

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็ก
ก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program for Parents on Oral Health Care
Behaviors of Preschool Children in Child Development Centers, Pho Si Suwan District,
Sisaket Province.

(Received: December 12,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

แก่นิติ ทิละบาล¹

Kengnithi Tilaban¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.001$) โดยด้านความรู้ความเข้าใจเพิ่มจากระดับปานกลาง (9.8) เป็นระดับสูง (14.2) ด้านการสื่อสารเพิ่มจากระดับปานกลาง (2.5) เป็นระดับมาก (4.3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มจากระดับปานกลาง (2.45) เป็นระดับมาก (4.12) และปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจากระดับมาก (2.24) เป็นระดับน้อย (0.85)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านทันตสุขภาพ, การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of an oral health literacy promotion program for parents on their oral health literacy, oral health care behaviors, and oral hygiene status of preschool children. The sample consisted of 90 parents of children aged 3-5 years in child development centers in Pho Si Suwan District, Sisaket Province, equally divided into experimental and control groups of 45 participants each through multi-stage sampling. The research instruments included an oral health literacy promotion program, an oral health literacy assessment form, an oral health care behavior assessment form, and a plaque index record form. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher scores than the control group in all aspects ($p<0.001$). Knowledge scores increased from moderate (9.8) to high (14.2) level, communication scores improved from moderate (2.5) to high (4.3) level, oral health care behaviors advanced from moderate (2.45) to high (4.12) level, and plaque index decreased from high (2.24) to low (0.85) level.

Keywords: Oral health literacy, Children's oral health care, Child development center

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทยประสบปัญหา ด้านสุขภาพช่องปากอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะ ปัญหาฟันผุ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดในกลุ่ม เด็กวัยนี้ จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดฟันผุ สูงที่สุดถึงร้อยละ 53.0 ขณะที่เด็กอายุ 5 ปีมีอัตรา ร้อยละ 27.9 โดยแนวโน้มการพบฟันผุครั้งแรกเริ่ม เพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.0 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 45.5 เมื่ออายุ 5 ปี¹

สาเหตุสำคัญของปัญหานี้เกิดจากการดูแล สุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมและการขาดความรู้ใน การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง เนื่องจากเด็ก ในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่อง ปากของเด็ก² โดยเฉพาะในด้านการแปรงฟันที่ ถูกต้อง การเลือกอาหารที่เหมาะสม การลดการ บริโภคน้ำตาล และการพาเด็กไปตรวจสุขภาพช่อง ปากเป็นประจำ

ผลกระทบของปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน มีความรุนแรงทั้งต่อบุคคลและสังคม โดยส่งผลต่อ สุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ทำให้เกิดอาการปวด ฟัน เคี้ยวอาหารลำบาก ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กระบวนการเจริญเติบโต การนอน และการพูด นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการเรียนเนื่องจากการขาด เรียนบ่อย และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพช่องปาก ระยะยาว³ ในด้านสังคม ปัญหานี้ก่อให้เกิดภาระค่า รักษาพยาบาลสูง รวมทั้งต้นทุนทางการเงินและเวลา สำหรับครอบครัว ซึ่งกระทบต่อรายได้และการ ทำงานของผู้ปกครอง⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam มีความสำคัญในการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการ ดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบ

สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การ ประเมิน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ ซึ่งช่วยให้ บุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,7}

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบ รู้ทันสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแล ช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมุ่งหวังว่า ผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็ก ก่อนวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อระดับความ รอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดย เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อวัดผลของโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่อสภาวะความสะอาดช่อง ปากของเด็ก โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลัง การทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสอง

กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 6 แห่ง ในเขตอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ที่กำหนดการทดสอบแบบ t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) แบบสองทาง กำหนด Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.6^8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20^9 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 90 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากทั้งหมด 6 แห่งในอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง จากนั้นจัดสรรศูนย์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 2 แห่ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของโปรแกรม (Contamination) และคัดเลือกผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากแต่ละศูนย์ตามสัดส่วนที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling)¹⁰

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปกครองหลักที่ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปีที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นพื้นที่วิจัย อาศัยอยู่กับเด็กในครัวเรือน

เดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักในการแปรงฟันให้เด็กสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับ-ส่งข้อความ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เด็กในความดูแลมีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง พัฒนาตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ¹¹ และทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง¹² ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมหนูน้อยฟันสวย ยิ้มสดใส เน้นการตรวจสุขภาพช่องปากและคราบจุลินทรีย์ (2) กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน (3) กิจกรรมทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ (4) กิจกรรมประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย (5) กิจกรรมโรคในช่องปากรู้ทันป้องกันได้ (6) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และ (7) กิจกรรมฟันดีมีรางวัล โดยดำเนินกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก และประวัติการรับบริการทันตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง พัฒนาตามแนวคิดของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ¹³ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

(1) ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 16 ข้อ (KR-20 = 0.82) เป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ให้คะแนน 0 กับ 1 แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

(2) ส่วนด้านที่ 2-5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล 5 ข้อ การสื่อสาร 6 ข้อ การจัดการตนเอง 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อ 5 ข้อ และการตัดสินใจ 4 ข้อ รวม 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้งถึงแทบไม่ได้ทำ คะแนน 1-5 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best¹⁵ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ มาก (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) และน้อย (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมการดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก การรับประทานอาหาร การใช้ขูดนม และการพาเด็กเข้ารับบริการทันตกรรม มีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง (6-7 วัน/สัปดาห์) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 1-5 สำหรับข้อความเชิงบวก และ 5-1 สำหรับข้อความเชิงลบ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best¹⁵ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) และไม่ดี (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ประยุกต์ใช้ดัชนี PHP (Patient Hygiene Performance)¹⁶ โดยตรวจฟันน้ำนม 6 ซี่ ได้แก่ ฟันบน 3 ซี่ (51 ด้าน Labial, 55 และ 65 ด้าน Buccal) และฟันล่าง 3 ซี่ (71 ด้าน Labial, 75 และ 85 ด้าน Lingual) ให้คะแนน 0-3 ตามปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ปกคลุมครึ่งหนึ่งของผิวฟันด้านใกล้เคียง คำนวณค่าเฉลี่ยและแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มี (0.00)

น้อย (0.10-1.00) ปานกลาง (1.10-2.00) และมาก (2.10-3.00)

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 1-2) ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เตรียมเอกสาร อุปกรณ์ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก สื่อการสอน และคู่มือกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 3-11) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม "หนูน้อยฟันสวย" ตรวจสุขภาพช่องปากและคราบจุลินทรีย์ แจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน ประเมินก่อนการทดลอง (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ผ่าน 6 ฐาน ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ พร้อมฝึกปฏิบัติ (3 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต้นแบบ ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและเลือกอุปกรณ์ (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 6 ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายช่วงแปรงฟันและก่อนกลับบ้าน ครูตรวจฟันประจำวัน

สัปดาห์ที่ 7-11 ทีมสุขภาพและ อสม. เยี่ยมบ้าน ติดตามปัญหา ให้คำแนะนำ และประเมินทักษะการแปรงฟัน (สัปดาห์ละ 30 นาที)

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยการตรวจสุขภาพประจำวัน การให้ความรู้ทั่วไป และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

3. ระยะประเมินผล (สัปดาห์ที่ 12) ตรวจคราบจุลินทรีย์ ประเมินความรู้และพฤติกรรม วิเคราะห์ผลลัพธ์ร่วมกัน เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และมอบรางวัลสำหรับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และตรวจวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

2. ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4-11) บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง บันทึกการตรวจฟันประจำวันโดยครูผู้ดูแลเด็ก และบันทึกผลการเยี่ยมบ้านรวมทั้งการติดตามทักษะการแปรงฟัน

3. หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ตรวจวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย ก่อนและหลังการทดลอง

Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-118

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน มีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 82.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 32 ปี และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 44.4) ด้านความสัมพันธ์กับเด็ก ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมารดา (กลุ่มทดลองร้อยละ 68.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ ปู่/ย่า/ตา/ยาย และบิดาตามลำดับ โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,000 บาทต่อเดือน

ความคล้ายคลึงของลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแสดงถึงความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเนื่องจากไม่มีความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานที่อาจส่งผลต่อตัวแปรที่ศึกษา

2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
1. ความรู้ความเข้าใจ (0-16 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	9.8 ± 2.4	ปานกลาง	9.6 ± 2.3	ปานกลาง	0.2	-0.8 to 1.2	0.684
- หลังทดลอง	14.2 ± 1.8	สูง	10.1 ± 2.2	ปานกลาง	4.1	3.3 to 4.9	<0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
2. การเข้าถึงข้อมูล (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.4 ± 0.6	ปานกลาง	2.3 ± 0.5	น้อย	0.1	-0.2 to 0.4	0.724
- หลังทดลอง	4.2 ± 0.4	มาก	2.5 ± 0.6	ปานกลาง	1.7	1.5 to 1.9	<0.001*
3. การสื่อสาร (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.5 ± 0.5	ปานกลาง	2.4 ± 0.6	ปานกลาง	0.1	-0.2 to 0.4	0.685
- หลังทดลอง	4.3 ± 0.4	มาก	2.6 ± 0.5	ปานกลาง	1.7	1.5 to 1.9	<0.001*
4. การจัดการตนเอง (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.3 ± 0.6	น้อย	2.4 ± 0.5	ปานกลาง	-0.1	-0.4 to 0.2	0.756
- หลังทดลอง	4.1 ± 0.5	มาก	2.5 ± 0.6	ปานกลาง	1.6	1.4 to 1.8	<0.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อ (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.2 ± 0.5	น้อย	2.3 ± 0.6	น้อย	-0.1	-0.4 to 0.2	0.824
- หลังทดลอง	4.0 ± 0.4	มาก	2.4 ± 0.5	ปานกลาง	1.6	1.4 to 1.8	<0.001*
6. การตัดสินใจ (1-4 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.1 ± 0.4	ปานกลาง	2.2 ± 0.5	ปานกลาง	-0.1	-0.3 to 0.1	0.795
- หลังทดลอง	3.6 ± 0.3	สูง	2.3 ± 0.4	ปานกลาง	1.3	1.1 to 1.5	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพไม่แตกต่างกันในทุกด้าน ($p>0.05$)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.001$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านความรู้ความเข้าใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.2 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.7 คะแนน (95% CI: 1.5 ถึง 1.9)

ด้านการสื่อสาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.3 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.6 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.7 คะแนน (95% CI: 1.5 ถึง 1.9)

ด้านการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.2 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.7 คะแนน (95% CI: 1.5 ถึง 1.9)

ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.1 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.6 คะแนน (95% CI: 1.4 ถึง 1.8)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.0 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.4 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.6 คะแนน (95% CI: 1.4 ถึง 1.8)

ด้านการตัดสินใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.6 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.3 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.3 คะแนน (95% CI: 1.1 ถึง 1.5)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	2.45 ± 0.62	ปานกลาง	2.38 ± 0.58	ปานกลาง	0.07	-0.19 to 0.33	0.584
หลังทดลอง	4.12 ± 0.45	มาก	2.52 ± 0.60	ปานกลาง	1.60	1.38 to 1.82	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p=0.584) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.45 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 2.38 (ระดับปานกลาง) มีความแตกต่าง

0.07 คะแนน (95% CI: -0.19 ถึง 0.33) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (ระดับมาก) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.52 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีความแตกต่าง 1.60 คะแนน (95% CI: 1.38 ถึง 1.82)

4. สภาวะความสะอาดช่องปากของเด็ก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=45)	ระดับ	กลุ่มควบคุม (n=45)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง	2.24 ± 0.48	มาก	2.18 ± 0.52	มาก	0.06	-0.15 to 0.27	0.568
หลังทดลอง	0.85 ± 0.32	น้อย	1.98 ± 0.45	ปานกลาง	-1.13	-1.29 to -0.97	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ไม่แตกต่างกัน (p=0.568) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.24 (ระดับมาก) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.18 (ระดับมาก) มีความแตกต่าง 0.06 คะแนน (95% CI: -0.15 ถึง 0.27) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 0.85 (ระดับน้อย) ต่ำ

กว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.98 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีความแตกต่าง -1.13 คะแนน (95% CI: -1.29 ถึง -0.97)

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากการพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁵ ซึ่ง

มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะอย่างเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่การเข้าถึง การเข้าใจ การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ร่วมกับทฤษฎีการปรับตัวพฤติกรรมสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง¹² ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและการเสริมแรง ผลการศึกษาพบการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในสองด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มจาก 9.8 เป็น 14.2 คะแนน และด้านการสื่อสารที่เพิ่มจาก 2.5 เป็น 4.3 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐาธาร เสาวเวียง และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การให้ความรู้ผ่านโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้สะดวก ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)" การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น โดยคะแนนเพิ่มจาก 2.45 เป็น 4.12 คะแนน เป็นผลมาจากการที่โปรแกรมใช้กลวิธีที่หลากหลาย ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ หมีแก้ว และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์¹⁸ ที่พบว่า การเพิ่มการรับรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฟันผุร่วมกับการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดีขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มความถี่ในการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทรารักษ์ หัสติเสวี และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การผสมผสานวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการฝึกทักษะการแปรงฟันและการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการแปรงฟันให้เด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 95.2

การลดลงของค่าดัชนี PHP จากระดับมาก (2.24) เป็นระดับน้อย (0.85) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการพัฒนาทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

การศึกษาของกิตติศักดิ์ วาทยธธา และคณะ²⁰ ที่พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ชารสินธุ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า การฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การสาธิต และการฝึกปฏิบัติซ้ำ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำความสะอาดช่องปากได้

ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้เกิดจากการออกแบบที่มีการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) การใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้ (2) การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการเสริมแรง (3) การใช้กลวิธีที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (5) การติดตามอย่างต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่จำเป็น มีทักษะในการสื่อสารและจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปยังพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีขึ้น และนำไปสู่การลดลงของปริมาณคราบจุลินทรีย์ในที่สุด แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ใน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง โดยเฉพาะกิจกรรมการฝึกทักษะผ่านฐานการเรียนรู้และการติดตามเยี่ยมบ้าน

1.2 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรม พร้อมทั้งสนับสนุนสื่อและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.3 ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาผู้ปกครองต้นแบบเพื่อเป็นแกนนำในการขยายผล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืน

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมือง ชุมชนแออัด หรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของการผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชัน หรือสื่อสังคมออนไลน์ เข้ากับโปรแกรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข; 2567.
2. เกตุวดี เจือจันทร์, อธิยา สันไชย, อรวรรณ นามมนตรี, อโนชา ศิลาสัย, หฤทัย สุขเจริญโกศล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จ.สระบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2559;22(1):5-16.
3. กรมอนามัย. เด็กเล็กกับปัญหาฟันผุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/>
4. SDG Move. การจัดการปัญหาฟันผุในเด็กเล็กเชิงกลยุทธ์ของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmove.com/2022/11/29/strategic-early-childhood-caries-thailand/>
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
6. กิตติศักดิ์ วาทยโธ, สมชาย สุริยะไกร, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารทันตสาธารณสุข 2562;24(1):45-52.
7. สุกัญญา ขารสินธุ์, วิไลพร รังควัต, พรทิพย์ วรรณลู. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):78-89.
8. สุไรยา ฆมานะโรตะ, อรชนิ พลานุกุลวงศ์, ยูลิธี ลิเก. ผลของการใช้โปรแกรม KNfun ต่อความรู้ทางทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันของผู้ปกครองและระดับการปฏิบัติในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุข 2565;2(2):12-24.
9. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.

10. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners. 5th ed. London: Sage Publications; 2019
11. กรมอนามัย. คู่มือการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (ABCDE-health literacy scale of Thai adults). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557
14. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
15. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006.
16. Podshadley AG, Haley JV. A method for evaluating oral hygiene performance. Public Health Rep. 1968;83(3):259-264.
17. ขวัญสาร เสาวเรือง, ภัคชิสรา คนสุภาพ, มานพพร เพชรเมธา, ไพสิฐ บุญยะกวี. ผลของโปรแกรมแซทบอทเพื่อส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครตรัง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564 ก.ค. 8-9; นครปฐม, ประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2564. น. 2756-2763.
18. อิตารัตน์ หมี่แก้ว, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564; 2673:304-320. 2564;2673:304-320.
19. ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี, จารินี ภาษิตตานนท์, กาญจนา ขำจันทร์, ศิวพร บุบผาหอม. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ. วารสารทันตแพทยศาสตร์ มศว. 2566;16(2):43-56.
20. กิตติศักดิ์ วาทยธธา, ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เขตพื้นที่อำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร. ชม.ทันตสาร. 2562;40(1):81-96.
21. สุกัญญา ฆารสินธุ์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สายฝน จันทร์หอม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):705-716. DOI: 10.14456/rhpc9j.2021.50.