

แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

วิภาพร ล้อมสิริอุดม*, ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล†, ปิยะฉัตร พัทธานันต์‡

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Klienman โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการใช้อยู่อาศัยเอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เจาะลึก การใช้สื่อแผนภาพ ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 36 ราย ร่วมกับการตรวจสภาพช่องปากเด็กตัวอย่าง 38 ราย พบว่า แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน มีทั้งส่วนที่สอดคล้องและแตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากการมีพื้นฐานความคิดบนความจริงที่ต่างกัน ชาวบ้านมีวิถีคิดและการปฏิบัติที่ยอมรับความเป็นไปตามธรรมชาติ ให้ความสำคัญความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากอาการและสิ่งที่เห็นเด่นชัด ให้คำอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม คาดหวังการรักษาเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดที่รบกวนชีวิตประจำวัน การทำความเข้าใจต่อระบบคิดของชาวบ้านดังกล่าว จะช่วยในการหามาตรการที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กต่อไป

บทนำ

โรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุไม่เกิน 3 ปี) จากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2543 – 2544) พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 70.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงถึง 3.86 ซึ่งต่อคน ฟันที่เป็นโรคนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) เป็นฟันที่ไม่ได้รับการรักษา และส่วนใหญ่เป็นรอยผุที่ฟันตัดหน้า น้ามนบน 4 ซึ่ง รองลงมาคือ ฟันกรามน้ามนล่างและฟันกรามน้ามนบน ส่วนฟันเขี้ยวหน้ามนและฟันตัดหน้ามนล่างมีการผุ

น้อย¹ ลักษณะการผุที่ตำแหน่งต่างๆ ของฟันน้ามนดังกล่าว เข้าได้กับลักษณะของ “โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย” (early childhood caries: ECC) จากการศึกษาที่ผ่านมา เชื่อว่าสาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เกิดจากผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมเลี้ยงดูลูกน้อยหรือของเหลวอื่นอย่างไม่เหมาะสม เช่น ปล่อยให้เด็กหลับไปพร้อมกับขวดนมในปาก² หรือการเลี้ยงดูลูกนมแม่อย่างไม่ถูกวิธี³ เป็นต้น นอกจากนี้ การขาดการทำความสะอาดช่องปากเด็กที่เหมาะสมเป็นอีกปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดฟันผุได้ง่ายขึ้น⁴

ผลกระทบจากการเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย นอกจากทำให้เกิดความเจ็บปวด มีการติดเชื้อ การบดเคี้ยวทำได้ยาก

* งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลคำชะอี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร 49110

† ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

‡ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

แล้ว⁵ เด็กที่เป็นโรคฟันผุในปฐมวัย จะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ⁶ ส่งผลเสียต่อสภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีผลต่อพัฒนาการในการพูดและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็ก⁷ มีโอกาสสูงที่จะพบฟันผุในชุดฟันน้ำนมซี่อื่นๆ⁸⁻⁹ และการผุในชุดฟันแท้ตามมา¹⁰ อีกทั้งมักเกิดโรคในเด็กเล็กที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ต้องรักษาภายใต้การดมยา ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นมาก¹¹ และรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาทางทันตกรรมในเด็กกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน

จากการที่เด็กในวัยต่ำกว่า 3 ปี ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ มีภาวะต้องพึ่งพาสูง การที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากดีหรือไม่ จึงขึ้นกับความเชื่อและการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเป็นสำคัญ โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะเกิดขึ้นได้ง่ายมาก ถ้าผู้เลี้ยงดูมีแนวคิดและพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของเด็ก ความเชื่อหรือแบบแผนการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคของบุคคล เป็นสิ่งกำหนดวิธีการที่บุคคลจะเลือกใช้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและรักษาสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลเชื่อในสาเหตุการเกิดโรคอย่างไร บุคคลจะคิดหาวิธีการที่จะจัดการและรักษาโรคตามความเชื่อนั้น

แนวคิดแบบแผนการอธิบายโรค (explanatory model of disease and illness: EM) ของ Arthur Klienman¹² เป็นรูปแบบการอธิบายหรือให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (illness) รวมทั้งการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ โดยเชื่อว่ามนุษย์ในแต่ละสังคมมีความสามารถในการคิดตีความและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และอธิบายว่าการที่บุคคลมีการให้ความหมายต่อโรคเดียวกันได้แตกต่างกันเป็นผลสืบเนื่องจากการมีพื้นฐานแนวคิดในเรื่องความจริง (reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกัน ภายใต้อิทธิพลจากวัฒนธรรมความเชื่อในกลุ่มของตนเอง

ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สังคมที่มนุษย์ต้องเผชิญต่อเนืองยาวนาน จนมีการสังสมแนวคิดทฤษฎีว่าด้วยการเจ็บป่วยและพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาหลากหลายเกิดเป็นระบบแพทย์ขึ้น Klienman ได้จำแนกระบบแพทย์เป็น 3 ระบบ คือ ระบบแพทย์แบบชาวบ้าน (popular sector) ระบบแพทย์แบบพื้นบ้าน (folk sector) และระบบแพทย์วิชาชีพ (professional sector) ซึ่งในทุกสังคมโลกระบบแพทย์จะมีความเป็นพหุลักษณะ (pluralistic) คือ มีการดำรงอยู่ของระบบแพทย์หลายระบบร่วมกัน บุคคลจะผสมผสานประสบการณ์ที่ได้รับจากระบบการแพทย์ทั้งหมด นำ

มาตีความภายใต้บริบทวัฒนธรรมของตน สร้างเป็นชุดความเชื่อเฉพาะกลุ่มตนขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มวัฒนธรรมอื่น¹²

แม้ว่าความเจ็บป่วย จะเกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย แต่การให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล อาจแตกต่างกัน ขึ้นกับการตีความและการรับรู้ของบุคคล โดยเฉพาะระหว่างคนในระบบวิชาชีพกับคนธรรมดา ซึ่งเกิดจากการผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization process) ที่แตกต่างกัน¹³ แพทย์วิชาชีพ จะมีการให้ความหมายต่อการเกิดโรค ในลักษณะที่อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ชาวบ้านจะมีระบบการให้ความหมายต่อการเกิดโรค ในลักษณะที่เป็นการผสมผสานรูปแบบความคิดหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน ทั้งจากความเข้าใจแบบสามัญสำนึก (common sense) ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิมซึ่งได้รับการถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ การบอกเล่าของผู้อื่น รวมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น การให้ความหมายความเจ็บป่วยของแพทย์ จึงเป็นเพียงวิถีทางหนึ่งท่ามกลางความคิดที่เป็นพหุลักษณะของชาวบ้าน¹² การมีกรอบความคิดต่อความเจ็บป่วยที่ต่างกันระหว่างวิถีคิดแบบชาวบ้านและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ย่อมนำไปสู่แนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน

ดังนั้น การจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงควรเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างระบบคิดเกี่ยวกับโรคหรือแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน เปรียบเทียบกับทางทันตแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ทันตบุคลากรทราบถึงแนวทางประยุกต์วิธีการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพเด็กในทางการแพทย์ให้เข้ากับระบบวิถีคิดของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กต่อไป

การศึกษาถึงความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ผ่านมา มีปรากฏอยู่มากเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มุ่งวัดความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม ด้วยกรอบแนวคิดและตามความคาดหวังในทัศนะทางการแพทย์ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งนอกจากจะมีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลบริบทสังคมวัฒนธรรมที่มีผลเกี่ยวข้องแล้ว การศึกษาโดยยึดติดและจำกัดอยู่ภายในกรอบแนวคิดเฉพาะทางการแพทย์ อาจบดบังโอกาสในการเปิดรับข้อมูลโลกทัศน์ของชาวบ้าน ซึ่งอาจแตกต่างไปจากแนวคิดทางการแพทย์ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยสืบค้นข้อมูลเชิงลึกได้ดีขึ้น และแม้จะมีผู้ทำการศึกษาถึงความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุตามโลกทัศน์ของชาวบ้านใน

ท้องถิ่นต่าง ๆ ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพอยู่บ้าง¹⁴⁻¹⁹ แต่ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อาจแตกต่างกันไปตามลักษณะสังคม วัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคและพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ การเผยแพร่เป็นเอกสารที่สามารถอ้างอิงถึงได้ยังมีจำกัด อีกทั้งยังขาดการศึกษาที่สืบค้นข้อมูลเชิงลึกในประเด็นแนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ว่ามีความสอดคล้องหรือแตกต่างกับแนวคิดในทางการแพทย์หรือไม่อย่างไร การพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กไทย จึงยังมีความต้องการองค์ความรู้ด้านนี้ ในกลุ่มชนท้องถิ่นต่าง ๆ ของประเทศอีกมาก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้านเปรียบเทียบกับทางทันตแพทย์ โดยได้นำแนวคิดแบบแผนการอธิบายโรคของ Klienman มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของชาวบ้านต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย รวมทั้งอิทธิพลของแบบแผนความคิดที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ก

ปฐมวัย กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study)

พื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (purposive selection) เป็นชุมชนที่มีอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยสูง ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านในพื้นที่ และการคมนาคมสะดวก ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้รู้หมอพื้นบ้าน ผู้นำกลุ่มสตรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนข้อมูลด้านแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) ซึ่งถูกคัดเลือกอย่างเจาะจง เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 3 ปี จากแต่ละครอบครัว ได้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรวมทั้งสิ้น 36 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอาชีพเกษตรกร และมีภูมิลำเนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ยกเว้น 1 ราย ซึ่งย้ายเป็นผู้เลี้ยงดูหลักและเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีอายุสูงสุด คือ 51 ปี อายุและระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงดังตารางที่ 1 ในพื้นที่ศึกษามีเด็กกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีอายุไม่เกิน 3 ปี 6 เดือน รวม 38 ราย

ตารางที่ 1 อายุและระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
Table 1 Key informant's age and educational level

Key informant's Age (years)	Key informant's educational level			Total	
	Pratom 4	Pratom 6	Mattayom 3	Number	Percentage
	(4 th grade)	(6 th grade)	(9 th grade)		
21 - 25 years	0	10	1	11	30.56
26 - 30 years	1	13	1	15	41.67
31 - 35 years	0	5	0	5	13.89
over 36 years	4	1	0	5	13.89
Total number	5	29	2	36	100.01*
Percentage	13.89	80.56	5.56		

* total of decimal number

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2545 การเก็บข้อมูลทำภายหลังจากมีการสร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้านในชุมชนแล้ว โดยผู้วิจัย 1 คน ซึ่งแนะนำตนเป็นผู้วิจัยโดยไม่เปิดเผยสถานะการเป็นทันตบุคลากร เพื่อป้องกันการบิดเบือนข้อมูล ผู้วิจัยสามารถเข้าใจภาษาผู้ไทย (ภาษาที่ใช้ในชุมชนแห่งนี้) ได้เป็นส่วนใหญ่ มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นคนในชุมชน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยควบคุมเครื่องบันทึกเสียง ช่วยจดบันทึกย่อ และช่วยแปลภาษาผู้ไทยในบางครั้ง รวบรวมข้อมูลบริบทชุมชนโดยใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (informal interview) หลังจากนั้น รวบรวมข้อมูลในประเด็นวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview)²⁰ ร่วมกับการใช้สื่อรูปภาพ (pile sorting)²¹ ซึ่งเป็นภาพถ่ายสีอัดด้วยกระดาษมัน ขนาดภาพกว้าง 10 x 15 เซนติเมตร เป็นภาพถ่ายจากสภาพช่องปากของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากชุมชนอื่นที่อยู่ใกล้เคียงพื้นที่ศึกษา แสดงลักษณะฟันน้ำนมปกติหรือเป็นโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่มีระดับความรุนแรงต่างกันและผ่านการทดสอบเครื่องมือแล้วว่า สามารถจำแนกแบบแผนความคิดของชาวบ้านตามประเด็นการวิจัยได้ การใช้สื่อรูปภาพ ช่วยให้การค้นหาแบบแผนความคิดในเชิงลึกของชาวบ้านทำได้โดยสะดวก สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนโดยใช้มาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจแบบแผนความคิดชาวบ้านอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งสามารถทดสอบสมมติฐานซ้ำได้

ผู้วิจัยค้นหาแบบแผนความคิดในเชิงลึกของชาวบ้าน โดยให้ชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญบ่งชี้ลักษณะฟันน้ำนมในแผ่นภาพที่ตรงกับความคิดของชาวบ้าน นำคำอธิบายของชาวบ้านผนวกเข้ากับลักษณะของแผ่นภาพ สร้างเป็นสมมติฐานเบื้องต้นทำการตรวจสอบซ้ำหลายครั้งในผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกราย จนกระทั่งแน่ใจว่าเข้าใจในแบบแผนความคิดของชาวบ้าน หลังจากนั้นพิสูจน์สมมติฐานของผู้วิจัย โดยการพูดคุยสื่อสารด้วยถ้อยคำและการให้ความหมายเดียวกับชาวบ้านหากพบว่าผู้วิจัยสามารถเข้าใจในความหมายของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้ตรงกับชาวบ้าน แสดงว่า สมมติฐานของผู้วิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความคิดชาวบ้านเรื่องโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย มีความถูกต้อง นอกจากนี้มีการรวบรวมข้อมูลสภาพช่องปากเด็ก โดยทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งผ่านการปรับมาตรฐาน ทำหน้าที่ตรวจและบันทึกผลการตรวจตามลำดับ

บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและการจดบันทึกย่อ ทั้งนี้ เมื่อได้รับความยินยอมและโดยสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation check) จัดระบบหมวดหมู่ข้อมูล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีจำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (comparison) ร่วมกับวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) ซึ่งประมวลความคิดที่ได้จากข้อมูลเชิงรูปธรรม ไปสู่ข้อสรุปเชิงนามธรรม²²

เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านความยาวในการนำเสนอบทความจึงนำเสนอผลการวิจัยในส่วนของบริบทชุมชนโดยสรุป และคัดเลือกแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้านเฉพาะประเด็นสาเหตุ การจำแนกความรุนแรง และผลกระทบของโรคฟันผุในเด็ก มานำเสนอในบทความตอนนี เนื้อหาส่วนอื่นจะได้นำเสนอในบทความตอนต่อไป

ผลการศึกษา

บริบทแวดล้อมของชุมชนและลักษณะทางประชากร

ชุมชนแห่งนี้ เป็นหมู่บ้านชนบท ก่อตั้งมานานกว่า 200 ปี ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 35 กิโลเมตร การคมนาคมสะดวก มีชาวบ้าน 130 ครอบครัว รวม 521 คน ในชุมชนมีแหล่งน้ำและสภาพที่ทำกินอุดมสมบูรณ์ ชาวบ้านทำการเกษตรในที่ของตนเอง และหมุนเวียนไปรับจ้างทำงานในไร่นาของเพื่อนบ้าน มีการจ้างงานตลอดปี ชาวบ้านจึงไม่นิยมไปทำงานต่างถิ่น รายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำไร่ไถ่ มีการรวมกลุ่ม จัดตั้งกองทุน ทำอาชีพเสริม และจัดกิจกรรมงานบุญตามประเพณี ชาวบ้านมีความสามัคคีและชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเป็นเครือญาติสูง เด็กเติบโตในครอบครัวขยาย แม้ทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก โดยได้รับคำแนะนำการดูแลเด็กจากปู่ ย่า ตา ยาย และเพื่อนบ้าน

ชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นชาวผู้ไทย (ชาวผู้ไทยมีถิ่นฐานเดิมอยู่ในแคว้นสิบสองจุไทยและแคว้นสิบสองปันนา ก่อนอพยพมาตั้งบ้านเรือนอยู่ในแถบจังหวัดกาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนม และมุกดาหาร เป็นกลุ่มชนที่มีลักษณะประเพณีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ²³) ภาษาที่ใช้สนทนาหลัก คือ ภาษาผู้ไทย รองลงมาคือ ภาษาไทยอีสาน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร่วมกันมีระบบความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยเฉพาะความเชื่อ

ในเรื่องการนับถือนี ชาวบ้านเชื่อว่าผีมีอำนาจทำให้คนเจ็บป่วยได้ แต่ถ้ามีการบูชาสังเวยให้ถูกต้องแล้วผีก็จะบันดาลให้มีความสุขได้ในหมู่บ้านมีศาลปู่ตา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญของชาวบ้าน ชาวบ้านมักจะมาบนบานให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ เช่น ขอให้หายเจ็บป่วย เป็นต้น

สุขภาพทั่วไปของชาวบ้านค่อนข้างแข็งแรง อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ คือ ปวดเมื่อยร่างกาย ส่วนอาการป่วยที่พบบ่อยในเด็ก คือ เป็นไข้ ไอ เป็นหวัด ชาวบ้านมักจะพาเด็กไปตรวจและรับยาจากสถานีอนามัยซึ่งอยู่ห่างจากหมู่บ้านเพียง 2 กิโลเมตร หากมีอาการรุนแรง จะพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งอยู่ห่างออกไป 8 กิโลเมตร อย่างไรก็ตามร้านค้าในหมู่บ้านซึ่งจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน หมอเฒ่ายายที่เข้ามาในหมู่บ้าน หรือหมอพื้นบ้านต่าง ๆ เช่น หมอสมุนไพร หมอธรรมหรือหมอเป่า (ผู้ที่รักษาความเจ็บป่วยด้วยวิธีเป่าใช้คาถา-ผู้วิเศษ) หมอเหยา (ผู้ที่รักษาความเจ็บป่วย ด้วยวิธีขับไล่ผีหรือสิ่งแปลกปลอมออกไป-ผู้วิเศษ) ยังคงเป็นอีกทางเลือกของชาวบ้านสำหรับบำบัดอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้น หรือในตอนท้ายเมื่อรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แล้วไม่ได้ผล อาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเลือกรักษากับหมอพื้นบ้าน มักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและมีอาการไม่รุนแรง

จนถึงแก่ชีวิต แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง รวมถึงการเจ็บป่วยที่เกิดจากฟันผุ การรักษาจะเป็นเพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ไม่หายขาด การรักษาความเจ็บป่วยเหล่านี้ ชาวบ้านจึงยังคงต้องพึ่งพาการรักษาจากระบบแพทยวิชาชีพ

ผลการตรวจสภาพช่องปากเด็ก พบว่า เด็กมีฟันผุร้อยละ 39.47 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ 1.66 ซึ่งต่อคนเด็กอายุน้อยที่สุดที่พบรอยผุ คือ อายุ 1 ปี 2 เดือน และฟันที่พบรอยผุทั้งหมดยังไม่ได้รับการรักษา (ตารางที่ 2)

แนวคิดชาวบ้านเกี่ยวกับฟันน้ำนมและโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ธรรมชาติของฟันน้ำนม

ชาวบ้านรับรู้ที่ทุกคนมีฟันสองชุดคือ “แหว่น้ำนม” (ฟันน้ำนม-ผู้วิจัย) และ “แหว่แท้” (ฟันแท้-ผู้วิจัย) ลักษณะฟันน้ำนมที่สวยงาม คือ สีขาว ชี่เล็ก และเรียงชิดติดกัน “แหว่กะโสะ” (ฟันหลัง-ผู้วิจัย) มีหน้าที่ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร ส่วน “แหว่ยิง” (ฟันหน้า-ผู้วิจัย) มีหน้าที่ใช้กัดอาหารและใช้ยิ้ม ชาวบ้านคิดว่า ฟันน้ำนมซี่แรกจะขึ้นเมื่อเด็กอายุเกือบ 1 ปี ชาวบ้านมีความเชื่อว่าฟันน้ำนมอยู่ในปากไม่นาน เมื่อเด็กมีอายุ 6 ถึง 7 ปี ฟันน้ำนมจะหลุดไป และฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่ จึงไม่จำเป็นต้อง

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสภาพช่องปากของเด็กกลุ่มตัวอย่าง
Table 2 Dental health status of child sample group

Children's age (months)	Number	No. of children with ECC	No. of children with other types of caries	Mean dt	
				tooth per person	surface per person
Birth - 6 months	8	0	0	0.00	0.00
over 6 - 12 months	2	0	0	0.00	0.00
over 12 - 18 months	5	1	0	0.80	0.80
over 18 - 24 months	8	3	0	1.25	2.75
over 24 - 30 months	5	3	0	2.20	3.60
over 30 - 36 months	8	6	1	4.13	6.00
over 36 - 42 months	2	1	0	2.50	10.50
Total	36	14	1	1.66	2.97
Percentage of children with caries of each type		36.84	2.63	-	-

* ECC (Early Childhood Caries) defined as at least 1 of the upper primary anterior teeth is affected with smooth surface caries.

ดูแลรักษา

“จำเป็นก็อด ไม่จำเป็นก็ไม่อด เวลาฟันออก มันก็เปลี่ยนเอง (เมื่อฟันแท้งขึ้น ฟันน้ำนมจะหลุดออกไปเอง-ผู้วิจัย) ไม่มีเวลาไป ไม่จำเป็นเท่าไร แต่ถ้าเป็นฟันผู้ใหญ่จะอด ของเด็กทำไม่ทำ มันก็หลุด” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้าน

ลักษณะของฟันน้ำนมในมุมมองชาวบ้าน สามารถแบ่งได้เป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ แหว่ปกติ แหว่เหลิง แหว่กร่อน แหว่ผุ แหว่เหี้ยน และแหว่แมง

แหว่ปกติ

ชาวบ้านเห็นว่า ลักษณะปกติของฟันน้ำนม คือ มีสีขาว ไม่มีอาการปวด (รูปที่ 1)

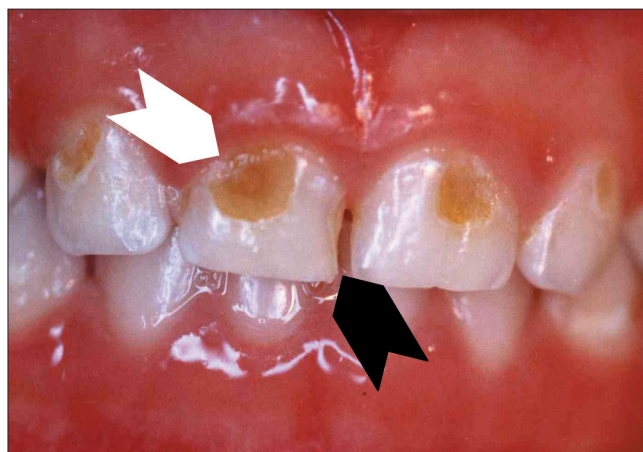


รูปที่ 1 ลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “แหว่ปกติ” (ลูกศรีษี)
Fig. 1 Normal teeth called "kaew-pokkati" (normal teeth by the village people) (arrow).

แหว่เหลิง

ชาวบ้านเชื่อว่า ตอนที่เด็กมีฟันขึ้นมาใหม่ๆ ฟันจะเป็นสีขาว เมื่อเด็กอายุประมาณ 2 ปี ฟันจะเริ่มเปลี่ยนเป็นสีเหลือง

เป็นฟันลาย ที่เรียกว่า “แหว่เหลิง” (รูปที่ 2) ชาวบ้านยังมีการใช้คำเรียกอื่นๆ สำหรับฟันที่เหลือง โดยใช้ลักษณะและอาการที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ถ้าฟันมีคราบสีเหลืองคล้ายเป็นคราบนมมาเกาะ เรียกว่า “เป็นคราบนม” ถ้าฟันมีรอยคาคดสีเหลือง ซึ่งมักจะขีดหรือแปร่งไม่ออก ชาวบ้านจะเรียกว่า “เป็นหินปูน” แต่จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่ารอยคาคดสีเหลืองนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นรอยผุถึงชั้นเนื้อฟัน



รูปที่ 2 ลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “แหว่เหลิง” (ลูกศรีษีขาว) และลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “แหว่ผุ” (ลูกศรีษีดำ)
Fig. 2 Carious teeth with exposed dentin called "kaew-learn" (yellow teeth by the village people) (white arrows) and cariously concaved teeth called "kaew-pu" (concaved teeth) (back arrows).

“ถ้าเหลืองๆ หนะ เป็นหินปูน เป็นหินปูนแบบนี้จะไม่ปวด” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

ชาวบ้านใช้สิ่งที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดฟันเหลืองในการเรียกชื่อ เช่น การที่เด็กอมทอฟฟี่ หรือทานขนมมาก ชาวบ้านจะเรียกฟันเหลืองที่เห็นว่า “เป็นกินขนม” หรือ ฟันเหลืองจากการที่เด็กไม่แปรงฟัน จะเรียกว่า “เป็นไม่แปรงฟัน” นอกจากนี้ พบชาวบ้านหลายรายที่มีความเชื่อว่า ฟันเหลืองลาย เกิดจากการให้เด็กเลิกรับประทานไข่แดง แล้วทำความสะอาดไม่เพียงพอ ความเชื่อในเรื่องนี้เป็นความเชื่อที่เห็นได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการถ่ายทอดความเชื่อดังกล่าวภายในหมู่บ้าน จากรุ่นยายสู่รุ่นแม่ ลักษณะฟันเหลืองหรือฟันลายเหล่านี้ ชาวบ้านถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาของเด็ก จะไม่มีอาการเจ็บปวด เพียงแต่จะดูไม่

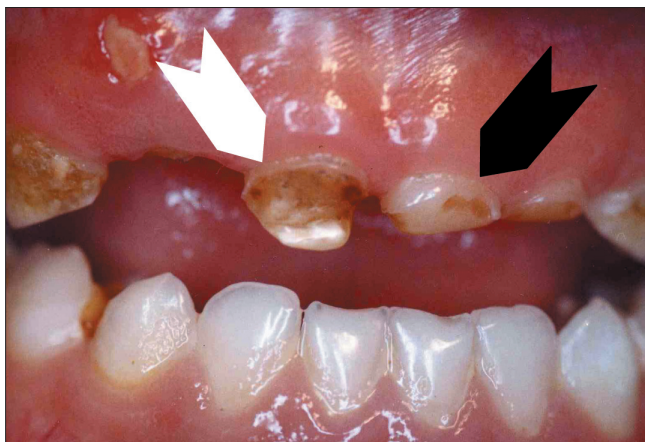
สวยงาม จึงไม่ต้องทำอะไร

“โบราณว่าเขี้ยวเหลืองเป็นจากกินไข่แต่น้อย(ตั้งแต่เล็ก-ผู้วิจัย) ต้อง 7 ปีแล้ว ถึงจะกินไข่เหลืองได้ (ไข่แดง-ผู้วิจัย)เพราะไข่เหลืองจะกัดแต่ฟันน้ำนม ทำให้ฟันลาย” แม่อายุ 25 ปี รายหนึ่งกล่าว

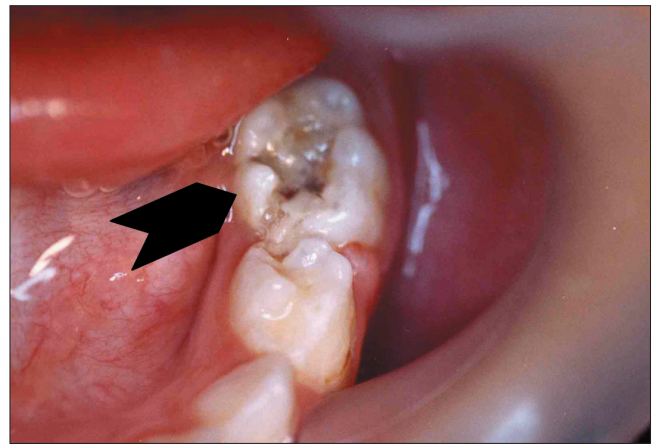
ลักษณะฟันเหลืองที่ชาวบ้านเรียกว่า “เป็นคราบนม” “เป็นหินปูน” “เป็นกินนม” หรือ “เป็นไม่แปรงฟัน” หรือฟันเหลืองจากการรับประทานไข่แดงนั้น ไม่มีลักษณะของฟันที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ขึ้นกับลักษณะและสาเหตุของฟันเหลืองในความคิดของชาวบ้าน

เขี้ยวกร่อน เขี้ยวผุ เขี้ยวเหียน

จากการที่ฟันเหลืองหรือฟันลายไม่ทำให้เด็กมีอาการเจ็บปวดใดๆ อีกทั้ง ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม เชื่อว่าเมื่อฟันน้ำนมหลุดออก ฟันแท้จะขึ้นมาแทนที่เอง จึงมักจะไม่รักษา ปลอมให้ฟันซี่ที่เหลืองนั้น ค่อยๆ บิ่นกะเทาะออกทีละน้อยเกิดเป็นลักษณะที่ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวกร่อน” (รูปที่ 3) หรือมีการเว้าแหว่งจากบริเวณขอบด้านนอกของฟันเข้าหาตัวฟันเรียกว่า “เขี้ยวผุ” (รูปที่ 4) ส่วนฟันที่หัก หรือฟันที่เฉียดลงเรื่อยๆ จนเหลือแต่ตอฟัน ชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหียน” (รูปที่ 3) ซึ่งลักษณะของเขี้ยวกร่อน เขี้ยวผุ และเขี้ยวเหียนเหล่านี้ จะไม่



รูปที่ 3 ลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวกร่อน” (ลูกศรีสีขาว) และลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวเหียน” (ลูกศรีสีดำ)
Fig. 3 Cariously chipped teeth called “kaew-gron” (corroded teeth by the village people) (white arrows) and teeth that have lost of most of crown structure called “kaew-hian” (flattened teeth) (black arrows).



รูปที่ 4 ลักษณะของฟันน้ำนม ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “เขี้ยวแมง” (ลูกศรีซี่)
Fig. 4 Deep carious lesion with pulp exposure and pain “kaew-mang” (teeth with deep and black hole into center, exhibits pain) (arrow).

ทำให้เด็กมีอาการเจ็บปวด ชาวบ้านจึงเห็นว่าไม่จำเป็นต้องรักษา

“มันเป็นคราบ แล้วมันก็เว้าๆ แหว่งๆ กว้างๆ เรื่อยๆ เป็นเขี้ยวผุ ทั้งไว้ แล้วมันก็กร่อน ปลอมให้มันกร่อน มันก็หมดไปเอง” แม่อายุ 28 ปี รายหนึ่งกล่าว

“เขี้ยวผุมันจะค่อยๆ กินเข้าไป เป็นจากขอบเข้าไป กะเทาะออกทีละน้อย ขบนั้นขบนี้ (ใช้เคี้ยว-ผู้วิจัย)ก็บิ่นออก” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ตอนเหียนเข้า มันจะเหียนจากข้างนอกเข้าไปใน รากมันอยู่ที่เดิม พอเหียนหมดก็หลุดออก บางครั้งแค่บิ่น เขี้ยวกร่อนแล้ว (ฟันหลุดออก-ผู้วิจัย) บางคนก็เหียนเร็ว บางคนก็เหียนช้า แล้วแต่คน” แม่อายุ 25 ปี รายหนึ่งกล่าว

เขี้ยวแมง

เขี้ยวเหลือง เขี้ยวกร่อน เขี้ยวผุ และเขี้ยวเหียน เป็นการจำแนกลักษณะฟันที่ไม่ปกติแบบชาวบ้าน โดยใช้ลักษณะที่เห็นและการไม่มีอาการปวดในการแบ่งประเภท แต่ถ้าฟันเป็นรูถึงกลางฟันเป็นโพรง อาจเป็นสีดำหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งมีอาการปวดแล้ว ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ ชาวบ้านจะเรียกว่า “เป็นเขี้ยวแมง” (รูปที่ 4) ซึ่งอาการปวดเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการบ่งบอกว่าฟันเป็นเขี้ยวแมงไม่พบมีชาวบ้านกล่าวถึง ความเชื่อมโยงจากการเป็นเขี้ยวเหลือง เขี้ยวกร่อน เขี้ยวผุ หรือเขี้ยวเหียน ไปเป็นเขี้ยวแมง

การจำแนกโรคฟันผุเป็น “ແຂ່ວແມ່ງ” ของชาวบ้านนี้ มีความแตกต่างกับทางการแพทย์ ทั้งในแง่ของภาษา เกณฑ์ที่ใช้แบ่งประเภท รวมถึงการให้ความหมาย เห็นได้ชัดเจนจากการที่ชาวบ้านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของฟันผุและແຂ່ວແມ່ງที่แตกต่างกัน ดังนี้

“ແຂ່ວແມ່ງมันเป็นดำ” เป็นฐเข้าไป โกลนเข้าไปในฮาก กินถึงแกน เข้าถึงใจกลางฟัน ฮอดเนื้อฟัน มันจะปวดมาก (ແຂ່ວແມ່ງจะเป็นสีดำ เป็นรู เป็นโพรงเข้าไปในราก ลึกถึงแกนกลางฟัน ถึงเนื้อฟัน จะปวดมาก-ผู้วิจัย)” เมื่ออายุ 28 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ในโทรทัศน์มีแต่ฟันผุ ผุกับแมงไม่เหมือนกัน แมงจะดำต้องเจ็บ ไม่เจ็บไม่เป็นແຂ່ວແມ່ງ” เมื่ออายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

“แมงมันเหี่ยวหายเหี่ยวปวด (มีการปวดและหายปวดกลับไปมาหลายครั้ง-ผู้วิจัย) พอตะวันตกดิน ยิ่งปวด ตอนกลางวันก็ปวด แต่ไม่ปานได้ (ปวดไม่มาก-ผู้วิจัย) กลางคืนนี้ปวดมากปวดตุ๊บๆ ปวดกลางคืน ไม่ได้หลับได้นอน” ยายอายุ 51 ปี รายหนึ่งกล่าว

ชาวบ้านหลายรายเห็นว่า การเป็นແຂ່ວແມ່ງเจ็บปวดทรมานมากจนมีผลต่อชีวิตประจำวัน ดังนั้น เมื่อมีอาการปวดจากการเป็นແຂ່ວແມ່ງ ชาวบ้านมักนำสิ่งต่างๆ ที่หาได้ง่ายในครัวเรือน (เช่น ผงชูรส น้ำปลาน้ำ มะนาว ยาสีฟัน น้ำมันเครื่อง น้ำมันเบนซิน เป็นต้น) หรือใช้น้ำยาแก้ແຂ່ວແມ່ງที่มีพ่อค้านำมาขายพร้อมกับการโฆษณาว่าสามารถฆ่าตัวแมงกินฟันได้ โดยใช้สำลีชุบน้ำยาแก้ແຂ່ວແມ່ງ นำมาอุดเข้าไปในโพรงฟันที่ปวด ชาวบ้านกล่าวว่าสามารถบรรเทาอาการปวดได้ แต่ไม่พบมีชาวบ้านกล่าวถึงการรักษาແຂ່ວແມ່ງด้วยการเป่าหรือการเหยา ซึ่งเป็นวิธีการที่ชาวบ้านนิยมใช้รักษาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ อย่างไรก็ตาม อาการปวดจากการเป็นແຂ່ວແມ່ງมีการหายไปเองในบางครั้ง ชาวบ้านจึงมักปล่อยให้โรคลุกลามต่อไป โดยไม่ได้รับการรักษา

“มีตอนไม่ปวดเหมือนกัน มันมีการหายการดีเอง ไม่เจ็บตลอด มันไม่ปวดทรมาน เจ็บแล้วมันก็เข้า ยามปวดมันก็ให้ ไม่ปวดก็ไม่ใช่เพราะเหวอ (มีบางครั้งไม่ปวด มีการหายปวดได้เอง ไม่เจ็บตลอด ไม่ปวดทุกวัน เจ็บแล้วก็หาย เมื่อปวดเด็กจะร้องให้ ถ้าไม่ปวดจะไม่มีอาการอะไร-ผู้วิจัย)” เมื่ออายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

สำหรับตำแหน่งฟันที่เป็นແຂ່ວແມ່ງได้ง่ายมีชาวบ้านส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นที่ฟันหน้ามากกว่า แม้ว่าจะแปรงง่ายกว่า ด้วยเหตุผล

ว่าเพราะฟันหน้าขึ้นก่อนจึงเป็นແຂ່ວແມ່ງก่อน หรือเวลาอมลูกอมมักเอาลิ้นดันฟันหน้าจึงเป็นง่าย แต่ชาวบ้านอีกส่วนเชื่อว่า ฟันหลังเป็นมากกว่า เพราะซี่ใหญ่กว่า มองไม่เห็น แปรงยาก อาหารชอบติดตรงซอกฟัน ทำให้เป็นແຂ່ວແມ່ງง่ายกว่า ชาวบ้านบอกว่าจากการสังเกตผู้ใหญ่มักเป็นແຂ່ວແມ່ງที่ฟันหลัง ในขณะที่เด็กมักจะเป็นແຂ່ວແມ່ງที่ฟันหน้าบน อย่างไรก็ตาม มีบางคนเชื่อว่า เด็กเป็นແຂ່ວແມ່ງที่ฟันหลังได้มากเช่นกัน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นที่ฟันหน้าหรือฟันหลัง มักจะเป็นตรงซอกฟันที่ติดกัน

ชาวบ้านส่วนใหญ่เชื่อว่า แຂ່ວແມ່ງเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน สาเหตุหลักของการเกิดແຂ່ວແມ່ງในเด็กที่ถูกกล่าวถึงคือ อมลูกอม ผู้เลี้ยงดูเคี้ยวข้าวบ้อนให้เด็ก การไม่แปรงฟัน และมีแมงกินฟันสาเหตุอื่นได้แก่ เด็กฟันไม่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นกรรมพันธุ์ เป็นต้น ส่วนการดูคนแม่วิธีการให้นมที่ไม่ถูกต้อง และการรับประทานนมถุงอวบรอบ ชาวบ้านคิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด แຂ່ວແມ່ງ ชาวบ้านเชื่อว่า “ตัวแมง” ที่เป็นสาเหตุของແຂ່ວແມ່ງนี้ เป็นสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กที่สามารถเจาะเข้าไปอาศัยอยู่ในฟันได้ เพราะทำให้มีอาการปวดคล้ายกับมีบางสิ่งไชอยู่ในฟัน

“เวลาปวด เหมือนมีแมงอันหยั่ง ซึ่เข้าไป เจาะลงไป คล้ายๆ อิหยั่งเจาะหมากไม้ (เหมือนมีตัวอะไรไชเข้าไป คล้ายมีตัวอะไรที่เจาะผลไม้-ผู้วิจัย)” แม่วัย 28 ปี รายหนึ่งกล่าว

ลักษณะตัวแมงในความคิดของชาวบ้าน มีขนาดเล็กและมีลักษณะแตกต่างกันไป ตามแต่ประสบการณ์ของชาวบ้านแต่ละราย การเป็นແຂ່ວແມ່ງสามารถถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้

“แม่แมงเป็นตัวเล็กๆ เท่าเส้นผม สีแดง หัวแหลมท้ายแหลม” ยายอายุ 51 ปี รายหนึ่งกล่าว

“เคยได้ยินว่า แมงเป็นตัว หมอโรงพยาบาลเอาออกมา มันแตกออกเป็นแฉ่งๆ ตัวกลมๆ แข็งบดไม่ยอมแตก (บดไม่แตก-ผู้วิจัย)” เมื่ออายุ 27 ปี รายหนึ่งกล่าว

“ແຂ່ວແມ່ງมันมีเชื้อแม่แมงถึงได้เป็น ผู้เป็นนมมาบ้อนหื้อผู้บ้อนเป็น มันก็เป็นติดกัน (ແຂ່ວແມ່ງมีตัวแมงเป็นสาเหตุ คนที่เป็นແຂ່ວແມ່ງอมข้าวมาบ้อนให้เด็ก คนบ้อนเป็นແຂ່ວແມ່ງเด็กจะติดແຂ່ວແມ່ງด้วย-ผู้วิจัย)” เมื่ออายุ 44 ปี รายหนึ่งกล่าว

ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นว่า ตอนฟันขึ้นมาใหม่ๆ ช่วงเด็กอายุ 1 ปี หรือเด็กยังรับประทานนมแม่ ฟันจะสวยงามดี จนกระทั่งเมื่อเด็กมีอายุ 2 ปีหรือมีฟันขึ้นครบทุกซี่ ฟันจะเริ่มเป็นແຂ່ວແມ່ງ แต่ชาวบ้านบางส่วนคิดว่าเด็กอายุเพียง 1 ปี จะสามารถเป็นແຂ່ວແມ່ງได้

เช่นกัน หรือพอเริ่มรับประทานอาหารหรือขนมได้ ก็เริ่มเป็นแมลงเลย และส่วนใหญ่คิดว่า อาการปวดที่เกิดจากฟันเป็นแมลง จะพบบ่อยในช่วงที่เด็กเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือเข้าอนุบาล 1 หรืออายุประมาณ 3-5 ปีไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านบางคนเชื่อว่า แช่วแมลงเป็นไม่จำกัดอายุ บางคนอายุแค่ 2-3 ปี บางคน 5 ปี บางคนตอนแก่เฒ่าแล้วถึงเป็นแช่วแมลง ชาวบ้านบางส่วนเชื่อว่า เด็กทุกคนต้องเป็นแช่วแมลง แม้ว่าตอนแรกฟันยังสวยงามอยู่ แต่พอถึงช่วงอายุหนึ่งฟันน้ำนมต้องผุเป็นแมลงไป นอกจากนี้ ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังเชื่อว่า เมื่อเด็กโตขึ้นจะไม่เป็นแช่วแมลง หรือแช่วแมลงจะหายเมื่อฟันแท้ขึ้น

“ตอนออกมาฉันยังงามอยู่ ยังบ่ทันแมง (ยังไม่เป็นแมง-ผู้วิจัย) จะแมงตอนอนุบาล ตอน 5 ปี เพราะกินขนม” แม่อายุ 33 ปี รายหนึ่งกล่าว

“เด็กทุกคนต้องฟันซี่หลายก่อน (ต้องฟันไม่สวยก่อน-ผู้วิจัย) ต้องมีแมงกินฟัน เป็นฟันผุ เป็นแช่วแมลง ถึงตอนนั้นไม่ผุ แต่พอไปโรงเรียนก็เป็น ต้องเป็นทุกคน” แม่อายุ 36 ปี รายหนึ่งกล่าว

“โตแล้วจะไม่ค่อยเป็น 7 ปี ถ่ายหมดก็หายเป็น (ฟันแท้ขึ้นจะไม่เป็นแมงอีก-ผู้วิจัย) พอ 10 ปี ก็ไม่เป็นแมงแล้ว ถ่ายแช่วแล้ว ถึงไม่ปรอง ก็ไม่แมงไม่ผุ” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

สำหรับผลกระทบของการเป็นแช่วแมลง ส่วนใหญ่ชาวบ้านเห็นว่าเมื่อเป็นแช่วแมลงแล้วจะปวดโดยเฉพาะฟันหลังจะปวดมาก ถ้าเป็นในเด็ก เด็กจะปวดจนร้องไห้ บางครั้งเหงือกจะบวมเป็นหนอง เป็นไข้ เมื่อปวดต้องทานยา ต้องไปหาหมอ และต้องถอนฟัน ถ้าเป็นฟันผู้ใหญ่ เมื่อถอนแล้วไม่มีฟันขึ้นอีก ทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวข้าว ทานอาหารลำบาก และเคี้ยวข้าวป้อนลูกไม่ได้ ถ้าเป็นฟันหน้า ฟันจะหลออายคนอื่น แต่เด็กถอนฟันแล้วยังทานอาหารได้ เพราะใช้เหงือกดูดกันหรือเอาฟันข้างๆ เคี้ยวแทนได้ และไม่นานฟันแท้จะขึ้นแทน ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นว่า แม้เป็นแช่วแมลง ฟันน้ำนมยังหลุดออกได้ ฟันแท้สามารถขึ้นแทนได้และสวยงามดี อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านบางรายเชื่อว่า การเป็นแช่วแมลงในฟันน้ำนม ทำให้ฟันน้ำนมไม่หลุด เมื่อถึงเวลาที่ฟันแท้จะขึ้น ทำให้ฟันแท้ขึ้นบิดไปมาหรือขึ้นซ้อนกัน บางคนเชื่อว่าอาจทำให้ฟันแท้ติดแช่วแมลงด้วย

“แมงแล้ว ฟันแท้ขึ้นงาม พอใหญ่มา (พอเด็กโตขึ้น-ผู้วิจัย) ก็ดีเอง ถ่ายออกก็งามคือเก่า (เมื่อฟันน้ำนมที่เป็นแมงหลุดไปแล้ว ฟันแท้ที่ขึ้นแทนจะสวยไม่เป็นแมง-ผู้วิจัย)” แม่อายุ 30 ปี รายหนึ่งกล่าว

บทวิจารณ์

มนุษย์ในแต่ละสังคมมีความคิดความเชื่อที่แตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์และการเรียนรู้ที่สืบทอดกันมา ซึ่งความเชื่อในแต่ละลักษณะจะมีความหมายและมีแบบแผนที่สามารถอธิบายอย่างเป็นเหตุผลตามระบบคิดของมนุษย์ในสังคมนั้นๆ อย่างไรก็ตาม สังคมของมนุษย์มิได้หยุดนิ่ง แต่มีการรับเอาวัฒนธรรมความเชื่อจากสังคมอื่นตลอดเวลา มีการนำชุดความรู้ใหม่มาปรับเข้ากับชุดความเชื่อที่มีอยู่เดิม สร้างเป็นความเชื่อใหม่ที่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา^{13,24}

การศึกษานี้ มุ่งเน้นทำความเข้าใจระบบความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในส่วนของชาวบ้านเป็นหลัก โดยพบว่าความเชื่อเรื่องโรคฟันผุของชาวบ้านเกิดจากการผสมผสานรูปแบบความคิดหลาย ๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน ทั้งจากความเข้าใจแบบสามัญสำนึก ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ รวมทั้งการบอกเล่าของผู้อื่น แม้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนในชุมชนนี้ จะมีความคิดเห็นในแต่ละประเด็นเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยไม่เหมือนกันทั้งหมด แต่ในภาพรวมชาวบ้านมีแบบแผนการอธิบายโรคดังกล่าวไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีทั้งส่วนที่สอดคล้องและแตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ บทสรุปของความคิด ความเชื่อแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับแนวคิดทางทันตแพทยนำเสนอดังตารางที่ 3

แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยของชาวบ้านเป็นรูปแบบการอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นตามโลกทัศน์ของชาวบ้าน มีลักษณะสัมพันธ์สอดคล้องกับวิถีชีวิตในสภาพแวดล้อม ซึ่งมีทั้งความเชื่อที่สอดคล้องและแตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่า แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุของชาวบ้าน มีลักษณะเฉพาะเป็นที่เข้าใจและยอมรับของคนในกลุ่มสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน มีหลากหลายความหมาย ไม่ทราบที่มาที่ชัดเจนของคำอธิบายว่ามาจากแหล่งใด ในขณะที่แบบแผนการอธิบายโรคฟันผุทางการแพทย์ มีความชัดเจน เป็นสากล เป็นที่เข้าใจตรงกันของกลุ่มแพทย์วิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นโรคฟันผุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอื่นใด มีความเป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ มีการทดสอบสมมติฐานจนเป็นที่ยอมรับตรงกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบแนวคิดเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยแบบชาวบ้านกับแนวคิดทางทันตแพทย์
Table 3 Comparison of conceptions regarding early childhood caries between village people and professionals

Topic of comparison	Professional Concept	Village people conception and practice
1. Term, Definition, and Categorization	Early childhood caries is defined as one or more upper anterior tooth with smooth surface caries. Severity is based on the depth of progression i.e. caries affecting enamel, dentin, or with pulp exposed.	Terms used according to the characteristics and symptoms of primary tooth observed i.e. "kaew leang", "kaew gron", "kaew pu", "kaew hian", and "kaew mang". Not determined by site of caries i.e. regardless of site, if the tooth is yellow, it is called "kaew leang" or if the hole extends into center of tooth with pain it is called "kaew mang". Severity is based on symptoms i.e. no symptom, mild, tolerable and intolerable pain.
2. Cause	From loss of balance between remineralization and demineralization under 3 essential factors: 1. Tooth and oral environment i.e. wellness of mineralization of tooth structure, buffering capacity of the saliva. 2. Bacteria: mutans streptococci 3. Substrate (carbohydrates - both starch and sugars) especially inappropriate feeding of liquid food.	Attributed to numerous causes: 1. Tooth or health of the child i.e. weak tooth, low immunity 2. Pathogen i.e. bugs piercing the tooth or mother with "Kaew mang" chewing food and feed to the baby 3. Food i.e. candy especially "Hall's." Other starchy and sugared foods such as chips as well as mother's milk or UHT milk are not related to caries. 4. Other factors include heredity and age group
3. Diagnosis and Assessment of Symptom Severity	Assessment based on the following characteristics: 1. Visible conditions of tooth and oral structure i.e. discoloration, quantity of tooth structure loss, fistula opening, or swelling of gingival and face 2. Conditions that require additional examination i.e. change of surface hardness (probed by explorer), tooth mobility, response to hot & cold, percussion, radiographic change. 3. Symptoms i.e. pain, pain stimuli. With professional diagnosis and assessment with details, early carious lesion can be identified.	Assessed by the following: 1. visible condition of tooth and oral structure i.e. change in tooth colour, a hole in the tooth 2. symptom (existence of pain) 3. Behavioral change in child i.e. crying, not eating 4. Other accompanying symptoms such as fever Folk people tend to assess severity of carious lesion according to visible conditions & symptoms; however, young children may not be able to communicate the site and symptom of the lesion combined with symptom-less early initiation of caries. Alleviation of symptom is possible in some cases. Once the folk people finally recognize the carious lesion or decide to seek professional treatment, it is most likely that the lesion has already severely progressed.
4. Consequences & Impact	Stunted growth resulting from loss of teeth. Extraction of primary tooth causes loss of space in the arch, crowding of permanent teeth. Loss of anterior teeth affecting child's confidence. Increased susceptibility of permanent teeth, resulting in high cost of treatment and increased government expenditures.	Viewed as part of normal life. When it's time, the baby tooth will fall out and be replaced by adult tooth. However, in the case of "Kaew mang," the child will be in pain, will cry, and will not be able to eat. The child needs to be taken to the dentist to have the tooth removed. After tooth removal, the child could chew with the gum. The adult tooth that replaces the lost tooth will be normal, not affected by the bugs.

การที่ชาวบ้านมีแบบแผนความคิดและการปฏิบัติต่างกับแพทย วิชาชีพ เป็นผลมาจากการมีฐานความคิดในเรื่องของความจริง (reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกันนั่นเอง¹²

ชาวบ้านสั่งสมองค์ความรู้ท่ามกลางการดำรงชีวิตอยู่อย่าง แนบชิดกับธรรมชาติ การเสื่อมสลายของอวัยวะในร่างกาย เป็น ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตามธรรมชาติ โดยปราศจาก ความรู้หรือวิทยาการที่จะช่วยยับยั้งการสูญเสียอวัยวะ ซึ่ง แนวคิดแบบชาวบ้านนี้ มีพื้นฐานวิธีคิดมาจากการที่ชาวบ้านมี ความคิด ความเชื่อที่ยอมรับความเสื่อมสลายของอวัยวะและ ร่างกายตามธรรมชาติ ตระหนักเฉพาะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบ ณ ปัจจุบัน ทำให้ไม่ให้ความสำคัญหรือมองถึง ประโยชน์ของการป้องกันปัญหาในอนาคต สอดคล้องกับ Kluckhohn อ้างถึงใน พันธุ์ทิพย์ งามสูตร²⁵ ซึ่งให้คำอธิบายเกี่ยว กับแนวคิดแบบวัฒนธรรมตะวันตกว่าเป็นลักษณะผสม กลมกลืนยอมรับความแก่และความเสื่อมตามวัยของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงมีแนวคิดเรื่องเวลาที่มุ่งอยู่กับปัจจุบัน (present ori- ented) ซึ่งต่างกับแนวคิดแบบวัฒนธรรมตะวันตก ที่ต้องการ เอาชนะธรรมชาติ ไม่ยอมรับความเสื่อมตามวัย มีแนวคิดเรื่อง เวลาที่มุ่งกับอนาคต (future oriented)

ผลที่ได้จากการศึกษา ได้ช่วยสะท้อนให้เห็นมุมมองของ ชาวบ้านต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในหลายประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

การจำแนกโรคจากลักษณะของฟันที่เห็นและอาการที่ปรากฏ

ชาวบ้านมีการจำแนกความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฟันออกเป็น แช่วเหลือง แช่วกร่อน แช่วุ และแหว่เหี้ยน ซึ่งถือเป็นฟันน้ำนมที่ ไม่ปกติ แต่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ในขณะที่แหว่แมง เป็น ลักษณะของฟันน้ำนมที่ถือว่าเป็นปัญหาในวิธีคิดของชาวบ้าน เนื่องจากชาวบ้านใช้ “ลักษณะที่ปรากฏเห็นเด่นชัด” (เช่น ฟันมี สีเหลือง ฟันเป็นรูสีดำขนาดใหญ่) ร่วมกับ “ความรุนแรงของ อาการ” ที่กำลังเผชิญ (เช่น อาการปวดฟัน การบวมของใบหน้า) เป็นหลักในการอธิบายโรคและระดับความรุนแรงของโรค การใช้ เกณฑ์การพิจารณาของชาวบ้านดังกล่าว จึงมีความแตกต่างกับ เกณฑ์การจำแนกโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในทางทันตแพทย์ ซึ่งมิ การให้นิยามเกณฑ์การพิจารณาอย่างเฉพาะเจาะจง โดยใช้ ตำแหน่งที่เกิดโรคเป็นหลักในการพิจารณา การให้ความหมาย แหว่พุของชาวบ้านอาจเทียบเคียงกับการให้ความหมายในทาง

ทันตแพทย์ได้ว่า เป็นการผุเพียงชั้นเคลือบฟันหรืออาจถึงชั้นเนื้อ ฟัน ในขณะที่แหว่แมงของชาวบ้าน เทียบได้กับการผุลึกทะลุ โพรงประสาทฟัน ซึ่งทำให้มีอาการปวดได้แน่นอน จะเห็นได้ว่า การแบ่งประเภทโรคฟันผุในทางทันตแพทย์ อาจเป็นสิ่งที่เข้าใจ ได้ยากและไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ชาวบ้านรับรู้

การที่ชาวบ้านพิจารณาความผิดปกติของฟัน ตาม ลักษณะที่เห็นและอาการที่ปรากฏ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะฉัตร พัทธานันต์¹⁷ ส่วนการใช้เกณฑ์การพิจารณาความ ผิดปกติของฟันที่แตกต่างกันระหว่างชาวบ้านและทันตแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิสุทธิ สังขะเวส และคณะ²⁶ ซึ่ง พบว่า การประเมินสุขภาพช่องปากของประชาชนมีลักษณะเป็น เกณฑ์ของตนเอง (subjective criteria) ส่วนการประเมินของ ทันตแพทย์เป็นเกณฑ์ของผู้ตรวจ (objective criteria) ซึ่งเป็น ไปตามหลักวิชาและมีความแน่นอน การประเมินสุขภาพทั้งสอง ลักษณะนี้ จึงไม่สอดคล้องกัน

การที่ชาวบ้านพิจารณาความผิดปกติของฟันตามลักษณะ ที่เห็นและอาการที่ปรากฏ มีส่วนทำให้โรคฟันผุของเด็กถูกละเลย ต่อไป ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ธรรมชาติของโรคฟันผุในระยะเริ่ม แรก จะไม่มีอาการและมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป กว่าที่จะแสดง อาการของโรคจะใช้เวลานาน เด็กที่เริ่มมีรอยผุตั้งแต่อายุ 1 ปี จึง อาจแสดงอาการปวดฟันเมื่ออายุ 3 ปี ซึ่งชาวบ้านกล่าวว่าเริ่ม เป็นแหว่แมงนั่นเอง ประกอบกับการที่เด็กเล็กไม่สามารถบอก อาการและตำแหน่งของโรคได้ชัดเจน กว่าที่ชาวบ้านจะรับรู้ว่ามี โรคฟันผุเกิดขึ้น อาจถึงระยะที่โรคถูกละเลยไปมากแล้ว จึงพบรูปแบบความเชื่อของชาวบ้านที่ว่าเด็กจะเป็นแหว่แมง เมื่อเข้าเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือชั้นอนุบาลหรือเด็กมีอายุระหว่าง 3 ถึง 5 ปี ทั้งที่ในความเป็นจริง โรคฟันผุสามารถเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่เริ่ม มีฟันขึ้นในช่องปากหรือเด็กมีอายุน้อยกว่า 1 ปี ความเชื่อนี้มีผล ต่อการป้องกันโรคและการตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การที่ชาวบ้านรับรู้ว่าการปวดจากการเป็นแหว่แมงมี การหายไปได้เองในบางครั้ง จึงปล่อยให้ฟันผุที่ไม่มีอาการปวด มีการถูกละเลยต่อไป เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว ทั้งที่ยังมีการ ดำเนินของโรคอยู่ ความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับธรรมชาติของ โรคฟันผุ ที่มีบางช่วงอาการของโรคบรรเทาไปได้เอง ความเชื่อ ของชาวบ้านในประเด็นนี้ ส่งผลให้เกิดการชะลอการรักษา และ โรคถูกละเลยไปมาก

เช่นเดียวกับความเชื่อว่าแหว่แมงหายได้เองเมื่อเด็กมีอายุ

มากขึ้นและมีฟันแท่นขึ้น อันเป็นผลจากการใช้อาการปวดเป็นสิ่งบ่งชี้ ดังนั้นเมื่อเด็กไม่มีอาการปวดแล้ว ไม่ว่าเกิดจากการที่โรคแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือโรคลุกลามจนเหลือเพียงตอฟัน หรือฟันซี่ที่เป็นแมงโยกหลุดไปตามเวลา มีฟันแท่นขึ้นแทนแล้วแต่ทำให้อาการปวดฟันหายไป ชาวบ้านจึงถือว่าหายจากการเป็นแหว่แมงแล้วนั่นเอง

การพิจารณาว่าเด็กเป็นโรคฟันผุ เมื่อมีอาการของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นลักษณะการให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยในความหมายของความสามารถหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ มากกว่าการพิจารณาจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่ง Cockerham²⁷ กล่าวว่า บุคคลจะให้ความหมายการเจ็บป่วย หากมีอาการบางอย่างเกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย และเป็นอาการที่มีความแตกต่างไปจากสิ่งที่พบเห็นเป็นประจำในชีวิต ในขณะที่บางอาการเป็นความเจ็บป่วยที่บุคคลมีความคุ้นเคย รวมทั้งรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่เป็นอันตราย ความเจ็บป่วยนี้ เรียกว่า ความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นปกติธรรมดา (routine illness) โดยนัยนี้ การที่เด็กมีฟันผุแต่ยังไม่มีอาการปวด อาจถือเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้เป็นปกติธรรมดาตามการรับรู้ของชาวบ้าน เพราะเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด เด็กยังสามารถรับประทานอาหาร วิ่งเล่น และนอนหลับได้ตามปกติ ชาวบ้านจึงไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันหรือรักษา

นอกจากนี้ ในระบบคิดของชาวบ้านยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างการผุในระยะเริ่มแรกของฟันไปสู่การผุทะลุโพรงประสาทฟัน หรือจากการเป็นแหว่เหลือง แหว่กร่อน แหว่ผุ แหว่เหี้ยนไปสู่การเป็นแหว่แมง รวมทั้งความเชื่อของชาวบ้านบางส่วนที่ว่าเด็กทุกคนต้องเป็นแหว่แมง ถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญยิ่งต่อการป้องกันโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จึงควรมีการให้ทันตสุขศึกษาที่เน้นย้ำให้ทราบถึงความเชื่อมโยงของการผุแต่ละแบบ หรือแสดงให้ทราบถึงกระบวนการการดำเนินของโรคฟันผุดังกล่าว รวมทั้งวิธีการยับยั้งการลุกลามของโรคในแต่ละระดับความรุนแรงของการผุให้ชาวบ้านทราบ ซึ่งอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าไปสู่แนวคิดในการป้องกันหรือรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ สิ่งที่น่าจะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ คือ ควรมีการรณรงค์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชน โดยการนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ และด้วยภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของประชาชนแต่ละท้องถิ่น รวมทั้งปรับเนื้อหาด้านทันตสุขศึกษาให้เหมาะสมกับวิถีคิด

เฉพาะชุมชน ควบคู่ไปกับความรู้ทางวิชาการ เช่น อธิบายว่าแหว่เหลืองเป็นฟันผุในระยะแรกจะเกิดที่ผิวนอกสุดของฟัน ถ้ายังไม่มีกร่อน กะเทาะออก สามารถแปร่งฟัน เพื่อยับยั้งการลุกลามของโรคได้ หรือถ้าเกิดมีหลุมที่ผิวฟันเพียงเล็กน้อย สามารถอุดฟันได้ แต่หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ดูแลรักษา อาจกลายเป็นฟันผุลึกจนทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีอาการปวดได้ หรือที่เรียกว่าเป็นแหว่แมงนั่นเอง เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการอธิบายดังกล่าว จะช่วยให้คนในชุมชนเกิดความเข้าใจโรคฟันผุได้ดียิ่งขึ้น

ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน

“แมงกินฟัน” เป็นความเชื่อที่พบได้ทั่วไปในชุมชนแห่งนี้ ความเชื่อดังกล่าว อาจเกิดจากลักษณะอาการเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นเมื่อฟันผุลึกใกล้หรือถึงโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทง และมีอาการเสียวฟัน ร่วมกับการรับรู้ของชาวบ้านว่าฟันเป็นรู จึงจินตนาการความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่า คล้ายมีหนอน หรือ แมลงเจาะไชตัวฟัน กัดกินฟัน ทำให้ฟันเป็นโพรงเหมือนหนอนเจาะผลไม้ ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันของชาวบ้าน จึงเป็นการพยายามอธิบายสาเหตุของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ตามความเข้าใจของชาวบ้าน

ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันซึ่งพบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะฉัตร พัทธานันต์ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน ที่จังหวัดขอนแก่น^{17,18} และความเชื่อเรื่องฟันเป็นแมงยังปรากฏในบทสัมภาษณ์ตอนหนึ่งจากผลการศึกษาของ กรมนอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง¹⁹ แสดงให้เห็นว่าชาวบ้านซึ่งเป็นชาวผู้ไทยในการศึกษานี้ มีความเชื่อในเรื่องแมงกินฟัน เช่นเดียวกับชาวบ้านในท้องถิ่นอื่น

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

ความเชื่อที่ว่าถ้าให้เด็กเล็กรับประทานไข่แดงแล้วจะทำให้ฟันเหลืองฟันลาย เป็นอีกตัวอย่างของความพยายามในการ

อธิบายสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมตามโลกทัศน์ของชาวบ้าน โดยผูกโยงกับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกันจากการพบเห็นสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติรอบตัว แม้จะเป็นเพียงข้อมูลเชิงประจักษ์จากประสบการณ์การสังเกตของชาวบ้าน และไม่มีเหตุผลทางการแพทย์มาสนับสนุนความเชื่อดังกล่าวก็ตาม วิธีคิดที่ต่างกันส่งผลต่อรูปแบบการปฏิบัติของชาวบ้าน และทันตแพทย์ที่มีความแตกต่างกัน

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาและพฤติกรรมที่แสดงออก จากความเชื่อเรื่องแมงกินฟันเป็นสาเหตุของฟันผุ ทำให้เมื่อมีอาการของโรคฟันผุ ชาวบ้านจึงพยายามกำจัดตัวแมง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคออกไปจากตัวฟัน ด้วยการนำสิ่งต่างๆ ที่หาได้ง่ายรอบตัว และมักมีลักษณะที่ใส่แล้วทำให้รู้สึกเย็นหรือแสบชา ใส่ลงไปในรูฟันผุ โดยคาดหวังว่าจะทำให้อาการปวดฟันลดลง สอดคล้องกับการตีความและความคาดหวังของชาวบ้านว่า สิ่งที่ใส่ลงไปในรูฟันอาจทำให้แมงกินฟันตาย และหายปวดจากการเป็นแมงได้ ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน ยังทำให้เกิดช่องทางการค้าสำหรับพ่อค้าเร่ขายยาตามหมู่บ้าน โดยการโฆษณาว่ามีน้ำยาฆ่าตัวแมงกินฟัน ซึ่งเข้าได้กับวิธีคิดของชาวบ้าน ทำให้ชาวบ้านซื้อน้ำยาแก้แหว่งแมงไว้ใช้บำบัดความเจ็บปวด ส่งผลให้เป็นการยืดเวลาที่จะมารับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ทำให้การผุของฟันลุกลามต่อไป จนเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาจึงไม่สามารถเก็บรักษาฟันไว้ได้

นอกจากนี้ ความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน จัดเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค บนพื้นฐานของสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (natural world) จากการมีสิ่งมีชีวิตอื่นมาทำร้าย ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (supernatural world)²⁸ จึงอธิบายได้ว่าเหตุใดชาวบ้านจึงไม่นิยมใช้การเป่าคาถาหรือใช้ไสยศาสตร์ เช่น โหรี ซึ่งเป็นวิธีการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ในการรักษาแหว่งแมง แม้ว่าชาวบ้านจะนิยมรักษาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ด้วยวิธีการเป่าก็ตาม

แม้ความเชื่อเรื่องแมงกินฟันจะสอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์ ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค แต่นำไปสู่การปฏิบัติของชาวบ้านที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น การใส่น้ำมันเครื่องในฟันเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังที่กล่าวไปแล้ว บุคลากรสาธารณสุขจึงควรพิจารณาหาแนวทางที่จะช่วยให้ชาวบ้านมีการปฏิบัติที่เหมาะสม แต่เนื่องด้วยความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน

เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ยากแก่การปรับเปลี่ยน แนวทางที่นำมาใช้จึงไม่ควรมุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อของชาวบ้านให้เหมือนกับแพทย์โดยสิ้นเชิง แต่ควรสนับสนุนให้ชาวบ้านเกิดการป้องกันโรค หรือมีการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคอย่างเหมาะสม โดยอาจใช้ประโยชน์จากความเชื่อเรื่องแมงกินฟัน ในการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับชาวบ้าน ตัวอย่างเช่น ให้คำแนะนำว่ามีวิธีการป้องกันแมงกินฟันได้อย่างไร หรือ เมื่อเห็นฟันเป็นสีดำให้รีบมารักษาย่ารอให้แมงกินฟันจนปวด เป็นต้น

จากความแตกต่างในระบบวิธีคิดของการแพทย์ระบบวิชาชีพและชาวบ้านนี้เอง ทำให้การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนต้องละเอียดอ่อน ใช้ภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจได้ง่าย สั้น กระชับ และมุ่งตรงตามความสนใจของประชาชนมากที่สุด ทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข ควรต้องทำความเข้าใจต่อระบบคิด วิธีปฏิบัติ รวมทั้งวิถีชีวิตของชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางพื้นฐานความคิดของบุคคล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินมาตรการทางทันตกรรมต่างๆ การมีความเข้าใจในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน จะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับ วิธีคิดและวัฒนธรรม อีกทั้ง สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายตามวิถีชีวิตของชาวบ้าน

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์พูดคุยเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการค้นหาและทำความเข้าใจแบบแผนความคิดของชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ก ให้ได้รายละเอียดเชิงลึกในบางประเด็น ทำได้ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ระยะระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลพอสมควร สื่อแผนภาพที่ใช้ แม้จะสามารถนำไปสู่การเปิดประเด็นการพูดคุยเพื่อหาแบบแผนความคิดเรื่องโรคฟันผุของชาวบ้านได้ แต่ไม่สามารถเข้าใจกระบวนการทางความคิดได้ตลอดทั้งกระบวนการ การศึกษาในครั้งต่อไป จึงอาจพิจารณาใช้สื่ออื่นที่เห็นได้เด่นชัดกว่า เช่น สภาพช่องปากจริงของเด็กในหมู่บ้าน ซึ่งจะช่วยต่อการอธิบายของชาวบ้านมากกว่า และผลการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะพื้นที่ ข้อมูลที่ได้ไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่น ที่มีความแตกต่างทางสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมได้

แม้การศึกษานี้จะเป็นการทำความเข้าใจความเชื่อของชาวบ้านที่เป็นผลลัพธ์จากการตกผลึกทางความคิดในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีได้ศึกษาถึงที่มาและความเป็นพลวัต (dynamic) ของ

ความเชื่อดังกล่าว แต่ผลที่ได้จากการศึกษา ได้ช่วยสะท้อนให้เห็นมุมมองของชาวบ้านต่อโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ในหลายประเด็นที่น่าสนใจช่วยเปิดเผยข้อมูลบางด้านซึ่งไม่เคยถูกกล่าวถึง ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้ยังมีลักษณะเป็นผลการสำรวจในระดับกว้าง หลายประเด็นยังต้องการการสืบค้นในเชิงลึกต่อไป อีกทั้งต้องการข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุน เพื่อดูถึงขนาดของปัญหาระดับผลกระทบหรือความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยหลายๆ อย่าง การศึกษาต่อไปน่าจะศึกษาผลของบริบทแวดล้อมต่างๆ ที่เป็นเงื่อนไขต่อการสร้างแบบแผนความคิด รวมทั้งควรทำการศึกษาถึงที่มาและความเป็นพลวัตของแบบแผนความคิด เพื่อให้สามารถเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ที่พบได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

บทสรุป

ชาวบ้านมีแบบแผนการอธิบายโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งส่วนที่สอดคล้องและแตกต่างกับแนวคิดทางการแพทย์ อันเป็นผลจากการมีความเชื่อบนพื้นฐานความจริงที่ต่างกัน การทำความเข้าใจระบบวิถีคิดของชาวบ้าน จะช่วยให้ทันตบุคลากรสามารถประยุกต์มาตรการที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กต่อไป

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ ซึ่งเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดการทำวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกด้านตลอดการเก็บข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณชาวบ้านและผู้ให้ข้อมูลสำคัญในพื้นที่ศึกษาทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อและให้ข้อมูลอันมีค่าต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2545. หน้า 23,72.
2. Shantinath SD, Breiger D, Williams BJ, Hasazi JE. The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. *Pediatr Dent* 1996;18:375-8.
3. Tsubouchi J, Higashi T, Shimono T, Domoto PK, Weinstein P. A study of baby bottle tooth decay and risk factors for 18-month old infants in rural Japan. *J Dent Child* 1994;61:293-8.
4. Moss SJ. The relationship between diet, saliva and baby bottle tooth decay. *Int Dent J* 1996;46(supplement1):399-402.
5. Billings RJ. Symposium: needed – a research agenda for nursing caries: introduction. *J Public Health Dent* 1996;56:37.
6. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on baby weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 1992;14:302-5.
7. Davies GN. Early childhood caries-a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26 (supplement1):106-16.
8. ระวีวรรณ ปัญญางาม, ยุทธนา ปัญญางาม. อุบัติการณ์ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็กกรุงเทพมหานคร อายุ 7-60 เดือน. *วทันต* 2535;42:1-7.
9. O'Sullivan DM, Tinanoff N. Maxillary anterior caries associated with increased caries risk in other primary teeth. *J Dent Res* 1993;72:1577-80.
10. Kaste LM, Marianos D, Chang R, Phipps KR. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in permanent dentition. *J Public Health Dent* 1992;52:64-8.
11. Ramos-Gomez FJ, Huang GF, Masouredis CM, Braham RL. Prevalence and treatment costs of infant caries in Northern California. *J Dent Child* 1996;63:108-12.
12. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980. p. 104-5.
13. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรม การรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
14. พัทธินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา, น้ำผึ้ง พิชัยจุมพล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กเล็ก กรณีศึกษา

- หมู่บ้านในภาคเหนือ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2537.
15. พิชราลักษณ์ เกื่อนนาดี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *ว.ทันต. ขอนแก่น* 2542;2:28-38.
 16. พิชราลักษณ์ เกื่อนนาดี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *ว.ทันต. ขอนแก่น* 2542;2:48-57.
 17. ปิยะฉัตร พิชรานันต์. ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
 18. ปิยะฉัตร พิชรานันต์. ถอนฟันประสาธเสีย: มิติความเชื่อของชาวอีสานกลุ่มหนึ่ง. *ว.ทันต. ขอนแก่น* 2545;4:56-64.
 19. ดาวเรือง แก้วขันตี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง, ปิยะดา ประเสริฐสม. รายงานผลการศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2543. หน้า 44-52.
 20. สุกางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. หน้า 23-127.
 21. Hudelson PM. Qualitative research for health programmes. Geneva: World Health Organization; 1996. p. 33-5.
 22. สุกางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. หน้า 31-6, 69-98, 106-21.
 23. วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณ์และภูมิปัญญา จังหวัดมุกดาหาร. คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ ในคณะกรรมการจัดงานเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จัดพิมพ์เนื่องในโอกาส พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 เอกสารอัดสำเนา; 2542. หน้า 42.
 24. บุศรา เกิดพึงบุญประชา. แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
 25. พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. ระบาดวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540. หน้า 131.
 26. พิสุทธิ สังขะเวส, วัลลภ ภูพานิช, เพชรี ชลปรานี, เรดา เกษตรสุวรรณ, สุมล ยุทธสารประสิทธิ์, พงษ์เอก ตาดทอง และคณะ. แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในแง่ของทันตกรรมชุมชน. *ว.ทันต. มหิดล* 2533;10:113-20.
 27. Cockerham WC. Medical sociology. Eaglewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1978. p. 81.
 28. Helman C. Culture, health and illness. London: John Wright & Sons; 1984. p. 73-82.

Original Article

Village People's Explanatory Models Regarding Early Childhood Caries: A Village Case Study from North-eastern Thailand.

Wipaporn Lomsiriudom^{}, Chutima Trairatvorakul[†], Piyachat Patcharanuchat[‡]*

Abstract

The purpose of this descriptive study was to identify village people's explanatory model regarding early childhood caries by Klienman's explanatory model conceptual framework. Different qualitative data collection techniques were used including records, a participant observation, informal interviews, in-depth interviews and pile sorting that collected from 36 key informants, and oral examination of 38 children. The results show that some of the village people's explanatory pattern agrees with professional knowledge, while some do not, due to different reality backgrounds. The village people's conceptions are based upon accepted natural phenomena. Most oral health practices aim for emergent pain relief. The understanding from the present study should help health care providers administer appropriate dental interventions that are culturally suitable to popular thoughts, beliefs, and lifestyles to improve public child oral health goals.

Key words : early childhood caries; explanatory model; qualitative study; village people

^{*} Dental Division, Khamcha-I Hospital, Khamcha-I, Mukdaharn 49110

[†] Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330

[‡] Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002