประโยชน์ของการแปรงฟันที่ถูกวิธี

ณัฐวธ แก้วสุทธา (2548) ได้อธิบายถึงประโยชน์ของการแปรงฟันที่ถูกวิธีไว้ดังนี้

- 1) สามารถกำจัดเศษอาหาร และแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ดีที่สุด
- 2) ทำให้ฟันสะอาดและเหงือกมีสุขภาพสมบูรณ์
- 3) ป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบ
- 4) ทำให้ปากสะอาดปราศจากกลิ่นและมีทันตสุขภาพที่ดี

การแปรงฟันอย่างถูกวิธีเป็นพื้นฐานที่สำคัญ การแปรงฟันไม่สะอาดทำให้เกิดหินปูนและเหงือกอักเสบ การแปรงฟันไม่สะอาดทำให้มีกรดตกค้างทำให้ฟันผุ การแปรงฟันไม่ถูกวิธี ทำให้ฟันดี ๆ ต้องเสียไป เช่น เกิดการสึกบริเวณคอฟัน เป็นต้น การแปรงฟันด้วยมืออย่างถูกวิธี ทำอย่างไร ขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันว่า วิธี Modified Bass Method ใช้ได้ผลดีที่สุด คือวางแปรงสีฟันเอียงประมาณ 45 องศา กับคอฟัน โดยหันปลายขนแปรงไปทางด้านเหงือก ขยับมือเล็กน้อยเพื่อให้ขนแปรงเข้าไปทำความสะอาดในร่องเหงือกแล้วจึงบิดข้อมือปิดลงสำหรับฟันบนปิดขึ้นสำหรับฟันล่างมาตามซี่ฟัน ทำอย่างนี้ประมาณตำแหน่งละ 10 ครั้ง ใช้เวลาทั้งปากประมาณ 3 นาที

1.6.7 แปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ

กรมอนามัย (2548) ได้เสนอแนะการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพไว้ดังนี้
การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการรักษอนามัยในช่องปากและเป็นการ
ป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดีที่สุด การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ มีหลัก 4 ข้อ

1.6.7.1 แปรงสะอาด คือ แปรงฟันโดยให้เหลือคราบจุลินทรีย์น้อยที่สุด การ
ขจัดคราบจุลินทรีย์ ออกจากผิวฟันให้สะอาดสมบูรณ์ ทำได้ยากมักมีส่วนที่หลงเหลือตามบริเวณที่
ทำความสะอาดได้ยาก เช่นบริเวณช่องฟันคอฟันที่บริเวณฟันเก ดังนั้น การแปรงฟันที่บ่อยขึ้นจะทำให้
ให้คราบจุลินทรีย์หลุดออกไปได้มาก

1.6.7.2 แปรงทั่วถึง คือ แปรงให้ครบทุกซี่ ทุกด้าน เน้นขอบเหงือกและคอฟัน
(การแปรงฟันอย่างเป็นลำดับขั้นตอนจะทำให้แปรงฟันได้ทั่วถึงช่วยป้องกันการล้มแปรงฟันบาง
บริเวณได้)

1.6.7.3 แปรงสม่ำเสมอ คือ แปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เน้นก่อน
นอน ทำให้เป็นนิสัย (เน้นการแปรงฟันก่อนนอน เพราะมีโอกาสดูอาหารจะตกค้างในช่อง
ปากเป็นเวลา 8-10 ชั่วโมง ทำให้เชื้อโรคมีโอกาสดูเจริญเติบโตมากขึ้นและสร้างกรดมาทำลายฟัน)

1.6.7.4 ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน คือ แปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม
แปรงเบา ๆ (แปรงแล้วไม่ทำให้ฟันสึกหรือเหงือกเป็นแผล)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ สรุปได้ว่า ในการ
ป้องกันโรคเหงือกอักเสบนั้นสามารถปฏิบัติได้เอง คือ การแปรงฟันที่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยสามารถ
นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทัศนศึกษา ให้ความรู้แก่นักเรียนกลุ่มเป้าหมายในเรื่อง
โรคเหงือกอักเสบ สาเหตุ ลักษณะอาการของโรค ขั้นตอนการดำเนินของโรค ผลเสียที่เกิดจากการ
เป็นโรคเหงือกอักเสบ วิธีการป้องกันโรค การแปรงฟัน อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรงฟัน เพื่อให้
นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ อย่างถูกต้องและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ
ตัวเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน (อารี พันธมณี, 2546)

พัฒนาการของเด็กวัยตอนกลาง (Middle Childhood) เด็กวัย 6-12 ขวบ เป็นวัยที่มีพัฒนาการ
สำคัญมาก เป็น “วัยสงบ ร่าเริง” ที่อยู่ระหว่าง “วัยซุกซน” ของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน กับ “วัยบ้า
คลั่ง” ของวัยรุ่น เป็นวัยที่มีความพร้อมมากขึ้นเด็กเริ่มเรียนรู้อย่างมีระบบและสนใจสิ่งแวดล้อมมาก
ขึ้นและกว้างขวางเท่าเดิม นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเพราะเด็กเริ่มออกสู่สังคมนอกบ้าน
ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่มีแรงจูงใจใฝ่สัมพันธที่ทำให้เด็กอยากรวมกลุ่มกับเพื่อนรุ่น

ราวคราวเดียวกัน นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) เรียกวัยนี้ว่า “วัยที่สนใจวัยวะเพศ” (Phallic Stage) กับ “วัยก่อนเข้าสู่วัยรุ่น” (Latency Stage) ซึ่งรวมอยู่ในช่วงอายุ 6-12 ขวบ เด็กจะสนใจเรื่องเพศ วัยเด็กตอนกลางนี้เริ่มจากพินน้ำนมหัก และสิ้นสุดลงที่พินแท้ขึ้น ดังนั้นจึงเรียกวัยนี้ว่า “วัยพินน้ำนมหลุด” (Age of the Loose of Tooth) เป็นช่วงเวลาที่ความเพ้อฝันของเด็กเริ่มเข้าสู่ความจริง

เด็กวัยนี้เป็นวัยที่ยากแก่การเข้าใจ เหตุผลที่เด็กวัยนี้ยากแก่การเข้าใจคือ

- 1) เด็กวัยนี้ชอบจับกลุ่มเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน โดยไม่สนใจพ่อแม่
- 2) เด็กยกย่องเพื่อนร่วมชั้นมากกว่าพ่อแม่และผู้ใหญ่ เพราะเด็กวัยนี้มักจะคิดว่าผู้ใหญ่เป็นคนเจ้าเล่ห์ หลอกลวงและโกหก

3) บางทีเด็กก็ก้าวร้าว บางทีก็เงียบเรียบร้อยต่อผู้ใหญ่ เด็กจะจับกลุ่มกับเพื่อนอย่างเหนียวแน่น และเป็นกลุ่มที่ลึกลับ แม้กลุ่มจะรวมตัวกันได้ไม่นาน แต่จะมีคำปฏิญาณ และคำสัญญาที่เขียนด้วยเลือดหรือหมึกสีแดง

1. พัฒนาการทางกาย เด็กวัย 6-12 ขวบ มีพัฒนาการทางกายแตกต่างกันดังนี้

วัย 6 ขวบ มีอัตราการเจริญเติบโตช้าลงแต่สม่ำเสมอ กระดูกมือยังไม่แข็งแรง พินน้ำนมจะหลุด พินแท้ขึ้นมาแทน มักจะติดโรคง่ายกว่าวัย 5 ขวบ ระบบประสาทเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำอะไรมักสุดโต่งไปทางใดทางหนึ่ง

วัย 7 ขวบ ชอบออกกำลังกายและเล่นกีฬากลางแจ้ง การใช้สายตาจะสัมพันธ์กับมือมากขึ้น มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น สามารถช่วยตัวเองในการอาบน้ำ แต่งตัวได้ดีขึ้น

วัย 8 ขวบ เด็กวัยนี้กินจุ กินอาหารแปลก ๆ ได้ทุกชนิด กินอาหารได้เอง แต่ไม่ค่อยเรียบร้อย พ่อแม่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด วัยนี้สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ดี แต่งตัวได้เอง แต่พ่อแม่ก็ยังช่วยเหลืออยู่บ้าง เด็กวัย 8 ขวบ มีลักษณะตรงกันข้ามกับวัย 7 ขวบ คือจะต่อสู้กับทุกอย่างแม้มีอุปสรรค เด็กวัยนี้จึงชอบการต่อสู้และการแสดงที่โลดโผน

วัย 9 ขวบ ร่างการแข็งแรงมากขึ้น ทำอะไรซ้ำ ๆ โดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย วัยนี้เด็กผู้ชายชอบการต่อสู้ การกินอาหารมีระเบียบมากขึ้น โดยการเลียนแบบผู้ใหญ่ แต่ไม่ค่อยพิถีพิถันในการแต่งตัว เสื้อผ้าที่ใช้แล้วมักทิ้งไว้เกลื่อนห้องเสมอ แต่เด็กวัยทำงานรวดเร็ว ว่องไว รู้จักจัดเวลาอะไรควรทำก่อนหรือหลัง

วัย 10-12 ขวบ เป็นระยะพัฒนาการที่กว้าง เด็กบางคนอยู่ระหว่างวัยเด็กกับวัยรุ่นเรียกว่า “ก่อนวัยรุ่น” (Puberty) วัยนี้เด็กผู้หญิงมีพัฒนาการเร็วกว่าเด็กผู้ชาย การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการประสานกันดีขึ้น จะเห็นจากการเล่นเกมต่างๆ เด็กวัยนี้จึงสามารถเล่นกีฬา และเกมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะการเล่นของเด็กวัย 6-12 ขวบ การเล่นของเด็กเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานโดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน การเล่นจึงเกิดจากความสมัครใจ ลักษณะการเล่นของเด็กมีลักษณะดังนี้

- 1) การเล่นเป็นการระบายพลังที่เหลือ เพราะเด็กไม่ต้องทำงานหนักไม่ต้องใช้สมอง
- 2) การเล่นเป็นการหาความสนุกสนานเพลิดเพลิน
- 3) เด็กเล่นเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ เช่น เล่นตุ๊กตา โดยสมมติให้ตุ๊กตาเป็นลูกตนเองเป็นแม่ หรือการเล่นหุงข้าว ต้มแกง เป็นต้น
- 4) การเล่นของเด็กวัยนี้มักแสดงออกถึงความรู้สึก ประสบการณ์อารมณ์ต่างๆ เช่น ความคับข้องใจ ความโกรธ ความสงสัย ความต้องการ ฯลฯ ลักษณะการเล่นต่างๆ ไป จะเล่นเป็นกลุ่มใหญ่

ลักษณะการเล่นโดยทั่ว ๆ ไป เด็กจะเล่นอย่างไรขึ้นอยู่กับวัยถ้าวัยต่างกัน การเล่นก็ต่างกันออกไป ดังนี้

1) การเล่นที่เป็นไปตามธรรมชาติ เป็นการเล่นที่ไม่มีกฎเกณฑ์มักเล่นคนเดียวมากกว่าการเล่นเป็นกลุ่ม เด็กจะเล่นตามใจตนเอง เมื่อเบื่อก็เลิกไปมักเป็นการเล่นของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน เช่น การเล่นตุ๊กตา แม้ว่าตุ๊กตาจะไม่มี ความหมายสำหรับเขา แต่เด็กจะสำรวจตุ๊กตาโดยดึงทิ้งออกจากกัน แล้วนำมาประกอบใหม่ แต่กล้ามเนื้อยังไม่แข็งแรงพอ เด็กวัยนี้จึงมักทำสิ่งต่างๆ เสียหายเสมอ

2) การเล่นแบบสมมติ โดยมากเด็กที่ปรับตัวไม่ค่อยได้มักเล่นสมมติมากกว่าเด็กที่ปรับตัวได้ดี การเล่นสมมติจึงสะท้อนให้เห็นถึงจิตใจ อารมณ์และความต้องการ ตลอดจนถึงวัฒนธรรมของสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่น เด็กที่พ่อแม่เกลียดชังไม่ต้องการตน จะสมมติตุ๊กตาเป็นพ่อแม่ แล้วแสดงอาการก้าวร้าวทำลายตุ๊กตานั้นเพื่อระบายความคับแค้นใจ สำหรับเด็กที่ชอบเป็นตำรวจและต้องการเป็นตำรวจก็จะสมมติตัวเองเป็นตำรวจถือปืนต่อสู้กับผู้ร้าย ฯลฯ การเล่นสมมติก็นักเล่นเกี่ยวกับชีวิตในบ้าน การเดินทาง การสมมติตัวเองเป็นบุคคลต่าง ๆ ในนวนิยาย ในโทรทัศน์ และภาพยนตร์

การเล่นสมมติมีประโยชน์มาก เป็นการฝึกให้เด็กคิดอย่างเสรีเกี่ยวกับสิ่งที่ป็นจริงทั้งหลาย เพราะเด็กขาดประสบการณ์และการเล่นสมมติดังช่วยให้เด็กได้ผ่อนคลายความตึงเครียดได้ด้วย การเล่นสมมติเป็นการคิดฝันของเด็ก ถ้าเด็กเพ้อฝันมากเกินไปจะทำให้เด็กหลุดออกไปจากโลกของความเป็นจริงและจะทำให้เกิดความสับสนระหว่าง “ข้อเท็จจริง” (Facts) กับ “ความเพ้อฝัน” (Fantasy) ผู้ใหญ่ควรค่อย ๆ ให้เหตุผล แต่มีขีดขวางหรือห้ามปราม

3) การเล่นเกมสร้างสรรค์ เช่น การเอาไม้มาประกอบเป็นรูปต่างๆ การวาดภาพต่างๆ การวาดเป็นการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ความต้องการและสิ่งที่เด็กคิดในขณะนั้น เด็กวัย 5-8 ขวบ จะวาดรูปคนที่เป็นเพศเดียวกับตนมากกว่าเด็กวัย 11 ขวบ เพราะเด็กวัย 11 ขวบ เริ่มแยกเพศได้แล้ว

ดังนั้น การจะเข้าใจต้องสังเกตจากการเล่น แต่โดยปกติแล้วผู้ใหญ่มักไม่สนใจการเล่นของเด็ก เพราะถือว่าเป็นเรื่องไร้สาระ และถือว่าวัยเด็กก็ชอบเล่นเป็นธรรมดา เด็กมักจะเล่นในลักษณะของการระบายอารมณ์ความต้องการกลับหลังผู้ใหญ่ เช่น เล่นผัวเมีย เป็นทหาร ตำรวจ และการเล่นที่แสดงออกซึ่งความไม่พอใจต่าง ๆ

2. พัฒนาการทางอารมณ์ เด็กวัยนี้ทำอะไรก็จะมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่มีความอดทน ขาดความสามารถในการทำตามความต้องการของผู้อื่น ถือตนเองเป็นศูนย์กลาง เด็กวัย 10-12 ขวบ จะเริ่มวิตกกังวลกับเรื่องเพศ เพราะเด็กโตพอที่จะหาคำตอบได้ว่า ทำไมคนจึงต้องมีความผูกพันเกี่ยวข้องกัน เด็กจะสนใจปัญหาทางเพศมากกว่าเรื่องอื่นๆ และต้องการความรักในการพัฒนาและเจริญเติบโต

3. พัฒนาการทางสังคม เนื่องจากเด็กวัย 6-12 ขวบจะมีอิสระและรับผิดชอบน้อยกว่าวัยรุ่น และวัยอื่น ๆ เด็กวัยนี้อยากเติบโตเป็นวัยรุ่น ทำอะไรก็จะเลียนแบบวัยรุ่น ถ้าพ่อแม่คาดหวังให้เด็กวัยนี้ทำตามพ่อแม่ต้องการหรือให้เด็กรับผิดชอบงานหนักในเวลาจำกัด เด็กก็จะหนีไปอยู่กับเพื่อน เข้ากลุ่มเพื่อนและใช้เวลาอยู่กับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด ประกอบกับเด็กวัยนี้ต้องการเป็นสมาชิกของกลุ่ม แก๊งและสมาคมของเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันมาก เด็กจะเล่นเป็นกลุ่มใหญ่ และเปลี่ยนหัวหน้ากลุ่มบ่อย ๆ การเล่นจะเป็นแบบเพื่อฝันมากกว่าการเล่นแบบแข่งขัน เช่น “เล่นตำรวจจับผู้ร้าย” การที่เด็กเข้ากลุ่มเพื่อนเพราะเด็กต้องการให้เพื่อนยอมรับเด็กต้องการให้เพื่อนยอมรับ เด็กจึงพยายามทำตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม เด็กจะซื่อสัตย์ต่อกลุ่ม ทำตามคำแนะนำของกลุ่มได้ ถ้าเด็กคนใดถูกเนรเทศออกจากกลุ่มก็จะกลายเป็นคนเจิบขริม เกือบตัว เด็กวัยนี้เด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงจะไม่เล่นรวมกันเป็นอันขาด การอยู่ในกลุ่มเพื่อนทำให้เด็กเรียนรู้คำว่า “พวกเรา” (In-group) และ “พวกเขา” (Out-group) การเป็นผู้นำ การเป็นผู้ตามที่ดี เรียนรู้กฎของสังคมโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ทำให้เด็กเรียนรู้วิถีชีวิต และมาตรฐานของสังคมด้วย ทำให้เด็กมีประสบการณ์ทางสังคมมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เมื่ออยู่ในโรงเรียนเด็กยอมรับกฎเกณฑ์ของโรงเรียนได้มากขึ้น ด้านการติดต่อสัมพันธ์กับครู เด็กเริ่มเลียนแบบการแต่งกาย กิริยาท่าทางของครู เอาใจครู โดยการทำงานให้เพราะรู้ว่าครูมิใช่ตัวแทนของพ่อแม่อีกต่อไป เด็กอาจจะคิดว่าครูเป็นอะไรของเขาก็ได้ เช่น เป็นเพื่อน เป็นพี่ ฯลฯ บ่อยครั้งที่เด็กคิดว่าครูคือเพื่อนที่เข้าใจเขามากที่สุด บางทีเด็กเรียกร้องความสนใจจากครูโดยช่วยเหลือครูทำงาน แต่บางครั้งก็เรียกร้องความสนใจทางลบ เช่น ผีปาก ขว้างปา

สิ่งของ ฯลฯ เด็กวัยนี้เริ่มมองเห็นความแตกต่างระหว่างโลกของเด็กและโลกของผู้ใหญ่ ถ้าเด็กรู้ว่าผู้ใหญ่ใช้อำนาจกับตน เด็กจะต่อต้าน คือตั้งแต่จะเชื่อเพื่อนมากกว่าผู้ใหญ่

4. พัฒนาการทางสติปัญญา พือาเจท์ (Piaget) นักจิตวิทยากลุ่มที่เน้น “ความรู้ความเข้าใจ” (Cognitive) จัดเด็กวัย 7-11 ขวบ อยู่ในขั้นพัฒนาการ “ขั้นรูปธรรม” (Concrete operation) คือ เด็กสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล รู้จักการแก้ปัญหาในสิ่งที่ป็นรูปธรรมได้ เข้าใจในเรื่องความคงตัวการคิดย้อนกลับ รู้จักแบ่งหมวดหมู่อย่างมีกฎเกณฑ์ สามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้สองลักษณะในเวลาเดียวกัน (Decent ration) เช่น สามารถคิดถึงปริมาตร และน้ำหนักในเวลาเดียวกันได้ เด็กวัยนี้มีความอยากรู้อยากเห็นมาก เมื่อพบอะไรจะจับต้อง รื้อถอนเสมอ นอกจากนี้ยังมีความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับการเกิด การผสมพันธุ์ มักชอบเปรียบเทียบอวัยวะเพศของตนกับของเพื่อน เด็กผู้ชายที่มีอวัยวะเพศเล็กกว่าของเพื่อนจะรู้สึกมีปมด้อยและไม่กล้าให้ผู้อื่นเห็นไม่ว่าเวลาใด และจะมีความวิตกกังวลจนกลายเป็นเด็กที่แยกตัวออกจากสังคมได้ เด็กวัย 8 ขวบ สามารถย้อนระลึกถึงอดีตได้ สังเกตได้จากคำพูดที่ว่า “เมื่อนั้นเป็นเด็กเล็ก ๆ” เด็กจะสนใจสถานที่ไกล ๆ คนต่างชาติและเริ่มเรียนรู้ว่าในโลกกว้างมีอีกหลายอย่างที่เขารู้ เริ่มมองเห็นความแตกต่างระหว่างบ้านตนกับบ้านของเพื่อนและยอมรับทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อสิ่งต่างๆ เด็กวัยนี้จะรับผิดชอบและซื่อสัตย์ในการทำงาน วัยนี้สามารถอ่านหนังสือได้เข้าใจ จะอ่านหนังสือเพื่อความสนุกสนาน

พัฒนาการทางจริยธรรม พือาเจท์ กล่าวว่า พัฒนาการทางจริยธรรมเกี่ยวข้องกับสติปัญญาด้วย วัย 6-12 ขวบ เริ่มเข้าใจกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ว่า สามารถยืดหยุ่นได้ ดังนั้นจริยธรรมของเด็กวัยนี้จึงเป็นจริยธรรมที่สัมพันธ์กับสภาพการณ์ (Moral Relativism) เด็กวัยนี้เริ่มมีเหตุผลว่า การกระทำบางอย่างอาจจะมาจากแรงจูงใจ กฎเกณฑ์บางอย่างจึงต้องมีข้อยกเว้น

ในทัศนะของ Kohlberg (1976 อ้างถึงใน อารี พันธุ์มณี, 2546) นักจิตวิทยาที่ใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมวัดระดับจริยธรรม กล่าวว่าเด็กวัย 6-12 ขวบ พัฒนาจริยธรรมในระดับก่อนกฎเกณฑ์ คือ เด็กจะเลือกทำในสิ่งที่เด็กคิดว่าจะเป็นประโยชน์แก่ตน จะหลบหลีกการลงโทษเพราะกลัวความเจ็บปวด เด็กวัยนี้จึงยอมรับคำสั่งของผู้ใหญ่เพราะคิดว่าผู้ใหญ่มีอำนาจเหนือตน นอกจากนี้ยังทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับผลตอบแทน การกระทำที่ถูกต้องคือ การกระทำที่ตนพอใจเท่านั้น ความยุติธรรมคือการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

กล่าวโดยสรุปว่า เด็กวัย 6-12 ขวบ ยังมีประสบการณ์น้อย จึงมีปัญหาในการปรับตัวมาก บางครั้งเด็กก็สามารถแก้ปัญหาได้ แต่บางครั้งก็แก้ปัญหาไม่ได้ จึงพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาโดยใช้ “กลวิธีป้องกันตนเอง” (Defense mechanism) ปัญหาดังกล่าวเป็นสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะการณ์ที่เป็นปัญหาทางจิตใจดังนี้

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ภายใน และเป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว เช่น เด็กที่โกรธพ่อแม่ แต่ก็เชื่อว่าความโกรธต่อพ่อแม่เป็นสิ่งไม่ดี จึงเก็บอารมณ์นั้นไว้ เมื่อเก็บไว้นาน ๆ เด็กจะหาทางแสดงความรู้สึกกับคนอื่น ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล

ความข้องคับใจ (frustration) จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กถูกขัดขวางไม่ให้ไปถึงเป้าหมาย โดยปกติเด็กจะแสดงอารมณ์ออกอย่างเสรี เมื่อมีคนมาขัดขวางความต้องการ เด็กจะหาทางเอาชนะด้วยการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงออกมา ถ้าหากยังไม่ได้ดังใจอีกหลายครั้งหลายหน เด็กจะกลายเป็นคนแยกตัวและหนีสังคมไปก็ได้

ความขัดแย้งในใจ (conflict) เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น จะทำให้เด็กตัดสินใจไม่ได้ เช่น เด็กต้องการที่จะไปกินอาหารกับลุง แต่ก็ต้องการฟังเสียง ป้าบ่น จึงไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำอย่างไร ความขัดแย้งในใจจะเกิดขึ้นใน 3 ลักษณะ

1) ความขัดแย้งในใจเกิดเมื่อมีบุคคลมีความพอใจของ 2 อย่างในเวลาเดียวกัน เช่น เด็กต้องการไปเรียนหนังสือ แต่ไม่อยากจากพ่อแม่ไป

2) ความขัดแย้งในใจเกิดเมื่อพบกับสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา 2 อย่างในเวลาเดียวกันและยอมรับสภาพนั้นไม่ได้ เมื่อเด็กเผชิญปัญหาเช่นนี้เด็กจะหาทางหนีถ้าหนีไม่พ้นจะเกิดความข้องคับใจ

3) ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นเมื่อพบกับสิ่งที่น่าพอใจและไม่น่าพอใจในจุดหมายเดียวกัน เช่น เด็กกลัวในเรื่องเพศ และคิดว่าเป็นเรื่องลามก แต่ในขณะเดียวกันเขาก็มีความต้องการทางเพศ

เมื่อเด็กเผชิญปัญหาดังกล่าว เด็กจะเกิดความข้องคับใจ และหาทางปรับตัวโดยใช้กลวิธีป้องกันตัวเองต่าง ๆ ดังนี้

1) การถอยหนี (withdrawal) เป็นวิธีการขจัดความข้องคับใจได้ดี วิธีหนึ่ง เช่น เด็กที่พ่อแม่บังคับให้เล่นเปียโน เด็กอาจจะหนีเข้าไปกับลูกหมาก็ได้ เป็นการปฏิเสธที่จะพบกับปัญหาวิธีนี้เป็นวิธีการปรับตัวทางบวก ดังนั้น ถ้าเด็กถูกครุ้งบังคับให้ทำสิ่งที่เด็กไม่ชอบเด็กจะหนีโรงเรียนก็ได้

2) การลืม (forgotten) เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ยาก ๆ ดังนั้น ครูจึงไม่ควรแปลกใจว่าทำไมเด็กบางคนจึงเป็นคนขี้ลืม

3) การบิดเบือนความจริง (denial) หรือการไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เมื่อเด็กพบปัญหาที่ทำให้เกิดความปวดร้าว เด็กจะไม่ยอมรับว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เด็กที่พ่อแม่ไม่รัก เด็กจะไม่ยอมรับว่าพ่อแม่ไม่รักตนแต่จะพยายามขยกลบเกลื่อนความจริงว่าพ่อแม่ดีกับตนสารพัด

4) การชัดโทษคนอื่น (projection) เพื่อแก้ความผิดของตนเอง เด็กจะอ้างว่าเป็นความผิดของผู้อื่น เช่น เด็กที่เดินไปชนเพื่อนล้มลงก็กล่าวโทษว่าเพื่อนยื่นกะทะขวางทาง

5) การกลบเกลื่อนความรู้สึก (reaction formation) เป็นการแสดงความรู้สึกที่ตรงกันข้ามกับความเป็นจริง หรือความต้องการในส่วนลึกของจิตใจอาจเป็นการกลบเกลื่อนความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยก็ได้ เช่น เด็กที่ก้าวร้าวเกรงชอบวางโตและรังแกผู้อื่นเสมอ มักจะเป็นเด็กที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยพ่อแม่เกลียดชังและไม่ต้องการ

6) การระบายอารมณ์ผิดที่ (displacement) เนื่องจากการเก็บกดอารมณ์ไว้เพราะไม่สามารถแสดงออกต่อบุคคลนั้น ๆ ได้ จึงเปลี่ยนเป้าหมายไปสู่ที่อื่น ตัวอย่างเช่น เมื่อเด็กถูกรุ้ เด็กไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธได้ตอบต่อครูได้ เมื่อกลับไปถึงบ้านเด็กจะระบายอารมณ์โดยการเตะถีบประตุ หรือระบายอารมณ์กับพ่อแม่ซึ่งมีอันตรายน้อยกว่า หรือเด็กโกรธกับแม่ก็มาระบายอารมณ์กับเพื่อน เป็นต้น

7) การทดแทน (sublimation) หมายถึงการทดแทนความต้องการที่ไม่สามารถแสดงออกได้โดยตรง แรงผลักดันนี้จะถูกเก็บไว้ได้จิตสำนึกแต่จะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สังคมยอมรับ เช่น คนที่มีนิสัยก้าวร้าว เกรง ก็แสดงออกโดยการเล่นกีฬา ฟุตบอล เป็นนักบวช เป็นหมอผ่าตัด ฯลฯ

8) การเลียนแบบ (identification) หมายถึงการรับเอาแบบอย่างของคนอื่นมาเป็นของตน เด็กชอบการเลียนแบบเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และมักจะทำตามบุคคลที่ตนนิยมชมชอบ พฤติกรรมอีกแบบหนึ่งคือ การอวดอ้างว่ารู้จัก คนโน้นคนนี้ อวดอ้างบารมีของผู้อื่นเพื่อให้เห็นอิทธิพลของตน พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดอีกอย่าง เช่น ร้านอาหารถ้าต้องการจะให้ขายดีก็ต้องคิดป้ายว่า “เชลล์ชวนชิม” โดยอ้างบารมีของผู้มีอิทธิพลในด้านการชิมรสอาหารว่าเป็นเลิศมาโฆษณา

9) การก้าวร้าวรุนแรง (aggression) เกิดขึ้นเมื่อเด็กถูกขัดใจ หรือพบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด เด็กอาจแสดงความโกรธออกมา ด้วยการก้าวร้าวรุนแรง เช่น เมื่อถูกครูบังคับให้ทำงาน เด็กจะระบายความโกรธด้วยการเตะถีบสิ่งของหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ ๆ

10) การเก็บกด (repression) เมื่อเด็กบางคนถูกใช้งานหรือถูกบังคับมากเกินไป เด็กจะไม่กล้าแสดงความรู้สึกไม่พอใจเพราะเกรงกลัวอำนาจของพ่อแม่หรือครู เด็กจึงเก็บอารมณ์นั้นไว้ แต่ถ้าเก็บกดไว้นาน ๆ จะทำให้เด็กมีอาการทางโรคประสาทได้

11) การย้อนกลับไปเป็นเด็ก (regression) เมื่อเด็กเผชิญปัญหาที่หนัก และแก้ปัญหาไม่ได้ เด็กไม่ยอมรับผิดชอบปัญหานั้น จึงมีพฤติกรรมถอยกลับไปเป็นเด็กอีก คือ จะร้องไห้ กระเทีปเท้า ฯลฯ

12) ฝันกลางวัน (day dreaming) เมื่อเด็กประสบอุปสรรคและมีความข้องคับใจอยู่เป็นนิจ เด็กจะพยายามสร้างมโนภาพขึ้นมาในลักษณะที่ตรงกันข้ามกับความเป็นจริง เพื่อลดความตึงเครียดและเพื่อสนองความต้องการเช่น การที่พ่อแม่ยากจนไม่มีสิ่งของที่ดี ๆ ตามที่ใจปรารถนา เด็กจึงนั่งฝันและ จินตนาการถึงบ้านสวย ๆ ของเล่นดี ๆ ที่เด็กไม่สามารถจะมีได้

ถ้าเด็กใช้กลวิธีการป้องกันตัวเองดังกล่าว แล้วได้รับความสำเร็จ เด็กก็หายข้องคับใจ แต่ถ้าใช้แล้วไม่ประสบผลสำเร็จ เด็กจะหาทางออกเพื่อลดความข้องคับใจต่อไป พฤติกรรมในขั้นนี้จะออกมาในของโรคประสาท (neurotic) เช่น ย้ำคิดย้ำคิด หรือเด็กที่ทำผิรุแนงแล้วไม่กล้ารับผิ หรือไม่สามารถสารภาพผิกับใครได้ เด็กจะเก็บกดเอาความผิไว้ กลายเป็นความหวาดระแวง ความกวาดกลัว (phobia) และความวิตกกังวลอย่างรุนแรง

สรุปเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายของเด็กวัยประถมศึกษา อายุนี้จะมีฝันแท้ขึ้นครบ 28 ซี ตลอดจนมีการเจริญของชากรรไกรเต็มที่ ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญทางระบาศวิทยาจะเป็นเครื่องมือในการทำนายแนวโน้มการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่ได้

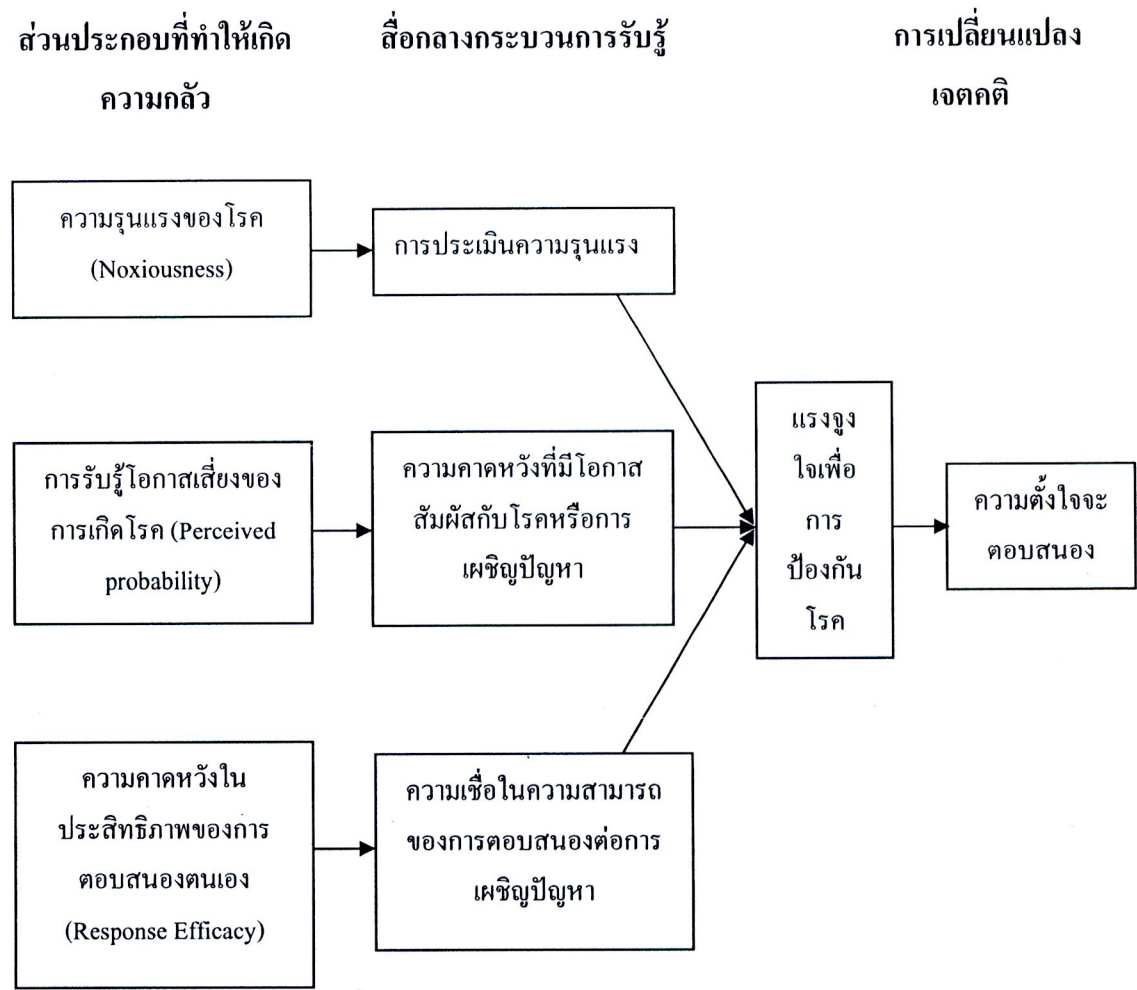
จากการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาการของเด็กวัยเรียน สรุปได้ว่า เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้าน เริ่มมีการเข้ากลุ่มร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นได้ดี หากได้รับการส่งเสริมหรือปลูกฝังทัศนคติให้ไปในทางพึงประสงค์ควบคู่กับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะเป็นผลดีต่ออนาคตได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากตัวนักเรียนเอง จากครู ผู้ปกครอง และ โรงเรียน เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. แนวคิดทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

3.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค The Protection Motivation Theory (จุฬารณย์ โสตะ, 2552)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดย Roger R.W. (1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ.2526 (Dunn and Rogers 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของ

บุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล



ภาพที่ 1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger, 1975 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

1. ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการขู่ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล และพฤติกรรมได้มากกว่า ข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย โดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการการประเมินการรับรู้ของข้อมูลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้เปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้กระตุ้น หรือปลูกเร้าร่วมกับการชู อาจส่งผลให้ลักษณะข้อมูลนั้นโดดเด่นขึ้น กระบวนการการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้อารมณ์แข็งแรง และทำให้เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุขศึกษาสามารถงดบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดจากการขับขีพาทะเล

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในนิวยอร์ก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่า จากการตรวจเลือดจากชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ ยังไม่ชัดเจนแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าว ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาค้นอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ถ้าบุคคลพยายามที่ปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกัน ถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้การตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามเท่านั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

3. **ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy)** การกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้ บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรนี้มีการทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษา (Maddux และ Roger อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้น จากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคลจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองกำลังเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง มีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองได้ปฏิบัติตนมากขึ้น (Mackay, 1992)

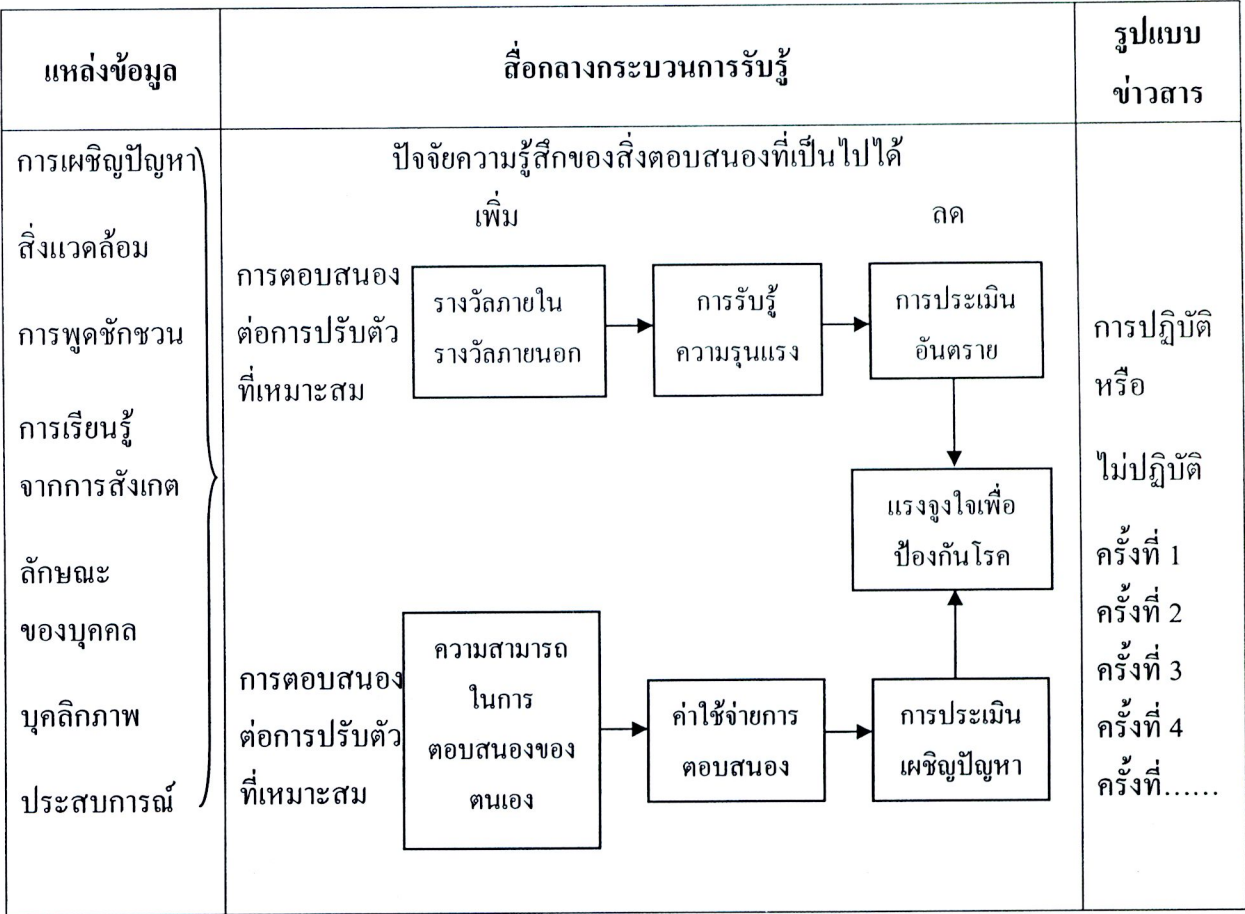
องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมา Maddux และ Roger ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self – Efficacy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและยังเป็นพื้นฐานที่ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตาม โดยสรุปบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ (Mackay, 1992) แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารคุกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังของความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตาหรือ

อำนาจอื่น ๆ และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกัน (Wallston and Wallston, 1978 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

ดังนั้นผู้ที่มีความอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบในความคาดหวังในความสามารถในตน Roger & Maddux ได้ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย ก็มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้อย่างมากคือความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง เป็นการทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายความคาดหวังของความสามารถตนเองความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund พบว่า ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่อในตนเองทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิภาพของการแพร่ข้อมูลข่าวสารจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับ และการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกัน ทางความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อยกว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยจะลดน้อยลงไปด้วย จากวิวัฒนาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Roger ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถตนเอง มาสรุป เป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

- 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Theart Appraisal)
- 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)





ภาพที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนาแล้ว (Roger, 1983)

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาส เป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอและมีการแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือพฤติกรรมแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อในศาสนา ความคิดฝันลม ๆ แล้ง ๆ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็ คือ ความพอใจในตัวเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic

Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven and Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ ความคาดหวัง ผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ (Steven and Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน ความไม่สอดคล้องในการดำรงชีวิต (Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมาก ต่อการสร้างความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงแต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ จะลดความตั้งใจลงบุคคลจะรู้สึกว่าไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะเพิ่มการรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนสูง จะเพิ่มความตั้งใจเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ดี ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำให้ได้ผลเมื่อ

- 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตราย
- 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นใจตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
- 5) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
- 6) อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สรุปได้ว่า เริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ(Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั้น คือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม โดย Roger ได้สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถตนเอง ซึ่งต้องสร้างความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวจึงจะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำไปประยุกต์ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม โดยการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การพูดชักจูง และการฝึกทักษะ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3.2 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

3.2.1 ความหมาย

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูล ที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการรักษา การดูแลเอาใจใส่ รวมถึงการได้รับการยกย่อง มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kahn (1979) มองการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิริยาการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลทั้งในด้านของความรู้สึกที่มีต่อกัน ดังนั้นจึงมองว่า การสนับสนุนทางสังคมต้องประกอบด้วยองค์ประกอบหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

- 1) ความรัก (Affect) หมายถึงความรัก ความพอใจ การยอมรับนับถือ การยกย่อง
- 2) การเห็นพ้อง (Affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง การยอมรับความคิดเห็นในเรื่องที่ถูกต้องเหมาะสมต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

3) การช่วยเหลือ (Aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรง หรือการให้วัตถุสิ่งของ จากบุคคลซึ่ง อยู่ในเครือข่ายของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันและมี คุณสมบัติ คือ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบ ด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึง ความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของ บุคคลอื่นโดยจากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับ เครือข่ายทางสังคมแล้วได้รับการประทับประคองด้านอารมณ์ และความรู้สึก การประเมินตัดสิน หรือสนับสนุนเห็นพ้องกับพฤติกรรม การได้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน

3.2.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม Source of Social (จุฬารณีย์ โสตะ, 2552)

หมายถึง สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคม แก่บุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณ การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่มีการสนับสนุนทาง สังคมนอกจากนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมี ผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

House (1981) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แหล่ง คือ

1) แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal Source) ได้แก่ กลุ่มสมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน เป็นต้น

2) แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal Source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ หรือวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดย House เน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ โดยให้เหตุผลว่า แหล่งดังกล่าวเป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนและมี แนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุด และเสนอแนะว่า แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะ สุขภาพและดูดซับผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

Pender (1987) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่ม 5 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ เช่น กลุ่มสถาบันครอบครัว หรือ แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง
 - 2) กลุ่มเพื่อน ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
 - 3) กลุ่มองค์กรทางศาสนา ได้แก่ พระ
 - 4) กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
 - 5) กลุ่มองค์กรอื่น ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัคร
- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3.2.3 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2552)

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้แบ่ง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความสามารถใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

- 2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนเครือข่าย ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

- 3) ระดับแคบ (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่ายแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักความห่วงใย

3.2.4 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2552)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะเครียด มีความขัดแย้งและอยู่ในระยะวิกฤต บุคคลแต่ละคนมีความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีผู้ศึกษาและแบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแบบดังนี้

Cobb (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าการได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย

3) การสนับสนุนทางด้านการแสดง ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or network) เป็นการแสดงออกเพื่อให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1) ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2) การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3) การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Caplan (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด

1) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible Support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงินหรือการช่วยด้านร่างกาย

2) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible Support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

House (1981) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน โดยเน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลดังนี้

1) ด้านอารมณ์ (Emotion Support) ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความไว้วางใจ จริงใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน

2) ด้านการประเมิน (Appraisal Support) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ประเมินความสามารถ สมรรถภาพของตนเอง เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อม

4) ด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ ความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทำหน้าที่เป็นสิ่งที่ตอบสนอง ความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมที่ทุกคนต้องการ ซึ่งจะบรรลุได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคมนั้น

3.2.5 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

- 1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับแรงสนับสนุน”
- 2) ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น จะต้องประกอบไปด้วย
 - ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
- 3) ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ
- 4) จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนทางสังคม โดยครู ผู้ปกครอง และเพื่อนซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กและมีบทบาทที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก โดยแนวคิดของ House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ อุปกรณ์ ต่าง ๆ เพื่อมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบใน

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและเกิดแรงผลักดันให้กระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเหงือกอักเสบ

อนิสรา พลยูง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แบ่งเป็นกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ใช้เวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์ ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การบรรยาย โดยทีมสุขภาพ การจัดบอร์ดสุขศึกษา ใช้ภาพพลิก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ มีการประชุมเพื่อประเมินตนเอง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปริทันต์ ทักษะคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) และมีสภาวะปริทันต์อักเสบในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)

รวิญา ทับทิมใส (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 44 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การบรรยายประกอบสไลด์ คู่มือวีซีดี แบบจำลอง ภาพพลิก โปสเตอร์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การขูดหินปูน อภิปรายกลุ่ม การประกวดคำขวัญ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการลุกลามของโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการลุกลามของโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการลุกลามของโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ และสถานะเหงือกอักเสบ ในกลุ่มทดลอง ลดลงกว่า ก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินอันตรายและการประเมินการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการลุกลามของโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เวณิการ์ หล้าสระเกษ (2552) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการฝึกผู้นำนักเรียน เพื่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำนักเรียน 72 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 36 คน กลุ่มทดลองได้รับคัดเลือกเข้าสู่โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ ภาพพลิก การอภิปรายกลุ่ม เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดป้ายนิเทศ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครู ผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.05 ด้านความคาดหวังในผลดีของการป้องกัน โรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.01 ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ 0.01 และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.05

สุกัญญา แซ่ลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ วิดีโอเทป ภาพพลิก โปสเตอร์ ตัวแบบ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และ

อุปสรรค และมีพฤติกรรมกำบังโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อรุณชัย ชงสวัสดิ์ (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนห้วยหว้าวิทยาคม ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การดำเนินการ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อของจริง แบบจำลอง ภาพพลิก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การจัดบอร์ดสุขศึกษา การประกวดคำขวัญ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความตั้งใจต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ ในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สุภาภรณ์ นารี (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำบังโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอบุตรรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 43 คน โปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ วีดิโอเทป ภาพพลิก โปสเตอร์ จัดป้ายนิเทศ ตัวแบบ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครูและผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการ

ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองยังมีสถานะเหงือกอักเสบน้อยกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ขวัญดาว พันหมุด (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการ บรรยายประกอบสไลด์ อภิปรายกลุ่ม เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดป้ายนิเทศ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครู ผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองที่ระดับ 0.01 และกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระดับ 0.05 ด้านความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.05 ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง ที่ระดับ 0.01 และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองยังมีสถานะเหงือกอักเสบน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ 0.05

สุริพร เทียนธวัช (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่ากลุ่มรับ โปรแกรมทันตสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กิตติยา เรียงทา (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการแปรงฟันเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คนและกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 คน ซึ่งครูประจำชั้นเป็นผู้คัดเลือกส่วนที่เหลือเป็นผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้เข้าร่วมกิจกรรมทันตสุขภาพจำนวน 4 ครั้ง นอกจากนี้ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติ การเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอีก 1 ครั้ง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมในอัตราส่วนของผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม 1 คน ต่อผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 2 คน จากนั้นให้การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินแก่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติ ภายหลังการทดลอง ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองลดลงเหลือ 25 คน มีการรวบรวมข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาห่างกัน 10 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ คะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือก คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบคะแนนเฉลี่ยการ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเหงือกอักเสบ จะเห็นว่า โรคเหงือกอักเสบเกิดจากเหตุผลและปัจจัยที่หลากหลาย มีการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหมู่เป้าหมาย และพบว่าการนำโปรแกรมสุขศึกษามาประยุกต์ใช้บนพื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ นั้น สามารถส่งผลทำให้นักคลเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในทางที่ดีมากขึ้น

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

รชานนท์ ่วนใจรัก (2552) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 47 คน เวลาการดำเนินการ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยาย การนำเสนอตัวแบบ การพูดชักชวน บทความ การประกวดคำขวัญ และการอภิปรายกลุ่ม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ

ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครูและเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$)

สมพร เจือจันทิก (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคายกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 62 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 31 คน และกลุ่มทดลอง 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ได้จัดให้กลุ่มทดลองประกอบด้วยการบรรยายประกอบสื่อการเรียน การอภิปรายกลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนโรคโดยผู้นำชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ พบว่าทุกปัจจัยของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พรทิพย์ ขุนจันทร์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย กิจกรรม การอภิปราย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังใน

ประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สุรัชยา นูมาลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมทั้งการบรรยาย ระดมสมอง อภิปรายกลุ่ม บทบาทสมมติ และการเสริมความแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิญญา ผ่านพิณิจ (2550) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือประชาชนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคเบาหวานโดยการชมวิดิทัศน์ สไลด์ การอภิปราย ตัวแบบด้านลบ ตัวแบบด้านบวก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย การกระตุ้นพฤติกรรมด้วยไปรษณียบัตร รวมระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน สูงวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งด้านการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอและการบริการอาหารที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ สูงวก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เนือทิพย์ ศรีอุตร (2550) ได้ศึกษาการรับรู้มะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในการตอบสนองการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 35 – 60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 46 คน ได้มาโดยการเลือกแบบสมัครใจมารับการอบรมด้วยโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยาย ภาพพลิก วิดีโอ การใช้ตัวแบบและ การอภิปรายกลุ่ม

หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อนสตรีซึ่งมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน แจกแผ่นพับ พุศุข ชักชวนและกระตุ้นเตือน ให้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรู้ความรุนแรงมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 91.30

จำเนียร สุวรรณชาติ (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันไข้มาลาเรียของประชาชนกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรีย อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน เป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 51 คน ดำเนินการวิจัยรวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเสนอตัวแบบ และการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน เพื่อกำหนดการเสริมแรงสนับสนุนแก่กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมเพื่อแก้ไขปัญหาลุ่บพรก และแรกเปลี่ยนประสพการณ์การป้องกันตนเอง และจัดการรณรงค์แก้ไขสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพรินทร์ เรืองจันทร์ (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและการควบคุมโรคธาลัสซีเมียในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียด้วย โปรแกรมเพาเวอร์พอยต์ จำนวน 50 สไลด์ การฉายวิดีโอทัศน์รายการเจาะใจที่นำเสนอเรื่องราวของครอบครัวที่มีบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมด้วยภาพพริก ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองมีความรู้เรื่องธาลัสซีเมีย การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมียและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมีย ความคาดหวังในผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความตั้งใจที่จะตรวจกรองพาหะเมื่อต้องการมี

บุตร มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ดวงพร ถิ่นตา (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยพัฒนาจากการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอ กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ทำการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน ในกลุ่มทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงจำนวน 6 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย เกมส์ กระบวนการกลุ่ม การอภิปราย การสาธิต และการสัมภาษณ์ ดำเนินการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอน ตามปกติ โดยครูผู้สอนในโรงเรียนผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ของการติดโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ ส่วนความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการเอดส์และความ คาดหวังในผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และความตั้งใจลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สรุปได้ว่าทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อถูก กระตุ้นให้เกิดความกลัว ทำให้ทราบถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค มีความคาดหวังต่อผล การตอบสนองและคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง จะทำให้มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและส่งผลให้เกิดการลงมือปฏิบัติขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคมาประยุกต์ใช้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเหิงือกอักเสบในนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

สุรวุฒิ แดงสาขา (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดจินดาราม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม และนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดจินดาราม อำเภอ สามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยได้รับการสอนทันตสุขศึกษา ตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคม กลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพดีกว่า กลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรพร แอชตัน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 30 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันให้มากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน ผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมก็สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

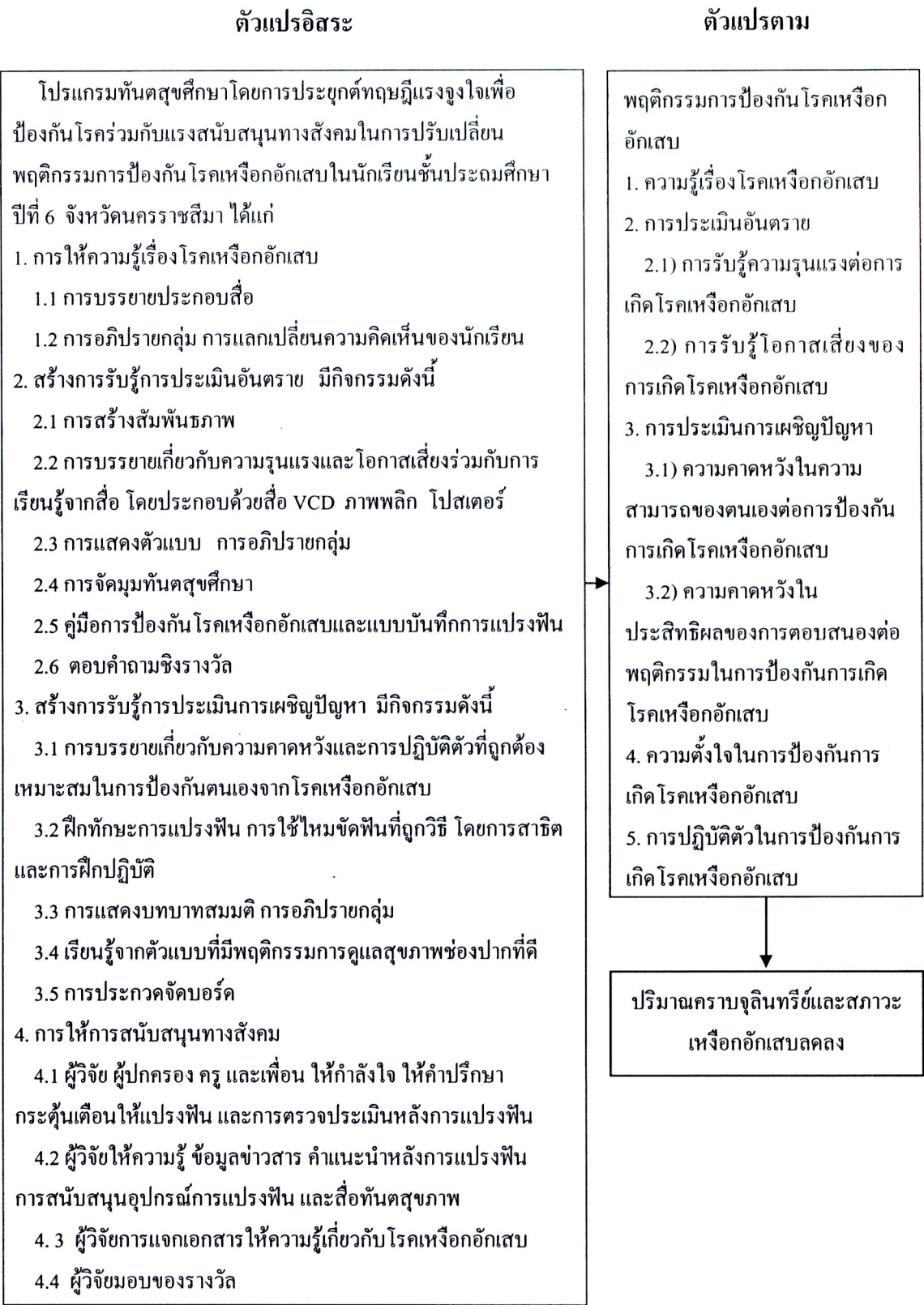
พนิดา โยวะสุข (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไต จำนวน 30 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย โดยให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองได้รับส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม วิถีทัศน์ การเสนอตัวแบบ สัญลักษณ์เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในการออกกำลังกาย และแบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับพยาบาลตามปกติ และภายหลังการได้รับโปรแกรมหักล้าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จากโปรแกรมสุขศึกษา ไม่ว่าจะเป็นแรงสนับสนุนที่เป็นสิ่งของ การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา หรือการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ก็จะมีผลทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ อันส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม จึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นเด็กนักเรียนประถมศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ทางสุขศึกษาที่เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบให้ดีขึ้นต่อไป ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย