

กระบวนการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ขวบ : กรณีศึกษาในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิมแห่งหนึ่ง อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

อังคณา เขียวมนตรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุนิสา วงศ์แสนใหม่

ทันตแพทย์ ฝ่ายทันตสาธารณสุข
รพ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา

จริญญา หุ่นศรีสกุล

อาจารย์ ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศุภิมา นฤมล วงศ์สุภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสัตวศึกษา
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.อังคณา เขียวมนตรี
ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
โทรศัพท์: 074-287650
อีเมล: angkana.t@psu.ac.th

แหล่งทุน: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

ฟันน้ำนมในเด็กเล็กเป็นปัญหาทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ ซึ่งปัญหาฟันผุในเด็กเล็กนี้ไม่ได้สัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กด้วย เนื่องจากสุขภาพช่องปากของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการเลี้ยงดูเป็นสำคัญ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-3 ขวบ และเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูดังกล่าวในชุมชนสวนยางไทยพุทธและไทยมุสลิมแห่งหนึ่ง ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา โดยใช้กรณีศึกษา 9 ครอบครัว (ไทยพุทธ 4 ราย และไทยมุสลิม 5 ราย) ผลการศึกษาพบว่าเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากในชุมชนนี้ได้แก่ 1) ค่านิยม “ปล่อยลีบ” ซึ่งส่งผลให้แม่ไทยพุทธเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสั้น (20 วัน - 5 เดือน) 2) ค่านิยม “เคารพเชื่อฟังผู้อาวุโส” ส่งผลให้แม่ทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมเลี้ยงลูกตามที่ผู้สูงอายุบอกกล่าวกันมา และ 3) ความเชื่อเรื่อง “นมข้างขวาเป็นเยื่อ นมข้างซ้ายเป็นน้ำ” ส่งผลให้แม่ไม่ได้ให้เด็กดื่มน้ำหลังดื่มนมแม่ รวมทั้งวิถีชีวิตชาวสวนยางที่ส่งผลให้แม่ไม่มีเวลาดูแลให้ลูกแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า การมีร้านขายนมใกล้บ้านและการที่เครือข่ายให้นมแก่เด็กส่งผลต่อการกินนมของเด็ก ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม ยกเว้นค่านิยม “ปล่อยลีบ” ที่ส่งผลต่อกลุ่มแม่ไทยพุทธเด่นชัดกว่า ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้เป็นเพียงกรณีศึกษา ในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิมแห่งหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถใช้อ้างอิงไปสู่ประชากรทั่วไปได้ แต่อาจนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มอื่นที่คล้ายคลึงกันได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมกับการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการดำเนินงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในกลุ่มอายุนี้นี้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากนี้ และควรศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

บทนำ

ฟันผุในเด็กเล็ก (Early Childhood Caries) ในประเทศไทย เป็นปัญหาทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ การแก้ปัญหา ฟันผุในเด็กเล็กต้องมองสภาพปัญหาอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจาก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุไม่ได้มีเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพ เท่านั้น แต่ยังมีเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ด้วย โดยเฉพาะเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งจากการศึกษาในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สวีเดน ชาวดัตช์ ออสเตรเลีย เยอรมนี จีน และประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่ สัมพันธ์กับฟันผุในเด็กเล็กมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น 1) การ ให้นมและอาหาร พบว่าเด็กที่ได้รับอาหารทางขวดนม เช่น นมผสม น้ำหวาน หรือน้ำผลไม้บ่อย ๆ เด็กที่ทานนมชบเคี้ยว ระหว่างมื้อบ่อย ๆ เด็กที่หลับคาขวดนมหรือเด็กที่อมข้าวจะมี โอกาสเกิดฟันผุสูง¹⁻⁶ 2) แผ่นคราบจุลินทรีย์และการทำความสะอาด ช่องปากเด็ก พบว่าเด็กที่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ในปริมาณมาก หรือเด็กที่พ่อแม่ไม่ค่อยดูแลเอาใจใส่ในการแปรงฟันให้จะมีฟันผุ สูง^{1-3,6} และ 3) การพาเด็กไปพบทันตแพทย์ พบว่าเด็กที่ผู้ปกครอง ไม่ได้พาไปพบทันตแพทย์จะมีฟันผุสูง⁶

นอกจากนี้ ผลจากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม ของจินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ⁷ ได้ แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในฟันน้ำนม เป็น 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม อาหาร ภาวะโภชนาการ และเชื้อจุลินทรีย์ กล่าวคือ ฟันเด็กที่ขึ้นมาใหม่ ๆ ยังสร้างแร่ธาตุ ไม่สมบูรณ์ มีความไวต่อฟันผุสูงที่สุด นมถือเป็นอาหารหลักใน เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี นมไม่ใช่อาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ แต่การให้ นมเด็กที่ผิดวิธี ทำให้ฟันผุได้ เช่น การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม การให้นมมือดึก หรือการให้เด็กดูดนมเป็นระยะเวลานาน ๆ รวมทั้งการให้เด็กดูดน้ำหวาน หรือน้ำผลไม้จากขวดนม 2) ปัจจัย ระดับครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูเด็ก การทำความสะอาดฟัน สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวและการศึกษาของ มารดา การเปรียบเทียบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในกลุ่มที่ลูก ฟันผุกับผู้ปกครองของเด็กกลุ่มที่ฟันไม่ผุนั้น พบว่าผู้ปกครองที่ ลูกฟันผุจะไม่สามารถจัดการหรือควบคุมลูกได้ ลังเลในการ ปฏิเสธลูก และเลี้ยงแบบตามใจ ส่วนผู้ปกครองที่ลูกมีฟันผุ น้อยกว่า จะทำความสะอาดฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กที่มีมารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีฟันผุต่ำกว่าเด็กที่มีมารดา มีการศึกษาน้อย และ 3) ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ กระแสบริโภคนิยม โดยเฉพาะ

การบริโภคขนมและของหวาน พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็น ไปอย่างรวดเร็วผ่านทางสื่อโฆษณาต่าง ๆ มีการโฆษณานม ที่มีสารปรุงแต่งกลิ่นและรสทำให้เด็กตกเป็นเหยื่อของกระแส บริโภคนิยมนี้อย่างมากมาย⁷

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการเลี้ยงดูเด็กและเงื่อนไข ทางสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กนั้น ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูเป็นสำคัญ โดยแต่ละชุมชนจะมีลักษณะ ทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป การที่ผู้เลี้ยงดูจะเลี้ยงดู เด็กอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต และบริบททาง สังคมของผู้เลี้ยงดูและผู้เกี่ยวข้อง⁸⁻⁹ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก และความเชื่อมโยงระหว่างเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ วิถีชีวิต ค่านิยม และความเชื่อกับการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-3 ขวบ โดยใช้กรณีศึกษาในชุมชนสวนยางไทยพุทธและไทยมุสลิมแห่งหนึ่ง ในภาคใต้

ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ จะช่วยให้เข้าใจกระบวนการ เลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากและเงื่อนไขที่สัมพันธ์ กับเลี้ยงดูเด็กได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ขวบให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

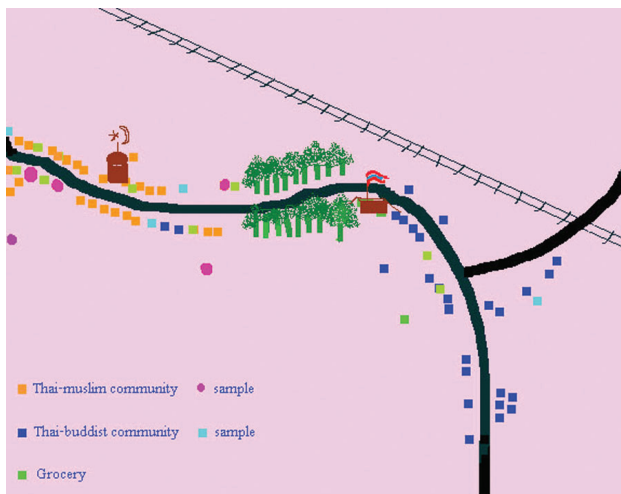
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) แบบ กรณีศึกษา (Case study) ในการทำความเข้าใจการเลี้ยงดูและเงื่อนไข ทางสังคมและวัฒนธรรม อันได้แก่ วิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ ความเป็นพุทธและมุสลิม และสภาพแวดล้อมทางสังคมและ กายภาพ ว่ามีความเชื่อมโยงกับการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ช่องปากเด็กอายุ 0-3 ขวบอย่างไร โดยใช้มโนทัศน์แบบยืดหยุ่น¹⁰ (Sensitizing concept) เป็นแนวทางในการค้นหาความสัมพันธ์ของ เงื่อนไขดังกล่าวตามสภาพข้อเท็จจริงในชุมชนไทยพุทธและไทย มุสลิม

พื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยเลือกอำเภอเทพา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากร ทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม การเดินทางไปพื้นที่วิจัยไม่ไกลนัก

และที่สำคัญ คือ อำเภอเทพาเป็น 1 ใน 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ที่ผลการสำรวจทันตสุขภาพในปี พ.ศ.2544 พบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ขวบ สูงกว่าร้อยละ 80 และเลือก “บ้านน้ำเปรี้ยว” (ชื่อสมมติ) ซึ่งอยู่ในตำบลเกาะแก้ว (ชื่อสมมติ) เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม โดยมีไทย-



รูปที่ 1 ลักษณะการตั้งบ้านเรือนของชุมชนไทยพุทธและมุสลิมในหมู่บ้าน

Fig. 1 Housing distribution of Thai-Buddhist and Thai-Muslim community in the village

ตารางที่ 1 ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

Table 1 Data, informants, methods and instruments for data collection

Data	Informant	Method of data collection	Instrument in data collection
1. General information of village such as social and cultural aspects, and way of life of people in the village	- Thai-Buddhist and Thai-Muslim elders who knew about the history of the village - The leader of the Islam religion in the village	- Informal interview - Non participatory observation	- Informal interview guideline - Tape recorder - Camera
2. Values and beliefs about child rearing	- Elders in the village - Caretakers of children 0-3 years old (who were not the case study)	- Informal interview	- Informal interview guidelines - Tape recorder - Camera
3. Background of cases and their family, data on child rearing process and social and cultural conditions that influenced child rearing related to oral health	Main caretakers of 0-3 year-old children and other members in the family	- In-depth interview - Participatory observation - Case study - Life History	- In-depth interview guidelines - Field note - Tape recorder - Camera

พุทธร้อยละ 35 และไทยมุสลิมร้อยละ 65 และมีลักษณะการตั้งบ้านเรือนเป็นหย่อมที่พอแยกได้ว่าเป็นหย่อมบ้านเรือนไทยพุทธและหย่อมบ้านไทยมุสลิม (รูปที่ 1)

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลสองกลุ่มประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน เช่น ข้อมูลความทรงจำทางสังคมของชุมชน วิถีชีวิตในอดีต อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของคนในชุมชน สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน การเลี้ยงดูเด็กโดยทั่วไปและการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก โดยคัดเลือกแบบ สโนว์บอล (Snowball) ประกอบด้วย ครูที่สอนในโรงเรียนในหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำศาสนา อดีตหมอตำแย และแม่คนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กรณีศึกษา รวม 20 คน และ 2) กรณีศึกษา เป็นผู้ให้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งได้แก่ แม่ที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักที่มีลูกอายุ 0-3 ขวบ เป็นไทยพุทธ 4 ราย และไทยมุสลิม 5 ราย โดยทุกคนทำสวณยาเป็นอาชีพหลัก

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการทำประวัติชีวิตของกรณีศึกษา ตารางที่ 1 แสดงข้อมูล แหล่งข้อมูล วิธีการเก็บ

รวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากเอกสารของโครงการวิจัยระยะยาว เรื่อง “การศึกษาติดตามเด็กไทยตั้งแต่ก่อนคลอดไปในระยะยาวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้ง ด้านครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม”¹¹ ซึ่งเก็บข้อมูลในอำเภอเทพา และศึกษาความรู้ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจสภาพทั่วไปของชุมชน ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเด็ก การเลี้ยงดูเด็กโดยทั่วไปและสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-3 ขวบ ในอำเภอเทพา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเก็บข้อมูลในชุมชนต่อไป

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมีหัวหน้าสถานีอนามัย ประธานและอดีตประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยช่วยเหลือในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่าง ๆ การเก็บข้อมูลเริ่มในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพื้นที่อีกครั้งในเดือนมกราคม ในปีต่อมาใช้เวลาในการเก็บและประมวลข้อมูลที่ต่อเนื่องรวม 4 เดือน

การเก็บข้อมูลในช่วงแรก ๆ เป็นการเข้าไปพูดคุยกับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมตลอดจนผู้นำศาสนา เพื่อให้เป็นทั้งผู้ชักและคุ้นเคยกับชาวบ้าน จากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็กตั้งแต่อดีตจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กรณีศึกษาพร้อมกับสังเกตสถานการณ์จริงในการเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 9 ครอบครัว (ไทยพุทธ 4 ครอบครัว และไทยมุสลิม 5 ครอบครัว)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางของสุงาต¹² คือ 1) วิเคราะห์ชุมชนเพื่อให้เห็นภาพรวมของโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบหรือสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน 2) จัดบันทึกและทำดัชนีข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกในระหว่างการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละวัน จากนั้นจึงสร้าง “แก่นเรื่อง” (Theme) และ “หัวข้อเรื่อง” (Categories) จากข้อมูลตรวจสอบข้อมูลว่าครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาหรือไม่ เก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์และกำจัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง และ 3) วิเคราะห์หาความเชื่อมโยง ความเหมือน ความต่าง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดยผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีเก็บข้อมูล เช่น การบันทึกเสียง ถ่ายภาพ และการสังเกตการณ์เลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และการนำเสนอข้อมูลโดยใช้ชื่อสมมติ การระมัดระวังไม่ให้ปรากฏภาพบุคคลที่ชัดเจน

ผล

บริบทของชุมชน

บ้านน้ำเปรี้ยว เป็นหมู่บ้านแห่งหนึ่งของตำบลเกาะแก้ว อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ระยะทางห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 73 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 9,892 ไร่ พื้นที่ของหมู่บ้านมีลักษณะเป็นเนินเขาเตี้ย ๆ และพื้นที่ราบ บริเวณที่เป็นเนินเขาชาวบ้านเรียกว่า “ควน” เป็นพื้นที่ปลูกยางพาราและทำสวนพืชผัก เช่น แตงกวา แตงโม และถั่วฝักยาว ส่วนพื้นที่ราบเป็นทุ่งนาและบริเวณที่ตั้งบ้านเรือน หมู่บ้านนี้เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ.2347 หรือเมื่อประมาณ 200 ปีมาแล้ว ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าไทยพุทธหรือไทยมุสลิมมาตั้งถิ่นฐานก่อนกัน ลักษณะการตั้งบ้านเรือนเป็นหย่อมไทยพุทธและไทยมุสลิมที่แยกกันชัดเจน โดยมีพื้นที่สวนยางคั่นระหว่างชุมชนทั้งสอง (รูปที่ 1)

ในหมู่บ้านมีทั้งหมด 153 ครัวเรือน มีจำนวนประชากร 694 คน เป็นไทยพุทธร้อยละ 35 และไทยมุสลิมร้อยละ 65 สัดส่วนผู้ชายกับผู้หญิงพอ ๆ กัน มีเด็กอายุ 0-3 ปี ในหมู่บ้านตามรายชื่อในทะเบียนทั้งหมด 59 คน (ข้อมูลของสถานีอนามัยเกาะแก้ว ปี พ.ศ.2546) ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือ ทำสวนยางและเลี้ยงวัวเป็นอาชีพเสริม รายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง 30,000-50,000 บาท

โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของบ้านน้ำเปรี้ยว

บ้านน้ำเปรี้ยวเป็นชุมชนที่มีจุดกำเนิดจากการเข้ามาตั้งถิ่นฐานของสองวัฒนธรรม คือชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม สังคมบ้านน้ำเปรี้ยวเป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันได้อย่างสงบและสมานฉันท์ ดังคำบอกเล่าของหญิงสูงอายุไทยพุทธคนหนึ่งที่ว่า

“คนพุทธกับคนแขกเข้ากันได้ดี ไม่มีปัญหาอะไร แต่ก็มีบ้างบางพวกบางคน เวลาเดือนสิบยายทำต้มครั้งหนึ่ง 13 ลิตรแจกทั้งหมู่บ้าน คนแขกนี้แหละมาช่วยทำเพราะเวลาทำเสร็จก็เอาไปแจกเขา แจกทั้งหมู่บ้าน เพราะเวลาเขาทำ เขาก็มาแจกเรา”

สถาบันอนามัยของชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกด้วยรถจักรยานยนต์ที่มีใช้กันเกือบทุกครัวเรือน ระยะทางจากหมู่บ้านไปสถานีอนามัยประมาณ 1-2 กิโลเมตร และจากหมู่บ้านไปโรงพยาบาลเท่าๆ ประมาณ 8-10 กิโลเมตร ชาวบ้านไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ

วิถีชีวิตของชาวสวนยาง

วิถีชีวิตของชาวสวนยางที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาอยู่ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงที่ชาวบ้านไปกรีดยางได้เนื่องจากไม้ไผ่ฤดูฝน วิถีชีวิตของคนที่นี่เริ่มขึ้นตั้งแต่ยังไม่มีการส่งสว่างจากดวงอาทิตย์ ช่วงที่ไปกรีดยางตอนยังไม่สว่างต้องใช้ตะเกียงแก๊สสอง ชาวบ้านเรียกว่า “ไปให้สว่าง” (รูปที่ 2) แต่ถ้า



รูปที่ 2 ชาวบ้านกำลังให้สว่าง (กรีดยางตอนฟ้ายังไม่สว่าง)

Fig. 2 A villager worked in a rubber plantation in early morning

ไปกรีดยางตอนสว่างแล้วไม่ต้องใช้ตะเกียง เรียกว่า “ไปตัดยาง” เวลาที่ตื่นนอนไปกรีดยางนั้น ส่วนใหญ่ประมาณ 02.00 น.-05.00 น. ชาวบ้านจะไม่อาบน้ำ เพียงแต่ล้างหน้าและล้างปาก บางคนก็แปรงฟัน บางคนก็ไม่แปรง ชาวบ้านจะกรีดยางเสร็จประมาณ 6.00 น. ระหว่างนั้นจะรอให้น้ำยางไหลลงภาชนะรองรับจึงค่อยไปเก็บน้ำยาง โดยต้องนำน้ำยางไปขายให้เสร็จก่อนเวลา 11.00 น. เพื่อให้คนรับซื้อนำไปขายให้ทันเวลาก่อน 12.00 น. ช่วงที่รอไปเก็บน้ำยางนั้นคนที่สวนยางอยู่ไม่ไกลจากบ้านก็จะกลับมาบ้านก่อนเพื่อจัดการเรื่องวัวและเรื่องลูก เช่น พาวัวไปผูกไว้ให้กินหญ้า ส่วนใครที่มีลูกเล็กก็ได้กลับมาดูแลให้ลูกกินนมหรือดูแลให้ลูกที่อยู่ในวัยเรียนรับประทานอาหารเช้าและเตรียมข้าวห่อให้ลูกไปโรงเรียน ส่วนตนเองก็รับประทานอาหารเช้าด้วย แต่คนที่สวนยางอยู่

ไกลจะไม่สามารถทำเช่นนั้นได้

เสร็จจากงานสวนยางซึ่งเป็นเวลาประมาณเที่ยง ชาวบ้านจะอาบน้ำและแปรงฟัน สำหรับแม่ที่มีลูกเล็กที่ยังไม่เข้าโรงเรียนนั้น เวลาแม่อาบน้ำตอนเที่ยงจะเป็นช่วงเวลาที่แม่กับลูกเล็กจะได้อาบน้ำและแปรงฟันพร้อมกัน หลังจากนั้นก็จะรับประทานอาหารมื้อกลางวันแล้วก็นอนหลับพักผ่อนเวลาประมาณ 13.00 น.-15.00 น. ซึ่งเด็ก ๆ ก็นอนพักผ่อนเช่นกัน หลังพักผ่อนหรือใช้เวลาอยู่กับลูกแล้วก็เป็นเวลาที่ทำงานต่อ งานที่ทำในช่วงบ่ายถึงเย็น จะมีลักษณะคล้าย ๆ กัน เช่น บางคนลับมีดสำหรับไปกรีดยางในวันรุ่งขึ้น คนที่เลี้ยงวัวก็ไปตัดหญ้าให้วัวหรือพาวัวไปลามาที่ใหม่เพื่อเปลี่ยนที่ให้อาหารวัว ผู้หญิงที่เป็นแม่บ้านพอจะมีเวลานั่งจับกลุ่มคุยกันหรือเลี้ยงลูกด้วยกันในช่วงนี้ ช่วงเย็นประมาณ 17.00 น. ผู้หญิงก็จะเตรียมหุงหาอาหาร ซึ่งเวลาอาหารค่ำจะอยู่ในช่วง 18.00 น.-20.00 น. จากนั้นชาวบ้านส่วนใหญ่จะเข้านอนประมาณ 20.00 น.-21.00 น. เพราะต้องตื่นไปสวนยางแต่เช้ามีด เป็นวิถีชีวิตที่วนเวียนอยู่อย่างนี้ โดยชาวบ้านจะมีช่วงกรีดยางประมาณ 3-4 วัน และมี “วันหยุดยาง” 1 วันสลับกันไป ซึ่งวันหยุดยางของแต่ละคนจะไม่ตรงกัน

การเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดู

การเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ขวบ ในการศึกษานี้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกรณีศึกษา 9 ครอบครัว (พุทธ 4 ราย และไทยมุสลิม 5 ราย) ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกรณีศึกษา พบว่าแม่มีอายุระหว่าง 16-40 ปี ลูกอายุ 8 เดือน - 3 ปี ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และมีการกระจายของเพศของเด็กและฐานะทางเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกัน การจัดระดับฐานะทางเศรษฐกิจของกรณีศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินและจัดกลุ่มโดยผู้ให้ข้อมูลในชุมชน เช่น

คอรียะ “คนรวย คือคนที่มีสวนยางเป็นร้อย ๆ ไร่ มีเงินเหลือเก็บเยอะ ๆ คนพอมีพอกิน คือ คนที่กินไม่ขัด จ่ายไม่ขัด ไม่ต้องไปยืมคนอื่น คนจน คือ คนที่ไม่มีสวนยาง หรือว่าคนที่สวนยางน้อย บางคนก็มีสองสามไร่ บางคนก็มีสี่ห้าไร่ ส่วนมากจะตัดยางจ้าง หรือว่าคนที่ขี้เกียจ”

จิตราภกับสามี “คนที่ลำบาก คือ รายได้น้อย ตัดยางจ้าง คนพอมีพอใช้ ไม่อดอยากได้อะไรก็ได้สิ่งนั้น ถ้าลูกอยากได้อะไรก็ซื้อให้ได้ ไม่ต้องกู้ยืมคนอื่น คนยังสั๊กหิด (หมายถึงมีฐานะดี) ฐานะมั่นคง รายได้ดีกว่า”

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

Table 2 General information of case studies

Mother's Name*	Mother's Age(Years)	Religion	Economic Status**	FamilyType	Child'sName*	Sex	Child's Age
Hayatee	16	Islam	rich	compound	Vasim	male	8 months
Roseeya	24	Islam	poor	single	Rashane	male	11 months
Koreeya	37	Islam	rich	single	Suriya	female	1 year and 6 months
Mimunoa	30	Islam	rich	single	Darin	female	1 year and 11 months
Russana	33	Islam	moderate	single	Goft	male	2 years and 6 months
Maliwan	28	Buddhist	moderate	single	Tew	male	10 months
Yaowapa	40	Buddhist	poor	single	Oiy	female	1 year and 1 month
Jitra	34	Buddhist	rich	single	Dao	female	2 years and 7 months
Am-on	37	Buddhist	moderate	single	Mod	female	3 years

* pseudo-name

** Classified according to the definitions given by the villagers

จากการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูเด็กโดยทั่วไปของคนในชุมชนทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม เป็นการเลี้ยงดู “แบบบ้าน ๆ” หรือเลี้ยงดู “แบบธรรมชาติ” หรือ “แบบลูกทุ่ง” โดยแม่แต่ละคนให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันว่า เป็นการเลี้ยงดูที่ไม่พิถีพิถันเรื่องสุขอนามัยมากนัก (รูปที่ 3) พบว่าการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเป็นไปในลักษณะเดียวกัน การเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่กล่าวถึงในการศึกษานี้ ได้แก่

1. การให้นมแม่และนมผสม

แม่ไทยพุทธในการศึกษานี้ ให้นมแม่ 20-40 วัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะค่านิยม “ปล่อยสีสับ” ซึ่งเป็นค่านิยมที่กำหนดระยะเวลาการให้นมแม่เพียง 40 วัน เนื่องจากชาวบ้านมีความคิดว่าหลังคลอด 40 วัน แม่สามารถทำงานตามปกติได้แล้ว แม่จึงหย่านมลูกเพื่อไปช่วยสามีทำงาน แม่ไทยพุทธบางคนถึงกับเตรียมหย่านมลูกไว้



รูปที่ 3 “การเลี้ยงแบบบ้าน ๆ” ที่ไม่พิถีพิถันเรื่องสุขอนามัย

Fig. 3 “Rural child rearing” that was not strict in good hygiene

ล่วงหน้า เนื่องจากกลัวว่าเมื่อถึงกำหนด 40 วัน ลูกจะไม่ยอมให้หย่านม จึงให้ลูกกินนมแม่เพียง 20 วันเท่านั้น คำนิยม “ปล่อยลีบ” นี้มีทั้งในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิม แต่เด่นชัดในชุมชนไทยพุทธมากกว่า เพราะแม่ไทยมุสลิมยังคงให้นมลูกไปจนลูกจะเลิกกินไปเองคือ อย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากเป็นสิ่งที่ปฏิบัติตามต่อ ๆ กันมาจากรุ่นแม่สู่รุ่นลูก

นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ในการศึกษานี้ทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อว่า “นมข้างขวาเป็นเยื่อ นมข้างซ้ายเป็นน้ำ” ซึ่งเป็นความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากรุ่นแม่สู่รุ่นลูก ดังคำพูดของผู้สูงอายุไทยพุทธที่ว่า “ให้กินทั้งซ้ายทั้งขวา เยื่ออยู่ข้างขวาน้ำอยู่ข้างซ้าย กินข้างขวาแหละก่อน กินเยื่อก่อน” เวลาให้ลูกกินนมจึงให้กินข้างขวาซึ่งเป็นเยื่อก่อน ตามด้วยข้างซ้ายซึ่งเป็นน้ำ เพราะแม่สังเกตว่านมข้างขวาช้นกว่าข้างซ้าย ผลของความเชื่อนี้ทำให้แม่ไม่ได้ให้ลูกดื่มน้ำตามหลังกินนมแม่ เพราะคิดว่าเด็กได้กินครบแล้วทั้งเยื่อและน้ำ แบบแผนการให้นมแม่ คือ ลูกหิวเมื่อไหร่ให้กินเมื่อนั้น ตามที่เอมอรบอกว่า “วันหนึ่งบอกไม่ถูก (หัวเราะ) กินหลายหนวันหนึ่ง กลางคืนกะกิน กลางคืนพอตื่นมากะดูด ตื่นมากะดูด ...เป็นเวลาหรือ? ไม่ ไม่กะ (กำหนด) ร้องกะดูด ร้องกะให้กิน”

ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมของแม่ไทยพุทธและไทยมุสลิมต่างกันตรงที่หลังจากครบ 40 วันแล้วแม่ไทยพุทธจะหย่านมแม่ไปเลย แล้วให้ลูกกินนมผสมอย่างเดียว ในขณะที่แม่ไทยมุสลิมจะให้ลูกกินนมแม่ควบคู่ไปกับนมผสมโดยยังให้นมแม่เป็นหลักและให้กินนมผสมเฉพาะเวลาที่ไม่สามารถให้นมแม่ได้เท่านั้น เช่น เวลาแม่ไปสวนยาง หรือไปทำธุระนอกบ้าน วิธีการให้นมผสมเหมือนกัน คือ ชงใส่ขวดให้ดูด เด็กเล็กเริ่มให้ทีละ 2 ออนซ์ ไม่กำหนดว่าอายุกี่เดือนให้กินวันละกี่ออนซ์ แต่จะสังเกตว่าลูกกินหมดและอิ่มหรือไม่ ถ้ากินหมดและไม่อื่ก็จะเพิ่มให้ครั้งละ 2 ออนซ์ ในแต่ละวันเด็กจะได้กินนมวันละหลายครั้ง คือ เด็กหิวเมื่อไหร่ให้กินเมื่อนั้น และให้กินเมื่อเด็กร้องกวน โดยเฉลี่ยกลางวันจะให้เด็กกินประมาณ 4-5 ครั้ง ส่วนกลางคืนประมาณ 2 ครั้ง

เวลากลางวันเด็กจะได้ดื่มน้ำตามหลังดื่มนมบ้าง แต่ไม่ทุกครั้ง ส่วนกลางคืนแม่เกือบทุกคนไม่ได้ให้ลูกดื่มน้ำตามเลย เพราะเด็กมักจะหลับไปก่อนที่จะเอาขวดนมออกและแม่เองก็หลับด้วยเช่นกัน จึงไม่ได้ให้ลูกดื่มน้ำตาม พบว่าแม่ไทยพุทธที่เป็นกรณีศึกษาเห็นความสำคัญของการให้ลูกดื่มน้ำตามหลังกินนมขวดมากกว่าแม่ไทยมุสลิม เช่น จิตราบอกว่า “ถ้านมแม่เราไม่ต้องจาวลา (จัดการ) ไซ้มียะ ถึงนมนี้ (หมายถึงนมผสม) ต้องหัน” เช่นเดียวกับเยาวภา ซึ่งเริ่มฝึกให้ลูกดื่มน้ำตามหลังดื่มนมตั้งแต่ลูกเริ่มดื่ม

นมขวดเพราะเชื่อว่าฝึกแล้วลูกจะติดเป็นนิสัย ทุกวันก่อนไปสวนยางจะเตรียมขวดน้ำไว้ให้ลูกเสมอ เยาวภาบอกว่าลูกเป็นเด็กที่ชอบดื่มน้ำ ดื่มน้ำบ่อย คุณนมเสร็จจะดื่มน้ำตามทุกครั้ง

2. อาหารว่างของเด็ก

ขนมกรุบกรอบเป็นอาหารว่างที่เด็กกินได้ทั้งวัน เด็กจะได้กินขนมบ๊วยแค้ไหนหรือมากน้อยแค้ไหนขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งได้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว เครือญาติและเพื่อนบ้าน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ร้านค้าที่มีอยู่ทั่วไปในหมู่บ้านแต่ไม่ขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ เพราะค่าขนมของเด็กโดยรวมจะพอ ๆ กัน ไม่ว่าพ่อแม่จะมีฐานะต่างกันหรือไม่ คือ เด็กวัย 2-3 ขวบ กินขนมเฉลี่ยประมาณวันละ 30-40 บาท โดยกินวันละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง เช่น เอมอรบอกว่า ลูกจะซื้อขนมบ๊วย “พอซื้อเดียวใจ (ประเดี๋ยวหนึ่ง) มาถึง แม่! ขอเบ๊ยมั่งตะแม่ ซื้อขนม” และบอกว่าลูกกินข้าวน้อยเพราะอื่ขนม “ข้าวเที่ยงบางทีกะกิน บางทีกะไม่ แบบว่ามันอื่กินขนมสีกแฉ็ก (จุบจิบ) ไหร่พั้นเนีย (อะไรแบบนี้)” เช่นเดียวกับรุสนาที่พูดถึงลูกว่า “หนมจะซื้อบ๊วย วันหนึ่ง สามสิบบาทน่าว่า ไม่ค่อยพอ น่าว่าถึงลีบ พอหวัน (ตอน) เย็น รถมามาขายลูกขึ้นลูกขึ้นบางทีสิบบาท กินคนเดียว”

เด็กวัยต่ำกว่า 1 ขวบ จะได้เริ่มกินขนมตั้งแต่ฟันหน้าเริ่มขึ้น (อายุ 6-8 เดือน) โดยจะกินขนมร่วมกับที่ ๆ หรือมีคนในครอบครัวหรือญาติ ๆ ซื้อให้ มะลิวัลย์บอกว่าน้องทิว “หุ่นทุกรายการ” หมายถึงใครซื้อขนมมากก็จะกินด้วยทุกครั้ง เด็กบางคนแม้จะไปอยู่ที่ร้านค้าแต่ถ้าแม่คอยดูแลเรื่องขนม เด็กก็จะไม่ได้กินขนมมากนัก เมื่อเด็กเริ่มเดินได้คล่อง แม่หลายคนปล่อยให้ลูกไปซื้อของกินเอง ซึ่งบ้านที่อยู่ใกล้ร้านค้าเด็ก ๆ จะสามารถเดินไปซื้อและค้างค่าขนม (เชื่อ) เองได้โดยแม่จะตามไปจ่ายเงินภายหลัง ยิ่งใกล้บ้านมีร้านค้าหลายร้าน เด็กก็จะได้กินขนมทั้งวันตั้งแต่เช้าจนค่ำ พบว่าเด็กในการศึกษานี้เริ่มเดินไปซื้อขนมเองได้ตั้งแต่อายุ 1½ ปี ซึ่งลักษณะเหล่านี้ไม่แตกต่างกันทั้งในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิม อาหารว่างอีกชนิดหนึ่งของเด็ก คือ นมปรุงแต่งรสต่าง ๆ รวมทั้งนมเปรี้ยวและโยเกิร์ต คนขายนมทั้งเจ้าของร้านขายของชำและรถชาเล้งที่เข้าไปขายในหมู่บ้านบอกว่า นมที่ขายดีในหมู่บ้านนี้ คือ นมปรุงแต่งรสช็อกโกแลต รสสตอเบอรี่ นมเปรี้ยวและโยเกิร์ต และพบว่าลูกของกรณีศึกษา 8 ใน 9 คน กินนมเปรี้ยว โดยพบว่าเด็กบางคนกินนมเปรี้ยวถึงวันละ 6 กล่อง

3. การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

แม่ในการศึกษานี้ทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมเริ่มดูแลสุขภาพความสะอาดช่องปากให้ลูกตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น โดยใช้ผ้าอ้อมเช็ดเหงือกให้ หลังจากนั้นก็เริ่มให้ลูกหัดแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อย (ประมาณ 1 ขวบ) ต่อมาเมื่อฟันหน้าขึ้นหลายซี่หรือฟันกรามน้ำนมขึ้นเต็มซี่ก็ใช้ผ้าเช็ดฟัน เช่น ยาวภาบอกว่า “เริ่มทำตั้งแต่งอกมาอืด...(ลากเสียงยาว)...เอาผ้าเช็ดทีละนิด นี่เริ่มยาวแล้ว ฟัน เริ่มจะเป็นคราบแล้วนะถ้าไม่เช็ด ชุบน้ำอุ่นแล้วก็เช็ด” หรือ มะลิวัลย์บอกว่า “ไม่ ไม่แปรง เบอะฟันล่อมาติดหนึ่ง หกซี่ ไม่แปรง แปรงไม่ได้...เช็ดเรื่อย ๆ วันหนึ่ง สองสามหน มันเกลี้ยงดี พอเช็ดถึงฟันมันขาวดี...เวลาอาบน้ำให้ฟันนั้น เอาผ้าอุด ๆ ลงจัน” การที่แม่ปฏิบัติเช่นนี้เพราะแม่ได้รับความรู้เหล่านี้จากพยาบาลที่ให้คำแนะนำหลังคลอด รวมทั้งเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ลูกคนก่อน ๆ มีฟันผุ แม่จึงอยากให้ลูกมีสุขภาพช่องปากที่ดี

เป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อเด็กเริ่มหัดแปรงฟันครั้งแรกซึ่งมักอยู่ในช่วงอายุขวบปีแรก เด็กชอบที่จะจับและเล่นแปรงสีฟัน รวมทั้งอยากจะทำแปรงฟันด้วยตนเอง แต่เมื่อเริ่มโตขึ้นอายุประมาณ 2-3 ขวบ เด็กบางคนกลับไม่ค่อยแปรงฟันเวลาแม่แปรงให้ก็จะร้องไห้ ดังนั้นการที่เด็กจะได้แปรงฟันหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความสนใจของแม่และผู้ดูแลเป็นสำคัญ เช่น เมื่อถามรุสนาว่าตอนเช้า ๆ ลูกได้แปรงฟันหรือไม่ รุสนาบอกว่า “กะน่าจะไม่ (หัวเราะ) ตอบความจริงเอาตามธรรมชาตินี้แหละ” ซึ่งความจริงตามธรรมชาติของรุสนาก็คือ 2-3 วัน ลูกจึงจะแปรงฟันสักครั้ง ในขณะที่จิตราจะดูแลให้ลูกได้แปรงฟันทุกครั้งที่อาบน้ำ

ส่วนการตรวจดูช่องปากเด็กนั้น แม่เกือบทุกคนตรวจดูช่องปากลูกในช่วงที่ฟันลูกเริ่มงอกขึ้นมาในช่องปาก แม่สามารถบอกได้ว่าเมื่อไหร่ที่ฟันลูกเริ่มขึ้น ในช่วงที่ฟันยังไม่ขึ้นก็ (เฉพาะฟันหน้า) แม่สนใจที่จะคอยนับดูฟันลูก สามารถบอกได้ว่าฟันลูกมีกี่ซี่ แต่เมื่อฟันกรามน้ำนมเริ่มขึ้นหรือขึ้นครบแม่จะไม่สนใจตรวจดูช่องปากของลูกเหมือนเมื่อก่อนและไม่ทราบว่าฟันน้ำนมของลูกมีทั้งหมดกี่ซี่ บางคนเข้าใจว่ามี 32 ซี่เหมือนฟันผู้ใหญ่ สำหรับการตรวจดูฟันนั้น แม่ที่มีลูกฟันผุทราบว่าลูกเริ่มมีฟันผุเมื่อไหร่ โดยสังเกตจากลักษณะฟันที่เปลี่ยนไป เช่น ฟันเปื่อยจนหักไปหรือฟันเป็นคราบสีเหลือง ๆ เช็ดไม่ออกเป็นเหมือนคราบหินปูน เช่น ยาวภาอธิบายลักษณะฟันผุให้ฟังว่า “ของเด็กมันจะดำ (ลากเสียงยาว) แล้วก็เปื่อยนะ ฟันเกิดของน้อง...(ชื่อลูกคนกลาง)...นะ ฟันไม่ได้รักษา แล้วดำ.. แล้วก็เปื่อย แล้วก็หักไปทีไหน ๆ ของน้อง...(ชื่อลูกคนกลาง)... ถ้าของผู้ใหญ่นี้มันจะเป็นรูเข้าไปนะ ปวดเจ็บมากหว่าเด็ก เด็กจะไม่เจ็บเท่าไร แต่ว่าเจ็บเหมือนกันถ้าอักเสบ”

แม้ที่ทราบว่าลูกฟันผุแล้วนั้นยังไม่มีใครพาลูกไปพบทันตแพทย์เพื่อรักษาฟันผุได้แต่ปล่อยให้เลย ๆ เพราะลูกยังไม่มีอาการปวดฟัน ลูกยังสามารถกินอาหารได้ตามปกติ บางคนไม่ได้สนใจสุขภาพช่องปากลูกเพราะอ้างว่าเหนื่อยล้าจากหน้าที่การงาน แต่มีแม่ไทยมุสลิมหนึ่งคนคิดว่าจะพาลูกไปพบทันตแพทย์ทั้งที่ฟันลูกยังไม่ผุเพื่อให้ตรวจดูว่าฟันลูกผุหรือไม่

ความเป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมกับกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก

การศึกษานี้พบว่าอิทธิพลของความเป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมไม่ส่งผลเด่นชัดต่อการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากแต่อย่างใดเพราะการเลี้ยงดูเด็กของทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความถี่ของการให้นมแม่และนมผสม การให้อาหารหลักและอาหารเสริม การดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นในการศึกษานี้จึงไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าวัฒนธรรมอิสลามมีผลต่อการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ขวบ ซึ่งอาจเป็นเพราะคนไทยมุสลิมในชุมชนนี้ไม่ได้เคร่งครัดในวัฒนธรรมอิสลามมากนัก จึงเห็นอิทธิพลของวิถีชีวิตมุสลิมและวัฒนธรรมอิสลามได้ไม่ชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่มองปรากฏการณ์ในสังคมแบบองค์รวม ทำให้เห็นภาพของการเลี้ยงดูเด็ก 0-3 ขวบ รวมทั้งเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากได้ลึกซึ้งและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพบว่าวิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ สภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพล้วนส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก เช่น “ค่านิยม ปล่อยให้หลับ” ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตการทำสวนยาง และส่งผลเด่นชัดในแม่ไทยพุทธ ทำให้แม่ไทยพุทธให้นมแม่เพียง 20-40 วันเท่านั้น ส่วนแม่ไทยมุสลิมแม้จะมีค่านิยมนี้ แต่การปฏิบัติตามคนรุ่นก่อนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนลูกอายุ 2 ปีมีผลต่อการปฏิบัติมากกว่า การที่แม่ไทยพุทธให้นมแม่เป็นระยะเวลานานกว่าและเริ่มให้นมผสมเร็วกว่าแม่ไทยมุสลิมเป็นประเด็นที่ควรมีการศึกษาต่อไปในว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กในชุมชนนี้สัมพันธ์กับการที่เด็กได้รับนมแม่หรือไม่ และฟันผุในเด็กไทยพุทธสัมพันธ์กับการที่เด็กได้รับนมผสมเป็นระยะเวลาสั้นหรือไม่ ส่วนในชุมชนไทยมุสลิมนั้นนมแม่น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุหากวิธีการให้นมแม่ไม่ถูกต้อง ซึ่งความเชื่อที่ว่า “นมข้างขวาเป็น

เยื่อ นมข้างซ้ายเป็นน้ำ” ทำให้หลังจากเด็กกินนมแม่ไม่ต้องให้กินน้ำตาม ประกอบกับแบบแผนการให้นมแม่ที่ลูกหิวเมื่อไหร่ก็ให้กินเมื่อนั้น เป็นสิ่งที่ควรมีการเน้นย้ำเพื่อมีการให้นมแม่ที่ถูกต้องโดยเฉพาะในกลุ่มแม่ไทยมุสลิม

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ร้านขายขนมในหมู่บ้าน และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ คนในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะส่งผลต่อการการกินขนมของเด็กวัย 1-3 ขวบ การที่เด็กในชุมชนนี้สามารถเข้าถึงขนมได้ง่าย คือ เด็กสามารถซื้อขนมกินได้ทั้งวันเป็นผลจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหมู่บ้าน จะเห็นได้ว่าในชุมชนนี้มีร้านขายขนมกระจายอยู่ทั่วไปในหย่อมบ้านเรือนทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม (รูปที่ 1) ร้านค้าเกือบทั้งหมดอยู่ในละแวกที่เด็กเล็กสามารถเดินไปซื้อขนมกินเองได้ และลักษณะร้านค้าที่ขายขนม (รูปที่ 4) ที่เอื้อให้



รูปที่ 4 ร้านขายขนมในหมู่บ้าน

Fig. 4 A grocery store in the village

เด็กสามารถเดินไปซื้อขนมกินเองได้ ซึ่งแม่ไม่ได้ห้ามเด็กในเรื่องเหล่านี้ เพราะแม่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของขนมกรุบกรอบทั้งในแง่คุณค่าทางโภชนาการและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ประกอบกับแม่ไม่มีเวลาดูลูกในบางช่วงเวลา รวมทั้งการที่แม่เลี้ยงลูกแบบง่าย ๆ และแบบธรรมชาติ ปล่อยให้ช่วยเหลือตนเอง ดังนั้นการไปซื้อขนมกินเองของเด็กจึงเป็นเรื่องปกติ

โดยการศึกษาพบว่าเด็กกินขนมตลอดทั้งวันตั้งแต่เช้าจนค่ำ เด็กหนึ่งคนกินขนมวันละประมาณ 30-40 บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในเด็กอายุ 0-5 ปี ในหมู่บ้านในจังหวัดน่าน¹³ พบว่าเด็กในการศึกษานี้ใช้เงินในการซื้อขนมมากกว่าเด็ก

ในจังหวัดน่าน ซึ่งใช้เงิน 20-30 บาทต่อวัน ทั้งนี้อาจขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันหรืออาจจะเกิดจากการที่เด็กในการศึกษานี้สามารถเข้าถึงร้านขายขนมได้ตลอดเวลาและสามารถเดินไปซื้อขนมเอง โดยหยิบขนมไปก่อนแล้วค่อยให้แม่ตามไปจ่ายเงินภายหลัง

การที่แม่เลี้ยงลูก “แบบธรรมชาติ” คือ ไม่พิถีพิถันเรื่องสุขอนามัยเท่าใดนัก ไม่ทะนุถนอมลูกจนเกินไป ปล่อยให้ลูกช่วยเหลือตนเองตั้งแต่ 2-3 ขวบ ทำให้พฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากลูกที่เริ่มต้นได้ดีจึงไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะคิดว่าลูกควรแปร่งฟันได้เองเมื่ออายุประมาณ 2 ขวบ เนื่องจากคิดว่าเป็นวัยที่เด็กเริ่มช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ได้แล้ว เช่น เข้าห้องน้ำและสวมเสื้อผ้าเองได้ แม่จึงปล่อยให้ลูกแปร่งฟันเอง ซึ่งเด็กจะแปร่งฟันบ้างไม่แปร่งบ้างตามประสาเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจังหวัดน่านที่พบว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบธรรมชาติและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าเด็กสามารถแปร่งฟันได้เองทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปล่อยให้เด็กแปร่งฟันเอง¹³

การศึกษานี้พบว่าเงื่อนไขความเป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมไม่ส่งผลต่อกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก เพราะแม้ในศาสนาอิสลามจะกล่าวถึงการดูแลสุขภาพช่องปากไว้พอสมควร เช่น ถ้าแปร่งฟันก่อนละหมาดจะได้บุญมากกว่า แต่แม่ไทยมุสลิมในการศึกษานี้ไม่ได้นำสิ่งเหล่านั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและลูก ส่วนในศาสนาพุทธนั้นไม่ได้มีหลักศาสนาในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับบุคคลทั่วไปที่ชัดเจน ทำให้กระบวนการเลี้ยงดูเด็กของทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นข้อกำหนดตามวาระของอัลเลาะห์ที่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนอายุ 2-3 ปี¹⁴⁻¹⁵ และการปฏิบัติที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น (Enculturation)¹⁵ ที่ส่งผลให้ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ไทยมุสลิมนานกว่าแม่ไทยพุทธ

ข้อเสนอแนะและการนำงานวิจัยไปประยุกต์ใช้

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-3 ปี ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชนได้ดังนี้

1. การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในชุมชนชาวสวนยางควรปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

เพราะวิถีชีวิตของชาวสวนยางแตกต่างจากอาชีพอื่น ๆ ที่ต้องตื่นนอนไปทำงานในสวนยางตั้งแต่เช้ามืด ทำให้ไม่ได้แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าเหมือนคนปกติ เวลาที่อาบน้ำแปรงฟัน คือ เวลาที่เสร็จจากงานในสวนยางจนข้าน้ำยางเสร็จสิ้น เด็กจะได้แปรงฟันพร้อมแม่ในเวลาเดียวกัน ดังนั้นควรแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวสวนยาง เช่น ควรแปรงฟันให้ตัวเองและลูกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือเมื่ออาบน้ำตอนเที่ยงและก่อนนอน ทั้งตอนกลางวันและกลางคืน เป็นต้น

2. สภาพแวดล้อมทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในเด็กวัยก่อนเรียนไม่อาจสำเร็จได้ ถ้ามุ่งเป้าหมายไปที่แม่เพียงกลุ่มเดียว เพราะบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและเครือญาติ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ต่างก็มีส่วนร่วมในการการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนั้น ร้านค้าต่าง ๆ ที่ขายขนมให้แก่เด็กในหมู่บ้านที่มีกระจายอยู่ทั่วไป ทำให้เด็กเข้าถึงแหล่งขนมได้ง่าย ทำให้เด็กบริโภคอาหารว่างที่มีประโยชน์ทางโภชนาการน้อยและเสี่ยงต่อโรคฟันผุและโรคอื่น ๆ การจะดำเนินงานด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยนี้ ควรให้ครอบคลุมไปยังผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กและเจ้าของร้านค้า

3. ท่ามกลางกระแสบริโภคนิยมและสื่อโฆษณาและการที่แม่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับขนมต่าง ๆ โดยเฉพาะขนมกรุบกรอบทั้งในแง่คุณค่าทางโภชนาการและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งทันตบุคลากรควรช่วยเผยแพร่ความรู้และเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดโทษแก่เด็กโดยเฉพาะขนมกรุบกรอบ ซึ่งแม่ยังเข้าใจว่าไม่ทำให้ฟันผุเพราะไม่มีรสหวานมากนัก แต่ขนมเหล่านี้เมื่อเด็กกินเข้าไปจะติดตามหลุมร่องฟันนาน ๆ และเมื่อกินบ่อย ๆ เด็กจะเกิดฟันผุได้ นอกจากนี้ขนมหลายชนิดมีคุณค่าทางโภชนาการน้อย เด็กที่กินแต่ขนมไม่ค่อยกินข้าวก็จะมีไม่ค่อยเจริญเติบโต หรือเป็นโรคอ้วนเพราะได้รับปริมาณแป้งและน้ำตาลมากเกินไปจนกลายเป็นหรือนมเปรี้ยว ซึ่งเป็นที่นิยมให้เด็กทานเพราะแม่เข้าใจว่านมมีประโยชน์ แต่ไม่ทราบว่านมเปรี้ยวมีส่วนผสมของน้ำตาลและความเป็นกรดสูงซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโรคฟันผุ ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์สร้างกระแสในชุมชนให้เกิดการตื่นตัว เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองรู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่เด็ก และควบคุมการกินขนมที่มีแป้งและน้ำตาลให้น้อยลง และให้ทางเลือกที่เหมาะสมในการเลือกอาหารว่างให้ที่เสี่ยงต่อฟันผุน้อย เช่น ผลไม้และขนมไทยพื้นบ้านที่มีน้ำตาลน้อย ไม่หวานจัด มีกะทิไม่มาก เพื่อช่วยลดการเกิดโรคฟันผุและโรคอื่น ๆ เช่นโรคอ้วนในเด็กได้

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเน้นข้อมูลเชิงลึก แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการได้แก่ 1) เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษามีจำนวนผู้ให้ข้อมูลน้อย เน้นข้อมูลเชิงลึก จึงไม่สามารถขยายผลไปใช้กับพื้นที่อื่นได้ (Generalizability) เนื่องจากบริบทของชุมชนลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมและประชากร แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มอื่นที่คล้ายคลึงกันได้ (Transferability) 2) การที่ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากในช่วงที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วงของการก่อเหตุการณ์ไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางพื้นที่ของจังหวัดสงขลา ซึ่งรวมอำเภอเทพาด้วย ทำให้การเก็บข้อมูลทำได้เฉพาะในเวลากลางวัน และเนื่องจากการศึกษานี้เน้นที่ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ แม่ ทำให้ผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์พ่อของเด็กอย่างละเอียดทุกครอบครัว ทำให้ได้ข้อมูลจากพ่อของเด็กน้อยมาก

การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพในชุมชนแห่งหนึ่งเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับมหภาคของประชากรทั้งสองกลุ่ม และหากต้องการศึกษาเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะวัฒนธรรมอิสลามที่ชัดเจนมากกว่านี้ ควรศึกษาในพื้นที่ที่มีเอกลักษณ์ของวัฒนธรรมอิสลามที่เด่นชัด เพื่อจะได้เข้าใจค่านิยม ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจ รวมถึงหลักปฏิบัติต่าง ๆ ของชาวไทยมุสลิมโดยเฉพาะที่ส่งผลต่อกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์สุขภาพช่องปากให้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยที่เอื้อเฟื้อที่พักและช่วยเหลือในการประสานงานเพื่อการเข้าถึงข้อมูล ขอขอบคุณผู้นำชุมชนทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือสละเวลาส่วนตัวในการให้สัมภาษณ์ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thitasomakul S. Dental Caries, Oral hygiene and Dietary Habits, Aarhus: The University of Aarhus, Faculty of Health Sciences; 2000.
2. Huntington NL, Kim IJ, Hughes CV. Caries-risk factors for Hispanic children affected by early childhood caries. *Pediatr Dent* 2002;24:536-42.
3. Wennhall I, Matsson L, Schroder U, Twetman S. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* 2002;26:167-72.
4. Du M, Bian Z, Guo L, Holt R, Champion J, Bedi R. Caries patterns and their relationship to infant feeding and socio-economic status in 2-4-year-old Chinese children. *Int Dent J* 2000; 50:385-9.
5. Al-Malik MI, Holt RD, Bedi R. The relationship between erosion, caries and rampant caries and dietary habits in preschool children in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2001;11:430-9.
6. Rajab LD, Hamdan MA. Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community Dent Health* 2002;19:224-9.
7. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริลักษณ์ นครชัย, ภัทรวดี ลีลาทวิวุฒติ, สร้อยศิริ ทวีบุญ, และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม. [cited 2006 April 20]. Available at URL: <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/PR/E-book/index.html>.
8. กุศล สุนทรธาดา, อุไรวรรณ คณิงสุเกษม, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และสุธีพร พันพื้ง. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
9. สมศรี กิจชนะพานิชย์, ทองทิพย์ สุนทรชัย, จริญญา วงษ์พรหม และธนะจักร เย็นบำรุง. รายงานการวิจัยเรื่อง บทบาทสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2540.
10. ศุภีมาน (นฤมล) วงศ์สุภาพ. นางงามตุ๊กตา : การศึกษาการกลาย เป็นหมอนวดไทย. กรุงเทพมหานคร. ศยาม; 2544.
11. ทรงชัย ฐิตโสมกุล, อังคณา เขียวมนตรี, สุพัชรินทร์ พิวัฒน, วิเชียรไพศาล, อ้อยทิพย์ ขาญการคำ, วรธนะ พิธพรชัยกุล, และคณะ. รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น พัฒนาการและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กขวบปีแรกในพื้นที่ อ.เทพา จ.สงขลา. เอกสารโครงการวิจัยระยะยาว; 2546.
12. สุภางค์ จันทวานิช. การวิจัยเชิงคุณภาพ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร; 2537.
13. ฉลองชัย สกลวสันต์, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์. บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. *ขม. ทันตสาร* 2549;27:121-33.
14. มานี ชูไทย. รายงานการวิจัยเรื่องหลักอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. ภาควิชา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
15. ไหมสาเราะะ บินมะหะหมัด และอุสมาน สารี. พฤติกรรมการเลี้ยงดูทารก 0-1 ปี ของชาวไทยมุสลิมเขตชายแดนภาคใต้. รายงานวิจัย; 2536.

Original Article

Child Rearing Process Related to Oral Health of 0-3 Year-old Children: Case Studies in a Community in Thepa District, Songkhla Province

Angkana Thearmontree

Assistant Professor
Department of Preventive Dentistry
Faculty of Dentistry,
Prince of Songkla University

Sunisa Wongsanmai

Dentist
Dental Public Health Department
Takuatung Hospital, Phang-Nga

Jaranya Hunsrisakhun

Lecturer
Department of Preventive Dentistry
Faculty of Dentistry,
Prince of Songkla University

Suleemarn Narumol Wongsuphap

Assistant Professor
Department of Education Foundation
Faculty of Art,
Prince of Songkla University

Correspondence to:

Assistant Professor Dr. Angkana
Thearmontree
Department of Preventive Dentistry
Faculty of Dentistry,
Prince of Songkla University
Hadyai, Songkhla 90112.
Tel: 074-287650
E-mail: angkana.t@psu.ac.th

Grant: Graduated School, Prince of Songkla
University

Abstract

Early childhood caries (ECC) is an important problem at the national and community levels of Thailand. Not only ECC is related to the biological factors, but it is also related to social and cultural factors which influencing child rearing process. The objective of this study was to study social and cultural factors that influence child rearing process related to the oral health of children aged 0-3 years in Thai-Buddhist and Thai-Muslim rubber plant growers' community in one village in Thepa district, Songkhla province. A qualitative study using case studies method was performed. Nine families (4 Thai-Buddhist and 5 Thai-Muslim families) were included in the study. The results showed that social and cultural factors influencing child rearing process in this community included: 1) the "Forty release" value, causing short breast feeding period in Thai-Buddhists (20 days to 5 months), 2) "Respect of the elderly" value, influencing their child rearing process to follow the beliefs and practices of their mothers and ancestors, and 3) the belief that "Right breast is tissue, left breast is water", causing the mothers to not realize the need for having their children drink water after drinking their breast milk. In addition, the way of life of the rubber plant growers made mothers have less time to take care of their children between early morning and noon because they had to work in the rubber plantations. The easy access to the grocery store in the village and the giving of snacks to the children by their siblings and relations influenced frequent snack consumption of children. These factors were not significantly different between Thai-Buddhists and Thai-Muslims except the value of "Forty release", which influenced Thai-Buddhists more than Thai-Muslims in this study. The limitation of this study was that few case studies in only one small village were included in the study. Therefore, it cannot be generalized, but it may be transferable to a similar population. However, the results of this study indicate that the influence of social and cultural factors on the child-rearing process should be considered when conducting preventive and promotive oral health programs for children aged 0-3 years. Further qualitative studies in other communities and quantitative studies with larger sample sizes are suggested.

Key words: child rearing process; early childhood caries; qualitative study; social and cultural factors