

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ตำบลเจนีง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

จันทร์เพ็ญ เกสรราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนีง ตำบลฉะนีง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

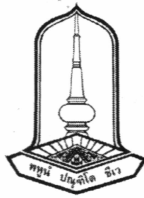
จันทร์เพ็ญ เกสรราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กันยายน 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางจันทร์เพ็ญ เกสรราช
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... (อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกรวด)	ประธานกรรมการ (อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
..... (ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)	กรรมการ (ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
..... (อาจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน)	กรรมการ (กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
..... (รศ.อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์)	กรรมการ (อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
..... (อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี)	กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ .

.....
(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ 23 เดือน ก.ย. พ.ศ. 2557



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุพัทธา วัฒนเสน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำ ควบคุม ตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ กรรมการสอบ และอาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี ผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอขอบพระคุณ ทพ.ปองชัย ศิริศรีจันทร์ และคุณโสภิตา เหมาะหมาย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ ทพญ.ธีรนาฏ โสวภาค โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา และ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา

ขอขอบพระคุณ เจ้าอาวาสวัดบ้านเจียง คณะกรรมการศูนย์เด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจียง ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจียง อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบลเจียง ที่ให้การสนับสนุนและให้ความ ร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้ปกครองของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระหม ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทดลองเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ ทพญ.เทพวาทณ์ ธรรมแจ๊ะ และทพญ.อัจฉรา สุภมณฑลชัยกุล ที่กรุณาตรวจ สุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก และเพื่อนร่วมงานกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ทุกท่านที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณเผ่าพันธ์ จิรวิธานต์กุล คุณนงเยาว์ พรบุญ และक्रम (ชนม์พิชชา เกื้อทาน) ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น นิสิต ส.ม. 11 ศูนย์จังหวัดสุรินทร์ทุกคนที่ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือระหว่างเรียนรู้ร่วมกัน

ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ คุณค่าและประโยชน์ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

จันทร์เพ็ญ เกสรราช



ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ตำบลเจนีง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
ผู้วิจัย	นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ตำบลเจนีง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย จำนวน 210 คน ดำเนินการ ระหว่าง มกราคม ถึง พฤษภาคม 2557 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก กับผู้ปกครองที่มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนานี้ได้กำหนดมาตรการสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมให้เด็กเล็กฟันสะอาดด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์เด็กเล็ก 2) ควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุโดยให้เป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดขวดนมและขนมที่เป็นโทษต่อฟัน 3) พัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และ 4) การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กเล็กและพบว่า ครู ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับสูง ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) อนามัยช่องปากเด็กสะอาดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และการประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากผ่านเกณฑ์

ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครองที่บ้าน (Home: H) ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Child Centre: C) ความร่วมมือในการสร้างมาตรการและการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน (Community Co-operation: C) และการสนับสนุนจากวัด (Temple Support: T) ได้รูปแบบ เรียกว่าศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน บ้าน วัด โมเดล: HCCT- Oral Health Model (Home: Child Center: Community: Temple)

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก; รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก; เด็กก่อนวัยเรียน



TITLE The Development of Oral Health Promotion Model in Wat Ban Chaneng
Child Development Center, Chaneng Subdistrict, Maung District,
Surin Province

AUTHOR Mrs. Chanphen Kesornrat

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Asst. Prof. Niruwan Turnbull, Ph.D.
Dr. Supatra Watthanasaeen, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

This action research aims to develop the Oral Health Promotion Model in Wat Ban Chaneng at Child Development Centre at Chaneng sub-district in Maung district, Surin province, Thailand. The participants were employed 210 people including children parents, teachers, healthcare professionals, monks and a local government officer. The quantitative data were gathered by using standard evaluation criteria of quality childcare and questionnaires of knowledge, attitude and practices in children's oral health for parents within reliable questionnaire of 0.80, 0.80 and 0.79 (respectively) descriptive statistics and paired sample t-test. Further critiqued qualitative data using content analysis method within a group discussion, in-depth interviews and the observation.

The results and finding revealed that the participants have created the standardised roles within four categories, which included 1) Encouraging young children's for teeth cleaning by brushing at home and in the Child Centre are crucial, 2) Announcing the Healthy Nutrition roles, such as, no milk bottles and unsweet meals in Child Development Centre, 3) Enhancement the local community workers to support the project of Oral Health Care, and 4) To be concerned of Oral Health Surveillance within the local community. Furthermore, the finding showed that teachers, children's parents, local community workers and the monks were correspondent for the Oral Health Promotion programme. In particular they were satisfied for the Oral Health Promotion programme with a high level as well as improving their knowledge, attitude, and practice with statistically significant at 0.05 level ($p < 0.05$). Additionally, the OHI scores of children have improved significant difference before and after the implementation oral hygiene programme at 0.05 level ($p < 0.001$).



Impressively, development of surveillance oral health care programme improved oral health care for children within the organization for community networking which categorized into 4 areas of Home (H); parents who look after their children, Child Centre (C); in order to the teacher who look after the children to brush their teeth, Community Co-operation (C); Local Community workers who authorities in the village and Temple (T); Temple to support Oral Health Promotion programme by the local monk.

Key Words: Oral care Health; Oral Health Promotion Model; Preschool children,



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	8
2.2 แนวคิดการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	15
2.3 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	25
2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน	33
2.5 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม	39
2.6 เทคนิคการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมองค์กร	42
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	50
3.1 รูปแบบการวิจัย	50
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	50
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	55
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	56
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	59
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	60



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	61
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย	61
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย	61
4.3 ผลการวิจัย	62
ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ	62
1.1 บริบทพื้นที่ในการวิจัย	62
1.2 สภาพการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	
ก่อนการพัฒนา	66
1.3 ผลการศึกษาสภาพการปัจจุบันสถานการณ์ปัญหา	
สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากก่อนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
ก่อนการพัฒนา	73
ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ	62
2.1 ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ	83
ช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง	
ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย	111
3.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน	113
3.2 ปัญหาอุปสรรค	114
3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	114
บทที่ 5 บทสรุป และอภิปรายผล	120
5.1 จุดมุ่งหมายของการวิจัย	120
5.2 สรุปผล	122
5.3 อภิปรายผล	119
5.4 ข้อเสนอแนะ	124
เอกสารอ้างอิง	125
ภาคผนวก	131
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์	132
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์	139
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	141
ภาคผนวก ค ตัวอย่างภาพกิจกรรม	162
ประวัติย่อผู้วิจัย	166



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1	มาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก
ตาราง 2.2	การเปรียบเทียบระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ตาราง 2.3	การเปรียบเทียบระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยดำเนินการ
ตาราง 2.4	บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน
ตาราง 4.1	จำนวนนักเรียนเตรียมอนุบาล ครูประจำชั้น จำแนกตามห้อง
ตาราง 4.2	ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง่อนการพัฒนา
ตาราง 4.3	ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง่อน
ตาราง 4.4	ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง การดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ($n_1=90$)
ตาราง 4.5	ความถี่และร้อยละ ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนการพัฒนา
ตาราง 4.6	ความถี่และร้อยละ ของผู้ปกครอง ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รายข้อ ($n_1=90$)
ตาราง 4.7	ความถี่และร้อยละ ของระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ($n_1=90$)
ตาราง 4.8	ความถี่ (ร้อยละ) ของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองรายข้อ ($n_1=90$)
ตาราง 4.9	ความถี่และร้อยละ ของระดับการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง ($n_1=90$)
ตาราง 4.10	ความถี่ (ร้อยละ) ของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติและความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง รายข้อ ($n_1=90$)
ตาราง 4.11	การวิเคราะห์ SWOT เพื่อค้นหาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกองค์กรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง่อน
ตาราง 4.12	โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กที่ได้จากการประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม
ตาราง 4.13	ความถี่และร้อยละ ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1=90$)
ตาราง 4.14	ความถี่และร้อยละ ของระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1=90$)
ตาราง 4.15	ความถี่และร้อยละ ของระดับการปฏิบัติการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1=90$)



	หน้า
ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1=90$)	105
ตาราง 4.17 เปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง ก่อนและหลังการพัฒนา	106
ตาราง 4.18 เปรียบเทียบผลการตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากก่อนและหลังพัฒนา	109
ตาราง 4.19 ความถี่และร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ($n_3=90$)	110
ตาราง 4.20 ความถี่ (ร้อยละ) ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก รายข้อ ($n_3=90$)	111
ตาราง 4.21 ความถี่และร้อยละ ของความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ($n_3=90$)	112
ตาราง 4.22 ความถี่และร้อยละ ของความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง รายข้อ ($n_3=90$)	112
ตาราง 4.23 การเปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่พัฒนา	115



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย
ภาพประกอบ 4.1	แผนผังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนี
ภาพประกอบ 4.2	บทบาทหน้าที่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนี
ภาพประกอบ 4.3	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ภาพประกอบ 4.4	ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนี
ภาพประกอบ 4.5	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการมีส่วนร่วมของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชน บ้าน วัด (HCCT- Oral Health Model (Home: Child Center: Community: Temple))



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

เด็กก่อนวัยเรียนช่วงอายุ 3-5 ปีจัดอยู่ในช่วงสำคัญของการสร้างเสริมพัฒนาการ เด็กเริ่มถูกฝึกให้คุ้นเคยต่อสังคมภายนอก เรียนรู้ต่อสิ่งต่างๆ พร้อมทั้งมีการวางรากฐานของการพัฒนาความเจริญเติบโตในทุกด้าน สุขภาพช่องปากนับเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย เนื่องจากปากเป็นประตูสู่สุขภาพและเป็นด่านแรกในการรับสิ่งต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกายทั้งอาหาร น้ำ และเชื้อโรค การมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะทำให้การบดเคี้ยวอาหารได้ดี ทำให้ได้รับสารอาหารหรือโภชนาการที่ครบถ้วน ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และพัฒนาการของเด็กที่สมวัย (ศิริลักษณ์ นครชัยและคณะ, 2548; Casamassimo, 2000) ในทางกลับกันหากเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น โรคฟันผุที่มีการลุกลาม ย่อมส่งผลให้เด็กมีอาการปวด ทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก มีผลทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และอาจทำให้เด็กมีอาการหงุดหงิด รบกวนการพักผ่อน และเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคไปยังอวัยวะอื่นได้ นอกจากนี้การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด จะทำให้การขึ้นของฟันแท้ที่อยู่ข้างใต้ช้าลงหรืออาจทำให้การขึ้นของฟันแท้ขึ้นช้าไม่ตรงกับเส้นกึ่งกลางใบหน้า รวมทั้งอาจทำให้การออกเสียงของเด็กผิดปกติไปในบางคำ ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของการสบฟัน และการบดเคี้ยวอาหารของเด็ก ตลอดจนอาจทำให้การขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งขึ้นผิดตำแหน่ง (นพพล จันทรผ่องแสง, 2548) ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ พัฒนาการเรียนรู้ พัฒนาการด้านบุคลิกภาพในช่วงปฐมวัย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพรวมทั้งคุณภาพชีวิตของเด็ก นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยเด็กที่มีฟันน้ำนมผุสูงจะพบมีฟันแท้ผุสูงด้วยเช่นกัน (Li Y Wang, 2002)

การเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำมนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 อันดับแรกที่พบบ่อยในเด็กเล็ก จากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กมีฟันผุตั้งแต่ขวบปีแรก (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2545) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุเกิดจากหลายปัจจัย ปัจจัยหลักของการเกิดโรคฟันผุเกิดจากกระบวนการที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ เชื้อจุลินทรีย์ อาหาร ตัวฟัน และระยะเวลาที่เหมาะสม หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งแล้วจะไม่เกิดฟันผุขึ้น (Edwina, Sally, 1997) ในขณะเดียวกันปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจและฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว และปัจจัยด้านพฤติกรรมก็มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ (ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิริ, 2542) โดยเฉพาะปัจจัยด้านพฤติกรรมเช่น การบริโภคขนม การดื่มนมรสหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและพฤติกรรมในการทำสะอาดช่องปาก รวมทั้งการหลับคาขวดนม จากการศึกษาของทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ (2539) พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมหลับคาขวดนมมีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่หลับคาขวดนม 1.4 เท่า แม้ว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ แต่ถ้าไม่รีบดำเนินการควบคุม และแก้ไข ก็จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและผลกระทบต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น



จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มอายุ 3 ปีและ 5 ปี ในระดับประเทศของไทย พบว่า สถานการณ์ฟันผุในฟันน้ำนมยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยผลการสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550 และครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 65.7, 61.4 และ 51.7 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.6, 3.2, 2.7 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ ส่วนเด็กอายุ 5 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 87.5, 80.6 และ 78.5 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 5.9, 5.4 และ 4.4 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ ซึ่งฟันผุเกือบทั้งหมดยังไม่ได้ได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับระดับภาคจากการสำรวจทั้ง 3 ครั้งดังกล่าวพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 70.1, 61.6, 49.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.9, 2.8, 2.4 ซึ่งต่อคนตามลำดับ อัตราฟันผุสูงเป็นลำดับที่สามของประเทศรองจากภาคกลางและภาคใต้ และในเด็กอายุ 5 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 89.0, 83.6, 76.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6.2, 5.2 และ 4.3 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556) แม้ว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังถือว่าอยู่ในระดับสูง

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับเขต 14 (เขตบริการสาธารณสุขที่ 9) ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ ซึ่งมีการสำรวจทุกๆ 5 ปี เพื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับประเทศ ในปี 2551 และ ปี 2555 พบว่าสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3 ปี จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 68.1 และ 55.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.2 และ 2.4 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ กลุ่มเด็กอายุ 5 ปี อัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 87.5 และ 86.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.6 ซึ่งต่อคนทั้ง 2 ครั้งที่สำรวจดังกล่าว ซึ่งแม้ว่าสภาวะโรคฟันผุจะลดลงในกลุ่มเด็ก 3 ปี แต่เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 5 ปี กลับพบว่าโรคฟันผุยังคงสูงมาก สูงกว่าระดับประเทศและระดับภาค และยังอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ศูนย์อนามัยที่ 5, 2551; 2556) นอกจากนี้จังหวัดสุรินทร์ได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็ก คิดเป็นร้อยละ 67.6, 65.0 และ 62.2 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเด็กก่อนวัยเรียนยังคงมีอัตราฟันผุสูงอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ ร้อยละ 57 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจังหวัดสุรินทร์ได้มีมาตรการในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนทั้งในชั้นอนุบาลของโรงเรียนประถมศึกษาและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีทันตบุคลากรได้เข้าไปดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สนับสนุนการจัดกิจกรรมให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หลังอาหารกลางวัน และการป้องกันการเกิดโรคฟันผุโดยให้เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ปีละ 2 ครั้ง แต่สถานการณ์โรคฟันผุในกลุ่ม 3 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก็ยังมีแนวโน้มสูงกว่าเป้าหมายของดัชนีงานทันตสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากมีจำนวนทันตบุคลากรน้อย ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งมีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง

จากการสำรวจสภาวะช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลเนินยาง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวนทั้งหมด 4 ศูนย์ (รพ.สต.เนินยาง, 2556) พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง มีอัตราความชุกของโรคฟันผุมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนาสม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกะทม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตาอำ คิดเป็นร้อยละ 66.2, 62.1, 58.1, และ 53.6 ตามลำดับ และจากรายงานการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายอยู่ พบว่า การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่อง



ปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2555) ทั้งในด้านการดำเนินงานกิจกรรม และด้านผลลัพธ์ ซึ่งเกณฑ์ผลลัพธ์ด้านทันตสุขภาพ กำหนดไว้ว่า เด็กมีฟันน้ำนมผุไม่เกิน ร้อยละ 57 ซึ่งผลการตรวจสภาวะช่องปากโดยทีมผู้วิจัยพบว่าเด็กมีความชุกของโรคฟันผุสูงถึง ร้อยละ 64.4 และเด็กมีสภาวะอนามัยช่องปากสะอาด (OHI= 0) เพียงร้อยละ 12.2 นอกจากนั้นจากข้อมูลการสำรวจเบื้องต้น ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนิ่ง ผู้ปกครองเด็ก และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนิ่ง พบว่าการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีเพียงกิจกรรมการตรวจฟันเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็กปีละ 2 ครั้ง และจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ผู้ประกอบอาหารให้เด็กได้จัดอาหารว่างช่วงบ่ายให้เด็กวันละ 1 ครั้ง โดยส่วนใหญ่อาหารว่างเป็นขนมไทยที่ซื้อมาจากตลาด มีการจัดอาหารว่างเป็นผลไม้บ้าง 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ไม่มีสื่อด้านทันตสุขภาพสำหรับสอนทันตสุขภาพ ด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากยังไม่มีบันทึกการแนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปรักษา เด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุไม่เคยได้รับการอุดฟัน และเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ส่วนเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนิ่ง จะมาให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปของเด็กในวันประชุมผู้ปกครอง ปีละ 1 ครั้ง ผู้ปกครองรับทราบว่ามีโรคฟันผุแต่ไม่มีระบบบริการทันตกรรมมารองรับ รวมทั้งที่ผ่านมาไม่มีทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนิ่ง หากมีปัญหาเด็กปวดฟัน ผู้ปกครองจะพาเด็กไปรักษาที่คลินิกทันตกรรมในตัวเมือง นอกจากนี้ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

จากข้อมูลการสำรวจเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กวัย 3-5 ปี ส่วนใหญ่แล้วเป็นแนวทางการบริการแบบตั้งรับที่จัดขึ้นในหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก เด็กกลุ่มนี้ได้รับการน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2542 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ 6.2 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ และเมื่อเข้าสู่ระยะต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เด็ก 0-4 ปี ได้รับการเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้น ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆเมื่อเทียบกับผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมดในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขที่ผ่านมาโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรถึงแม้ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี จะมีแนวโน้มของโรคฟันผุลดลง แต่ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี ยังพบว่ามีปัญหาโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 76.2 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556) การแก้ไขปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ ชาวบ้านเป็นผู้ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ ทำให้การแก้ไขปัญหามองไม่ตรงกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง (สุมาลี ไชยแสนหา, 2546) รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กปัจจุบัน กำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กเป็นผู้มีหน้าที่จัดกิจกรรมหลักได้แก่ กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการตรวจฟันเด็กปีละ 2 ครั้ง เพื่อจัดทำรายงานส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่รวบรวมรายงานส่งให้หน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด และจัดระบบบริการทันตกรรม ซึ่งไม่สามารถทำได้ครอบคลุม เนื่องจากขาดแคลนทั้งวัสดุ ครุภัณฑ์ทันตกรรม และทันตบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การทำงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยน จากระบบตั้งรับ มาสู่การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก



ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัย 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นแหล่งสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว และปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประสบผลสำเร็จควรมีการสร้างร่วมมือในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดี และเป้าหมายของการพัฒนาจึงเน้นการสร้างการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสุขภาพช่องปากมากกว่าที่จะรอรับการบริการจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว (สมาลี ไชยแสนหา, 2546; พิกุลพร ภูวาม่อน, 2552; วันเพ็ญ มีสัจย์, 2556) นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพเด็กและการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง รวมทั้งการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสภาวะอนามัยช่องปากของเด็กมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (อนันตยา พลสักรา, 2549; จันทรเพ็ญ เกสรราช และคณะ, 2554)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงายใต้บริบทของพื้นที่ เนื่องจากศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้เกิดขึ้นจากดำริของพระสงฆ์วัดบ้านเนินงายที่มีเจตนารมณ์ให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ โดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง บุคลากรด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด มีส่วนร่วมในการวางแผนและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมทั้งคำนึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคในฟันผุของเด็ก ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาได้เหมาะสมและยั่งยืนเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงาย ตำบลเนินงาย อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เป็นอย่างไร

1.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 จุดมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงาย ตำบลเนินงาย อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1.3.2 จุดมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สถานการณ์ ผลการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สภาพปัญหา ได้แก่ สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงาย ตำบลเนินงาย อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์



1.3.2.2 เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ตำบลเนินง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ตำบลเนินง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1.3.2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สภาวะอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ก่อนและหลังดำเนินการ

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ได้รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.4.2 เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ปกครอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนอย่างเหมาะสมอันจะส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

1.4.3 สามารถนำผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.5.1 ขอบเขตพื้นที่ ในการศึกษาค้นคว้าเลือกพื้นที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ตำบลเนินง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1.5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย

1.5.2.1 ประชากรได้แก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงและผู้ปกครองของเด็กทุกคน

1.5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีการศึกษา 2556 ทั้งหมด จำนวน 90 คน และผู้ปกครองเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงทุกคน จำนวน 90 คน

1.5.2.3 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 15 คน ที่มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 5 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเนินง จำนวน 1 คน กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน พระสงฆ์ จำนวน 1 รูป



1.5.3 ระยะเวลาในการวิจัย 5 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม – พฤษภาคม 2557

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หมายถึง การ คิดค้น ปรับปรุง กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้มีความเหมาะสม กับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่ เป็นแบบแผนการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาสุขภาพในช่องปากเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคในช่องปาก ไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชน และที่บ้าน

1.6.2 ครูผู้ดูแลเด็ก หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1.6.3 เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุ 2 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัด บ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1.6.4 ชุมชน หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือองค์การบริหารส่วน ตำบลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง

1.6.5 ผู้ปกครอง หมายถึง บิดา มารดา ที่เป็นผู้ปกครองตามกฎหมายหรือบุคคลอื่น ๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ใช้เวลามากในการเลี้ยงดูเด็ก และเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในการดูแลเด็ก

1.6.6 การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน มีส่วนร่วม รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพช่องปากโดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถ ซึ่งการมีส่วนร่วม มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสุขภาพช่องปาก โดยการร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผน และร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหา ทำให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของ ก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง นำไปสู่ การพัฒนาที่มั่นคงถาวร

1.6.7 สภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก หมายถึง สภาวะในช่องปากของเด็กที่ปรากฏอยู่ซึ่งได้จาก ผลการตรวจ โรคฟันผุ และอนามัยช่องปากของเด็ก

1.6.8 สภาวะอนามัยช่องปาก (OHI) หมายถึง ความสะอาดของฟันที่ประเมินเฉพาะความมาก น้อยของคราบอาหาร (Debris Index) บนตัวฟันทั้งด้านลิ้นและด้านกระพุ้งแก้ม (หรือด้านริมฝีปาก) ของฟันที่เป็นตัวแทนของ 6 ส่วน ในช่องปากเด็ก

1.6.9 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หมายถึง การติดตามดูแล และเพิ่มสมรรถนะให้มีความ สามารถในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคในช่องปาก หรือถ้าหากเกิดโรคขึ้นแล้ว ก็สามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถควบคุมป้องกันไว้ได้ทันก่อนที่จะลุกลามต่อไป จนยากจะแก้ไข

1.6.10 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หมายถึง ความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ได้แก่ การจัดอาหารและนมให้เด็ก การควบคุมการบริโภคอาหารหวานของเด็ก การฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก การทำความสะอาดปากและฟัน การตรวจฟันให้เด็ก

1.6.11 มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก โดยมีเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในองค์ประกอบที่ 1 ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหารหลักสุภาพภิบาล องค์ประกอบที่ 3 ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายใน



และภายนอก องค์ประกอบที่ 5 ด้านบุคลากร องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์ประกอบด้านผลลัพธ์

1.6.12 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนา หมายถึง ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมในกระบวนการ พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินย ซึ่งประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเนินย กรรมการศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก และพระสงฆ์วัดบ้านเนินย ที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปาก และเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามแผนงานดังกล่าว



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยางอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน
- 2.2 แนวคิดการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.3 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.5 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม
- 2.6 เทคนิคการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อม
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี (2553) ได้กล่าวถึง โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง การเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3-5 ปี ซึ่งแต่เดิมฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเรียก Nursing Caries เพราะเป็นฟันผุที่เกิดจากการดูดนมแล้วหลับคาขวดนม แต่การเกิดฟันผุนั้น ไม่ได้มีสาเหตุจากการดูดนมแล้วนอนเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการดื่มน้ำหวาน หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานที่ดูดจากขวดนมด้วย จึงเรียกฟันผุของเด็กว่า Baby Bottle Tooth Decay อย่างไรก็ตามการที่เด็กติดนมขวดหรือเครื่องดื่มรสหวาน ก็ไม่ได้ทำให้เกิดฟันผุทุกคนเสมอไป ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความถี่ในการดูดนม และการได้รับคาร์โบไฮเดรต ฉะนั้นการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจึงเกิดได้จากหลายสาเหตุ จึงรวมเรียกว่า Early Childhood Caries (ECC) การเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้มีผู้ศึกษาและให้คำจำกัดความไว้หลายชื่อ จนในปี ค.ศ. 1994 ศูนย์ควบคุมและการป้องกันโรค The Center for Disease Control and Prevention (CDC) ได้มีการประชุมที่ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเสนอคำจำกัดความเพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเกิดโรคในชื่อว่า Early Childhood Caries (ECC) หรือในภาษาไทยใช้คำแทนว่า “โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย” ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 สถาบันวิจัยด้านกะโหลกศีรษะ ใบหน้าและฟันแห่งชาติ The National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) ได้กำหนดเกณฑ์ใหม่ในการวินิจฉัยเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกัน โดยให้คำนิยาม โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย หมายถึง การมีฟันผุชนิดที่เป็นรูผุชัดเจนและยังไม่มีรูผุ การสูญเสียฟันไปเนื่องจากการผุ หรือมีการบูรณะฟันในฟันน้ำนมซี่ใด ๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 71 เดือน และใช้คำว่า โรคฟันผุนรุนแรงในเด็กปฐมวัย (Severe Early Childhood Caries, S-ECC) ในกรณีที่มีรูปแบบการผุแตกต่างจากปกติ



มีการลุกลามรุนแรงรวดเร็ว หรือเป็นการผุบนด้านของฟันที่ไม่พบการผุตามปกติ โดยให้คำจำกัดความ คือ การพบฟันน้ำนมที่ด้านเรียบตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไปในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี หรือในเด็กอายุ 3-5 ปี มีรอยผุเป็นรูหรือสูญเสียฟันไปเนื่องจากการผุหรืออุด 1 ด้านหรือมากกว่าในฟันหน้าน้ำนมบน หรือในเด็กอายุ 3 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ด้าน เด็กอายุ 4 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ด้าน เด็กอายุ 5 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ด้าน และแบ่งลักษณะการผุได้ดังนี้

2.1.1 ลักษณะของโรคฟันผุในเด็กเล็ก แบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 3 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1 การผุเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate) คือ การผุที่ฟันกราม หรือ ฟันตัดน้ำนม อาจเป็นการผุรอยเดียวหรือหลายรอย แต่รอยผุแยกกันเป็นรอยผุเดี่ยวๆ สาเหตุเกิดจาก ปัจจัยร่วมของอาหารประเภทแข็งหรือกึ่งแข็งที่เป็นตัวการทำให้ฟันผุ และขาดการดูแลอนามัยช่องปาก จำนวนการผุของฟันมักเพิ่มขึ้นหากปล่อยให้มีการคงอยู่ของสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุ โรคฟันผุประเภทนี้ มักพบในเด็กอายุ 2-5 ปี

แบบที่ 2 การผุปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to Severe) คือ การมีรอยผุด้านริม ฝีปากและด้านลิ้น เกิดกับฟันตัดน้ำนมบน โดยฟันกรามมีการผุ หรือไม่ผุก็ได้ ขึ้นกับอายุของเด็ก และระยะของโรค โดยฟันตัดน้ำนมล่างไม่ผุ สาเหตุมักมาจากการเลี้ยงด้วยนมขวด หรือนมแม่ที่ไม่เหมาะสม หรือทั้ง 2 อย่างรวมกัน ร่วมกับการมีอนามัยช่องปากไม่ดี หรือมีปากสกปรกก็ได้ อนามัยช่องปากที่ไม่ดี น่าจะเป็นตัวการที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดการผุ การผุประเภทนี้ สามารถพบได้ภายหลังฟันซี่แรกขึ้นใน ช่องปากเพียงไม่นาน ซึ่งหากไม่มีการควบคุมจะลุกลามเป็นโรคฟันผุในเด็กเล็กแบบที่ 3 ได้

แบบที่ 3 การผุแบบรุนแรง (Severe) มีรอยการผุเกิดขึ้นในฟันเกือบทุกซี่ รวมทั้งฟันตัด น้ำนมล่าง สาเหตุมักมาจากปัจจัยร่วมของอาหารที่ทำให้เกิดการผุและสภาพช่องปากที่ไม่สะอาดมักพบ ในเด็ก อายุ 3 - 5 ขวบ เป็นภาวะที่มีการลุกลามมากเกือบทั้งปาก (Rampant) และมีการผุที่ผิวฟันใน บริเวณซึ่งโดยทั่วไปจะไม่เกิดรอยผุ

2.1.2 กระบวนการและองค์ประกอบในการเกิดโรคฟันผุ

2.1.2.1 กระบวนการของการเกิดโรคฟันผุมีหลายทฤษฎี ทฤษฎีที่มีผู้สนับสนุนมากที่สุด คือทฤษฎีการเกิดกรด (Acidogenic Theory) ซึ่ง W.D. Miller (1889) อธิบายถึงกรดที่เกิดจากการ หมักอินทรีย์สาร โดยพบว่า เชื้อโรคนั้นสามารถย่อยน้ำตาลให้เป็นกรดได้โดยกรดที่ถูกสร้างขึ้นคือ กรดแลคติกและกรดนี้สามารถย่อยผลึก Hydroxy apatite ซึ่งเป็นส่วนประกอบโครงสร้างของเคลือบฟัน ให้ผุกร่อนได้ ในการเกิดโรคฟันผุยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฟันผุเป็นโรคที่มีองค์ประกอบ (Multifactorial Diseases) ที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่เชื้อจุลินทรีย์ ฟัน อาหาร และระยะเวลาที่อาหารอยู่ในปากดังนี้

1) เชื้อจุลินทรีย์ และคราบจุลินทรีย์ มีบทบาทต่อการเกิดโรคฟันผุ จะพบแบคทีเรีย และแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะบนผิวเคลือบฟันมีเยื่อต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยไลโคโปรตีนจากน้ำลายมา เคลือบบนผิวฟัน หลังจากนั้นแบคทีเรียก็จะดูดซับเยื่อนี้ภายใน 2 ชั่วโมง แผ่นคราบฟันที่ทำให้เกิดกรด จะมีความสามารถในการละลายเคลือบฟัน อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบจะถูกดูดซับอย่างรวดเร็ว แบคทีเรียจะเปลี่ยนน้ำตาลเป็นกรดด้วยการย่อยสลายของแบคทีเรีย ค่าพีเอช (PH) ของแผ่นคราบ จุลินทรีย์ จะลดลงภายในเวลา 2-10 นาที ซึ่งจากการศึกษาความเป็นกรดตามเส้นโค้งของสเตฟาน (Modified Stephan Curve) ค่าพีเอช (PH) ที่สามารถทำลายเคลือบฟันได้ คือค่า PH ที่ต่ำกว่า 5.5 (Harris, Christen, 1991)



2) ฟัน (Tooth) ฟันน้ำนมที่ขึ้นมาในช่องปากใหม่ๆ จะสามารถเกิดฟันผุได้ง่าย เนื่องจากโครงสร้างของฟันคือส่วนประกอบของเคลือบฟันมีการสร้างตัวของผิวเคลือบฟัน (enamel) ยังไม่สมบูรณ์จะมีลักษณะเป็นรู ทำให้กรดซึมลงไปได้ง่าย จึงเกิดโรคฟันผุง่าย นอกจากนี้ รูปร่างฟันที่มีหลุมและร่องลึกในด้านบดเคี้ยว จะทำให้แผ่นคราบจุลินทรีย์ยึดเกาะได้ดีกว่าปกติ ซึ่งบริเวณนี้จะมีเคลือบฟันบาง เมื่อเกิดฟันผุจะลุกลามได้เร็ว และตำแหน่งของฟัน ถ้าฟันที่เรียงตัวผิดปกติ จะมีผลต่อการยึดเกาะของแผ่นคราบจุลินทรีย์ ฟันซ้อนเก หรือฟันบิดหมุน ทำให้เศษอาหารติดยากต่อการทำความสะอาดก็มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุได้ด้วย (อภิญญา ยุทธาวิชิต, 2545)

3) อาหาร (Food) จากการศึกษาชนิดของน้ำตาลของเตอร์คู (Turku's Sugar Studies) จากความสัมพันธ์ระหว่างคาร์โบไฮเดรตและโรคฟันผุพบว่าคาร์โบไฮเดรตต่างชนิดกัน ก่อให้เกิดโรคฟันผุต่างชนิดกัน น้ำตาลซูโครสก่อให้เกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลชนิดอื่น น้ำตาลกลูโคส (Glucose) ฟรุกโตส (Fructose) มอลโตส (Maltose) แล็กโตส (Lactose) สามารถก่อให้เกิดโรคฟันผุน้อยกว่าน้ำตาลซูโครส แต่น้ำตาลบางชนิด เช่น ซอร์บิทอล (Sorbitol) และไซลลิตอล (Xylitol) จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุต่ำ เนื่องจากมีการย่อยสลายต่ำ นอกจากนี้ความถี่ของการบริโภคน้ำตาล ความเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุจะเกิดสูงถ้ามีการบริโภคน้ำตาลระหว่างมื้ออาหารและจะเพิ่มขึ้นไปถ้ามีการบริโภคอาหารหวานที่ตกค้างบนผิวฟันได้ง่าย

4) เวลา (Time) กระบวนการเกิดโรคฟันผุต้องใช้เวลานานในช่วงต้นของการเกิดโรค รอยผุจะสามารถซ่อมแซมตนเองได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จะมีการป้องกันก่อนการเกิดโรค

2.1.2.2 การสูญเสียแร่ธาตุและการสร้างแร่ธาตุกลับคืน ในช่วงการเกิดฟันผุจะมีการเคลื่อนไหวของแร่ธาตุกลับไปกลับมาจนไม่อยู่ในสมดุลก็จะเกิดโรคฟันผุขึ้น เมื่อกรดเกิดขึ้นกรดจะซึมผ่านแผ่นคราบจุลินทรีย์เข้าไปในชั้นเคลือบฟันทำให้เกิดการละลายตัวและสูญเสียแร่ธาตุ (Demineralization) แร่ธาตุจะผ่านแผ่นคราบจุลินทรีย์ออกสู่น้ำลาย เมื่อกรดใช้หมดไปและเจือจางลงแร่ธาตुरอบๆ จะรวมตัวกันใหม่ เกิดการสร้างแร่ธาตุกลับคืนเข้าไปในเคลือบฟัน (Remineralization) ในลักษณะหมุนเวียนอยู่เรื่อยไป ในระยะแรกที่เคลือบฟันสูญเสียแร่ธาตุไปนั้น จะไม่สามารถตรวจดูด้วยตาเปล่า ต่อเมื่อสูญเสียแร่ธาตุไประยะที่ตรวจพบได้ด้วยตาเปล่า โดยสังเกตเห็นเป็นรอยขาวขุ่น ซึ่งต้องทำให้เห็นสนิทจึงจะมองเห็น ในระยะนี้เรียกว่า รอยผุเริ่มแรก (Incipient Caries) โดยบริเวณรอยผุยังเรียบต่อเนื่องอยู่ ระยะนี้สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยใช้ฟลูออไรด์ การรักษาความสะอาดฟัน และการควบคุมการบริโภคน้ำตาล

2.1.3 พยาธิสภาพของฟันผุ การแบ่งตามรอยโรคฟันผุ

2.1.3.1 ฟันผุบริเวณหลุมร่องฟัน (Pit and Fissure Caries) เกิดบริเวณด้านบดเคี้ยว ฟันกรามและฟันกรามน้อย ด้านใกล้แก้ม และใกล้ลิ้นของฟันกราม และใกล้ลิ้นของฟันหน้าบน ฟันผุบริเวณผิวเรียบ (Smooth Surface Caries) จะพบบริเวณผิวด้านประชิดของฟันที่ได้จุดสัมผัสของฟัน หรือด้านใกล้เหงือก (Gingival 2/3) ของด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น ฟันผุบริเวณรากฟัน (Root Caries) จะพบเมื่อรากฟันโผล่ให้เห็นในช่องปากซึ่งเป็นผลจากโรคปริทันต์ ผิวยากฟันจะอ่อนและเกิดรูผุ เป็นรูผุต้นลักษณะคล้ายจานขอบไม่ชัดเจน ฟันผุกลับเป็นซ้ำ (Recurrent Caries) รูผุเป็นซ้ำบริเวณวัสดุอุดเดิม



2.1.3.2 การแบ่งตามอัตราการเกิดฟันผุ ฟันผุมีอัตราการเกิดอย่างรวดเร็ว (Rampant or Acute Caries) การดำเนินโรคและการทำลายผิวฟันอย่างรวดเร็ว พบจำนวนฟันหลายซี่หรือทุกซี่ของฟันที่ขึ้นปาก ฟันผุมีอัตราการเกิดช้า (Slowly Progressive or Chronic Caries) การดำเนินโรคช้ากว่าแบบแรก พบในผู้ใหญ่ ฟันผุที่มีการหยุดการดำเนินโรค (Arrested Caries) ลักษณะฟันผุของเคลือบฟันและเนื้อฟันที่มีการหยุดการดำเนินโรคและไม่เกิดการผุอีกต่อไป

สรุปได้ว่า กระบวนการเกิดโรคฟันผุจะเริ่มขึ้นเมื่อมีการสร้างกรดอินทรีย์ เช่นกรดแลคติก (Lactic Acid) โดยขบวนการไกลโคไลซิส (Glycolysis) ของแบคทีเรียซึ่งอาศัยคาร์โบไฮเดรตเป็นแหล่งพลังงาน กรดที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยานี้จะทำให้ค่าพีเอช (PH) ในช่องปากลดลง และถ้ากรดถูกผลิตมากจนค่าพีเอช (PH) ต่ำกว่าค่าพีเอชวิกฤต (Critical PH) ซึ่งค่าพีเอชวิกฤตมีค่าอยู่ระหว่าง 5.2-5.5 จะทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุ (Demineralization) ของผิวเคลือบฟันได้ ดังนั้นการเกิดฟันผุจึงเป็นการเสียสมดุลระหว่างการสูญเสียแร่ธาตุ (Demineralization) กับการคืนกลับของแร่ธาตุ (Remineralization) (Seow, 1998)

2.1.4 การประเมินอนามัยช่องปาก (Oral Hygiene Index : OHI)

ในการตรวจเพื่อประเมินสภาวะอนามัยช่องปาก ใช้ดัชนีอนามัยช่องปาก คิดโดย Green และ Vermillion (1960) โดยการตรวจประเมินค่าความสกปรกของคราบอาหาร (Debris) และหินปูน (Calculus) บนตัวฟันทั้งด้านลิ้นและด้านกระพุ้งแก้ม (หรือด้านริมฝีปาก) ของฟันที่เป็นตัวแทนของ 6 ส่วน (Sextant) ในช่องปาก แต่ละส่วนจะตรวจเพียง 1 ซี่ โดยดูจากฟันที่มีคราบอาหารหรือหินปูนมากที่สุดในส่วนนั้น และด้านลิ้นกับด้านกระพุ้งแก้ม (หรือด้านริมฝีปาก) ที่จะตรวจนั้นก็ไม่จำเป็นต้องอยู่ในฟันซี่เดียวกัน แต่ต้องอยู่ใน ส่วนเดียวกัน การแบ่งส่วนในช่องปากตามวิธีการนี้เป็นดังนี้

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

การแบ่งส่วน (Sextant) ของช่องปากในการตรวจสภาวะอนามัยช่องปาก

2.1.4.1 การประเมินอนามัยในช่องปาก

ประกอบด้วยสัดส่วนรวมของดัชนี 2 อย่างคือ

1) ดัชนีวัดคราบอาหาร (Debris Index : DI) เป็นดัชนีวัดคราบอาหาร (Soft Debris) ที่ติดบนตัวฟัน และคราบสี (Stain) ที่อยู่บนตัวฟัน มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน	เกณฑ์
0	ไม่มี Soft Debris หรือ Stain ที่ตัวฟัน
1	มี Soft Debris ปกคลุมตัวฟัน (ส่วนของตัวฟันนับจากเหงือกลงมา 1/3 ของตัวฟัน) หรือมี Stain สีติดบนตัวฟัน โดยไม่คำนึงถึงความสกปรกน้อยของ Stain
2	มี Soft Debris ปกคลุมตัวฟันอยู่ระหว่าง 1/3-2/3 ของตัวฟันนับจากเหงือก
3	มี Soft Debris ปกคลุมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน



2) ดัชนีวัดค่าหินปูน (Calculus Index : CI) เป็นดัชนีวัดค่าปริมาณหินปูน (Calculus) ที่เกาะบนตัวฟัน มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน	เกณฑ์
0	ไม่มีหินปูน
1	มีหินปูนอยู่เหนือขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันนับจากเหงือก
2	มีหินปูนอยู่เหนือขอบเหงือกมากกว่า 1/3 ของตัวฟัน แต่ไม่เกิน 2/3 ของตัวฟัน หรือมีหินปูนอยู่ใต้เหงือก เป็นก้อนเล็กๆ ประปรายนับจากขอบเหงือก
3	มีหินปูนเหนือขอบเหงือกเกินกว่า 2/3 ของตัวฟันหรือ มีหินปูนอยู่ใต้เหงือกเป็นแผ่น

2.1.4.2 การตรวจประเมินอนามัยช่องปาก

ใช้วิธีการตรวจ คราบอาหาร (Debris) บนตัวฟัน โดยใช้เครื่องมือ Probe ลากไปบนตัวฟัน และในการตรวจหินปูน (Calculus) ใช้วิธีเดียวกัน ส่วนของหินปูนที่อยู่ใต้เหงือก คือหินปูนที่อยู่ใน Gingival Sulcus ใช้ปลาย Probe เชี่ยวความดู ในการตรวจจะดูเฉพาะฟันซี่ที่ขึ้นเต็มที่ โดยพิจารณาจากด้านบดเคี้ยวว่าฟันขึ้นมาอยู่ในระดับของการบดเคี้ยวแล้ว

2.1.4.3 การคำนวณค่าอนามัยช่องปาก (OHI)

ค่า OHI ของแต่ละคน เป็นผลรวมของ DI และ CI ของฟันที่ตรวจ

$$\text{ค่า OHI รายบุคคล} = \frac{\text{ผลรวมของ DI ของฟันที่ตรวจ}}{\text{จำนวนฟันที่ตรวจ}} + \frac{\text{ผลรวมของ CI ของฟันที่ตรวจ}}{\text{จำนวนฟันที่ตรวจ}}$$

$$\text{ค่าเฉลี่ย OHI ของกลุ่ม} = \frac{\text{ผลรวมของ OHI ของคนที่ได้รับการตรวจ}}{\text{จำนวนคนที่ได้รับการตรวจ}}$$

2.1.5 การป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็ก

ลักษณะการเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฟันน้ำนม (วรารณ จีรพงษา, 2544) สาเหตุหลักของการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กเกิดจาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองสามารถแบ่งได้เป็น 3 พฤติกรรมหลัก คือ ด้านการดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก และด้านการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม

2.1.5.1 การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก

โดยการควบคุมอาหารหวาน (Sugar and Diet Control) การลดโรคฟันผุในเด็กควรมุ่งเน้นการสอนผู้ปกครอง ให้เห็นถึงความสำคัญในการลดการบริโภคอาหารหวานหรืออาหารที่มีน้ำตาลผสมอยู่ การลดความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลโดยตรง และน้ำตาลที่แฝงมากับอาหาร รวมทั้งการลดความถี่ในการบริโภคน้ำผลไม้เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลจากขวด ลดพฤติกรรมการหลับพร้อม



ขูดนมคาปาก ควรบริโภคอาหารตามมือของอาหารเท่านั้น หลังจากนั้นให้แปรงฟันทันทีแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็ก โดยลดพฤติกรรมพาเด็กไปนอนพร้อมนมขวด จำกัดปริมาณการดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มผสมน้ำตาลแค่เพียง 4 ออนซ์ ต่อวัน และควรดื่มนมจากถ้วย/แก้ว เท่านั้น จำกัดอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุให้อยู่ในเฉพาะอาหารมื้อหลัก อาหารระหว่างมื้อไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อวัน และควรเป็นผักผลไม้หรือนมจืด ผู้ปกครองควรส่งเสริมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่ทำให้เกิดฟันผุ การเกิดฟันผุจะขึ้นกับความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลด้วย ซึ่งพบว่า การที่ไม่ได้มีการบริโภคน้ำตาลในอาหารจะก่อให้เกิดโรคฟันผุต่ำ ระยะเวลาที่น้ำตาลสัมผัสกับตัวฟันนานจะส่งเสริมให้เกิดฟันผุได้ง่าย การเพิ่มหรือลดลงของการบริโภคน้ำตาลในระยะเวลาอันยาวนานจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคฟันผุ การขาดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและความถี่ในการบริโภคน้ำตาล จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

2.1.5.2 ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก

1) การควบคุมคราบจุลินทรีย์ (Plaque Control) คราบจุลินทรีย์เป็นสิ่งสะสมบนตัวฟันที่มีอันตรายต่อฟัน คราบจุลินทรีย์มีส่วนประกอบของโปรตีนจากน้ำลายลักษณะคราบจุลินทรีย์เป็นแผ่นใส ไม่มีสีทำให้มองเห็นได้ยาก นอกจากจะมีการสะสมเป็นเวลานาน จึงจะเห็นเป็นแผ่นคราบสีขาวหรือเทาติดที่ตัวฟันทั้งสี่ด้าน การเกิดคราบจุลินทรีย์ เริ่มจากผิวฟันที่สะอาดถูกอับด้วยน้ำลายอยู่ตลอดเวลา สารไกลโคโปรตีนจากน้ำลายจะถูกผิวฟันดูดซับไว้กลายเป็นแผ่นบางๆ ปกคลุมตัวฟันไว้เรียกว่า เมื่อมีน้ำลาย จะทำหน้าที่คล้ายกาวจับจุลินทรีย์จากน้ำลายมาไว้บนตัวฟัน เมื่อรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลเข้าไป เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ก็จะสร้างกรดจากแป้งและน้ำตาลไปทำลายเคลือบฟัน ทำให้เกิดฟันผุ การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ สามารถทำได้โดยการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การแปรงฟัน วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธี สำหรับเด็กที่ยังไม่มีฟันแท้ ควรสอน แปรงฟันแบบสครับ (Scrub Technique) เพราะเป็นวิธีที่เป็นไปตามธรรมชาติ การแปรงฟันแบบนี้ เหมือนการแปรงฟันแบบถูไป-มา โดยวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับแนวแกนของฟัน ขยี้แปรงไปมาในแนวราบระยะสั้น ๆ (Short Strok) บางทีเรียกวิธีนี้ว่า วิธีสครับแบบแนวราบ (Scrub Horizontal Method) ซึ่งการแปรงฟันของเด็กมักใช้เวลา 45 วินาทีของการแปรงฟัน แปรงเฉพาะบริเวณด้านติดริมฝีปากของฟันหน้า ฟันบนด้านบดเคี้ยว และฟันกรามล่าง เด็กจะแปรงโดยใช้เวลาไม่ถึง 60 วินาที อย่างไรก็ตามผู้ปกครองควรแปรงฟันให้เด็กหรือแปรงซ้ำอีกครั้งหลังเด็กแปรงฟันด้วยตนเองเสร็จแล้ว วิธีการที่ผู้ปกครองควรแปรงฟันให้เด็ก

แปรงฟันด้านติดแก้ม การแปรงฟันบริเวณนี้ควรให้เด็กหุบปากเล็กน้อย เริ่มแปรงจากฟันซี่ในสุดของขากรรไกรบนด้านหนึ่ง แปรงแบบถูไปมา ผ่านมาทางฟันหน้าบน ไปจนถึงฟันหลังซี่ในสุด ของฟันบนอีกด้านหนึ่ง แล้วจึงขยับแปรงสีฟันลงไป แปรงฟันล่างด้านติดแก้ม ที่อยู่ด้านเดียวกันแปรงแบบถูไปมา ผ่านมาทางฟันหน้าล่าง ไปจนถึงฟันซี่ในสุด ของขากรรไกรล่างอีกด้านหนึ่ง

แปรงฟันด้านติดลิ้น ในเด็กอ้าปากกว้างๆ เริ่มแปรงจากฟันบนซี่ในสุดด้านเดียว กับที่สิ้นสุดของการแปรงฟันล่าง ด้านติดแก้ม แปรงแบบถูไปมา แปรงจากซี่ในสุดผ่านมาทางฟันหน้าบน ที่บริเวณนี้ให้วางขนแปรงให้สัมผัสกับผิวฟันในแนวตั้ง กวาดขนแปรงจากคอฟันไปปลายฟัน ทำซ้ำกันประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงแปรงผ่านมาทางฟันหลัง โดยใช้วิธีถูไปมาสั้น ๆ จนถึงซี่ในสุดของฟันบนอีกด้านหนึ่ง แล้วจึงขยับแปรงลงมาแปรงฟันล่างด้านติดลิ้น ด้านเดียวกัน แปรงจากซี่ในสุดแบบถูไป



มา ผ่านมาทางฟันหน้าล่าง ซึ่งบริเวณนี้ใช้วิธีเช่นเดียวกับฟันหน้าบน แล้วแปรงผ่านมาทางฟันหลัง ด้วยวิธีถูไปมา จนถึงฟันหลังซี่ในสุด ของฟันล่างอีกด้านหนึ่ง

แปรงฟันด้านบดเคี้ยว วางขนแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟันกรามบน ด้านที่เริ่มแปรงฟันด้านติดแก้ม แปรงถูไปมาสั้น ๆ สักประมาณ 4-5 ครั้ง แปรงให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ ฟันกรามบนอีกด้านหนึ่ง ฟันกรามล่างซ้ายและขวา

การแปรงลิ้น วางขนแปรงให้ตั้งฉากกับลิ้น แล้วปิดขนแปรงออกนอกปาก ประมาณ 4-5 ครั้ง (สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3) การตรวจฟันเด็กโดยผู้ปกครอง เพื่อตรวจความสะอาด ของฟันและตรวจฟันผุ ผู้ปกครองสามารถกระทำได้ด้วยตนเองทุกวัน โดยปฏิบัติหลังจากการแปรงฟันให้เด็กเสร็จแล้ว

2.1.5.3 การพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม

การพาเด็กไปพบทันตบุคลากร ผู้ปกครองควรเริ่มพาเด็กไปพบทันตบุคลากร อย่างช้าเมื่อฟันซี่แรกขึ้น ในเด็กอายุได้ 6 เดือนหรือประมาณ 12 เดือนหลังคลอด เพื่อให้ทันตบุคลากร ได้ดูแลเป็นระยะ และควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน การพาเด็กไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยทั้งกับสถานที่ และบุคคลเพื่อลดความหวาดกลัว การพาเด็กไปพบทันตบุคลากรตั้งแต่วัยไม่มีฟันผุ จะทำให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อทันตบุคลากร และให้ความร่วมมือในการรักษาในเวลาต่อมา ซึ่งในการพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรมนั้น จะมีทั้งการป้องกัน และการรักษาในกรณีที่มีโรคฟันผุเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งผู้ปกครองควรเน้นพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมดังนี้

1) การใช้ฟลูออไรด์ ควรมีการใช้ฟลูออไรด์ทั้งทางระบบและเฉพาะ ที่ในเด็กก่อนวัยเรียน คือการให้ฟลูออไรด์ทางระบบสามารถให้ในรูปของน้ำยาฟลูออไรด์ ซึ่งผสมในน้ำหรือนมสำหรับเด็กเล็ก หรือให้ในรูปของยาเม็ดฟลูออไรด์ โดยให้เด็กเคี้ยวยาเม็ดฟลูออไรด์ให้ละเอียดเป็นเวลา 3-4 วินาที แล้วค่อยกลืนลงไป ควรให้ตั้งแต่เด็กอายุ 18 เดือน การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่จะมีผลในการเกิดกระบวนการ คืบกลับแร่ธาตุ (Remineralization) ของฟันในส่วนที่เริ่มผุ และลดการเกิดกรดจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มีผลต่อตัวฟัน รูปแบบของฟลูออไรด์เฉพาะที่ ได้แก่ ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์โดยแนะนำให้ผู้ปกครองใช้เมื่อเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป ซึ่งช่วยป้องกันฟันผุได้ การทาฟลูออไรด์เจล หรือทาฟลูออไรด์วานิช โดยทันตบุคลากร

2) การใช้สารเคลือบปิดหลุมร่องฟัน (Sealant) ทันตบุคลากรจะเป็นผู้ทำการเคลือบสารบางชนิดปิดบริเวณร่องฟันที่ทำความสะอาดยาก เพื่อป้องกันการยึดติดของเศษอาหาร อันจะทำให้เกิดโรคฟันผุ

ดังนั้นในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อป้องกันโรคฟันผุซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนจำเป็นต้องให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกภาคส่วน มีความรู้ถึงองค์ประกอบของการเกิดโรคและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุรวมทั้งการป้องกันและรักษาโรคฟันผุให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่



2.2 แนวคิดการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างสมรรถนะแก่ประชาชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนให้ได้ โดยสามารถบรรลุสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและความเป็นอยู่ในสังคมโดยตระหนักว่า “สุขภาพดี” เป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ใช่เพียงสามารถมีชีวิตรอด (กรมอนามัย, 2545)

2.2.1 หลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

2.2.1.1 การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพที่มีใช้เป็นการจัดการกับโรค โดยมองว่าสุขภาพ เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดูแลสุขภาพช่องปาก จึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการมองแง่สุขภาพ (Health Oriented) โดยมองว่าสุขภาพของบุคคลหนึ่งที่น่าปรากฏนั้น นอกเหนือจากพฤติกรรมของตัวเองแล้ว ยังมีผลจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง เศรษฐกิจ ตลอดจนระบบสาธารณสุข ในขณะที่การป้องกันโรคมุ่งเน้นไปที่การจัดการของโรค (Disease Oriented) เช่น เมื่อพิจารณาจากปัจจัยสามทางระบาดวิทยาได้แก่ Host, Agent, Environment พบว่าการเกิดโรคฟันผุมีสาเหตุจาก เชื้อโรค ลักษณะของฟัน และน้ำลาย อาหารหวาน การได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องพิจารณาทั้งการส่งเสริมการป้องกันโรค ผสมผสานกันเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการให้ทันตสุขศึกษา หรือ การให้ความรู้ หรือ การฝึกอบรมเท่านั้น หากต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่นวิถีชีวิตของคนในชุมชน ค่านิยม สภาพสิ่งแวดล้อม สังคม ตลอดจนกลไกต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ต่างกันไป ทั้งนี้การผสมผสานการดูแลสุขภาพควรคำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจและภาระการดำรงชีพ ในระดับปัจเจกบุคคล ร่วมกับการให้ความสำคัญต่อสังคม และสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) อย่างแท้จริง

2.2.1.2 การส่งเสริมสุขภาพ ต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา โดยการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน และบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าใจถึงบทบาทของตนเองให้ชัดเจน เพื่อให้ดำเนินงานได้เหมาะสมกับลักษณะงานและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีรากฐานของความคิดว่า “การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิทธิของประชาชน จำเป็นต้องเสริมความสามารถและเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจ บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ และให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แทนที่หน่วยงานบริการต่างๆ จะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของหน่วยงานทั้งหมด เป็นการเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ด้วยตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจากการบอกเล่าให้ประชาชนดำเนินการ เป็นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสภาพปัญหาจริง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และกำหนดการทำงานร่วมกันตั้งแต่ต้นให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน

2.2.1.3 การส่งเสริมสุขภาพ ควรยึดพื้นที่ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่กว้าง เช่น กลุ่มเป้าหมายตามโครงสร้างประชากรเป็นหลัก เช่น กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มวัยเรียน การมองเรื่องสุขภาพให้เป็นภาพรวม ไม่ควรมองโรคในช่องปากอย่างแยกส่วน แต่ควรมองโรคในช่องปากที่เชื่อมโยงกับสุขภาพสิ่งแวดล้อมและสัมพันธ์กับวิถีดำรงชีวิต



2.2.1.4 การเลือกกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพใดๆ ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ความพร้อมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข โดยการเลือกกลยุทธ์ควรเกิดจากการยอมรับจากทุกภาคส่วน และมีการผสมผสานไปกับแนวความคิดในการจัดการโรค อาศัยมาตรการการป้องกันโรคในช่องปาก โดยคำนึงถึงแนวการบริหารจัดการทรัพยากรที่จะช่วยการดำเนินการเป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพจึงมีองค์ประกอบที่กว้างขวางกว่างานป้องกันโรค เพราะเป็นงานที่ทำกับคน พฤติกรรมของคน และสิ่งแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมของคน องค์ประกอบของงานส่งเสริมสุขภาพ จะมีใช้เพียงงานสุขศึกษาแบบเดิม ที่วงการสาธารณสุขคุ้นเคย แต่ต้องมีองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ทางสังคมยุทธศาสตร์ทางการเมืองมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญกับปัญหา ให้ความสำคัญกับการสรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้คนลุกขึ้นมาประกอบตัวเอง และท้ายที่สุดเป็นเรื่องของการสร้างอำนาจให้กับองค์กรชุมชนเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพของพวกเขา

2.2.2 นโยบายการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก 0 - 5 ปี ที่ผ่านมา

สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่ผ่านมานั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกลยุทธ์หลักในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปี ปรากฏในแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) โดยระบุให้เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี เป็นเป้าหมายหลักของการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุควบคู่ไปกับเด็กประถมศึกษา จึงเริ่มมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ การดำเนินโครงการประกอบด้วย การจัดบริการในสถานบริการ และการจัดกิจกรรมในศูนย์เด็ก

การจัดบริการในสถานบริการ ประกอบด้วย การให้ทันตศึกษา และตรวจช่องปาก หญิงมีครรภ์ให้ทันตศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี ตรวจช่องปากเด็กอายุ 1 ปี ครึ่ง และให้คำแนะนำเรื่องการแปรงฟัน มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี) และให้น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การจัดกิจกรรมในศูนย์เด็ก สำหรับเด็กในกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี กิจกรรมด้านทันตสุขภาพ กำหนดอยู่ในมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ ซึ่งผสมผสานกับการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ประกอบด้วย การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การจัดให้มีอุปกรณ์การแปรงฟันสำหรับเด็กทุกคน และมีสถานที่สำหรับล้างมือและแปรงฟัน

ในปี 2544 เริ่มใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ และได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนผู้ถือบัตรสามารถรับบริการสุขภาพได้ รวมทั้งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในการดูแลสุขภาพในเด็กเล็ก 0-5 ปี นั้นมีการกำหนดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตกรรม ให้มีการจัดบริการด้านการตรวจช่องปากเด็ก และฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้แกเด็ก ให้ใช้งบประมาณ รายหัว ในการจัดซื้อแปรงสีฟันสำหรับฝึกแปรงฟัน และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการดังกล่าวให้แกเด็ก (กองทันตสาธารณสุข, 2545)



ในปี 2545 ได้มีความพยายามกระตุ้นการทำงานด้านทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนอีกครั้งภายใต้โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระย่า โดยเน้นการทำงานแบบผสมผสานในกลุ่มเด็ก 0-3 ปี ในคลินิกเด็กดี ระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545 - 2548 (กองทันตสาธารณสุข, 2545)

2.2.3 กิจกรรมการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี

กิจกรรมการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์และกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

2.2.3.1 กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ (ANC)

และในชุมชน

1) ให้ทันตสุขศึกษาขณะตั้งครรภ์ ฝึกทักษะการแปรงฟัน (Plaque Control 2 ครั้ง)

2) ให้บริการทันตกรรมตามสภาพปัญหา

3) ให้ทันตสุขศึกษาหลังคลอด เช่น สอนการทำความสะอาดช่องปากเด็ก

หลังดูนม

4) การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ

5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามัย และ อสม. ช่วยติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบให้ไปฝากครรภ์ และเข้าร่วมโครงการแม่ลูกฟันดีและไปรับบริการตามนัด

6) กิจกรรมในโครงการโรงเรียนพ่อแม่

2.2.3.2 กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ที่คลินิก ANC

และชุมชน) ประกอบด้วย

1) การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูที่พาเด็กมารับวัคซีน

2) การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กรายบุคคล

3) การให้บริการทาฟลูออไรด์วานิช และจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์

4) แจกแปรงสีฟันและฝึกทักษะการแปรงฟันเด็ก อายุ 9-12 เดือนให้แก่

ผู้ปกครอง

5) การออกเยี่ยมบ้านในรายที่ไม่มาตามนัด เพื่อให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง ที่ดูแลเด็ก ตรวจฟันเด็ก นัดมารับบริการในสถานบริการ ให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชที่บ้าน

6) โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้การสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ และสื่อสารให้ความรู้แก่สถานีนอนามัย ร่วมกับการนิเทศ ติดตามงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน

7) พัฒนาระบบการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ปกครอง โดยการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ มุมมอง ความเชื่อ การดูแลสุขภาพช่องปาก การสำรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติของแม่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก

8) ส่งเสริมการบริการเชิงรุกในโรงพยาบาล โดยทำแผนปฏิบัติงานร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพให้เป็นระบบเดียวกัน จัดทันตบุคลากรรับผิดชอบงานเชิงรุก อบรมเจ้าหน้าที่และ พันธมิตรที่เกี่ยวข้อง จัดบอร์ดให้ความรู้ในโรงพยาบาล จัดสถานที่บริการเชิงรุกให้เอื้อต่องานบริการ



9) การสร้างเครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน ประสานกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อจัดตั้งชมรมหรือร่วมกับชมรมเดิมที่มีอยู่ จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านทันตสุขภาพนอกสถานที่โดยสร้างทีมงานท้องถิ่น

2.2.4 การบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระบบบริการสาธารณสุขของไทย

การบูรณาการให้บริการสุขภาพเป็นหลักการที่เน้นการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทั้งจากหน่วยงานต่างๆ ในองค์กร และจากทุกภาคส่วนในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย โดยใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่ผสมผสาน ร่วมกับการใช้ในการพัฒนาศักยภาพประชาชน ที่เน้นความสำคัญในการมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2548)

หลักการสำคัญ 3 ประการที่เป็นเงื่อนไขของการบูรณาการในระบบบริการ

1. มีการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน (Effective Partnership) ได้แก่ หน่วยงานย่อยต่างๆ ในหน่วยบริการ ครอบครัวและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

2. มีการผสมผสานมาตรการต่างๆ ในการดำเนินการร่วมกัน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนร่วมกันพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตลอดจนจัดทำแนวทางปฏิบัติให้กับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ค้นหาผู้นำและกลุ่มที่มีอิทธิพลในการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพ อันได้แก่ กลุ่มครูในโรงเรียน กลุ่มเครือข่ายพ่อแม่ กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำทางธุรกิจในพื้นที่ ดำเนินการโดยขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นสถานการณ์จริงของพื้นที่

แนวทางการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก แบ่งได้ 3 มิติ คือ

1. การบูรณาการในหลักการทำงาน

1.1 ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ปัจจัยทางอารมณ์ ดำรงชีวิตของประชาชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ปัจจัยทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนากิจกรรมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงบริบททางด้านเพศ วัฒนธรรม และสังคมที่แตกต่าง บนความหลากหลายที่ส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

1.2 สนับสนุนและกระตุ้นให้กลุ่มผู้บริโภคและชุมชน มีส่วนร่วมและร่วมตัดสินใจในการส่งเสริมสุขภาพ เปิดโอกาสให้มีบทบาทร่วมในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ให้มีความสำคัญในการสร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วน เน้นการพัฒนาศักยภาพหน่วยงาน องค์กร และบุคคลที่เกี่ยวข้องให้สามารถบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ซ้ำซ้อนและแยกส่วน

1.3 เสริมพลังบุคคลและชุมชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ร่วมกับการพัฒนาทักษะ การรณรงค์ และการพัฒนาโครงสร้างเชิงจัดการ ซึ่งเป็นการพัฒนาบนฐานที่เข้าใจความต้องการของประชาชนเป็นที่ตั้ง และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเอง

2. การบูรณาการในเนื้อหาที่เป็นกิจกรรมการให้บริการ ในกลุ่มเด็ก 2 – 4 ปี

ในศูนย์เด็กเล็ก เป็นการจัดการให้บริการอย่างผสมผสานที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลในฝ่ายส่งเสริม และศูนย์สุขภาพชุมชน และทันตบุคลากร เท่านั้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากประกอบด้วย การตรวจช่องปากตามระบบเฝ้าระวัง การให้ทันตสุขภาพศึกษา



การให้บริการเพื่อป้องกันเช่น ฟลูออไรด์วานิช การส่งต่อเพื่อรับบริการรักษา การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมเช่น อบต. กลุ่มแกนนำในชุมชน เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี

3. การบูรณาการในกระบวนการบริหารจัดการให้เกิดบริการ การบูรณาการให้ประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน เงื่อนไขที่เป็นปัจจัยการจัดการที่สำคัญคือ

3.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ การปรับทัศนคติบุคลากร ผู้ให้บริการ ให้มีความตระหนักและให้ความสำคัญในการบริการที่ต้องสนองตอบและยึดประชาชน หรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นแก่ทีมงานที่จะให้บริการบูรณาการสุขภาพช่องปาก บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่เพื่อพัฒนาแนวทางจัดบริการ ได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการแก้ปัญหาได้ตรงจุด

3.2 การสร้างกลไกเพื่อสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ระบบรายงานปัญหาสุขภาพช่องปากให้ชุมชนทราบ การมีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมสาธารณสุขกับผู้นำชุมชน การพัฒนากิจกรรมในชุมชนที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการแก้ปัญหาในพื้นที่

3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนการบูรณาการ ได้แก่ การมีนโยบายบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน กำหนดกิจกรรมการบูรณาการที่ชัดเจน กำหนดบทบาทบุคลากรในการบูรณาการบริการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบท การให้บริการในพื้นที่ มีการสื่อสารถึงกิจกรรมและประโยชน์ต่อสมาชิกในองค์กรอย่างชัดเจน มีการติดตามผลลัพธ์การบริการ สนับสนุนทรัพยากรอย่างเป็นระบบ และเอื้อให้เกิดการพัฒนาการบูรณาการ มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างงานบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เกิดการพัฒนาการ

2.2.5 การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.2.5.1 บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

งานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น เป็นการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพให้แก่เด็กอายุ 3-6 ปี ที่อยู่ในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากคู่มือการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขของกองสาธารณสุขภูมิภาค (2532: 131-134) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไว้ดังนี้

1) ประสานงาน ประชุมหรืออบรมพี่เลี้ยงเด็กหรือครูผู้ดูแลเด็ก พี่เลี้ยงหรือครูผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลสำคัญในการทำให้งานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีประสิทธิภาพ โดยควรมีการประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสานงานกับครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการหมู่บ้านคณะกรรมการพัฒนาเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อชี้แจงโครงการที่จะดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและขอรับการสนับสนุนโดยอาจเตรียมการประชุมชี้แจง หรือการจัดอบรมพี่เลี้ยงหรือครูผู้ดูแลเด็กก็ได้เพื่อให้เขาเหล่านั้นเห็นถึงความสำคัญ และมีความเข้าใจในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากขึ้น เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น



2) จัดหาสิ่งสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรจัดหาสิ่งสนับสนุนกิจกรรมเช่น สนับสนุนด้านวิชาการ โปสเตอร์ เอกสารให้ความรู้ทาง ทันตสุขภาพ สนับสนุนยาเม็ดฟลูออไรด์ หรือแนะนำติดต่อสั่งซื้อให้แก่ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) ให้บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพแก่เด็กก่อนวัยเรียน โดยตรวจสุขภาพช่องปาก ให้บริการเคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟันซึ่งกระทำโดยทันตบุคลากร

4) ติดตามนิเทศและประเมินผล เพื่อติดตามดูว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะ และร่วมแก้ไขปัญหากับครูผู้ดูแลเด็ก โดยควรมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องปีละ 1-2 ครั้ง

2.2.5.2 บทบาทของครูผู้ดูแลเด็กในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียน

จากนโยบายเมืองไทยแข็งแรง ในปี 2548 ได้กำหนดให้ทุกตำบลต้องมีศูนย์พัฒนา เด็กเล็กที่ดำเนินการตามกระบวนการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ ตำบลละ 1 แห่ง กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข จึงได้จัดทำคู่มือในการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก และครูผู้ดูแลเด็ก ใช้เป็นแนวทาง ในการประเมินส่วนขาดหรือปัญหา เพื่อกำหนดกิจกรรมหรือโครงการในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งเกณฑ์ การประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ในด้านส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย (กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2547)

- 1) เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักและ วัดส่วนสูงทุก 3 เดือน
- 2) เด็กทุกคนแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวันทุกวัน
- 3) อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการครบ 5 หมู่
- 4) มีการจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และไม่หวานจัด
- 5) เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายเบื้องต้นทุกวัน เช่น ตา ฝ่ามือ ฟัน
- 6) เด็กทุกคนได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อายุโดยครูผู้ดูแลเด็ก
- 7) มีของเล่นเด็ก และหนังสือนิทานเหมาะสมกับวัย และมีกิจกรรมเล่นนิทาน

อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

- 8) มีมุมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง
- 9) ครูผู้ดูแลเด็กสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก สำหรับการดำเนินงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพนั้น กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2536) ได้มีการกำหนดหลักสูตรและเนื้อหาสำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการอบรมครูผู้ดูแลเด็กเพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยกิจกรรมหลักในการดำเนินงานประกอบด้วย

1. การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การแปรงฟันเป็นการลดการเกิดปัญหาโรค เหงือกอักเสบและฟันผุได้ แต่เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนยังมีพัฒนาการของการใช้มือละสายตาไม่ดี ครูผู้ดูแลเด็กจึงต้องให้ความช่วยเหลือในการแปรงฟันให้แก่เด็กการแปรงฟันจะเน้นแปรงให้สะอาดถูกวิธี และทั่วทั้งปาก การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันจะช่วยสร้างทัศนคติที่ดีในการแปรงฟันให้แก่เด็ก



ในการจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟัน ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ ครูผู้ดูแลเด็กควรจัดหาให้มีเพียงพอทุกคนและครูเป็นผู้บิบบยาสีฟันให้แก่เด็ก โดยบิบบแค่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2. การจัดอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อฟัน เด็กควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างส่วนต่างๆ ของร่างกายการจัดอาหารที่เหมาะสมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีข้อพิจารณา ดังนี้

- (1) อาหารแป้งและน้ำตาล ควรรับประทานในมื้ออาหาร
- (2) รับประทานอาหารประเภทโปรตีน ผลไม้ เป็นอาหารว่าง
- (3) ไม่ให้เด็กรับประทานจุบจิบ
- (4) งดอาหารหวานเหนียวติดฟัน เช่น ลูกกวาด ทอฟฟี่
- (5) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งอบกรอบสำเร็จรูปบรรจุถุง

ซึ่งมีแต่แป้งและน้ำตาลเมื่อเด็กรับประทานจะทำให้คราบอาหารติดฟันอยู่นาน

3. การจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์ ยาเม็ดฟลูออไรด์เป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ โดยจะให้เด็กอายุ 6 เดือนถึง 16 ปี รับประทานทุกวันอย่างสม่ำเสมอตามขนาดที่กำหนด ฟลูออไรด์จะเข้าไปช่วยในการเสริมสร้างโครงสร้างของฟันให้มีความแข็งแรงยิ่งขึ้น ทนทานต่อการละลายของกรดได้ดี เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่มีฟันอยู่ระหว่างการสร้างตัว การได้รับยาเม็ดฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่ศูนย์เด็กเล็กและที่บ้านเด็ก หากปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มมีปริมาณต่ำกว่า 0.3 PPM จึงจะให้ฟลูออไรด์เสริมแก่เด็กได้

4. การตรวจฟันเด็ก จุดมุ่งหมายของการตรวจฟันเด็กของครูผู้ดูแลเด็กคือการดูแลทำความสะอาดฟันให้เด็กและตรวจดูรอยผุ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กแปรงฟัน และกระตุ้นผู้ปกครองในการพาเด็กไปรับการรักษา กรณีมีฟันผุ หากเด็กที่ฟันไม่สะอาดควรได้รับการดูแลแปรงฟันให้เป็นพิเศษ เมื่อพบฟันผุควรแจ้งและแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับการรักษา

5. การแนะนำผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก นอกจากครูผู้ดูแลเด็กแล้ว ผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติที่เกี่ยวข้องในการเลี้ยงดู ควรมีส่วนในการดูแลด้วย เพราะเด็กใช้เวลาในการอยู่บ้านมากกว่าโรงเรียน ผู้ปกครองจึงควรได้รับความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กด้วย เช่น การแปรงฟันให้เด็กในเวลาตื่นนอน หลังอาหาร และก่อนนอน การเลือกอาหารให้เด็กรับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารหวาน การพาเด็กไปรับการรักษาทางทันตกรรม เมื่อมีปัญหา เป็นต้น

นอกจากนั้น กองทันตสาธารณสุขยังได้เสนอแนะ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยบูรณาการไปกับการส่งเสริมสุขภาพในเชิงกลยุทธ์ตามหลักการออดาวา ซึ่งมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก (3-5ปี) ควรดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุม กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้



ตาราง 2.1 มาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก (3-5ปี)

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์
1.การสร้างนโยบายสาธารณะ	- การควบคุมขนมและเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลด้วยการจำกัดการจำหน่ายและลดการบริโภคขนมและเครื่องดื่มในศูนย์เด็กเล็ก
2.การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	- จัดสิ่งแวดล้อมให้ศูนย์เด็กปลอดภัยและเครื่องดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ - จัดเมนูอาหารกลางวันที่มีผัก - จัดสถานที่แปร่งฟันให้ถูกสุขลักษณะ
3.การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน	- พัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นเครือข่าย พ่อแม่ ครู ผู้ดูแลเด็ก ร้านค้าและผู้นำชุมชนให้มีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4.การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	- พัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงเด็ก เรื่องอาหาร โภชนาการ การฝึกวินัยพฤติกรรมกรรมการบริโภค
5.การปรับระบบบริการสาธารณสุข	- การจัดบริการบูรณาการด้วยการ 1) มีระบบเฝ้าระวังปัญหาฟันผุในเด็กเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) ฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก 3) การให้บริการเพื่อการป้องกันฟันผุด้วยการทา ฟลูออไรด์วานิชให้กับเด็กก่อนวัยเรียน

(กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2549)

2.2.6 เกณฑ์การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ

จากแผนงานพัฒนาสุขภาพเด็ก 3 – 5 ปี ซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต เรื่องการยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะ 5 ปี (2556 - 2560) โดยบูรณาการ โครงการ/กิจกรรมต่างๆของทุกกรม/กอง ให้เป็นชุดกิจกรรมที่ลงสู่กลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ทั้งนี้ มีตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยคือร้อยละของเด็ก 3 ปี มีฟันผุไม่เกิน 57 ดังนั้นในปี 2556 จึงมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กจากเดิมเรียกว่า เกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่เป็นมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ซึ่งหมายถึง ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ระดับดี และ ดีมากและต้องมีผลลัพธ์ 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่จะมีการประเมินใน 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) ด้านบริการอาหารสะอาดปลอดภัย 4) ด้านสิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย 5) ด้านบุคลากร 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ กำหนดเกณฑ์การประเมิน 6 องค์ประกอบ และองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ ดังนี้



- 1) ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหารถูกหลักสุขาภิบาล
 - 2) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัยตามเกณฑ์อายุโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก
 - 3) ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก
 - 4) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
 - 5) ด้านบุคลากร
 - 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
- 2) เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- 3) เด็กมีฟันน้ำนมผุ ไม่เกินร้อยละ 57
- 4) เด็กทุกคนที่มีพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้า ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการฯ

เพื่อแก้ไขและส่งเสริมพัฒนาการต่อไป

ในการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับผ่านการประเมิน และ ไม่ผ่านการประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

ผลการประเมิน	มาตรฐาน/ตัวบ่งชี้
ผ่านการประเมิน	1 การประเมินตามประเด็นในแต่ละด้าน คะแนนรวมต้องได้ 80 คะแนนขึ้นไปทุกด้าน ยกเว้นด้านผลลัพธ์ 2 การประเมินในด้านผลลัพธ์ ทุกประเด็นต้องผ่านหมดทุกข้อ 3 ผลการประเมินต้องผ่าน ในข้อ 1 และ 2 จึงถือว่า ผ่านการประเมิน
ไม่ผ่านการประเมิน	1 ผลการประเมินในข้อ 1 และ 2 ไม่ผ่านในข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่า ควรปรับปรุง (ไม่ผ่านการประเมิน)

เกณฑ์การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายละเอียดการประเมิน จะเห็นว่าเกณฑ์การประเมินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะปรากฏอยู่ในองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหารถูกหลักสุขาภิบาล

ข้อ 2 อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน

2.1 จัดอาหารกลางวันและอาหารว่าง 5 กลุ่มทุกวัน (กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มนม) มีปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสม ตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก

2.2 การจัดอาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด ไม่มีไขมันสูง เช่น นมรสจืด ผลไม้ ขนมไทยรสไม่หวานจัด เป็นต้น

2.3 เด็กไม่กินจุบจิบ และ ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว



2.4 เด็กไม่ดูตนมาจากขวด และไม่นำขวดนมมาศูนย์ฯ หลังจากเข้ามาอยู่ในศูนย์ฯ 1 เดือน

ข้อ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

3.1 การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก

3.1.1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยครูผู้ดูแลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมมีการสรุปการตรวจ

3.1.2 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคเรียนละ 1 ครั้ง

3.1.3 มีการแจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำ

3.2 การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก

3.2.1 ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปาก

3.2.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช/ตรวจฟันผุ ภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร

3.3 การแปรงฟัน

3.3.1 เด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน

3.3.2 เด็กทุกคนมีแก้วน้ำ แปรงสีฟันเป็นของตนเองและมีการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง

3.3.3 ครูผู้ดูแลเด็ก ดูแลและตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็กและมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อเปื้อก

องค์ประกอบที่ 3 ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในภายนอก ที่สะอาด และปลอดภัย

ข้อ 10 พื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร

มีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสม เพียงพอ กับเด็ก สะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีน้ำขัง ไม่ลื่น

ข้อ 12 พื้นที่ใช้สอยภายนอกอาคาร

มีเครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาด และเพียงพอมีแก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟันประจำตัวเด็กทุกคน

องค์ประกอบที่ 5 ด้านบุคลากร

ข้อ 2 ความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็กทุกคนได้รับอบรมในเรื่องพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กในหลักสูตรตามหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 1 ผู้ปกครอง ชุมชน

1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กที่มาจากผู้ปกครอง ชุมชนและมีการประชุมอย่างน้อยละ 2 ครั้ง



1.2 มีผู้แทนจากชุมชน ท้องถิ่น ผู้ปกครองร่วมในการจัดทำแผนพัฒนา ศูนย์เด็กเล็ก แผนการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน

1.3 ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น วันเด็ก วันครอบครัว

1.4 อปท. สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก้ไขปัญหา สุขภาพเด็ก เช่น เด็กพัฒนาการล่าช้า ภาวะโภชนาการ ฟันผุ ฯลฯ

ข้อ 2 เครือข่าย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการขับเคลื่อนศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่ง เรียนรู้ในชุมชน

2.1 มีการสร้างเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่น มีผู้มีจิตอาสาทำของเล่นพื้นบ้านให้กับเด็ก

2.2 มีนโยบายและสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ ด้านการพัฒนา เด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครองและชุมชน

2.3 เป็นที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานที่สนใจ
ส่วนด้านผลลัพธ์ เด็กในศูนย์เด็กเล็กมีภาวะสุขภาพที่ดี และพัฒนาการสมวัย กำหนดเกณฑ์ให้เด็กมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57

สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กของตำบลเชียงได้ใช้แนวทางตามที่สำนักทันตสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุรินทร์กำหนดไว้ โดยกำหนดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดอาหารและอาหารว่างที่เหมาะสม ไม่หวาน มัน เค็ม การจัดนมจืดให้เด็ก และกำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กตรวจฟันให้เด็กปีละ 2 ครั้ง จัดทำ รายงานส่งให้รพ.สต.และ รพ.สต.รวบรวมรายงานส่งต่อไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับ อำเภอและระดับจังหวัดปีละ 2 ครั้ง ที่ผ่านมามีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของศูนย์เด็กเล็กวัด บ้านเนินงเป็นบทบาทของครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทน้อยมากเนื่องจาก รพ.สต.เนินง ยังไม่มีทันตภิบาลมาประจำที่ รพ.สต หากศูนย์เด็กเล็กที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ระดับดีและดีมากให้สามารถประเมินตนเองเพื่อทราบสถานการณ์ การดำเนินงาน กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการบริการที่ได้มาตรฐานและนำผลการประเมินที่ยังไม่ได้ มาตรฐานมาประกอบการพัฒนา ให้เป็นศูนย์เด็กเล็กคุณภาพที่ได้มาตรฐานต่อไป

2.3 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ การวิจัยประยุกต์ (Applied Research) เป็นการวิจัยที่มีความมุ่งหมายที่จะนำผลการวิจัยหรือความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน หรือ ใช้แก้ปัญหาโดยตรง ซึ่งจะเกิดผลทันทีและมีประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด (พลสุข เอกไทยเจริญ, 2551: 4)

วิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดใน การรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วย นักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติและ Kurt Lewin (1946) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการ ปฏิบัติงานของคนงานในโรงงาน ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขาเป็น นักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันที่มีเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศอเมริกัน Lewin กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพ และผลที่ได้



จากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวส่วน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนเพื่อเปลี่ยนพื้นที่ หรือพฤติกรรมของคน 2) นำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงไป 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง 4) ปรับปรุงการปฏิบัติการ ให้ดีขึ้น 5) เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง ปัจจุบันยังคงใช้ขั้นตอนนี้แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยเฉพาะมีความเป็นประชาธิปไตย และมีส่วนร่วมมากขึ้นและการวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำไป ดำเนินการในหลายสาขาเช่น การจัดการ สังคมวิทยา การดูแลสุขภาพและอื่นๆ ลักษณะเด่นที่ทำให้การ วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีความแตกต่างจากการวิจัยชนิดอื่นๆ คือ เป็นการวิจัยที่ทำโดยผู้ปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานที่ตนรับผิดชอบอยู่โดยตรง โดยมีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาปรับปรุง การทำงานของตนเองให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ตลอดช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน และดำเนินการวิจัยอยู่ ดังนั้น เป้าหมายในการศึกษาหรือ สิ่งที่น่าสนใจ (Objects) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็คือ งานที่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้วิจัยกำลังดำเนินหรือประกอบการอยู่นั่นเอง โดยมีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรม โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improve by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหา นั้นๆ จึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจหรือปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา หรือช่องว่าง ระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ ทำการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กรแห่งใดแห่ง หนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน นั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับ สภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2555: 144-151)

2.3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะที่สำคัญ 9 ประการ คือ

2.3.1.1 เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลง โดยที่ความสำคัญของปัญหาที่จะต้อง ดำเนินการวิจัยจะแสดงถึงผลของการปฏิบัติงานในปัจจุบันที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจาก มีช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ หรืออื่นๆ ทำให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ หรือมีความจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์หรือเพื่อการแข่งขัน หรือต้องการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เป็นไปในแนวทางที่พึงประสงค์ โดยงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไปทำให้มีการพัฒนาต่างๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

2.3.1.2 เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการที่จะตระหนักถึง ปัญหา ต้องการการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมายและวิธีปฏิบัตินั้น ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาไป ด้วยกันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

2.3.1.3 เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ในกระบวนการวิจัย บุคลากรหรือกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องจะสะท้อนการปฏิบัติในการทดลองปฏิบัติการต่างๆ ที่ตกลงกันใน สถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น

2.3.1.4 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจใน สถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ จึงต้องใช้การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ อันจะนำไปสู่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขอย่างลึกซึ้งและเหมาะสม



2.3.1.5 เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น จะได้จากการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่จะทำให้การเรียนรู้อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และเรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรมนั้นๆ

2.3.1.6 เป็นกระบวนการทางการเมือง เนื่องจากธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง มักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ จึงต้องมีการประสานประโยชน์ที่ทุกคนจะได้ จากการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

2.3.1.7 เป็นการบันทึกอย่างเป็นระบบ ตลอดกระบวนการวิจัยจะมีการบันทึก ความก้าวหน้าและการสะท้อนผลการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และวิธีการศึกษา

2.3.1.8 เป็นการสร้างทฤษฎี จากข้อมูลองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย จะทำให้ได้เหตุผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา นำมาประมวล เป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

2.3.1.9 เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็กสู่การเปลี่ยนแปลงที่ใหญ่ขึ้น ซึ่งอาจจะเป็น นักวิจัยคนเดียว หรือกลุ่มนักวิจัย แล้วขยายเป็นวงจรใหญ่ในระดับองค์กรหรือชุมชน

ลักษณะเฉพาะดังกล่าว นำมาซึ่งทักษะเฉพาะที่สำคัญหรือจำเป็นสำหรับนักวิจัย ในสำนักการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องนำมาใช้ในกระบวนการวิจัย คือการทบทวนและใคร่ครวญ ไตร่ตรอง เพื่อเรียนรู้สิ่งที่ตนเองกระทำและนำมาเป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจดำเนินการหรือ ปฏิบัติการใดๆ โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎี เพื่อพัฒนางานของตนเองหรือผู้ปฏิบัติการวิจัย (Kemmis. in Hammersley, 1993: 177) การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเชิงวิธีวิทยาการ พบลักษณะเด่นที่แตกต่าง จากวิธีวิจัยอื่นๆ คือ ขั้นตอนของวิธีหาคำตอบ จะไม่เรียงลำดับก่อนหลังเป็นเส้นตรงเหมือนใน การวิจัยกระแสหลัก ที่เริ่มขั้นตอนแรกจาก การกำหนดปัญหา การตั้งสมมติฐาน การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และลงท้ายด้วยการสรุปผล แต่วิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะอยู่ในลักษณะ ความสัมพันธ์เป็นวงจร (Cyclical) ของกิจกรรม 4 อย่าง ที่จุดเริ่มต้นของกิจกรรมมีความยืดหยุ่นสลับกัน ได้กิจกรรมหรือขั้นตอน 4 อย่าง ดังกล่าว ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การรวบรวมข้อมูลหรือสังเกตการณ์ (Observing) และการตรวจสอบทบทวนใคร่ครวญไตร่ตรอง ในสิ่งที่กระทำและผลที่เกิดขึ้น (Reflecting) โดยจะมีการกระทำซ้ำกิจกรรม ในลักษณะเวียนกันหอย ทั้งหมดจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ ของการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งมักจะมี ความเข้าใจที่ สัมพันธ์ระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการวิจัยดำเนินการ ซึ่งอาจแตกต่างกันทั้งด้านกระบวนการวิจัย ความหมายและลักษณะสำคัญ โดยเฉพาะการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research) จะเป็นการศึกษาปรากฏการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร หรือชุมชน โดยนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ ของการวิจัยจึงมีส่วนประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนของวิธีปฏิบัติ หรือรูปแบบหรือกิจกรรมที่ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง และส่วนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นรวมทั้งการเรียนรู้ จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ประกอบด้วยความร่วมมือ (Collaboration) และการสร้างเสริม พลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งจากจุดเน้นดังกล่าว จึงทำให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) คล้ายกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือ PAR หรือ Participatory Research แต่งานวิจัยทั้งสองประเภท ก็มีลักษณะแตกต่างกัน



ดังตาราง 2.1 และได้เปรียบเทียบความแตกต่างกันระหว่างวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับการวิจัยดำเนินการ (Operational Research) ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 การเปรียบเทียบระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะสำคัญ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
แนวคิดพื้นฐาน	ปรากฏการณ์นิยม	ปรากฏการณ์นิยม
เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง
ต้นกำเนิด	พัฒนามาจากงานของ Kurt Lewin นักสังคมศาสตร์ แล้วมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาและการจัดการในประเทศพัฒนาแล้ว	พัฒนามาจากการพัฒนาชุมชนในประเทศด้อยพัฒนา เช่นประเทศในละตินอเมริกา
จุดเริ่มต้นของการวิจัย	เริ่มจากผู้ที่มีอำนาจในการควบคุม เช่น ครู ผู้จัดการ พยาบาล หรือนักวิชาชีพสุขภาพ	เริ่มจากผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่า เช่น ชาวบ้าน
อุดมการณ์ที่ใช้ในการวิจัย	เน้นการวิเคราะห์ที่บุคคลและกลุ่ม ใช้ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ การมีประสิทธิภาพและพัฒนาการ	เน้นการวิเคราะห์สังคม ใช้ทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม ความเท่าเทียมกัน การกดขี่และการพึ่งพาตนเอง
จุดเน้นในกระบวนการวิจัย	ให้คิดเป็น ทำเป็น การมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ	ให้คิดเป็น ทำเป็น การมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย	นักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย มักเป็นผู้มีค่านิยมใกล้เคียงกัน หรือ “พูดภาษาเดียวกัน”	นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย อาจเป็นผู้ที่ต่างวัฒนธรรมกัน ในกรณีนี้นักวิจัยคนนั้นมีการศึกษาที่สูงกว่าจะเป็นแหล่งทรัพยากรที่ดีกว่าผู้ร่วมวิจัย

ที่มา: ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2555: 147-148)

จากตารางดังกล่าวจะเห็นได้ว่า งานวิจัยทั้ง 2 ประเภทนั้น ความคล้ายคลึงและความแตกต่างที่สำคัญ เป็นเรื่องของรายละเอียดในกระบวนการวิจัย แต่การดำเนินการวิจัยในชุมชนนั้น ก็มักใช้วิธีของ PAR ผสมผสานกันในรูปแบบของการวิจัยเพื่อท้องถิ่น ซึ่งมักมีลักษณะที่สำคัญ 7 ประการ ดังนี้

- 1) เป็นงานที่มี “คำตอบ” อยู่ในชุมชนหรือท้องถิ่นโดยผ่านกระบวนการวิจัย
- 2) เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะโดยเน้นการวิจัยเชิงพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ การคิด การทำ และการสรุปผลการดำเนินงานของคนในชุมชนหรือท้องถิ่น



3) เป็นงานที่ให้ความสำคัญกับบริบท (Context) ของพื้นที่เป็นสำคัญ โดยพิจารณาหาเงื่อนไขที่จำเป็น (Necessary Condition) ภายใต้ปัจจัยอันจำกัด (Limiting Factor) ของชุมชน เพื่อสร้างโอกาสโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ อันสามารถนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นหรือชุมชนได้

4) เป็นงานที่สามารถขยายผลการดำเนินงาน หรือทำซ้ำได้ หากบริบทของพื้นที่ที่มีปัจจัยหรือเงื่อนไขที่จำเป็นในการดำเนินการมีความคล้ายคลึงกัน

5) เนื่องานมักมีส่วนประกอบหลักที่สำคัญ 2 ส่วน ได้แก่

(1) การศึกษาให้รู้สภาพที่เป็นอยู่ ให้ทราบสาเหตุ ปัจจัยเงื่อนไขและโครงสร้างที่เป็นอยู่ เพื่อนำไปสู่งานในช่วงที่ 2 ต่อไป

(2) การทดลองปฏิบัติการหรือนำแผนงานกิจกรรมสู่การปฏิบัติ (Action) เพื่อหารูปแบบหรือวิธีการไปสู่สภาพที่ดีขึ้น เกิดความสมดุลระหว่างอาชีพ สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร วัฒนธรรม และการกระจายผลประโยชน์ที่เป็นธรรมแก่ชุมชนมากขึ้น

6) เป็นงานที่มีอยู่ในท้องถิ่น และมีเครือข่ายการทำงานแบบใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area-Based Research) ที่เป็นสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัยและองค์กรพัฒนาเอกชน

7) มีลักษณะงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดเป้าหมายย่อยใน 5 ระดับ ดังนี้

(1) สร้างองค์ความรู้ใหม่และต่อยอดองค์ความรู้เดิมของชุมชนท้องถิ่น

(2) สร้างกระบวนการเรียนรู้และการสืบสานในชุมชน

(3) สร้างนักวิจัยระดับปฏิบัติการในชุมชน

(4) สร้างการทำงานเชิงปฏิบัติการทางสังคม

(5) สร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายและมาตรการของชุมชน

นอกจากนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังมีความแตกต่างจากการวิจัยดำเนินการ ซึ่งสามารถแยกให้เห็นความแตกต่างในลักษณะสำคัญๆ ได้ดังนี้

ตาราง 2.3 การเปรียบเทียบระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยดำเนินการ

ลักษณะสำคัญ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	การวิจัยดำเนินการ (Operational Research)
วัตถุประสงค์	ปรากฏการณ์นิยม	ปรากฏการณ์นิยม
เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง
การกำหนดปัญหา	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัย	ผู้มีอำนาจร่วมกับนักวิจัย
ขั้นตอนการวิจัย	ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นที่ 2 ดำเนินการปฏิบัติ ขั้นที่ 3 ประเมินผล	ขั้นที่ 1 สังเกตการณ์ ขั้นที่ 2 กำหนดขอบเขตของปัญหา ขั้นที่ 3 ตั้งสมมติฐาน ขั้นที่ 4 ทดลอง ขั้นที่ 5 พิสูจน์



ตาราง 2.3 (ต่อ)

ลักษณะสำคัญ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	การวิจัยดำเนินการ (Operational Research)
เครื่องมือแก้ปัญหา	เน้นด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์	เน้นการใช้หลักตรรกศาสตร์และคณิตศาสตร์
การกำหนดวิธีปฏิบัติ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัย	นักวิจัย
บทบาทผู้ร่วมวิจัย	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ร่วมวิจัย และมีบทบาทสำคัญอยู่ในกระบวนการวิจัย	มีแต่นักวิจัยเท่านั้นที่อยู่ในกระบวนการวิจัย
ระยะเวลา	มักใช้เวลานานเนื่องจากอยู่ในสถานการณ์ตามธรรมชาติ	ใช้เวลาสั้น มีการกำหนดระยะเวลาค่อนข้างแน่นอน
ผู้ใช้ผลงานวิจัย	องค์กรหรือชุมชนที่ร่วมในกระบวนการวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง	ผู้มีอำนาจ

ที่มา: ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2555: 150)

ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงเป็นความพยายามในการหาความรู้เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ด้วยการนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ปฏิบัติจริงในบริบทของพื้นที่ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ความรู้สามารถเกิดจากความมุ่งมั่นร่วมใจที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกัน กระบวนการหาความรู้ใหม่ดังกล่าวไม่จำเป็นต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกเท่านั้นแต่สามารถสร้างกลไกเพื่อการสร้างความรู้ใหม่ โดยผู้ปฏิบัติได้เองด้วยการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทที่เป็นจริง และศึกษาสถานการณ์ในสังคมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มความเข้าใจในปรากฏการณ์อันจะนำไปสู่การปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกๆ กิจกรรมอย่างลุ่มลึกด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม เน้นความร่วมมือโดยเสมอภาคเพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนาสังคมให้ดีขึ้นซึ่งถือเป็นแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2553: 17-21) โดยเชื่อว่ามนุษย์และสังคมมีความเป็นพลวัต คือ ไม่อยู่นิ่ง มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่ละบุคคลมีความคิด วิจาร์ณญาณ โลกทัศน์ ค่านิยมและอุดมการณ์เฉพาะตนที่เป็นผลมาจากบริบทและการรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลจึงเป็นผลมาจากวิธีการที่บุคคลให้ความหมายต่อการเป็นอยู่ในโลก หากต้องการแสวงหาความรู้เพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคล หรือการเปลี่ยนแปลงของสังคม ก็ต้องทำความเข้าใจความหมายที่บุคคลนั้นมีต่อการกระทำของตนเอง หรือต้องเข้าใจความหมายที่คนในสังคมมีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ด้วย ถือเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม (Social Phenomena) เป็นสิ่งที่ประกอบขึ้นจากการประกอบโครงสร้างทางสังคม (Social Construction) มีความเป็นนามธรรมมากกว่ารูปธรรม แต่ก็ปรากฏให้เห็นชัดเจน เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ความเป็นผู้หญิง (Femininity) ความเป็นผู้ชาย (Masculinity) เพศภาวะ (Gender) บทบาททางเพศภาวะ (Gender Role) การปฏิรูประบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานด้านสุขภาพ ประชาสังคม (Civil Society) เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปรากฏการณ์ทางสังคม



อาทิ บริบททางด้านวัฒนธรรม อำนาจ อุดมการณ์ วิถีคิด เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ศาสนา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามพื้นที่และเวลา

ดังนั้นการวิจัยที่ใช้แสวงหาความรู้ความจริงของปรากฏการณ์ทางสังคมจึงมักอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเชิงปรากฏการณ์นิยม ที่เชื่อว่าโลกทัศน์ของบุคคลมีผลมาจากประสบการณ์และบริบท อิทธิพลของบริบทมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความรู้ถูกกำหนดโดยอิทธิพลของสังคม วัฒนธรรมและกาลเวลา การหาความรู้ความจริงที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางสังคมดังเช่นปรากฏการณ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพนั้น จึงใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยปรากฏการณ์ทางสุขภาพบางอย่างมีความซับซ้อนและซ้อนทับกันระหว่าง ปรากฏการณ์ทางกายภาพกับปรากฏการณ์ทางสังคม เช่น คุณภาพชีวิต จึงต้องใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานจากพื้นฐานแนวคิดปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า “ไม่มีความดีหรือความยุติธรรมที่สมบูรณ์” แต่มโนทัศน์เกี่ยวกับความดีและความสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับบริบทเปลี่ยนแปลงได้ แนวคิดนี้ได้ท้าทายความเชื่อดั้งเดิมโดยเฉพาะแนวคิดทางศาสนา การปกครอง และสำนักคิดต่างๆ นอกจากนั้นยังมีอิทธิพลต่อการพัฒนาศาสตร์ด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษา ปรัชญา วิธีการทางวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรมวิพากษ์ และการขับเคลื่อนการปฏิรูปสังคม แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้มากในทางการเมือง การปกครอง ซึ่งรวมถึงวิธีการวิจัยด้วย จากความเชื่อที่ว่า ไม่มีความดีและความยุติธรรมที่สมบูรณ์ ความรู้ที่มีอยู่ หากไม่สามารถนำมาใช้ได้ก็ไร้ค่า ความรู้ ความจริงถ้าไม่สามารถนำมาใช้ปฏิบัติหรือนำมาปรับใช้สังคมไม่ได้ก็ไม่เป็นประโยชน์ ไม่นับว่าเป็นความรู้ ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเป็นพื้นฐานของการวิจัยแบบผสมผสาน (Combine Research หรือ Mixed Methods Research) ซึ่งใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณเป็นเครื่องมือหาความรู้ นั้นหมายถึงว่า วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) เป็นหนึ่งในวิจัยเชิงคุณภาพ ที่จะต้องทำให้เกิดความรู้ใหม่ ใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนางาน มีสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดการวิจัย ได้แก่ แรงจูงใจ มีความรู้และมีการสนับสนุน และการทำวิจัยจะได้ผลหากเป็นการเลือกทำในเรื่องที่ใกล้ชิด ไม่รู้ปัญหาที่แท้จริง และไม่มีความรู้ที่สำคัญ การวิจัยไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ ไม่ว่าจะยากหรือง่าย ต้องมีคุณภาพ และไม่ว่าจะเป็นการวิจัยแบบไหน จะต้อง มี “กระบวนการวิจัย”

โดยสรุปแล้ว เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ คุณสมบัติที่สำคัญของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 9 ข้อ ได้แก่

- 1) เป็นการพัฒนากิจการกรมโดยการเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing)
- 2) เป็นการวิจัยที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม
- 3) เป็นการลงมือปฏิบัติที่อาศัยการสะท้อนของผู้ปฏิบัติในวงจร PDCA หลากๆ รอบ โดยให้ปฏิบัติในสถานการณ์ธรรมชาติ (เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในภายหลัง)
- 4) วิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical Analysis) เพื่อความเข้าใจสถานการณ์ธรรมชาติที่แท้จริง
- 5) มีกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การปฏิบัติการ (Action) และการประเมินผล (Evaluation)
- 6) ควรเป็นเรื่องที่เป็นนโยบาย หรือได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายเนื่องจากจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น



7) มีการบันทึกความก้าวหน้าและสะท้อนการทำงานอย่างเป็นระบบตามกระบวนการวิจัย

8) ได้องค์ความรู้ใหม่จากการประมวลผลการศึกษา

9) เริ่มจากกลุ่มย่อยแล้วขยายวงกว้างขึ้น

2.3.2 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประเภทที่ 1 : แก้ปัญหาอย่างนักเทคนิค ผู้วิจัยทราบวิธีการหรือเทคนิคที่จะใช้เป็นอย่างดี ผู้เกี่ยวข้องนำวิธีการหรือเทคนิคไปใช้

ประเภทที่ 2 : ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันวางแผนและปฏิบัติจนได้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในหน่วยงาน

ประเภทที่ 3 : ทีมวิจัยเป็นเจ้าของพื้นที่ เป็นผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ประสาน (Facilitator) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่นั้นๆ

นอกจากนั้นในการปฏิบัติเพื่อนำสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น สิ่งที่จะปรากฏในหลักการและเหตุผล ควรประกอบด้วย การทำงานเดิมต้องมีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอยู่แล้ว สถานการณ์มีปัญหาปรากฏการณ์อะไร ทำสิ่งที่มีอยู่ให้ชัดเจน เป็นปัญหาเฉพาะที่ เฉพาะบริบท และโจทย์ปัญหานั้นนำมาซึ่งการแก้ปัญหา มีช่องว่างอะไรอยู่ ควรมีข้อมูลสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง หากจุดยืนในการเริ่มต้นต้องการแก้ปัญหาและพัฒนางาน ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร ต้องได้รับการเห็นชอบจากผู้นำ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงได้จริง คำถามการวิจัยอาจได้จากปัญหาการทำงาน ความคิดของคนข้างคิด ข้างถามที่ไม่พอใจกับงานเดิม การอ่านหนังสือและการเสวนาเป็นต้น

2.3.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (Situation Analysis) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์งานเดิมก่อนการเปลี่ยนแปลงเพื่อดูข้อขัดข้องต่างๆ

ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติและปรับเปลี่ยน (Action) โดยนำสิ่งที่เราคิดว่านำมาใช้แล้วจะเกิดสิ่งใหม่ที่ดีกว่าเดิมมาลองใช้ ขั้นตอนนี้ของการวิจัยเป็นการใช้วงจร PDCA หลายๆ รอบ นั่นคือมีการวางแผน นำไปปฏิบัติ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ พบปัญหา วางแผนใหม่ นำไปปฏิบัติ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกพอหรือได้คำตอบที่เราต้องการ

ขั้นที่ 3 สะท้อนปฏิบัติหรือประเมินผล (Evaluation) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ได้ปฏิบัติ (หลายๆรอบในขั้นที่ 2) มาวิเคราะห์ร่วมกัน ประเมินว่า มีอะไรที่เปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงอย่างไร และทำไมจึงเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) เป็นคำบรรยายปรากฏการณ์ สถานการณ์ ความรู้สึก ค่านิยม ความสามารถ ความรู้ คุณค่าของคน สัตว์ สิ่งของหรือสภาพการณ์ 2) เป็นข้อมูลแสดงลักษณะที่จัดกระทำเป็นรูปตัวเลข ข้อมูลประเภทนี้มีมักเป็นสากล เช่น ระดับสติปัญญา ความสูง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) ซึ่งเป็นเครื่องมือของงานวิจัยเชิงคุณภาพยังเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการตรวจสอบความครบของมุมมองหลายๆ มิติ หลายๆ ทฤษฎีได้แก่ การตรวจสอบข้อมูล จากบุคคลที่ต่างกัน จากสถานที่ที่แตกต่างกัน จากในเวลาที่แตกต่างกัน ผู้เก็บข้อมูลต่างกัน ตรวจสอบกับเจ้าของข้อมูลโดยตรง และจากทฤษฎีที่ต่างกัน เป็นต้น ในส่วนขั้นตอนเทคนิคการวิเคราะห์ ใช้แบบวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งประกอบด้วย อ่านข้อความทั้งหมด สกัดข้อความที่สำคัญ



รวบรวมความหมายต่างๆ จัดกลุ่ม แยกแยะ ประเด็นหลัก สร้างข้อสรุป สกัดความหมาย ตรวจสอบ โดยในขั้นตอนดังกล่าวสามารถทวนกลับไปมาได้ตามเนื้อหาที่ได้ และที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ ผลการวิจัยต้องเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดข้อสรุปใหม่ แนวทางใหม่ในบริบท เฉพาะตน เป้าหมาย “เพื่อเปลี่ยน หรือปรับปรุง” ...สู่การเปลี่ยนแปลง (Change) “ระดับความคิดและวิธีการ” โดยไม่ควรนำระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) เป็นตัวตั้ง แต่ควรนำ คำถาม หรือ ปรัชญาการค้นคว้า หรือวัตถุประสงค์ เป็นตัวตั้ง แล้วจึงตามมาด้วยวิธีการสร้างเครื่องมือในภายหลัง

ดังนั้น การศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินง จึงได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) มาใช้เป็นรูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการ และทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการเกิด ความคิดริเริ่มโครงการ เพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นแรก ของการที่มีคนมารวมกันได้ควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมด หรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่ม หรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร (organization) ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิบัติได้ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชนบท หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วม คือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่เกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนา ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชน ถูกกระทบจากสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดสภาพการต่างคนต่างอยู่ มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองอยู่รอดไปในแต่ละวัน ไม่มีความสนใจต่อผู้รอบข้าง ก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายด้านที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในการดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหา นั้น จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหาในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้ตรงกับความต้องการของคนส่วนใหญ่

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - Down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - Up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley, 1984: 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing Ingredient) ในกระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมายปัจจัย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านการพัฒนาไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ดังนี้



2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมิใช่กวีวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, 1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการของบุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มบุคคลในชุมชนที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุข และยังเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนเองในการที่จะเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมถึงการให้สิ่งสนับสนุนสิ่งของการจัดการ และการมีอำนาจในการจัดการ โคอเฮน และอัฟฮอฟ (John M. Cohen & Norman T. Uphoff, 1997) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วม โดยทั่วไปในขั้นตอนการวางแผนและการตัดสินใจเพื่อพัฒนานั้น จะต้องมีการดำเนินการควบคู่ไปกับการปฏิบัติ รวมทั้งการรับผลประโยชน์ การตรวจสอบและการประเมินผลร่วมด้วย นอกจากนี้ยังต้องมีการสะท้อนผลกลับ จากการตรวจสอบ การประเมินผล และการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วย ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายความว่า การมีส่วนร่วมที่สมาชิกของชุมชนหรือสังคมนั้น ต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมใน 4 มิติหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้น อย่างเสมอภาค องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981: 5) และรีเดอร์ (Reeder, 1974: 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม โดยลักษณะของการมีส่วนร่วมแบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 การมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชน ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

ลักษณะที่ 2 การมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุนิติบุคคลที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล 2) การมีส่วนร่วมบน



พื้นฐานของค่านิยม 3) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี 4) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนใจ

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วม ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล ของชุมชนนั้นๆ เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.4.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้ คูฟแมน (Koufman, 1949: 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วมว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มี 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ดังนี้ ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

2.4.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยในกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้ อคิน ริฟฟัฒน์ (2547: 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

จากการศึกษาทฤษฎี หลักการ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลตามความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ ในการที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึง วิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอน การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การกำหนดกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น



2.4.4 ระดับและรูปแบบการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Irazabal, 2005: 48-51) ได้ประเมินระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน และความเป็นประชาธิปไตยในเมืองต่าง ๆ โดยเสนอกรอบแนวคิด “ลำดับขั้นบันไดของการมีส่วนร่วมของประชาชน” ซึ่งเป็นการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ระดับ จากการที่ประชาชนไม่มีอำนาจควบคุมเลยไปถึงประชาชนมีอำนาจควบคุมอย่างเต็มที่ดังนี้

1) การไม่มีส่วนร่วมของประชาชน (Nonparticipation) ซึ่งได้แก่ การที่ระบบราชการสามารถควบคุมหรือชักจูงประชาชนได้ (Manipulation) ไปถึงระดับที่สามารถเบี่ยงเบนความสนใจของประชาชนจากสาเหตุของปัญหาต่างๆ ของท้องถิ่นไปสู่เรื่องอื่นที่ต้องการ

2) การมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นเพียงแบบรูปแบบทางพิธีกรรมมากกว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง (Tokenism) ได้แก่ การที่หน่วยงานภาครัฐทำเพียงแค่ชี้แจง (Informing) ผลการตัดสินใจของหน่วยงานที่ทำไปแล้วให้ประชาชนทราบหรือ การปรึกษาหารือ (Consulting) โดยการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน และใช้วิธีการแต่งตั้งประชาชนเข้ามาเป็นกรรมการที่ปรึกษาเหมือนเพียงการเอาใจประชาชน (Placation) แต่ไม่ได้มีการมอบอำนาจหน้าที่ที่แท้จริงให้

3) ระดับที่ประชาชนมีอำนาจในการควบคุม (Citizen Power) การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการใช้อำนาจหน้าที่โดยการเข้าเป็นหุ้นส่วนร่วม (Partnership) กับหน่วยราชการ เช่น การที่ประชาชนได้รับมอบอำนาจหน้าที่ในการให้ความเห็นชอบต่อแผนงานหรือโครงการ (Delegated Power) และในที่สุดประชาชนมีอำนาจควบคุม (Citizen Control) อย่างแท้จริงต่อการตัดสินใจของหน่วยงานราชการ

เชอร์รี อาร์สไตน์ (Sherry Arnstein, 1971) ระบุว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาแบ่งออกเป็นบันได 8 ขั้น โดยมีระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation) ในระดับนี้ประชาชนจะไม่มีส่วนร่วมเลย จะเป็นการสื่อสารทางเดียวเป็นส่วนใหญ่ ในระดับนี้ประกอบด้วยบันได 2 ขั้นแรก คือ

ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง (Direct Manipulation) ให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนาสุขภาพของรัฐตามความประสงค์ที่ทางการร้องขอ หรือตามใบสั่ง มีการส่งลงมาจากหน่วยงานราชการระดับสูงสู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนได้ร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงานให้ร่วมบริจาคการเรียไร หรือการจัดตั้งกลุ่มเพื่อช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยามวลชน

ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา (Therapy) โดยชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มกิจกรรมสุขศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น เข้ารับการอบรมบ้าง หรือมีการสอนสุขศึกษาเพื่อให้ประชาชนทำตาม ตั้งกฎหรือสุขบัญญัติโดยไม่คำนึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน จัดว่าเป็น “การเยียวยา” แบบหนึ่ง บันได 2 ขั้นในต้นแรกนี้แท้จริงแล้วถือว่าไม่ได้ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด (Degree of Non – Participation)

ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยจะประกอบด้วยบันไดของการมีส่วนร่วม ขั้น 3, 4 และ 5



ขั้นที่ 3 คือการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informing) หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ (Advertising) ในขั้นนี้ ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ

ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้ดำเนินงานของเจ้าหน้าที่รัฐ (Consulting) โดยรัฐจะสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้ร่วมรับผิดชอบ

ขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์นสไตน์ อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบไม่ประคับประคอง (Placation)

ระดับที่ 3 ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power) เป็นระดับของการมีส่วนร่วมที่สูงที่สุด และเมื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ถึงระดับนี้ถือว่าโครงการนั้นประสบความสำเร็จสูงสุด และจะเกิดประโยชน์กับชุมชนนั้นสูงที่สุดด้วย ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นท้ายสุดของบันไดการมีส่วนร่วมนั้นคือ

ขั้นที่ 6 ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม/ผู้กระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเองและหน่วยงานภายนอกเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น หรือองค์กร ชุมชนได้มีโอกาสเข้าเป็นภาคี (Partnership) ในการดำเนินงานของรัฐมีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต่างก็เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะค้นหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนาหรือแก้ปัญหาของพวกเขาเองได้ หรือแก้ไขปัญหาลักษณะในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน

ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการ (Delegate) ตามโครงการที่มีพันธสัญญาร่วมกันเนื่องจากเจ้าหน้าที่ของรัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่ามีความพร้อมที่จะดำเนินการ

ขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแล (Citizen Control) ในฐานะผู้ตรวจสอบผู้ร่วมกำหนดนโยบายการดำเนินงานของรัฐในโครงการพัฒนาสุขภาพด้วย ว่าสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะที่กำหนดไว้แต่แรกหรือไม่ ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงาน และดูแลในเรื่องความมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าวถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปควบคุมดูแลโครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจัง และถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ

ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น สามารถสรุปลักษณะพฤติกรรมของชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการหรือกิจกรรมกับภาครัฐหรือองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินงานพัฒนาชุมชน โดยมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนตามบันได 8 ขั้น มีลักษณะดังนี้



ตาราง 2.4 บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วม	ขั้นตอนบันได 8 ขั้น	พฤติกรรมของชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม
ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	-ประชาชนควบคุม (Citizen Control)	- ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	-ได้รับมอบอำนาจ (Delegate Power)	- ประชาชนมีอำนาจการตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
	- ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	- ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนและมีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	- เป็นตัวแทนไม้ประดับ (Placation)	- ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ
	- เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	- รัฐสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการแต่ไม่ได้ร่วมรับผิดชอบ
	- ได้ข่าวสาร (Informing)	- ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non - Participation)	- ได้รับการเยียวยา (Therapy)	- มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่นการให้สุศึกษาเป็นกลุ่ม
	- ประชาชนถูกเชิด ถูกจัดแจง (Manipulation)	- ประชาชนถูกเกณฑ์แรงงาน ถูกจัดตั้ง ถูกเรียไร ถูกขอร้อง ให้ทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจหรือขอความร่วมมือ

(อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541 อ้างอิงจาก อาร์นสไตน์, 1971)

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ รูปแบบที่ชัดเจนและมีแนวทางการดำเนินการอย่างครอบคลุมในระดับพื้นที่และเป็นรูปแบบนวัตกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) การดำเนินการของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือแม้แต่ในกระบวนการจัดทำแผนชุมชน เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวคิดที่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการเมือง โดยเฉพาะการแก้ปัญหาความยากจน จึงต้องมุ่งเสริมสร้างความสามารถในการจัดการปัญหาชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน โดยใช้ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นศักยภาพของชุมชนมาสร้างกระบวนการพัฒนาและการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างชุมชนที่เข้มแข็งได้



อนึ่ง การดำเนินการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในรูปแบบของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นนั้น ได้แสดงให้เห็นถึงกิจกรรม วิธีการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมโยงของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เป็นภาพของการประสานความร่วมมือของท้องถิ่น สาธารณสุขและชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เห็นมิติของการทำงานสร้างสุขภาพที่แยกกันไม่ออกกับงานชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ชุมชนมีความรู้สึกรู้ว่าการเป็นเจ้าของกองทุนฯ คือ การที่ต้องเสียสละและร่วมกันสมทบเงินเข้ากองทุนและเข้ามาช่วยกันทำกิจกรรมที่ช่วยกันดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (วณิ ปิ่นประทีป และคณะ, 2552: 3-8)

สรุป การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่กลุ่มมีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน ร่วมรับผลประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน โดยมีส่วนในการคิดค้นปัญหา ตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผล เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและได้แสดงความคิดเห็นสูงสุด

2.5 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) เป็นเทคนิคที่มีการระดมสมอง ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ค้นพบความต้องการชัดเจน และศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ผลที่ได้เกิดจากทุกคนมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ และยอมรับซึ่งกันและกัน AIC เป็นทั้งปรัชญาและรูปแบบของการปฏิบัติการในแง่มุมมองปรัชญา จะยึดหลักความสัมพันธ์ 3 ส่วน คือ พลังของการควบคุม (Control) พลังของการยอมรับ (Influence) และพลังของความเข้าใจรู้คุณค่า (Appreciation) เป็นหลักในกระบวนการจัดการ การประยุกต์ปรัชญา AIC มาใช้ในการบริหารจัดการ การพัฒนา เช่น การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล ในแง่ของเทคนิคการปฏิบัติการใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ อีกทั้งเป็นพื้นฐานที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้พิจารณาปัจจัยทางสังคม การเมือง และวัฒนธรรม ไปพร้อมๆ กัน กับปัจจัยด้านวิชาการและเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ร่วมด้วย เทคนิค AIC จึงมีลักษณะ ดังนี้

- 1) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายให้
- 2) AIC จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนตระหนักถึงขอบเขตของตนว่ามีความเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้อย่างไร
- 3) ก่อให้เกิดโอกาสหรือเวทีที่เอื้อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน พยายามร่วมมือกัน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการที่จะไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายนั้น

กระบวนการ AIC เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลัง สมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ใน



การแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญ คือ

ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

(1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิดวิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้

(2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม อื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ให้มีโอกาสนำเสนอ

(3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความง่าย ต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

(4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุม มักมองว่าการ วาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากร กระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมต่างๆ เกี่ยวกับการ วางแผน การละลายพฤติกรรม กลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

(1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

(3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน



ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

(1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้อำนาจรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน

(2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

(3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การประชุม AIC ประสบความสำเร็จได้

1) การจัดประชุมกระบวนการ AIC นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2) การศึกษาและเตรียมชุมชน

(1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

(2) การเตรียมชุมชนเพื่อให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของ กลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาส ให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

3) วิทยาการกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการ ประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่เกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

(1) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุปผล

(2) สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วม ประชุม

(3) ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตาม กระบวนการ

(4) สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็น หรือทัศนคติของตนเองลงไป



(5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย และหาข้อยุติให้ได้

(6) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำ การประชุม ซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วยโดยแบ่งหน้าที่เป็นผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่ม ผู้นำการประชุม ผู้จัดการกิจกรรมเกม สร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้คณะฯ จะต้องทำความเข้าใจ ในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกัน สอดรับกัน

จากแนวคิดจากเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองอย่างสร้างสรรค์ในการร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหาและร่วมกำหนดและดำเนินกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชนเกิดการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

2.6 เทคนิคการวิเคราะห์สถานะแวดล้อมองค์กร

เทคนิค SWOT มาจากตัวย่อภาษาอังกฤษ 4 ตัว จากคำว่า Strengths Weaknesses Opportunity และ Threats โดยมีรายละเอียดอักษรย่อ ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths) หมายถึง ความสามารถและสถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นบวก ซึ่งองค์กรสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กร ทำได้ดี

จุดอ่อน (Weaknesses) หมายถึง สถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นลบและด้วยความสามารถ ซึ่งองค์กร ไม่สามารถ นำมาใช้เป็นประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรที่ทำไม่ได้ไม่ดี

โอกาส (Opportunities) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่เอื้ออำนวยให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์หรือ หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการขององค์กร

อุปสรรค (Threats) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่ขัดขวางการทำงานขององค์กรไม่ให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือหมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาต่อองค์กร

ในการวิเคราะห์ SWOT หรือ SWOT Analysis นั้น การกำหนดเรื่อง หัวข้อ หรือประเด็น (Area) เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึง เพราะว่า การกำหนดประเด็นทำให้การวิเคราะห์และประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคได้ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดประเด็นหลัก (key area) มากกว่า โอกาสใด ที่จะทำให้การวิเคราะห์ถูกต้องจะมากยิ่งขึ้นตามไปด้วยทั้งนี้ การกำหนดกรอบการวิเคราะห์ SWOT ใด ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะงานและธรรมชาติขององค์กรนั้น ๆ ซึ่งกรอบการ



วิเคราะห์ SWOT มีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่นิยมใช้กันคือ การวิเคราะห์ปัจจัยหรือสถานการณ์ภายนอกองค์กร และการวิเคราะห์ปัจจัยหรือสถานการณ์ภายในองค์กร ดังนี้

2.6.1 การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกองค์กร (External Environment Analysis)

เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกองค์กร แต่เข้ามา มีบทบาทหรือผลกระทบต่อองค์กร จนเป็นผลให้การดำเนินงานขององค์กรจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมดังกล่าว สภาพแวดล้อมขององค์กรในที่นี้อาจหมายถึงสภาพแวดล้อม ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และกลุ่มอิทธิพลต่างๆ เช่น คู่แข่ง ซึ่งนับวันจะเข้ามามีบทบาทต่อ การดำเนินงานขององค์กรหรือหน่วยงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีสภาพแวดล้อมภายนอกประเภทอื่นที่ มักจะเข้ามามีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กร เช่น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีโดยเฉพาะ อย่างยิ่งเทคโนโลยีสารสนเทศ ความก้าวหน้าของวิทยาการที่หน่วยงานหรือองค์กรได้นำมาใช้ หรือ การเปลี่ยนแปลงกฎ ระเบียบ หรือกฎหมายสำหรับปฏิบัติ เป็นต้น ทั้งนี้ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ภายนอกองค์กรตามปัจจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าประเด็นหลักที่ควรนำมาพิจารณาหรือวิเคราะห์ ประกอบด้วย

- 1) นโยบาย (Political) ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทางการเมือง นโยบายของ รัฐบาล กฎ ระเบียบ เช่นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ
- 2) สภาพทางเศรษฐกิจ (Economic) เช่น รายได้ของประชาชน การจ้างงาน อัตราดอกเบี้ย อัตราแลกเปลี่ยนเงินตรา การกีดกัน/กีดกันทางการค้า ฯลฯ
- 3) สังคมและวัฒนธรรม (Social-demographic) ประกอบด้วย ความต้องการของ ผู้รับบริการ โครงสร้างประชากร การศึกษา อนามัย อาชีพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ค่านิยม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี โลกทัศน์ กระแสวัฒนธรรมต่างประเทศ ฯลฯ
- 4) เทคโนโลยี (Technological) ประกอบด้วยนวัตกรรม ความมีอยู่ของเทคโนโลยี ระบบการสื่อสาร และระบบข้อมูลข่าวสาร/สารสนเทศที่ทันสมัย ฯลฯ

2.6.2 การวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กร (Internal Environment Analysis)

เป็นการประเมินศักยภาพการดำเนินงานขององค์กรที่ผ่านมาในอดีต (Post Experiences) และในปัจจุบันว่าประสบผลสัมฤทธิ์มีปัญหาอุปสรรคหรือมีข้อมูลในการสำรวจหาโอกาส (Opportunity) ตรวจสอบภาวะคุกคามหรือข้อจำกัด (Threats หรือ Constraint) หรือตรวจสอบ สภาพการเสี่ยง (Risks) รวมทั้งการตรวจสอบทางด้านศักยภาพขององค์กรทางด้านปัจจัยหรือทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหารจัดการ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยหรือสถานการณ์ภายใน องค์กรตามนัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าประเด็นหลักที่ควรนำมาพิจารณาหรือวิเคราะห์ประกอบด้วย

- 1) คน (Man) ประกอบด้วย อัตรากำลัง (ทั้งปริมาณและคุณภาพ) ระบบการบริหาร บุคคล ฯลฯ
- 2) เงิน (Money) ประกอบด้วย งบประมาณ ประสิทธิภาพด้านการเงิน การระดม ทุน ฯลฯ
- 3) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) ประกอบด้วย วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคารสถานที่



4) วิธีการบริหารจัดการ (Management) ประกอบด้วย กระบวนการ/ระบบ ภาวะผู้นำ วัฒนธรรม องค์กร ฐานข้อมูลและสารสนเทศ ระบบการวางแผนและประเมินผล การสื่อสาร ภายใน การสร้างเครือข่าย ฯลฯ

สรุปความสำคัญของการประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร จะเป็นการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมขององค์กร เช่น ทรัพยากรทางการเงิน เครื่องจักร อาคาร สถานที่ บุคลากร และการดำเนินการต่าง ๆ ภายในองค์กร ทุกๆ ด้าน เพื่อที่จะระบุจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร ช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า สร้างความได้เปรียบในการดำเนินกิจกรรม /โครงการ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับลูกค้าหรือผู้รับบริการ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับการพิจารณาปัจจัยและทรัพยากรต่างๆ ขององค์กร ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและผู้ปกครอง

2.7.1.1 ด้านการทำความสะอาดช่องปาก

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในเขตและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ของ อนันตยา พลสักขวา (2549) และการศึกษาของ จันทรเพ็ญ เกสรราชและคณะ (2554) ที่ศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สภาวะอนามัยช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของกองทันตสาธารณสุข (2547) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในเด็กไทยอายุ 6-30 เดือน พบว่าอนามัยช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนั้น Campus และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาในเด็ก 2.5 ปี ถึง 6.5 ปี พบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลทันตสุขภาพไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลทันตสุขภาพดี 0.4 เท่า และจากการศึกษาของ สุณิสา วัฒนเกษตร และสุณี ผลดีเยี่ยม (2535) พบว่าเด็กที่ผู้ปกครองได้ทำความสะอาดช่องปากและฟันให้จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการทำความสะอาดปากและฟัน

2.7.1.2 ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ของจันทรเพ็ญ เกสรราชและคณะ (2554) พบว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitiphat (1991) ศึกษาในเด็กอายุ 3 ปี ในจังหวัดขอนแก่นพบว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุและการศึกษาของ ปรีชา อรรถวานิช และคณะ (2551) ในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาในเด็ก 3 ปี พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนั้น นิमित เตชะวัชรกุล (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครอง ในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก คือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารความรู้ และการได้รับแจกแปรงสีฟัน ในด้านเจตคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพใน



ช่องปากเด็ก การศึกษาของ สุนิสา วัฒนเกษตร และสุนี ผลดีเยี่ยม (2535) ในเด็กอายุ 0-3 ปี พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง จากการศึกษาของ ปิยะนารถ จาติเกตุ (2549) พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้หญิงที่เป็นมารดาของลูกไม่มีเวลาให้นมลูกเป็นสาเหตุสำคัญในการหยุดให้นมลูก จำเป็นต้องให้นมสูตรต่อเนื่องแทนนมแม่ ซึ่งมีสารอาหารใกล้เคียงนมแม่ แต่ก็มีบางคนที่ไม่เติมน้ำตาลลงในนมสูตรต่อเนื่อง จากการศึกษาของ บุษพา ไตรโรจน์ (2546) พบว่าการเติมน้ำตาลชนิดต่างๆ ลงในน้ำนมสูตรต่อเนื่องจะทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทย อายุ 6-30 เดือน ของ สุนี วงศ์คงคาเทพ, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมัน, อังศนา ฤทธิ์อยู่ (2548) พบว่าการบริโภคนมหรือเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล และการดื่มนมหลังกาอาหาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็ก และจากการสำรวจของ กองทันตสาธารณสุข (2551) พบว่า เด็กชนบทจะดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวมากกว่านมจืด และพบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดฟันผุในเด็ก คือการปล่อยให้เด็กหลังกาอาหาร จากการศึกษาของ ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร (2550) พบว่าการที่ผู้ปกครองให้เด็กดื่มนมก่อนนอนและหลังกาอาหารนั้นก็เพื่อไม่ให้เด็กตื่นง่าย การให้เด็กดื่มนมจากขวดเพราะเห็นว่าทำให้เด็กกินนมได้มากกว่าดื่มจากแก้ว และการศึกษาของ พายัพ วัชชิงเงิน และชนนารถ ทับศรีนวล (2551) พบว่านักเรียนที่บริโภคลูกอม/เยลลี่ ขนมกรุบกรอบ/บิสกิต/ขนมปังกรอบ/ขนมที่ทำจากแป้งนุ่มมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด มากกว่านักเรียนที่บริโภคไอศกรีม จากการศึกษาของ เณลิวิทย์ หาซิ่น (2553) พบว่า เด็กที่กินขนมก่อนเข้านอนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็ก (dmft) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) การศึกษาของ วรพรรณ หนึ่งด่านจาก (2544) ในอำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา อรรถวานิชและคณะ (2551) ในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาในเด็ก 3 ปี พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

2.7.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุที่เกี่ยวข้องกับครูผู้ดูแลเด็ก

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของครูผู้ดูแลเด็ก จากการศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539) พบว่าครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ว่าการรับประทานของหวานจะทำให้เกิดฟันผุ และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันจะทำให้สามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้เด็กนอนหลังกาอาหารในปากจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุได้ และยังพบว่าครูผู้ดูแลมีความเห็นว่าโรคฟันผุเกิดจากการขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพช่องปาก รวมทั้งคิดว่าการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนดจะมีผลต่อการขึ้นของฟันแท้ และยังคิดว่าการแปรงฟันเพียงอย่างเดียวทุกๆ ที่ขณะที่เด็กแปรงฟันครูผู้ดูแลเด็กมีการจับมือเด็กแปรงฟันในเด็กที่แปรงฟันไม่ได้ ก็ยังไม่สามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาผลของโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ของ ฉลองชัย สกลสันต์, พิทยา บัฒปีน และคณะ (2552) พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งมีการสอนแปรงฟันให้เด็ก และมีการจัดกิจกรรมแปรงฟันทุกวัน แต่การจัดเก็บอุปกรณ์บางแห่งไม่ถูกต้อง การจัดอาหารว่างเป็นผลไม้อย่างน้อย 3 วันยังไม่ครบทุกศูนย์ เด็กนำขนมมาในศูนย์ฯ จากการศึกษาของ ลลนา ถาคำฟู (2542) พบว่าการสอนและควบคุมให้เด็กมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มีกิจกรรมดังกล่าวอย่างเป็นระบบตั้งแต่ เดินเข้าแถวล้างมือ เช็ดมือ แล้วเดินไปรับประทานอาหาร จากนั้นครูผู้ดูแลเด็กจะเตรียมอุปกรณ์การแปรงฟันให้เด็ก และเด็กจะแปรงฟันหลัง



อาหารกลางวันโดยแบ่งกลุ่มละ ไม่เกิน 5 คน เพื่อหลีกเลี่ยงการสับสนวุ่นวาย และสามารถดูได้ทั่วถึง เด็กโตจะสามารถแบ่งปันเองได้ ส่วนเด็กเล็กครูผู้ดูแลเด็กจะจับมือแบ่งปันให้ จนกว่าจะแบ่งปันได้เอง หลังจากนั้นจะตรวจความสะอาดซึ่งตรวจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเรื่องของการจัดอาหารให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งแม่ครัวจะจัดขนมแห้ง ได้แก่ คุกกี้ ให้เด็กรับประทานเป็นอาหารว่าง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษา ของ พาย์บะซังเงิน และ ชมนารถ ทับศรีนวล (2551)

2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จอนสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด (2551) ศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กในชุมชน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เป็นเครื่องมือให้เกิดกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากผ่านกระบวนการประชุม 3 ครั้ง ชุมชนเกิดความตระหนักต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การเสริมสร้างทันตสุขภาพชุมชน ก่อให้เกิดกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทันตสุขภาพทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องคือ การมีแกนนำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมใจของชุมชน

พิทยา ภาโนมัย (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ตำบลโพธิ์ศรีสำราญ อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก 3 แห่ง เป็นการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ 2) หาแนวทางแก้ปัญหา 3) ศึกษาดูงานศูนย์ที่ประสบผลสำเร็จ 4) วางแผนแก้ไขปัญหา 5) การปฏิบัติตามแผน และ 6) การติดตามและประเมินผล ภายหลังการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงและพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสามแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ของกรมอนามัย จำนวน 27 ข้อ ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ข้อ คือ อัตราส่วนการดูแลเด็กเหมาะสมระหว่างจำนวนครูผู้ดูแลเด็กและจำนวนเด็ก

พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา (2550) ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาใน 9 หมู่บ้านของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ แกนนำชุมชน 52 คน ผู้ปกครองเด็ก 233 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 คน มีการศึกษา 4 ขั้นตอน และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1) เด็กส่วนใหญ่ในชุมชนมีฟันผุ จากการรับประทานลูกอม ขนมหวาน และไม่ได้ทำความสะอาดฟันสม่ำเสมอ และยังพบว่าผู้ปกครองขาดความรู้และการตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ชุมชนร่วมกันกำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ได้แก่การอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง อสม. และแกนนำชุมชน การประชาสัมพันธ์ความรู้ทางหอกระจายข่าวและให้คำปรึกษา 3) ผู้ปกครองควบคุมการแบ่งปันและการรับประทานขนมของเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ติดตามตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 4) ชุมชนเกิดความตระหนักและร่วมกันดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ครอบครัว อสม. และแกนนำชุมชนมีความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของเด็กในการแบ่งปัน และลดพฤติกรรมเสี่ยง



สุมาลี ไชยแสนหา (2546) ทำการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนางานทันตสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น บุคคลที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ การวิจัย ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก กลุ่มแกนนำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยนำเอาการประชุมระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1) ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมระดมความคิดเพื่อหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งทำให้ทราบปัญหาสุขภาพสำคัญที่เกิดขึ้นกับลูกหลานของตนเอง 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนจัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อนำไปปฏิบัติการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ และปัญหาทันตสุขภาพ 3) ผู้ปกครองเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันปฏิบัติในโครงการและกิจกรรมการแก้ไขปัญหา กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ดังนี้ 1) ผู้ปกครองมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาและเกิดความตระหนักในความสำคัญจนเข้าร่วมปฏิบัติการแก้ไขปัญหาสุขภาพของลูกหลานตนเอง อันนำไปสู่การพัฒนาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบ และชุมชนมีเป้าประสงค์ร่วมกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของชาวบ้านจากที่ไม่เคยมีบทบาทมาสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในระดับการตัดสินใจคิดโครงการและร่วมปฏิบัติการแก้ไข ปัญหา 2) เจ้าหน้าที่มีโอกาสได้เรียนรู้ความต้องการของชุมชน ซึ่งนำไปสู่การร่วมกันวางแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน 3) ผู้ปกครองมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการควบคุมดูแล การแปรงฟันของลูกหลานทำให้เด็กแปรงฟันได้สะอาดขึ้น พร้อมทั้งได้ให้ความใส่ใจต่อปัญหาทันตสุขภาพของลูกหลานเพิ่มขึ้น 4) สุขภาพช่องปากเด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้องมากขึ้น 5) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเกิดทัศนคติที่ดีและเห็นประโยชน์จากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการทำงาน

อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และระวีวรรณ ปัญญางาม (2551) ได้ทำการศึกษาการใช้กระบวนการ ทศน์ใหม่ในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมี ส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นระดับตำบล (อบต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการส่งเสริมพฤติกรรม ด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ทำการศึกษาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันทราย อำเภอพวน จังหวัด เชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนตกลงใจที่จะร่วมกันแก้ปัญหาเด็กเล็กเกี่ยวกับพัฒนาการทาง อารมณ์ พฤติกรรมการดูนมขวด พฤติกรรมการแปรงฟัน น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน และพฤติกรรมการ กินขนมของ โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นนโยบาย 5 ข้อ ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันรับผิดชอบดำเนิน การ มีการประเมินผลระยะสั้น หลังดำเนินการ 6 เดือน พบว่า เด็กสามารถเลิกกินขนมของที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เด็กมีนมจากกล่องแทน การดูนมขวด รับประทานข้าว ผักและผลไม้มากขึ้น ผู้ปกครองมีความตื่นตัวและสนใจ เรื่องการแปรง ฟันและการกินขนมของลูก และประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหลังดำเนินการ 1 ปี พบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยประเด็นการแก้ปัญหา พฤติกรรมการดูนมขวดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงมากที่สุด

นิติโชติ นิลกำแพง และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของงานส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้มีประสบการณ์การ ทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ สำนักงานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด ครูผู้ดูแลเด็ก รวม 32 คนโดยใช้กระบวนการ

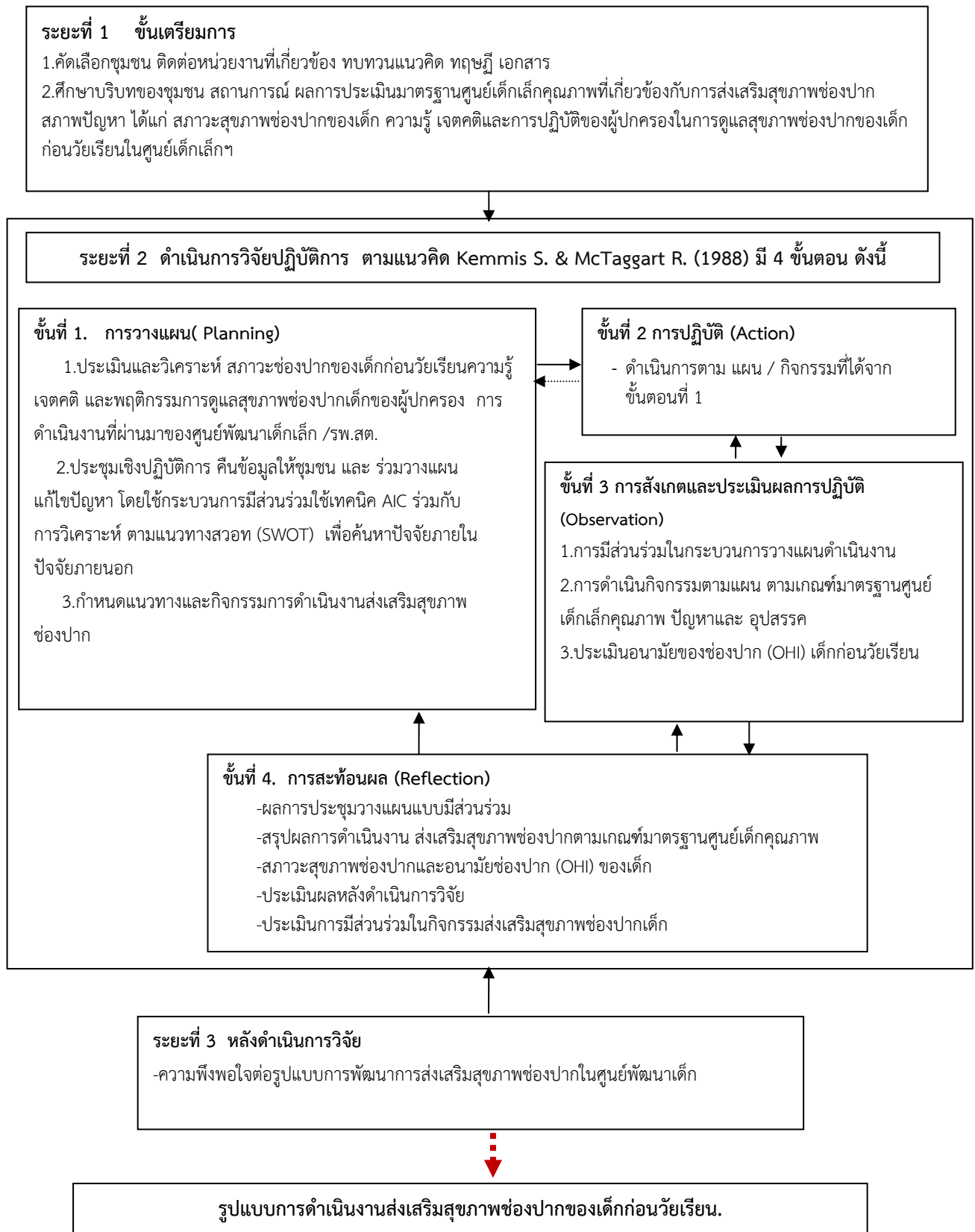


จัดการความรู้ ด้วยวิธีการเล่าเรื่อง (Storytelling) ความภูมิใจที่ทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า เรื่องเล่าความสำเร็จจำนวน 32 เรื่อง ประกอบด้วยปัจจัยความสำเร็จ 3 กลุ่ม คือ 1) คุณลักษณะและความสามารถของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ความสามารถในการในการสร้างความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน 2) การมีนโยบายและการสนับสนุนที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญในงาน มีแนวทางการทำงานและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน มีสื่อสนับสนุนมีการประกวดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยอยู่ 3) ปัจจัยที่เอื้อต่อการทำงาน คือ มีแผนการดำเนินงาน การให้บริการเชิงรุกและการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยที่ความสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผลมาจาก ความสามารถในการสร้างความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน ด้วยวิธีการชี้แจงให้เห็นประโยชน์จากการกระทำ การสร้างความเข้าใจ และการให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลพร ภูอาบอ่อน (2552) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภายหลังการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของปัญหามีความต้องการแก้ไขปัญหาและเห็นว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะเกิดประโยชน์ต่อคนในชุมชนเอง ด้านผู้ปกครองมีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้น ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จากปริทัศน์เอกสารข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กนั้น นอกจากผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กแล้ว การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ยังมีหน่วยงานและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดหลักการดังกล่าวมาดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้บริบทของพื้นที่มาทำการศึกษาพัฒนา เพื่อให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสารรายงานรวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ในบทนี้จะได้อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ตามหัวข้อ ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล
8. จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพระสงฆ์ ในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญา พร้อมทั้งร่วมกันค้นหารูปแบบ หรือแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ร่วมกับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกด้วยวิธี SWOT Analysis

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงและผู้ปกครองของเด็ก

3.2.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ปีการศึกษา 2556 ทั้งหมด จำนวน 90 คน และผู้ปกครองของเด็กทั้งหมด จำนวน 90 คน โดยมีรายละเอียดในการศึกษาข้อมูล ดังนี้



1) เด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน ปีการศึกษา 2556 ทั้งหมด จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบภาวะช่องปาก

2) ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน ทั้งหมด จำนวน 90 คน เก็บข้อมูล ความรู้ด้านทันตสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม

3.2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลการมีส่วนร่วม รวมทั้งความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลการมีส่วนร่วม และข้อมูลความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์ฯ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

1) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 คน (เป็นผู้ที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมกระบวนการวิจัย อย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก)

- | | |
|--|-------------|
| 2) ครูผู้ดูแลเด็ก | จำนวน 5 คน |
| 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ | จำนวน 3 คน |
| 4) อาสาสมัครสาธารณสุข | จำนวน 3 คน |
| 5) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลฉนวน | จำนวน 1 คน |
| 6) กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน | จำนวน 2 คน |
| 7) พระสงฆ์วัดบ้านฉนวน | จำนวน 1 รูป |

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการวิจัยดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการวิจัย โดยจำแนกเครื่องมือตามประเภทของข้อมูลดังนี้

3.3.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (2556) ตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดหาอาหารหลักสุขาภิบาล จำนวน 12 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก จำนวน 2 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 ด้านบุคลากร จำนวน 1 ข้อ องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ และองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ ทั้งนี้มีการให้คะแนนตามเกณฑ์การประเมินแต่ละข้อ ดังนี้ คะแนน 1 เท่ากับ ผ่าน



และคะแนน 0 ควรปรับปรุง (ไม่ผ่านการประเมิน) ในการผ่านเกณฑ์ทั้งหมดในภาพรวม ต้องผ่าน 80 คะแนนขึ้นไป ทุกองค์ประกอบ ยกเว้นด้านผลลัพธ์ต้องผ่านทั้งหมด

2) สภาวะโรคฟันผุ โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและใช้เกณฑ์การตรวจตามเกณฑ์ของ WHO (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556)

3) สภาวะอนามัยช่องปาก โดยใช้แบบบันทึกสภาวะอนามัยช่องปากตามดัชนีอนามัยช่องปากอย่างง่าย The Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) ของ Green and Vermillion (1964) โดยในการศึกษาครั้งนี้วัดเฉพาะแผ่นคราบอาหารสะสมบนตัวฟัน (Debris Index)

4) แบบสอบถาม เพื่อใช้ประเมิน ความรู้ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และการปฏิบัติของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วย 5 ส่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ใช้ทดสอบก่อนการพัฒนา ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองและเด็ก

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ

ช่องปากเด็ก

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ลักษณะแบบสอบถามแต่ละตอน ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของเด็กได้แก่ อายุ สภาวะอนามัยช่องปาก

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ ใช้แบบทดสอบความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน จากนั้น นำผลรวมคะแนน มาจัดระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1988) โดยประยุกต์จากแนวคิดการแบ่งระดับคะแนนแบบ Criteria Reference โดยปรับการแปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับความรู้สูง คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตอบถูก จำนวน 12- 15 ข้อ) ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง ร้อยละ 60 – 79 (ตอบถูก จำนวน 9 - 11 ข้อ) ระดับความรู้ต่ำคะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60 (ตอบถูก จำนวน 0 – 8 ข้อ)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ใช้แบบวัดเจตคติ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert - Type Scale) ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก โดยมีการให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ในขณะเดียวกันสำหรับข้อความเชิงลบมีการให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม



การแปลความหมาย ระดับเจตคติ โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) สรุปผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ เจตคติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วย คำถาม ที่เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ มีการให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ในขณะเดียวกันสำหรับ ข้อความเชิงลบมีการให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้งหมายถึง ปฏิบัติ 6 - 7 วัน ต่อสัปดาห์ บางครั้งหมายถึง ปฏิบัติ 1- 5 วันต่อสัปดาห์ ไม่ได้ปฏิบัติเลยหมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยหรือไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น

การแปลความหมาย ระดับการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ ระดับการปฏิบัติต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.67 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก บุคลากรด้านสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์วัดบ้านเฉนียง หลังดำเนินการพัฒนามีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ให้เลือกตอบ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลความหมาย โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best, 1977:174; Daniel, 1995: 19) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00

6) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนียง ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก บุคลากรด้านสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์วัดบ้านเฉนียง หลังดำเนินการพัฒนามีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ให้เลือกตอบ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นมากที่สุด (5 คะแนน) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้น



เป็นส่วนใหญ่ (4 คะแนน) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นเป็นบางส่วน (3 คะแนน) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นน้อย (2 คะแนน) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลความหมาย โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best,1977: 174; Daniel, 1995: 19) สรุปผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00

3.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guideline)

โดยมีการสนทนากลุ่มของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่รพ.สต.เจนีง เจ้าหน้าที่อบต.เจนีง พระสงฆ์ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีงและคณะผู้วิจัย ในประเด็นสถานการณ์และสภาพปัญหา สาเหตุของสุขภาพช่องปาก การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการดำเนินงาน การได้รับการสนับสนุน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In- Depth Interview Guideline)

(1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเจนีง ในประเด็น การบริหารจัดการ การสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

(2) บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง ในประเด็น บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ การจัดระบบบริการทันตสุขภาพใน รพ.สต.เจนีง ความพร้อม ปัญหา อุปสรรค และการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก

(3) หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ในประเด็น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา

(4) กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ในประเด็น นโยบาย/แผนงาน แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

(5) พระสงฆ์ ในประเด็นของการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

3) แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

แบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciate –Influence Control) โดยผู้สังเกตเข้าร่วมโดยสมบูรณ์ (Complete Participant) ผู้สังเกตจะเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิก โดยจะไม่ยอมเปิดเผยตนเองว่าเป็นผู้เข้าไปสังเกตหรือเป็นนักวิจัย โดยกำหนดกรอบเนื้อหาในการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าประชุมทุกคน ตามประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ การเสนอแนวคิดในขณะประชุม การร่วมอภิปรายในขณะประชุม การเป็นที่ปรึกษากลุ่มในขณะประชุม สามารถช่วยวิเคราะห์ปัญหาสามารถช่วยสรุปประเด็นสำคัญ เสนอตัวรับผิดชอบ ชี้นำเพื่อนร่วมกลุ่ม อื่นๆ ที่พบระหว่างดำเนินการ



4) แบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ

แบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ

โดยผู้สังเกตเข้าร่วมในฐานะผู้เข้าร่วม (Observer-as-Participant) ผู้วิจัยที่เข้าไปสังเกตการณ์และเก็บข้อมูลระยะเวลาสั้นๆ ในฐานะที่เป็นคนนอกเข้าไปเก็บข้อมูลโดยไม่มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนมากนัก จำเป็นจะต้องแนะนำตนเองอย่างเปิดเผย เพื่อให้คนในชุมชนหรือผู้ให้ข้อมูลทราบว่าเป็นใคร นำข้อมูลไปทำอะไร ตามประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ การให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรมที่กลุ่มจัดขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามรูปแบบกิจกรรมที่ถูกกำหนดขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมด้วยเต็มใจ

3.3.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

ประกอบด้วย อุปกรณ์ที่ใช้ในการสาธิตการแปรงฟัน ได้แก่ แบบจำลองฟันและแปรงสีฟัน กล้องบันทึกภาพ กล้องบันทึกวิดีโอบันทึกภาพและเสียง กระดาษ ปากกาจดบันทึก ปากกาเคมี เครื่องเสียงในการจัดทำกิจกรรม คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ สื่อในการให้ความรู้ ได้แก่ หนังสือ วีซีดี ดีวีดี ป้ายโปสเตอร์ และสื่อบุคคล

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาและลงความเห็นว่าคุณภาพเครื่องมือมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยการวัดในรูปดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrently: IOC) ได้ค่าดัชนีรายข้อตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าข้อคำถามนั้น มีความตรงเชิงเนื้อหา

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกะหม จ.อำนาจเจริญ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรของการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำมาตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

แบบทดสอบความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยใช้ วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson KR 20) ได้ค่า 0.8

แบบวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

3.4.3 การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น กำหนดผู้ตรวจ สภาวะช่องปาก จำนวน 2 คน ทำการปรับมาตรฐานการตรวจโดยหาค่าความพ้อง (Kappa) ระหว่างผู้ตรวจ (Inter-Examiner Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.83 และค่าความพ้อง (Kappa) ภายในผู้ตรวจ (Intra-Examiner Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.87 และ 0.86 ตามลำดับ



3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ได้แบ่งการศึกษออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-Research) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) และระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research) ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

3.5.1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research)

1) การคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะดำเนินการวิจัย หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ทอ.2 ปี 2554 - 2556 ของอำเภอเมืองสุรินทร์ ข้อมูลจากการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายของกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และข้อมูลจากการตรวจสถานะสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลเฉนียง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ปี 2555 - 2556

2) ประสานงานกับพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลเฉนียง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนียง และองค์การบริหารส่วนตำบลเฉนียง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งศึกษาข้อมูลเบื้องต้น

3) แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานให้แก่ครูผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนียง และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนียง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

4) สร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนวัยเรียนและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนียงเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปทำความรู้จัก พบปะ พูดคุยและทำกิจกรรมอย่างไม่เป็นทางการ

5) แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินงาน และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ กับคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลเฉนียง และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งขอให้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6) เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในช่องปากและข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน

3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ประชุมกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเฉนียง ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากรพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครองเด็ก และ พระสงฆ์วัดบ้านเฉนียง เพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ต่างๆ ที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือดำเนินการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์โรคฟันผุและสถานะอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เกณฑ์การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ (เกณฑ์ใหม่ใช้ประเมินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557) กระบวนการบริหารจัดการ และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อมูลให้ชุมชน และร่วมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการ A-I-C และการวิเคราะห์ปัจจัยภายในปัจจัยภายนอกตามแนวทาง SWOT เพื่อกำหนดเป้าหมาย และร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน



3) กำหนดแนวทางการพัฒนา /โครงการและกิจกรรมการดำเนินงาน กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ และการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระหว่าง ครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปกครองเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และพระสงฆ์ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกด้านรวมทั้งแนวทางการพัฒนา โดยการจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

1) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคฟันผุ ตามแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ร่วมประชุมทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน
ในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

การสังเกตผลการปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ดังนี้

1) ประเมินผลกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็น การร่วมอภิปรายในขณะประชุม การช่วยวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็นสำคัญ การเสนอตัวรับผิดชอบ ของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่

2) ประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นการประเมินการดำเนินงานตามแผนพัฒนาทั้งระบบ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

3) ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยการตรวจสภาวะช่องปาก และตรวจวัดปริมาณแผ่นคราบอาหารสะสมบนตัวฟันหลังการดำเนินงาน เป็นระยะเวลา 5 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ตั้งแต่ ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 3 มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงานตั้งแต่การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/กิจกรรมในขั้นที่ 2 สะท้อนผลสภาวะสุขภาพช่องปากและอนามัยช่องปากของเด็ก การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเทียบกับเกณฑ์ประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก และหาวิธีการในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานและการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทิศทางที่เหมาะสม

3.5.3 ระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research)

เมื่อดำเนินการทุกขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมประเมินผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาเป็นการประเมินโดยภาพรวมว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กมีการพัฒนาจากเดิมอย่างไร ผลการพัฒนาเป็นอย่างไร ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.6.1 การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1) นำหนังสือ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเจียง เพื่อประสานหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัย และขออนุญาตผู้ปกครองในการตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมทั้งขอความร่วมมือผู้ปกครองเด็กในการตอบแบบสอบถาม

2) เตรียมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ได้แก่ ทีมทันตบุคลากร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิควิธีการเก็บข้อมูล ลำดับขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการจดบันทึก และการทำความเข้าใจเครื่องมือ และข้อคำถามต่างๆ

3) สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ กับทีมผู้วิจัยทำให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ด้วยความเต็มใจ และสมัครใจ

3.6.2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ประเมินการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก

2) ตรวจสอบภาวะโรคฟันผุของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจียง โดยใช้กระจกแบบเรียบ (Mouth Mirror) ตรวจในเวลากลางวัน ใช้แสงสะท้อนของธรรมชาติ เป็นการตรวจหารอยผุ โดยใช้ Probe ของ WHO และใช้เกณฑ์การตรวจของ WHO

3) ตรวจอนามัยช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจียงโดยใช้กระจกแบบเรียบ (Mouth Mirror) ตรวจในเวลากลางวัน ใช้แสงสะท้อนของธรรมชาติ เป็นการตรวจวัดแผ่นคราบอาหารสะสมบนตัวฟัน (Debris) โดยใช้ Probe ของ WHO ลากไปบนตัวฟันเพื่อตรวจความหนาของ Soft Debris และคราบสี (Stain) ที่อยู่บนตัวฟัน

ในการตรวจสอบภาวะโรคฟันผุและอนามัยช่องปากทำการตรวจโดยทันตแพทย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 2 คนเป็นผู้จดบันทึกข้อมูลการตรวจ เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการเพื่อนำมาวิเคราะห์ให้ทราบสถานการณ์ในปัจจุบัน บริบทและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนดำเนินการพัฒนา และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา

4) การเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองและข้อมูลเด็ก ข้อมูลด้านความรู้ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 90 คน จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยก่อนและหลังการดำเนินงาน



5) การเก็บข้อมูลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและผู้ปกครองเด็กเล็ก โดยใช้แบบสอบถามประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยหลังการพัฒนา

3.6.2.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ปกครองเด็ก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งใช้วิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

1) การสังเกต (Observation) ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการวิจัยได้แก่ การประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) และการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินตามแผนงานโครงการต่างๆ

2) การสัมภาษณ์ (Interviews) ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลมีอุปกรณ์สำหรับช่วยในการบันทึกภาพและเสียง เพื่อช่วยให้การเก็บข้อมูลในทุกขั้นตอนมีความน่าเชื่อถือ และถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในขั้นตอนการค้นหาปัญหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในการประชุมวางแผนการพัฒนา

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภท

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลการประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองและเด็ก ข้อมูลด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะอนามัยช่องปากของเด็ก และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้ สถิติ Pair sample t-test ก่อนและหลังการพัฒนา

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต ทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation โดยการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกันมากกว่า 1 แหล่ง เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลถูกต้อง เป็นจริง ได้แก่ แหล่ง สถานที่ เวลา และบุคคล และตรวจสอบแบบสามเส้าด้วยวิธีการรวบรวมหลายๆ วิธีที่ต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด หลังการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และแปลความหมายของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา



3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการศึกษาที่ต้องเข้าไปใกล้ชิดกับประชาชนและกลุ่มเด็กเล็ก จึงจะดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม อย่างเคร่งครัด โดยพิจารณาด้าน การเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อน การเก็บข้อมูล หรือการสัมภาษณ์ หากต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเสียง หรือจดบันทึก การสังเกต จะขออนุญาตก่อนทุกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปราย

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.3 ผลการวิจัย

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการแทนค่าต่างๆ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

- | | | |
|-----------|-----|--|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| n_1 | แทน | กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองเด็ก |
| n_2 | แทน | กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก |
| n_3 | แทน | กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ร่วมพัฒนา |
| $\bar{x}$ | แทน | ค่าเฉลี่ย |
| S.D. | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) |
| $\bar{d}$ | แทน | ผลต่างของค่าเฉลี่ย |
| t | แทน | สถิติทดสอบที่ใช้ในการแจกแจงแบบที (t- distribution) |
| Min | แทน | ค่าต่ำสุด |
| Max | แทน | ค่าสูงสุด |

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอผลการศึกษาทั้งในระยะก่อนดำเนินงาน ระยะระหว่างดำเนินงาน และระยะหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ
 - 1.1 บริบทพื้นที่ในการวิจัย
 - 1.2 สภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากก่อนการพัฒนา
 - 1) การบริหารจัดการ การดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน



2) ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

3) ผลการศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สถานการณ์ปัญหา สาเหตุของ ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ก่อนการพัฒนา

2. ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ

2.1 การวางแผน

2.2 การปฏิบัติตามแผน

2.3 การสังเกตและประเมินผลการดำเนินงาน

2.4 สะท้อนผลการปฏิบัติ

3. ระยะที่ 3 หลังดำเนินการวิจัย

3.1 ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็ก

4.3 ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ

1.1 บริบทพื้นที่ในการวิจัย

ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในเขตการปกครองของ อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ห่างจากตัวอำเภอเมืองไปทางทิศใต้ ระยะทางประมาณ 10 กิโลเมตร สภาพทั่วไปเป็นที่ราบ มีอาณาเขต ทิศเหนือติดกับตำบลนอกเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ ทิศใต้ติดกับ ตำบลทอม อำเภอปราสาท ทิศตะวันออก ติดกับตำบลเทนมี อำเภอเมืองสุรินทร์ ทิศตะวันตกติดกับ ตำบลนาบัว อำเภอเมืองสุรินทร์ แบ่งการปกครองออกเป็น 20 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านมีระยะทางไม่ห่าง กันมากนัก มีถนนลาดยาง เชื่อมระหว่างหมู่บ้าน และถนนคอนกรีตภายในหมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 13,859 คน 3,080 ครัวเรือน 2,930 หลังคาเรือน มีวัด 10 แห่ง สำนักสงฆ์ 3 แห่ง โรงเรียน ประถมศึกษา 6 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง และ องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ของตำบลเนินยงใช้ภาษาเขมรเป็นภาษาพื้น บ้านและนับถือศาสนาพุทธ พระสงฆ์ที่เป็นศูนย์รวมจิตใจและศรัทธาของชุมชนแห่งนี้ คือหลวงปู่เย็น จิตวิริโย ซึ่งเป็นลูกศิษย์หลวงปู่ดุลย์ (พระอริยสงฆ์) ประจำอยู่ที่วัดโคกหม่อน (วัดบ้านเนินยง) มีการสืบ สานวัฒนธรรม และประเพณีอันดีงามไว้อย่างเหนียวแน่น เช่นประเพณีขึ้นบ้านใหม่ ประเพณีบวชนาค ประเพณีไหว้บรรพบุรุษ (แซนโหมงดา) วันสำคัญต่างๆทางศาสนา เช่นวันเข้าพรรษา วันมาฆบูชา งานบุญสงกรานต์ (ทำบุญแคแสด) ถือเป็นงานบุญที่สำคัญในรอบปี ชาวบ้านจะร่วมมือร่วมใจกัน ทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น การทำบุญตักบาตร สรงน้ำพระ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีการร้องรำ ทำเพลงและเล่นสาดน้ำ ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานและความสามัคคีในหมู่บ้าน นอกจากนี้ในทุกงานบุญ จะมีการทำขนมไปประกอบพิธีและการเซ่นไหว้ โดยขนมที่ทำส่วนใหญ่จะมีส่วนผสมของน้ำตาลค่อนข้าง สูง เช่น ขนมโก๋จี่ (คล้ายขนมไข่หงส์) ขนมไข่ (ขนมฝักบัว) เป็นต้น รวมทั้งมีเครื่องดื่มประเภท น้ำหวานและน้ำอัดลมในการประกอบพิธีและการจัดงานสังสรรค์จำนวนมาก



ชุมชนบ้านฉางเป็นส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ แต่ปัจจุบันลักษณะชุมชนฉางและตำบลรอบข้าง เปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง เนื่องจากมีการพัฒนาอุตสาหกรรมมีการขยายตัวมากขึ้น โดยมีโรงงานต่าง ๆ และห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ เกิดขึ้น เช่น โรงงานผสมปูนซีเมนต์ โรงงานผลิตของเล่นเด็ก โรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าส่งออกนอกประเทศ ห้างเซ็นทรัลพลาซ่า ห้างบิ๊กซี ห้างแม็คโคร ห้างเทสโก้โลตัส และห้างสยามโกลบอลเฮาส์ เป็นต้น ทำให้ประชากรวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน ที่เป็นวัยแรงงานเปลี่ยนไปประกอบอาชีพรับจ้างในเมืองและเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้ภาระการเลี้ยงดูบุตรหลานเป็นหน้าที่ของปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติผู้ใหญ่ ส่วนสภาพโดยรวมด้านเศรษฐกิจของคนในหมู่บ้านถือว่าอยู่ระดับปานกลาง การคมนาคม สะดวก พาหนะส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นรถจักรยานยนต์และรถยนต์ การติดต่อสื่อสารในหมู่บ้านใช้หอกระจายข่าว และโทรศัพท์มือถือ

ประวัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉาง

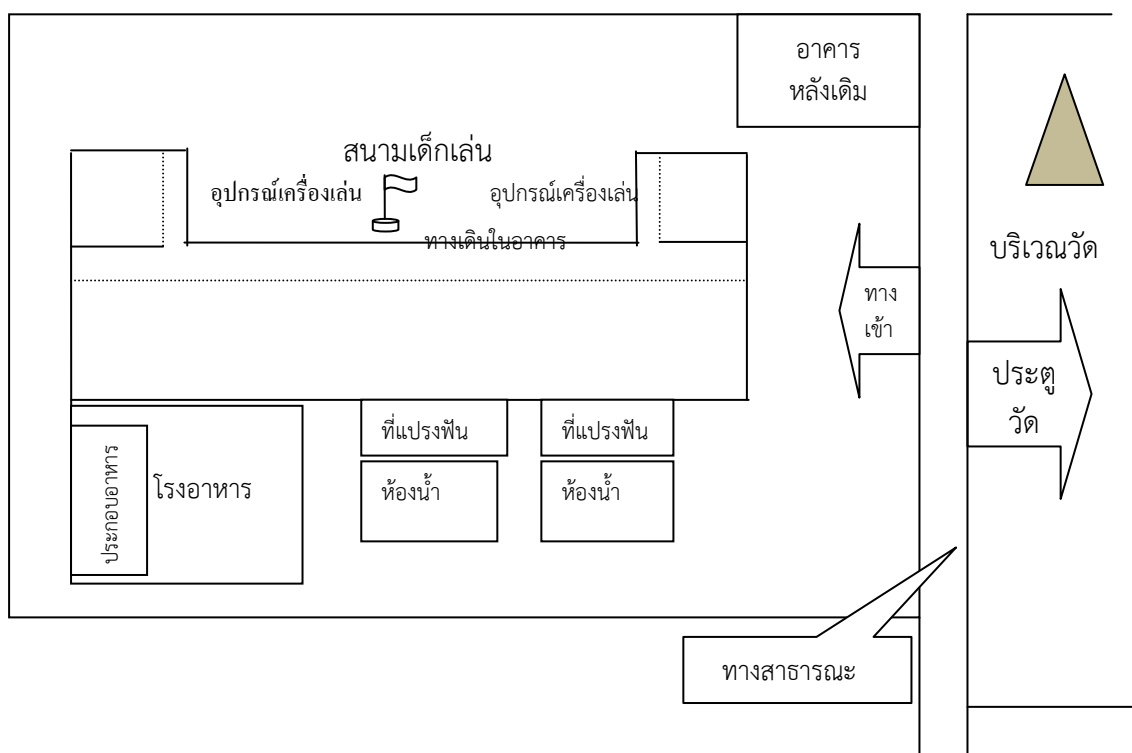
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉาง เดิมชื่อศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดบ้านฉาง ตั้งอยู่เลขที่ 126 หมู่ที่ 1 บ้านฉาง ตำบลฉาง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดสุรินทร์ บนเนื้อที่ประมาณ 4 ไร่ 2 งาน เปิดทำการเรียนการสอนครั้งแรกเมื่อวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2543 โดยความคิดริเริ่มของหลวงปู่เอี่ยม ฐิตะวิริโย เป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ จากการสัมภาษณ์หลวงปู่เอี่ยม ฐิตะวิริโย อายุ 90 ปี เป็นลูกศิษย์หลวงปู่ดุลย์ (พระอริยสงฆ์) และเป็นอดีตเจ้าอาวาสวัดบ้านฉาง ท่านได้กล่าวถึงที่มาของการก่อตั้งศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้ว่า เมื่อวัดได้สร้างเมรุอีกด้านหนึ่งของบริเวณวัดเสร็จแล้ว อาคารศาลาฌาปนสถานเดิมไม่ได้ใช้แล้วครั้งนั้นจะรื้อออกก็น่าเสียดาย น่าจะใช้ทำประโยชน์อย่างอื่นได้ ท่านมีเจตนาว่าบรรดาแม่ที่มีลูกเล็กๆ นั้นต้องอยู่บ้านเลี้ยงลูกไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนาหรือออกไปรับจ้างได้ แม่บางคนต้องหอบลูกเล็กไปทำงานด้วยก็ได้รับความลำบาก ลูกต้องตากแดด ตากฝน บางครั้งเด็กอาจได้รับอันตราย ตกน้ำ ตกคันทนา หากตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กให้มีที่รับเลี้ยงเด็ก แม่เหล่านั้นก็จะได้ไปประกอบอาชีพเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว ลูกก็จะได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพจากผู้ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีพัฒนาการดีสมวัย ดังนั้น ท่านจึงได้จัดตั้งศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดบ้านฉางขึ้น โดยใช้อาคารศาลาฌาปนสถานมาปรับปรุงและต่อเติมเป็นอาคารเรียน ดำเนินการบริหารโดยหลวงปู่เอี่ยม ฐิตะวิริโย และคณะกรรมการศูนย์ โดยวัดเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่าจ้างผู้ดูแลเด็ก จำนวน 2 คน รวมทั้งให้งบอุดหนุนวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ ที่ใช้ในศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ได้ถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลฉาง เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545

ต่อมา คุณวัฒนา ตั้งจิตต์เมฆ และเพื่อนซึ่งมาปฏิบัติธรรมที่วัด เป็นผู้ประสานให้เพื่อนชาวต่างชาติผู้มีจิตศรัทธา บริจาคเงิน จำนวน สี่ล้านบาท ให้สร้างอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งใหม่ มีเจตนายกให้เด็กได้ฝึกภาษาอังกฤษ และเข้าวัดฝึกจิต อาคารหลังใหม่ให้มีห้องเรียน ห้องพยาบาล ห้องบริหาร และห้องคอมพิวเตอร์ ทางวัดจึงได้ซื้อที่ดินเพิ่มซึ่งอยู่ติดกับบริเวณศูนย์ฯ หลังเดิม และสร้างอาคารหลังใหม่ 1 หลัง จำนวน 12 ห้อง ตามเจตนาของผู้บริจาค เมื่อสร้างเสร็จก็ย้ายมาอยู่อาคารเรียนหลังใหม่เมื่อ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2553 ส่วนอาคารเรียนหลังเดิมยังคงใช้เป็นที่ประกอบอาหารกลางวัน และ เก็บอุปกรณ์ของเล่นเด็ก ต่อมา ปี 2556 ได้ย้ายอุปกรณ์ของเล่นเด็กทั้งหมดมาไว้ที่สนามเด็กเล่นหน้าอาคารเรียนหลังใหม่ และ เมื่อสร้างอาคารโรงอาหารหลังใหม่เสร็จแล้วจึง ย้ายมาประกอบอาหาร และใช้โรงอาหารหลังใหม่เมื่อ เดือน มกราคม พ.ศ. 2557



วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ วัดบ้านฉนวนเพื่ให้ผู้ปกครองได้มีเวลาไปประกอบอาชีพ ให้เด็กมีพัฒนาการตามวัยทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านสังคม ด้านสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย ปฐมวัย ศีลธรรม จริยธรรม ประเพณีไทย ส่งเสริมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเตรียมความพร้อมให้เด็กในระดับประถมศึกษาต่อไป

ปัจจุบันศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน มีอาคารเรียนชั้นเดียว 1 หลัง ประกอบด้วย ห้องเรียน 5 ห้อง ห้องประชุม 1 ห้อง ห้องสมุด 1 ห้อง ห้องผู้บริหาร 1 ห้อง มีอาคารห้องน้ำ 2 หลัง แยกห่างกันอยู่บริเวณด้านหลังเชื่อมติดอาคารเรียน แต่ละหลังมีห้องสุขา 7 ห้อง หน้าห้องน้ำจัดทำสถานที่แปรงฟันสำหรับเด็ก ที่แปรงฟันสวยงามขนาดพอเหมาะมีจำนวนก๊อกน้ำเพียงพอสำหรับเด็กในการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและแปรงฟันหลังอาหาร และมีอาคารโรงอาหารหลังใหม่พร้อมห้องประกอบอาหาร เชื่อมติดกับอาคารเรียนอยู่ถัดจากห้องน้ำไปทางทิศตะวันตกขนานกับอาคารเรียน มีสนามเด็กเล่นอยู่บริเวณรอบเสาธงหน้าอาคารเรียน มีเครื่องเล่นกระดานหก กระดานลื่น ชิงช้า ม้าหมุน รถไฟ จำนวนมาก วางไว้ที่สนามกลางแจ้งโดยไม่มีหลังคาบังแดดบังฝน ดังแผนผังอาคาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน ตามภาพประกอบ 4.1



ภาพประกอบ 4.1 แผนผังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉนวน เปิดสอนระดับชั้นเตรียมอนุบาล จัดการเรียนการสอนโดยยึดหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 หลักสูตรสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และหลักสูตรปฐมวัย 3-5 ปี รับเด็กเล็กตั้งแต่อายุ 2 ปี จนถึง อายุ 5 ปี เด็กที่เข้ามาเรียนในศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้ มาจากเกือบทุกหมู่บ้านในเขตตำบลฉนวนไม่ได้จำกัดรับเฉพาะเขตบริการของศูนย์ฯ ครูผู้ดูแลเด็ก



ให้ข้อมูลว่าผู้ปกครองจากหมู่บ้านอื่นๆที่ให้ได้มาเรียนที่นี่ เนื่องจากที่ตั้งของศูนย์เป็นทางผ่านเข้าตัวเมือง ผู้ปกครองที่ต้องไปทำงานในตัวเมืองมีความสะดวกในการรับส่งเด็กรวมทั้งที่นี่มีความพร้อมในด้านอาคาร สถานที่ที่มีรั้วรอบขอบชิด จำนวนครูผู้ดูแล สภาพห้องเรียนและสนามเด็กเล่นกว้างขวาง ปัจจุบันมีนักเรียนทั้งหมด 90 คน เป็นชาย 50 คน เป็นหญิง 40 คน มีครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 5 คน อยู่ภายใต้การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง และวัดบ้านเนินยาง โดยพระอธิการวิชานราธิโป เจ้าอาวาสวัดบ้านเนินยาง เป็นผู้บริหารศูนย์ฯ นางชนม์พิชชา เกื้อทาน เป็นหัวหน้าศูนย์ฯ มีคณะกรรมการศูนย์ฯ จำนวน 15 คน จัดการเรียนการสอนแบบปนเล่น ไม่สอนเป็นรายวิชา มีกิจกรรมต่างๆในศูนย์ฯ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมกลางแจ้ง กิจกรรมเข้าวัดพัฒนาจิต กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ร่าเริง แจ่มใส มีความเจริญเติบโตเหมาะสมกับวัยและมีสุขภาพจิตดี

ในปี 2556 มีเด็กเล็ก จำนวน 90 คนแบ่งเป็น 5 ห้องเรียน โดยมีอัตราส่วนโดยเฉลี่ยครูต่อนักเรียน เท่ากับ 1: 18 ดังตาราง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของศูนย์ฯ คือ อัตราส่วนครูต่อนักเรียนไม่เกิน 1:20 (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2556)

ตาราง 4.1 จำนวนนักเรียนเตรียมอนุบาล ครูประจำชั้น จำแนกตามห้อง

ห้อง	จำนวนนักเรียน (คน)	ครูประจำชั้น
1/1	20	นางชนม์พิชชา เกื้อทาน
1/2	16	นางจิราภักดิ์ งามอินทร์
1/3	18	นางสาวกาญจนา งามมาก
1/4	19	นางสาววิวรรธณ ยิ่งยงยุทธ
1/5	17	นางสาวสุจิตา สุขยอด
รวม	90	

หมายเหตุ: อัตราส่วน โดยเฉลี่ย ครูต่อนักเรียน เท่ากับ 1: 18

การสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ

องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยางให้การสนับสนุนงบประมาณ แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นค่าวัสดุรายหัว รวมทั้งค่าอาหารกลางวัน และสนับสนุนอาหารเสริมนม สำหรับเด็กทุกคน ส่วนผู้ปกครองจะต้องจัดหา แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ เบาะที่นอน ผ้าเช็ดหน้า แป้ง สบู่ ให้เด็ก อาหารกลางวันมีแม่ครัวมาประกอบอาหารที่ศูนย์ให้เด็กได้รับประทานทุกวัน รวมทั้งจัดอาหารว่างตอนบ่าย 1 มื้อ และนมจืดให้เด็กดื่มทุกวัน ส่วนผู้ปกครองให้สมทบค่าอาหาร กลางวัน เดือนละ 100 บาท ในห้องเรียนมีอุปกรณ์ของเล่นประเภทเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ไม่มีสื่อการเรียนการสอนด้านทันตสุขภาพ สำหรับอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอนส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากวัดบ้านเนินยาง นอกจากนี้ หลวงปู่เอี่ยมและเจ้าอาวาสยังมอบเงินเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นให้ศูนย์พัฒนาเด็กเป็นประจำทุกเดือนและทางโรงเรียนได้นำเงินที่ได้รับการสนับสนุนจากวัดมาพัฒนาศูนย์ฯ ในด้านต่างๆ เช่น จากการบอกเล่า



ของครูผู้ดูแลเด็กว่า “ที่เห็นเร็วและอุปกรณ์ของเล่นเด็กเพิ่งหาซื้อใหม่ ทางวัดบ้านเนินงเป็นผู้อุปถัมภ์” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี)

จากการศึกษาบริบทของพื้นที่พบว่า บริบทของชุมชนบ้านเนินง ส่งผลต่อการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงดังนี้ บริบทที่เอื้อต่อการพัฒนาได้แก่ การที่ชุมชนแห่งนี้มี หลวงปู่เอี่ยม และเจ้าอาวาสวัดบ้านเนินงซึ่งเป็น ที่ศรัทธาและศรัทธารวมจิตใจของชาวบ้าน ให้การสนับสนุนทั้งในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณให้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงมาโดยตลอด รวมทั้งเจตนารมณ์ของหลวงปู่เอี่ยมในการก่อตั้งศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ และความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลเนินง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง กรรมการศูนย์อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครอง จะให้ความร่วมมืออย่างดีในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์ฯ นอกจากนี้โครงสร้างอาคาร และสถานที่ตั้ง ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก็เอื้อต่อการพัฒนา เช่นมีสถานที่ แปรงฟันที่ เหมาะสม สวยงาม มีน้ำสะอาดเพียงพอ มีแม่ครัวประกอบอาหารให้เด็กซึ่งสามารถจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างที่เหมาะสมให้เด็กได้ และบริเวณรอบๆ ศูนย์เด็กเล็กไม่มีร้านค้าจำหน่ายขนมเสี่ยงต่อโรคฟันผุให้เด็ก ถึงแม้จะมีรถเร่มาขายขนมบ้างแต่ก็ไม่ได้มาขายทุกวัน ส่วนบริบทที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ได้แก่ การที่เด็กประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งอาจทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กไม่เหมาะสม โดยเฉพาะไม่ได้มีการควบคุมให้เด็กแปรงฟันก่อนนอนและการแปรงฟันซ้ำให้เด็ก การตามใจเด็กในเรื่องการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ

1.2 สภาพการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากก่อนการพัฒนา

1.2.1 การบริหารจัดการ การดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยดำเนินงานตามแนวทางการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน การบริหารจัดการโดยครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการศูนย์เด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และพระสงฆ์วัดบ้านเนินง การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ก่อนพัฒนาประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง จัดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน แต่พบว่าเด็กบางห้องไม่ได้แปรงฟันทันทีหลังรับประทานอาหารกลางวัน แต่จะแปรงในช่วงก่อนนอนกลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากเด็กรับประทานอาหารกลางวันไปแล้ว ประมาณ 1 ชั่วโมง ในขณะที่ให้เด็กแปรงฟันยังไม่มีระบบในการกำกับดูแลและควบคุมการแปรงฟันของเด็ก โดยเมื่อถึงเวลาแปรงฟันครูผู้ดูแลเด็กจะเด็กจะบิยาสีฟันให้ จากนั้นเด็กจะเดินไปที่สถานที่แปรงฟัน และแปรงฟันเอง ครูประจำชั้นส่วนใหญ่ไม่ได้กำกับและควบคุมอย่างใกล้ชิด ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสอนแปรงฟันอย่างถูกวิธี และไม่มีการตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน “ เด็กเล็กบางคนที่ยังไม่สามารถแปรงฟันเองได้ครูจะพาแปรงฟัน มีการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันเหมือนกัน แต่ไม่ได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี) ในช่วงแปรงฟัน ครูจะดูแลควบคุมเด็กได้เป็นบางคนโดยเฉพาะเด็กที่เอาแต่เล่นไม่ยอมแปรง (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 40 ปี) ซึ่งทำให้ครูไม่สามารถดูแล กำกับการแปรงฟันของเด็กได้ทุกคน



การจัดสถานที่ และอุปกรณ์การแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านอุปกรณ์ ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และแก้วนํ้า ผู้ปกครองเป็นผู้จัดหาให้เด็กทุกคน ส่วนการจัดเก็บดูแลรักษาพบว่า ทุกห้องมีการจัดทำที่เก็บแปรงสีฟัน และแก้วนํ้าของเด็กแต่ละคนไว้ในห้องเรียนโดยทำที่แขวนแปรงสีฟันและแก้วนํ้า จัดเรียงอย่างเป็นระเบียบ มีป้ายชื่อเด็กติดตรง ตำแหน่งที่เก็บแปรงสีฟันและแก้วนํ้า แต่ยังพบว่าบางตำแหน่งแปรงสีฟัน หรือแก้วนํ้า หายไปจากช่องที่มีป้ายชื่อเด็กติดอยู่ ครูประจำชั้นจะคอยดูแล ถ้าแปรงสีฟันหายจะแจ้งผู้ปกครองให้ซื้อให้ใหม่ โดยปกติจะให้ผู้ปกครองเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็กเทอมละครั้ง สภาพแปรงสีฟันของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในสภาพที่ดี มีส่วนน้อยที่พบว่าสภาพขนแปรงสีฟันเริ่มบานแล้ว สำหรับสถานที่แปรงฟันมี 2 แห่ง อยู่ด้านหลังห้องเรียนสร้างติดอาคารเรียนสามารถเดินออกมาจากห้องเรียนทางประตูหลังห้อง โดยไม่ต้องเดินอ้อมอาคาร การออกแบบและขนาดของสถานที่แปรงฟันเหมาะสม สะดวกต่อการใช้งาน ที่แปรงฟันแต่ละแห่ง มีก๊อคนํ้าจำนวนมากเพียงพอสำหรับเด็ก มีนํ้าประปาเพียงพอตลอดทั้งปี สภาพสะอาด ถูกสุขลักษณะ

2) กิจกรรมการตรวจฟันและการแนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ

ช่องปากเด็ก

การตรวจฟันเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็ก ที่ผ่านมามีดำเนินการปีละ 2 ครั้ง และบันทึกลงในแบบตรวจฟันและแบบรายงาน ทอ 02 ตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน และจัดส่งรายงานให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง การตรวจฟันจะตรวจฟันผุ/ฟันไม่ผุ และตรวจความสะอาดของฟัน อย่างไรก็ตามครูยังขาดความรู้ในการตรวจฟันและการดูแลฟันรวมทั้งครูบางคนไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูลว่า “การตรวจฟันเด็กตรวจยาก ตรวจไม่ถูก ไม่แน่ใจ ผลตรวจออกมาไม่เหมือนที่หมอมาตรวจ อยากให้หมอมาอบรมให้ครูตรวจเป็นทุกคน ครูบางคนยังไม่เคยได้ไปอบรมเรื่องฟันเลย” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี) นอกจากนี้ที่ผ่านมา ไม่มีทันตบุคลากรประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง แต่มีทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลสุรินทร์มาตรวจฟัน และหาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กเพียง 1 ครั้งเมื่อปี พ.ศ. 2555 ส่วนการแนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็กและทันตบุคลากรที่ผ่านมามีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นเพียงการบอกกล่าวด้วยวาจาในช่วงเวลาที่ครูกับผู้ปกครองพบปะกันช่วงที่ผู้ปกครองมารับมาส่งเด็กที่ศูนย์เด็กเล็ก และในช่วงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดปฐมนิเทศผู้ปกครอง ปีละ 1 ครั้ง ตอนเปิดเทอมใหม่ซึ่งจะมีการแจ้งกฎเกณฑ์ต่างๆของศูนย์ฯ การเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้ามาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจะให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปากไปด้วย ส่วนทันตบุคลากรจะให้ความรู้และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ครูผู้ดูแลเด็กในช่วงที่ออกหน่วยมาตรวจฟันเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การดำเนินกิจกรรมตรวจฟันเด็ก การส่งต่อเพื่อรับการรักษา และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองโดยทันตบุคลากร ที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบและไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ)

3) กิจกรรมการจัดอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อฟัน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวัน อาหารว่าง และนมจืด จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตำบลเนินง โดยมีแม่ครัว 1 คนมาประกอบอาหารที่ศูนย์ฯ ครูผู้ดูแลเด็กและนักวิชาการศึกษาจาก อบต.เนินงร่วมกันกำหนดรายการอาหารให้ถูกหลักโภชนาการและให้เหมาะสมกับเด็ก ในทางปฏิบัติแม่ครัวให้ข้อมูลว่า “จะประกอบ



อาหารเปลี่ยนไปจากรายการที่กำหนดบ้างถ้าในวันนั้นไม่สามารถซื้อวัตถุดิบตามรายการมาประกอบอาหารได้ และบางครั้งก็จะจัดอาหารเพิ่มจากรายการเพื่อให้ได้ครบประทานได้มากขึ้น เช่น ถ้ารายการอาหารวันนั้นกำหนดให้จัดเฉพาะก๋วยเตี๋ยวให้เด็ก แม่ครัวสังเกตว่าเด็กหลายๆ คนไม่กินเส้นก๋วยเตี๋ยวแม่ครัวจะเพิ่มข้าวให้เด็กด้วย” (แม่ครัว อายุ 40 ปี) สำหรับอาหารว่าง จะจัดให้เด็กวันละ 1 มื้อ ตอนเวลา 14 นาฬิกา ส่วนใหญ่จะจัดเป็นขนมไทยที่ซื้อมาจากตลาด มีการจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็กบ้าง ผลไม้ที่จัดให้บ่อย ได้แก่ฝรั่ง กัลย จะจัดให้เป็นประจำเนื่องจากสะดวกในการเตรียม แม่ครัวให้ข้อมูลว่าการจัดอาหารว่างเป็นผลไม้ให้เด็กเป็นเรื่องที่ดีแต่เนื่องจากไม่มีคนช่วยเตรียม ถ้าเป็นผลไม้ประเภทมันแกว แอปเปิล ส้ม จะต้องใช้เวลาในการปอก หั่นเป็นชิ้นๆ ให้เด็ก ซึ่งเด็กจำนวนมากขนาดนี้ต้องใช้เวลาเตรียมนาน ตอนเช้าแม่ครัวต้องประกอบอาหารและเตรียมตักอาหารให้เด็ก เมื่อเด็กรับประทานอาหารกลางวันเสร็จต้องเก็บล้างถาดอาหารจำนวนมาก บ่ายสองโมงอาหารว่างต้องพร้อมให้เด็ก จึงไม่สามารถ จัดผลไม้ที่ต้องใช้เวลาในการปอกเปลือกและต้องหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ ได้บ่อยๆ

การควบคุมการบริโภคขนม และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ที่ผ่านมาสุนย์พัฒนาเด็กเล็กจะขอความร่วมมือจากผู้ปกครองไม่ให้เด็กนำขนมถุงกรอบมาที่ศูนย์ และไม่ให้นำเอาขนมมาด้วยยกเว้นเด็กที่เข้ามาใหม่ในช่วง 2-3 เดือนแรก แต่ก็ยังมีเด็กบางคนและผู้ปกครองซื้อขนมให้เด็กนำมาที่ศูนย์ โดยผู้ปกครองอ้างว่าเด็กใช้ขนมเป็นเครื่องต่อรอง ถ้าไม่ซื้อให้เด็กจะงอแงไม่ยอมมาเรียน ส่วนเด็กที่ติดขนมมีจำนวนน้อยมากแต่ก็มีห้องละ 2-3 คน บางห้องไม่มีแล้ว โดยที่ครูไม่ได้เข้มงวดในการห้ามปรามเด็กและผู้ปกครอง ในกรณีที่เด็กนำขนมมาที่ศูนย์ ส่วนใหญ่ “เมื่อหยิบนมออกมาให้เพื่อนเห็นจะมีการแย่งขนมกัน มีการตักกันแย่งขนมกันเป็นประจำ เด็กที่เอาขนมมามากไม่ได้กินโดนเพื่อนแย่งทุกทีแล้วก็ร้องไห้งอแง ไม่รู้จะอย่างไร บอกผู้ปกครองแล้วก็ยังซื้อขนมให้อีก” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี) ส่วนบริเวณรอบๆ ศูนย์ไม่มีร้านค้าจำหน่ายขนมและน้ำอัดลมรวมทั้งเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล มีเพียงรถเร่ขายไอศกรีม และลูกชิ้นทอด 2 ราย มาจำหน่ายให้เด็กตอนช่วงเด็กเลิกเรียน เมื่อผู้ปกครองมารับเด็กบางคนจะวิ่งไปงอมือตึงผู้ปกครองให้ไปซื้อไอศกรีม หรือลูกชิ้นทอดทันที

มาตรการในการควบคุมไม่ให้เด็กนำขนมและขนมกรอบมาที่ศูนย์เด็กพบว่ายังไม่มีข้อกำหนดหรือทำข้อตกลงกับผู้ปกครองอย่างชัดเจน เป็นเพียงการขอความร่วมมือจากผู้ปกครองเท่านั้น ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็ให้ความร่วมมือด้วยดี มีผู้ปกครองเพียงส่วนน้อยที่ยังคงตามใจเด็ก ซื้อขนมให้เด็กเอามาที่ศูนย์ฯ มาตรการควบคุมคือ ถ้าครูประจำชั้นตรวจพบจะยึดขนมไว้และจะคืนให้ตอนเลิกเรียน ส่วน “เด็กที่ติดขนม ตอนนี้มีเพียง 2-3 ราย แจ้งผู้ปกครองแล้ว ก็ยังเอามาไม่รู้จะอย่างไร ” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี)

4) การจัดบริการทันตกรรมและทันตกรรมป้องกัน

เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีทันตบุคลากรประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนียง มีเพียงโรงพยาบาลจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนียง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็ก และการรายงานการตรวจฟันเด็ก พบว่ายังไม่มีระบบการส่งต่อ และระบบการจัดบริการทันตกรรมให้แก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กจะเป็นผู้แนะนำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานที่มีฟันผุ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจากการตรวจฟันเด็กก่อนการพัฒนา พบเด็กกว่า



ได้รับการถอนฟัน 2 ราย ไม่พบว่าเด็กได้รับการอุดฟัน และการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุเลย ในด้านทันตกรรมป้องกัน ครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูลว่า มีทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลสุรินทร์มาตรวจฟัน และทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กเพียง 1 ครั้งเมื่อปี พ.ศ. 2555 “ เด็กที่ฟันผุมากๆแนะนำให้ผู้ปกครองพาไปรักษาในเมืองก็ได้พาไปส่วนใหญ่เด็กกลุ่มนี้มักเป็นเด็กที่อยู่กับ คนแก่ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเขาไม่สะดวกพาไปรักษาในเมือง ” (ครูผู้ดูแลเด็ก อายุ 50 ปี) ซึ่งทำให้ปัญหาเด็กฟันผุและเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการรักษาและการป้องกันแก้ไขอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

5) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะเน้นการดำเนินงาน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่มีกิจกรรมที่ดำเนินงานในระดับครอบครัวและชุมชน และยังไม่เคยมีกิจกรรม ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูลว่า ส่วนใหญ่เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง ผู้ปกครองและชุมชนจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เช่น ถ้าเด็กทำประสงส์ฟันหาย หรือประสงส์ฟันสากบานแล้วครูจะแจ้งให้ผู้ปกครองเปลี่ยนประสงส์ฟันใหม่ให้เด็ก การ ขอความร่วมมือผู้ปกครองไม่ให้เด็กเอาขนม ลูกอม มาที่ศูนย์ ผู้ปกครองก็ให้ความร่วมมือดี จะมีบ้างแต่เป็นส่วนน้อยที่ผู้ปกครองตามใจเด็กยอมซื้อขนมให้เด็กเอามาที่ศูนย์เพื่อแลกกับการให้เด็ก ยอมมาเรียน ถ้าครูหรือเจ้าหน้าที่เรียกประชุมชี้แจงหรือมีกิจกรรมของศูนย์ฯ เช่น งานวันเด็ก กิจกรรม แข่งกีฬาระหว่างศูนย์ที่ให้ผู้ปกครองมาร่วมกิจกรรมก็จะได้รับความร่วมมืออย่างดี สำหรับกิจกรรม ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ที่ผ่านมามีกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอาจเนื่องจากไม่มี การนำข้อมูลสภาวะช่องปากของเด็กมาแจ้งให้กรรมการศูนย์เด็ก และผู้ปกครองได้รับทราบ

1.2.2 ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนียง ในอดีตที่ผ่านมาจนถึง ปี 2554 ได้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กในด้านส่งเสริม สุขภาพ โดยดำเนินกิจกรรมได้ค่อนข้างครอบคลุมตามเกณฑ์ ดังจะเห็นได้จากการที่ศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้ ได้รับรางวัลต่าง ๆ เช่น ปี พ.ศ. 2550 ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชน เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2551 ได้รับรางวัลศูนย์เด็กเล็กดีเด่นระดับ อำเภอ ปี พ.ศ. 2554 ได้รับรางวัลศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ และได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ศูนย์เด็กเล็กดีเด่นจังหวัดสุรินทร์ในปีเดียวกัน แต่การดำเนินด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากนั้น มีเพียงกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การตรวจฟันโดยครูผู้ดูแลเด็ก และการจัดส่งรายงานให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนียง ยังไม่มีระบบการควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ และไม่มีระบบส่งต่อเด็กไปรับบริการทัน ตกรรม สภาวะช่องปากของเด็กพบว่ายังมีปัญหาโรคฟันผุสูง

ต่อมาเมื่อ ปี พ.ศ. 2555 กรมอนามัยได้ปรับเกณฑ์การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ เป็นการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ซึ่งเกณฑ์ มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน ที่มีองค์ประกอบใหญ่ 2 ด้าน คือ ด้านการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์ ในด้านการดำเนินงาน มี 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหารหลักสุขาภิบาล 2) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย



ตามเกณฑ์อายุโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก 3) ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก 4) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 5) ด้านบุคลากร และ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ มี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 2) เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3) เด็กมีฟันน้ำนมผุ ไม่เกินร้อยละ 57 และ 4) เด็กทุกคนที่มีพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้า ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการฯ เพื่อแก้ไขและส่งเสริมพัฒนาการต่อไป โดยมีเงื่อนไขคือการศึกษาที่ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมินจะต้องได้คะแนนตามกิจกรรมที่ดำเนินงานในแต่ละด้าน คะแนนรวมต้องได้ 80 คะแนนขึ้นไปทุกด้าน ยกเว้นด้านผลลัพธ์ ต้องผ่านทั้ง 4 ตัวชี้วัด

จากการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด เพื่อเตรียมรับการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้อยู่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะเกณฑ์ด้านผลลัพธ์ คือเด็กมีฟันน้ำนมผุ ไม่เกินร้อยละ 57 (ปี พ.ศ. 2556 มีเด็กฟันผุสูงถึงร้อยละ 66.2) ดังรายละเอียดผลการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงิ้ว ตำบลเนินงิ้ว อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ก่อนการพัฒนา

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)
1	ด้านการดำเนินงาน ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหารหลัก ข้อ 2 อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน 2.1 จัดอาหารกลางวันและอาหารว่าง 5 กลุ่มทุกวัน (กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มนม) มีปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสมตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก 2.2 การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด ไม่มีไขมันสูง เช่น นมรสจืด ผลไม้ ขนมไทยรสไม่หวานจัด เป็นต้น 2.3 เด็กไม่กินจุบจิบ และ ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว 2.4 เด็กไม่ดูนมจากขวด และไม่นำขวดนมมาศูนย์ฯหลังจากเข้ามาอยู่ในศูนย์ฯ 1 เดือน	1 1 0 0



ตาราง 4.2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)
	ข้อ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก	
	3.1 การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก	
	1. เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยครูผู้ดูแลเด็ก เดือนละ 1 ครั้ง	0
	2. เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคเรียนละ 1 ครั้ง	1
	3. มีการแจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำ	0
	3.2 การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก	
	1. ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปาก	0
	2. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์/ตรวจฟันผุ ภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร	0
	3.3 การแปรงฟัน	
	1. เด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน	1
	2. เด็กทุกคนมีแก้วน้ำ แปรงสีฟันเป็นของตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงสีฟันอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง	1
	3. ครูผู้ดูแลเด็ก ดูแลและตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก และมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อเปื้อก	0
3	ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในภายนอก ที่สะอาด และปลอดภัย	
	ข้อ 10 มีพื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร	
	10.1 มีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสมกับเด็ก (สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีน้ำขัง ไม่ลื่น)	1
	10.2 มีแก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟันประจำตัวเด็กทุกคน และจัดเก็บแก้วน้ำในที่สะอาดสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ถ้าในกรณีที่ใช้แก้วน้ำดื่มของศูนย์ฯต้องมีเพียงพอและไม่ใช้แก้วดื่มร่วมกัน และมีการทำความสะอาดหลังการใช้งานทุกครั้ง	1
	ข้อ 12 พื้นที่ใช้สอยภายนอกอาคาร	
	12.1 เครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาด และเพียงพอ มีแก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟันประจำตัวเด็กทุกคน	1



ตาราง 4.2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)
5	ด้านบุคลากร ข้อ 2 ความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก 2.1 ครูผู้ดูแลเด็กทุกคนได้รับอบรมในเรื่องพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กในหลักสูตรตามหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก	0
6	ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อ 1 ผู้ปกครอง ชุมชน 1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กที่มาจากผู้ปกครอง ชุมชน และมีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 1.2 มีผู้แทนจากชุมชน ท้องถิ่น ผู้ปกครองร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก แผนการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน 1.3 ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น วันเด็ก วันครอบครัว เป็นต้น 1.4 อบต.สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพเด็ก เช่น เด็กพัฒนาการล่าช้า ภาวะโภชนาการ ผิดๆ ฯลฯ ข้อ 2 เครือข่าย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการขับเคลื่อนศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน 2.1 มีการสร้างเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่น มีผู้มีจิตอาสาทำของเล่นที่บ้านให้กับเด็ก 2.2 มีนโยบายและสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครองและชุมชน 2.3 เป็นที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานที่สนใจ	1 0 1 1 0 0 0
ด้านผลลัพธ์	ผลงานศูนย์เด็กเล็ก 1. เด็กมีพินน่านมไม่เกินร้อยละ 57	0



1.3 ผลการศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ก่อนการพัฒนา

1.3.1 ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนการพัฒนา

ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง พบว่ามีอัตราการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 64.4 ค่าเฉลี่ย ผุ อุด ถอน (dmft) 3.0 ซี/คน (S.D.=3.5) ด้านความจำเป็นต้องการรับบริการรักษาทางทันตกรรม พบว่า เด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการอุดฟันมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 61.1 รองลงมาได้แก่ ความต้องการถอนฟันร้อยละ 14.4 ส่วนความจำเป็นต้องได้รับการป้องกันฟันผุ พบว่าเด็กต้องได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ ร้อยละ 65.6 รองลงมาต้องการป้องกันฟันผุด้วยการอุดด้วยเรซิน (Preventive Resin Restoration: PRR) ร้อยละ 11.1 ด้านสภาวะอนามัยช่องปากของเด็กพบว่ามีดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI) เฉลี่ย 0.96 (S.D= 0.62) โดยพบเด็กมี อนามัยช่องปากสะอาด (OHI = 0) ร้อยละ 12.2 รายละเอียด ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง

ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก	จำนวน (n ₂ =90)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	55.6
หญิง	40	44.4
อายุเฉลี่ย 3 ปี 5 เดือน (S.D.=0.65) Min = 2 .6, Max= 4.7		
สภาวะช่องปาก		
ฟันผุ	58	64.4
ฟันอุด	0	0.0
ฟันถอน	2	2.2
ฟันผุ ถอน อุด (dmft)	58	64.4
ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด (dmft) = 3.0 ซี/คน (S.D.=3.5) Min = 0, Max = 12		
ความจำเป็นต้องการรับบริการป้องกันและรักษาทางทันตกรรม		
ป้องกันฟันผุโดยใช้ฟลูออไรด์วานิช	59	65.6
เคลือบหลุมร่องฟัน	7	7.8
ป้องกันด้วย เรซิน (Preventive Resin Restoration: PRR)	10	11.1
อุดฟัน	55	61.1
ครอบฟัน	9	10.0
รักษารากฟัน	5	5.6
ถอนฟัน	13	14.4



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ผลการตรวจสถานะสุขภาพช่องปากเด็ก	จำนวน (n ₂ =90)	ร้อยละ
สถานะอนามัยช่องปากเด็ก อนามัยช่องปากสะอาด (OHI = 0) ดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI) เฉลี่ย 0.96 (S.D.=0.62) Min = 0.0, Max = 2.5	11	12.2

1.3.2 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเด็ก และผู้ปกครอง ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง การดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 90 คน พบว่าผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.2 อายุเฉลี่ย 38.4 ปี (S.D.=10.9) สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.4 ความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดาของเด็กมากที่สุด ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 28.9 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 12438.9 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ตั้งแต่ 3,000 บาทถึง 100,000 บาทต่อเดือน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่) ร้อยละ 28.9 ผู้ปกครองเคยได้รับการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 40 โดยได้รับการทันตกรรมที่ โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดร้อยละ 41.7 ในด้านการได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับข่าวสาร ร้อยละ 78.9 โดยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพช่องปากจากบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมา รับข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 47.9 และจากเพื่อนบ้านน้อยที่สุด ร้อยละ 7.0 ส่วนการดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กครั้งแรกเมื่อเด็กอายุเฉลี่ย 1 ปี 6 เดือน (S.D.=0.7) และในรอบปีที่ผ่านมาเด็กได้รับการตรวจ/รักษาจากทันตบุคลากรเพียง ร้อยละ 53.3 และผู้ปกครองรู้ว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 43.3 ในกลุ่มที่มีปัญหานี้ พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบมากที่สุดคือ โรคฟันผุ 33.3 รองลงมาเด็กเหงือกบวม ร้อยละ 10.0 เมื่อเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากผู้ปกครองปฏิบัติโดยปล่อยให้หายเองมากที่สุด ร้อยละ 48.7 รองลงมาได้แก้ปัญหาโดย พาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจและรักษามากที่สุด ร้อยละ 41.1 รายละเอียดดังตาราง 4.4



ตาราง 4.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง การดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก
ของเด็ก ($n_1=90$)

ข้อมูลของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	27.8
หญิง	65	72.2
อายุเฉลี่ย 38.4 ปี (S.D.=10.9) Min 22 ปี Max 70 ปี		
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือน Mean = 12,438.9 (S.D.=11,355.1) Median=10,000 Min 3,000, Max 100,000		
สถานภาพสมรส		
โสด	17	18.9
สมรส	68	75.6
หม้าย/หย่า/แยก	5	5.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	31	34.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	17.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช	19	21.1
อนุปริญญา / ปวส	11	12.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	14.4
อาชีพหลักของผู้ปกครอง		
ไม่มีอาชีพ (แม่บ้าน /ผู้สูงอายุ)	10	11.1
เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	26	28.9
รับจ้างทั่วไป	21	23.3
อาชีพส่วนตัว เช่น ค้าขาย ทอผ้า	17	18.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง	9	10.0
อื่นๆ	7	7.8
ความสัมพันธ์ของท่านกับเด็ก		
มารดา	40	44.4
บิดา	13	14.4
ปู่ ย่า ตา ยาย	26	28.9
ป้า น้า อา	11	12.2



ตาราง 4.4 (ต่อ)

ข้อมูลของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครองเคยได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา	36	40
ได้รับบริการทันตกรรมจากสถานบริการ		
โรงพยาบาลของรัฐ	15	41.7
รพ.สต.	8	22.2
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	13	36.1
ได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	71	78.9
ช่องทางที่ได้รับข่าวสารได้แก่		
โทรทัศน์	34	47.9
วิทยุ	7	9.9
บุคลากรสาธารณสุข	43	60.6
อาสาสมัครสาธารณสุข	20	28.2
เพื่อนบ้าน	5	7.0
อินเทอร์เน็ต	10	14.1
สื่อสิ่งพิมพ์เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ	6	8.4
การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง		
ในรอบปีที่ผ่านมาได้พาเด็กไปหาหมอฟันเพื่อตรวจ /รักษา	48	53.3
ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กที่พบในรอบปี	39	43.3
ฟันผุ	30	33.3
เหงือกบวม	9	10.0
ปวดฟัน	6	6.7
ฟันหักจากอุบัติเหตุ	1	1.2
เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากผู้ปกครองได้แก้ไขโดย		
ปล่อยให้หายเอง	19	48.7
พาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจและรักษา	16	41.1
ให้เด็กแปรงฟันบ่อยขึ้น	3	7.7
ทายาแก้ปวดหรือยาแก้อักเสบให้เด็กกินเองที่บ้าน	2	5.2
ใช้สาลีชุบยาแก้ปวดหรือยาสีฟันใส่ในรูฟันผุ	1	2.6

2) ผลการประเมิน ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้ปกครอง

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้ปกครอง จำนวน 90 คน พบว่าจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.70 (S.D.=1.88) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมา มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 31.1 รายละเอียดดังตาราง 4.5



ตาราง 4.5 ความถี่และร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้	ความถี่ ($n_1=90$)	ร้อยละ
ความรู้สูง (คะแนน 12 – 15 คะแนน)	28	31.1
ความรู้ปานกลาง (คะแนน 9 - 11 คะแนน)	51	56.7
ความรู้ต่ำ (คะแนน 0 - 8 คะแนน)	11	12.2
$\bar{x} = 10.70$, S.D.=1.88, Min = 4, Max = 14		

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองรายข้อ พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้เรื่อง ชนิดของอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันมากที่สุด ร้อยละ 90.0 รองลงมาผู้ปกครองมีความรู้ว่าอาหารที่รับประทานแล้วไม่ทำให้เกิดฟันผุ และรู้วิธีการป้องกันฟันผุได้ดีที่สุดสำหรับเด็กเท่ากันคือ ร้อยละ 88.9 ส่วนข้อที่ผู้ปกครองยังไม่มีความรู้ คือ ความสำคัญของฟันน้ำนม ซึ่งตอบถูกเพียง ร้อยละ 30 รายละเอียดดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ความถี่และร้อยละของผู้ปกครอง ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายข้อ ($n_1= 90$)

ข้อคำถาม	ตอบถูก	
	ความถี่	ร้อยละ
1 อาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน	81	90.0
2 อาหารที่รับประทานแล้วไม่ทำให้เกิดฟันผุ	80	88.9
3 วิธีการที่ป้องกันฟันผุได้ดีที่สุดสำหรับเด็ก	80	88.9
4 การปฏิบัติเมื่อเด็กของท่านมีฟันผุ เช่น มีรอยดำหรือผุเป็นรู แต่ยังไม่มีอาการปวด	79	87.8
5 ลักษณะแปรงสีฟันที่ใช้สำหรับเด็ก	79	87.8
6 ชนิดของยาสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก	79	87.8
7 อาการที่ต้องรีบไปพบหมอฟัน	79	87.8
8 ประโยชน์ของสารฟลูออไรด์ที่อยู่ในยาสีฟัน	77	85.6
9 วิธีการที่สามารถป้องกันฟันผุได้อย่างดี	67	74.4
10 จำนวนที่เด็กควรแปรงฟันอย่างน้อยต่อวัน	61	67.8
11 ลักษณะอาการของฟันผุระยะเริ่มแรก	52	57.8
12 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ	47	52.2
13 วิธีการเริ่มดูแลฟันน้ำนมด้วยการแปรงฟันให้เด็กได้เหมาะสมที่สุด	38	42.2
14 จำนวนฟันน้ำนมของเด็กเมื่อขึ้นครบทั้งปาก	37	41.1
15 ความสำคัญของฟันน้ำนม	27	30.0



3) ผลการประเมินเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จากการศึกษาข้อมูลด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง จำนวน 90 คน พบว่าผู้ปกครองมีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.51) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีระดับเจตคติปานกลาง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 53.3) และระดับสูงจำนวน 42 คน (ร้อยละ 46.7) รายละเอียดดังตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ความถี่ ร้อยละ ระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ($n_1=90$)

ระดับเจตคติ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	42	46.7
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	48	53.3
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	-	-
$\bar{x} = 3.76$, S.D = 0.51		

เมื่อพิจารณาเจตคติต่อการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองรายข้อ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า เด็กควรได้รับการแนะนำให้รับประทานผักผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 75.6) รองลงมาคือควรดูแลให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวัน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 51 คน (ร้อยละ 56.7) และถ้าตรวจพบว่า เด็กมีฟันผุ จะรีบพาเด็กไปหาหมอฟัน เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 47.8) ส่วนเจตคติที่ไม่ถูกต้องคือผู้ปกครองเห็นว่าฟันของเด็กจะดี ขึ้นอยู่กับการดูแลของเด็กเอง โดยตอบทั้งเห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.7) และจำนวน 27 คน (ร้อยละ 30.0) ตามลำดับ และโรคฟันผุ เกิดขึ้นตามพันธุกรรมของพ่อแม่ตอบทั้งเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 7.8) และจำนวน 22 คน (ร้อยละ 24.4) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.8



ตาราง 4.8 ความถี่ (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
ของผู้ปกครองรายข้อ ($n_1=90$)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1. การดูแลให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวันจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ	51 (56.7)	23 (25.6)	16 (17.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.4	0.8
2. ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์จะช่วยทำให้ฟันแข็งแรง	37 (41.1)	41 (45.6)	7 (7.8)	4 (4.4)	1 (1.1)	4.2	0.9
3. ในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก การบ้วนปากอย่างเดียวถือเป็นการเพียงพอแล้ว*	4 (4.4)	17 (18.9)	7 (7.8)	45 (50.0)	17 (18.9)	3.6	1.1
4. เด็กควรได้รับการแนะนำให้กินผักผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ	68 (75.6)	15 (16.7)	1 (1.1)	5 (5.6)	1 (1.1)	4.6	0.9
5. การพาเด็กไปพบหมอฟันตั้งแต่เล็กๆ จะช่วยให้เด็กไม่กลัวหมอฟัน	35 (38.9)	46 (51.1)	6 (6.7)	1 (1.1)	2 (2.2)	4.2	0.8
6. ฟันของเด็กจะดี ขึ้นอยู่กับการดูแลของเด็กเอง*	6 (6.7)	27 (30.0)	16 (17.8)	30 (33.3)	11 (12.2)	3.1	1.1
7. ฟันน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟันแท้ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องดูแลฟันน้ำนมมากนัก*	1 (1.1)	25 (27.8)	3 (3.3)	23 (25.6)	38 (42.2)	3.8	1.3
8. การเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก จะทำให้เด็กเกิดโรคฟันผุได้	3 (3.3)	13 (14.4)	40 (44.4)	27 (30.0)	7 (7.8)	2.8	0.9
9. โรคฟันผุเกิดขึ้นตามพันธุกรรมของพ่อแม่*	7 (7.8)	22 (24.4)	29 (32.2)	14 (15.6)	18 (20.0)	3.2	1.2
10. ฉันพร้อมจะพาเด็กไปหาหมอฟันทุก 3-6 เดือน	24 (26.7)	33 (36.7)	20 (22.2)	4 (4.4)	9 (10.0)	3.7	1.2
11. ฉันจะแปรงฟันซ้ำให้เด็กทุกครั้ง หากตรวจพบว่าเด็กแปรงฟันไม่สะอาด	24 (26.7)	30 (33.3)	20 (22.2)	6 (6.7)	10 (11.1)	3.6	1.3
12. ฉันจะพาเด็กไปพบหมอฟัน เมื่อเด็กมีอาการปวดฟันเท่านั้น*	10 (11.1)	14 (15.6)	4 (4.4)	54 (60.0)	8 (8.9)	3.4	1.2
13. ถ้าตรวจพบว่าเด็กมีฟันผุ ฉันจะรีบพาเด็กไปหาหมอฟัน	43 (47.8)	41 (45.6)	4 (4.4)	2 (2.2)	0 (0.0)	4.4	0.7

*ข้อความเชิงลบ



4) ผลการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จากการศึกษาข้อมูลด้านการปฏิบัติและความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 2.37 (S.D.=0.25) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 51.1 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 47.8 รายละเอียดดังตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ความถี่ ร้อยละ ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ($n_1 = 90$)

ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00)	43	47.8
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34)	46	51.1
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.67)	1	1.1
$\bar{x} = 2.37, S.D. = 0.25$		

ข้อมูลการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองจำแนกรายข้อ

จากการศึกษา ความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าผู้ปกครองให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นประจำมากที่สุดจำนวน 68 คน (ร้อยละ 75.6) รองลงมาคือหลังจากที่เด็กตื่นนอนเสร็จ ผู้ปกครองให้เด็กดื่มน้ำตามเป็นประจำ จำนวน 56 คน (ร้อยละ 62.2) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผู้ปกครองปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือให้เด็กเลือกขนมเอง เมื่อไปที่ร้านค้า รถเร่ หรือร้านสะดวกซื้อ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 22.2) ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 63 (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือ ตามใจเด็กเมื่อเด็กเรียกร้องจะซื้อขนมที่ร้านค้า รถเร่ หรือร้านสะดวกซื้อเป็นประจำ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 18.9) และบางครั้ง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 61.1) รายละเอียดดังตาราง



ตาราง 4.10 ความถี่ (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติและความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง รายข้อ ($n_1 = 90$)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ ผู้ปกครอง			$\bar{x}$	S.D.
	ทำเป็นประจำ	ทำ บางครั้ง	ไม่ได้ทำ เลย		
1. ท่านกระตุ้นให้เด็กแปรงฟันทันทีหลัง การรับประทานอาหาร	45 (50.0)	44 (48.9)	1 (1.1)	2.49	0.52
2. หากเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด ท่าน แปรงฟันซ้ำให้เด็กทันที.	24 (26.7)	62 (68.9)	4 (4.4)	2.22	0.51
3. ท่านตรวจฟันให้เด็กหลังการแปรงฟัน ทุกครั้ง	37 (41.1)	36 (40.1)	17 (18.9)	2.22	0.51
4. ท่านให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์	68 (75.6)	21 (23.3)	1 (1.1)	2.74	0.46
5. หากเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้ว มีการ รับประทานอาหารจุบจิบท่านจะให้เด็ก แปรงฟันซ้ำทันที	22 (24.4)	56 (62.2)	12 (13.3)	2.11	0.61
6. หลังจากที่ได้ดื่มนมเสร็จ ท่านให้เด็ก ดื่มน้ำตาม	56 (62.2)	25 (27.8)	9 (10.0)	2.52	0.67
7. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารหวาน ลูกอม หรือขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ อาหาร*	6 (6.7)	63 (70.0)	21 (23.3)	2.17	0.52
8. ท่านเคยเคี้ยวข้าวแล้วป้อนให้เด็กกิน*	1 (1.1)	24 (26.7)	65 (72.2)	2.71	0.48
9. ท่านเคยปล่อยให้เด็กมีพฤติกรรมอม ข้าวเป็นเวลานานก่อนกลืน*	2 (2.2)	23 (25.6)	65 (72.2)	2.70	0.51
10. ท่านเคยปล่อยให้เด็กดูดนิ้วมือหรือ อมนิ้วเป็นเวลานาน*	8 (8.9)	5 (5.6)	77 (85.6)	2.77	0.60
11. ท่านให้เด็กนำขนมไปรับประทานที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*	10 (11.1)	46 (51.1)	34 (37.8)	2.27	0.65
12. ท่านปล่อยให้เด็กดูดนมขวดแล้วหลับ คาปาก*	10 (11.1)	22 (24.4)	58 (64.4)	2.53	0.69
13. ท่านตามใจเด็กเมื่อเด็กเรียกร้องจะซื้อ ขนมที่ร้านค้า รถเร่ หรือร้านสะดวกซื้อ*	17 (18.9)	55 (61.1)	18 (20.0)	2.01	0.62



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ ผู้ปกครอง			$\bar{x}$	S.D.
	ทำเป็นประจำ	ทำ บางครั้ง	ไม่ได้ทำ เลย		
14.ท่านให้เด็กเลือกขนมเอง เมื่อไปที่ร้านค้า รถเร่ หรือร้านสะดวกซื้อ*	20 (22.2)	63 (70.0)	7 (7.8)	1.86	0.53
15.ท่านเลือกอาหาร/ขนมที่เด็กชอบให้เด็กถึงแม้จะรู้ว่า เป็นอาหารที่ เสี่ยงต่อโรคฟันผุ*	16 (17.8)	46 (51.1)	28 (31.1)	2.13	0.69
16.ท่านจะพาเด็กไปพบหมอฟันทันที หากทราบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก	55 (61.1)	28 (31.1)	7 (7.8)	2.53	0.64

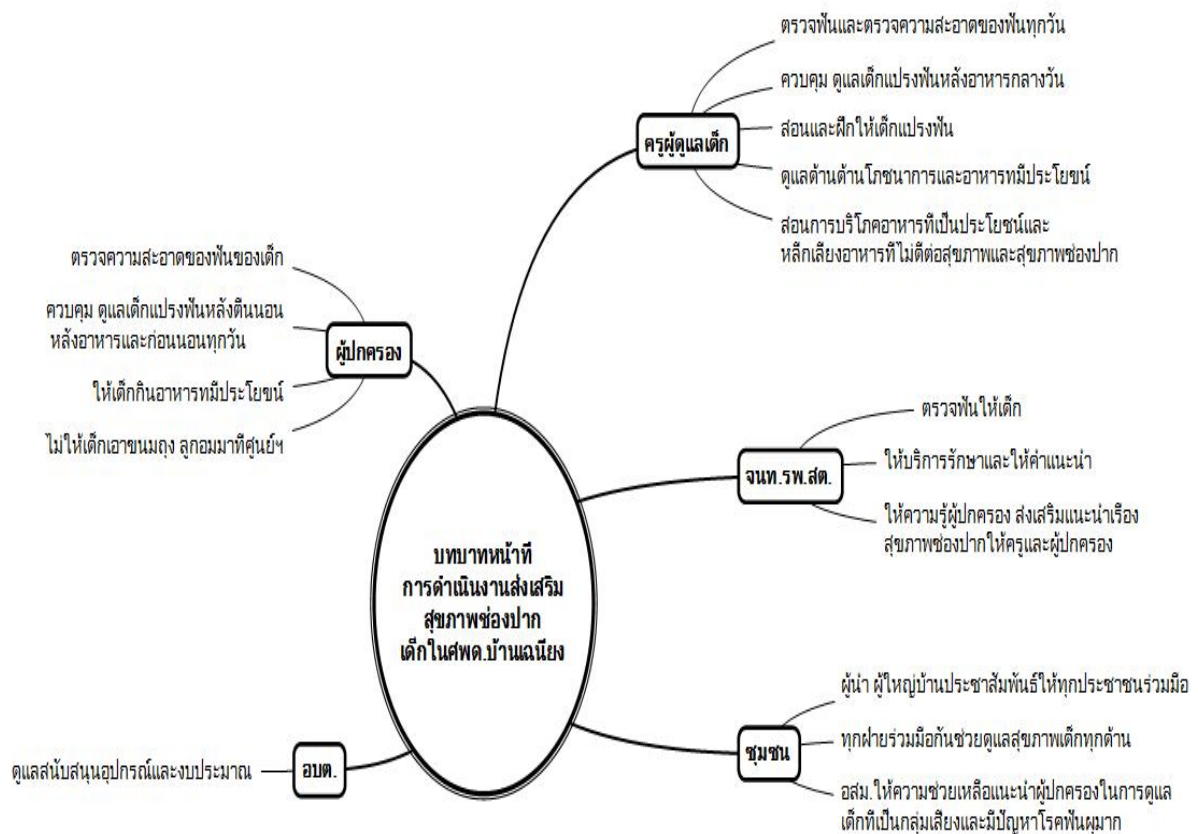
*ข้อคำถามเชิงลบ

5) ข้อเสนอการดำเนินงานเพื่อให้บุตรหลานที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีจากผู้ปกครอง

จากแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งบทบาทหน้าที่เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ควรดูแลเรื่องการทำความสะอาดช่องปาก โดยควบคุม ดูแลเด็กให้แปรงฟันทุกครั้งหลังอาหารกลางวัน สอนให้เด็กแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี และฝึกให้เด็กแปรงฟันเมื่ออยู่ศูนย์ฯ ตรวจฟันให้เด็ก และตรวจความสะอาดของฟันทุกวัน ควบคุมการบริโภคอาหารและสอนให้เด็กรู้ว่าอาหารหรือขนมชนิดไหนควรรับประทาน ชนิดไหนไม่ควรรับประทานและไม่ดีต่อสุขภาพ

เจ้าหน้าที่รพ.สต. ควรตรวจฟันให้เด็กและให้การรักษาและให้คำแนะนำ ให้ความรู้ครูและผู้ปกครอง ส่วนผู้ปกครองควรฝึกเด็กให้แปรงฟันตั้งแต่เล็กๆ ควบคุมให้เด็กแปรงฟัน หลังอาหารและก่อนนอนทุกวัน ให้เด็กกินอาหารที่มีประโยชน์ และไม่让孩子เอาขนมถุง ลูกอมมาที่ ศูนย์ฯ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลดูแลสนับสนุน อุปกรณ์ และงบประมาณ สำหรับชุมชนและอื่น ๆ โดยให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนให้มีความร่วมมือกันช่วยดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือแนะนำผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุสูง รวมทั้งดูแลสุขภาพเด็กทุกๆ ด้านดังภาพประกอบ 4.2





ภาพประกอบ 4.2 บทบาทหน้าที่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยง

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ

2.1 ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง

ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การนำเสนอตามลำดับขั้นดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติตามแผน

ขั้นที่ 3 การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ



ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนา

จากการศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยได้รวบรวม ประเมิน และวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเตรียมคั้นข้อมูลให้ชุมชนในขั้นตอนต่อไป

การเตรียมการ ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้เตรียมทีมวิทยากร ซึ่งได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ในการสนับสนุนวิทยากรกระบวนการ และทีมทันตบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในด้านการประชุมตามกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) โดยก่อนประชุม 1 สัปดาห์ได้ซักซ้อมความเข้าใจตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่ของวิทยากรประจำกลุ่ม ซึ่งบทบาทหน้าที่ของวิทยากรประจำกลุ่มคือการกระตุ้นสนับสนุนให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็น การกระทำ การแสดงออก และช่วยให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่กลุ่ม แต่ไม่ชี้นำหรือชักจูงให้กลุ่มคิดตาม คอยกระตุ้นและอำนวยความสะดวกในการประชุมกลุ่ม และคอยสังเกตบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่ม รวมทั้งให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มมีความภาคภูมิใจในผลงานของกลุ่ม

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน (13 – 14 กุมภาพันธ์ 2557) ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนผู้ปกครอง กรรมการศูนย์เด็กเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรจาก รพ.สต. เจริญ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากอบต. และพระสงฆ์ รวม จำนวน 30 คน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับการวิเคราะห์องค์กร ตามแนวทาง สวอท (SWOT) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation-A)

เป็นขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และเป็นประชาธิปไตยวิทยากรจะใช้กิจกรรมสนทนากลุ่ม จัดขึ้นเพื่อละลายพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการประชุม และสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมกับวิทยากร พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการประชุมโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 คือ วิเคราะห์สถานการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปัจจุบันโดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 7 - 10 คน กลุ่มแรกเป็นครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการศูนย์เด็กและพระสงฆ์ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มผู้ปกครอง และ กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มภาคีเครือข่ายได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรจาก รพ.สต.เจริญ อาสาสมัครสาธารณสุข และอบต.เจริญ โดยแต่ละกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์สภาพการณ์ของศูนย์ฯ ปัญหาต่างๆ ของศูนย์ฯ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ สุขภาพช่องปาก โภชนาการ และพัฒนาการของเด็ก หลังจากนั้นวิทยากรให้กลุ่มได้ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ภาพในอดีต และปัจจุบันของสภาพปัญหาโรคฟันผุ โดยให้รวมประเด็นที่ซ้ำกันไว้ และประเด็นที่ไม่ซ้ำกันนำมารวมให้ครบทุกข้อ ซึ่งสรุปภาพรวมได้ดังนี้



จากการระดมความคิดและบทสนทนาดังกล่าวนำมาสรุปประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้

1. ปัญหาสำคัญที่พบคือ เด็กเล็กมีอัตราการเกิดโรคฟันผุมากขึ้น ส่งผลทำให้ ศูนย์ฯ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ
2. สาเหตุของปัญหาโรคฟันผุในเด็ก เกิดจากสาเหตุหลัก 5 ข้อ ดังนี้
 - 2.1 ประสิทธิภาพและความสม่ำเสมอในการทำความสะอาดฟันเด็ก
 - 2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก
 - 2.3 ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก
 - 2.4 การจัดระบบให้บริการป้องกันและรักษาทางทันตกรรมไม่ครอบคลุม
 - 2.5 บทบาทและความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กไม่ชัดเจน

A2 คือ กำหนดภาพฝันอนาคต (วิสัยทัศน์) ซึ่งเป็นภาพอันพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเฉนียงเป็นอย่างไร ขึ้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น จินตนาการโดยใช้การวาดภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่ไม่ถนัดในการ พูด การเขียน สามารถสื่อสารได้ จากนั้นวิทยากรจะให้แต่ละกลุ่มช่วยกันอธิบายภาพที่ตนเองวาดและเปิดโอกาสให้กลุ่มอื่นๆซักถามข้อมูลจากภาพ จากนั้นจะเป็นการสรุปรวมภาพของแต่ละกลุ่มมาเป็นภาพ ที่เกิดจากแนวคิด ความต้องการของผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence - I)

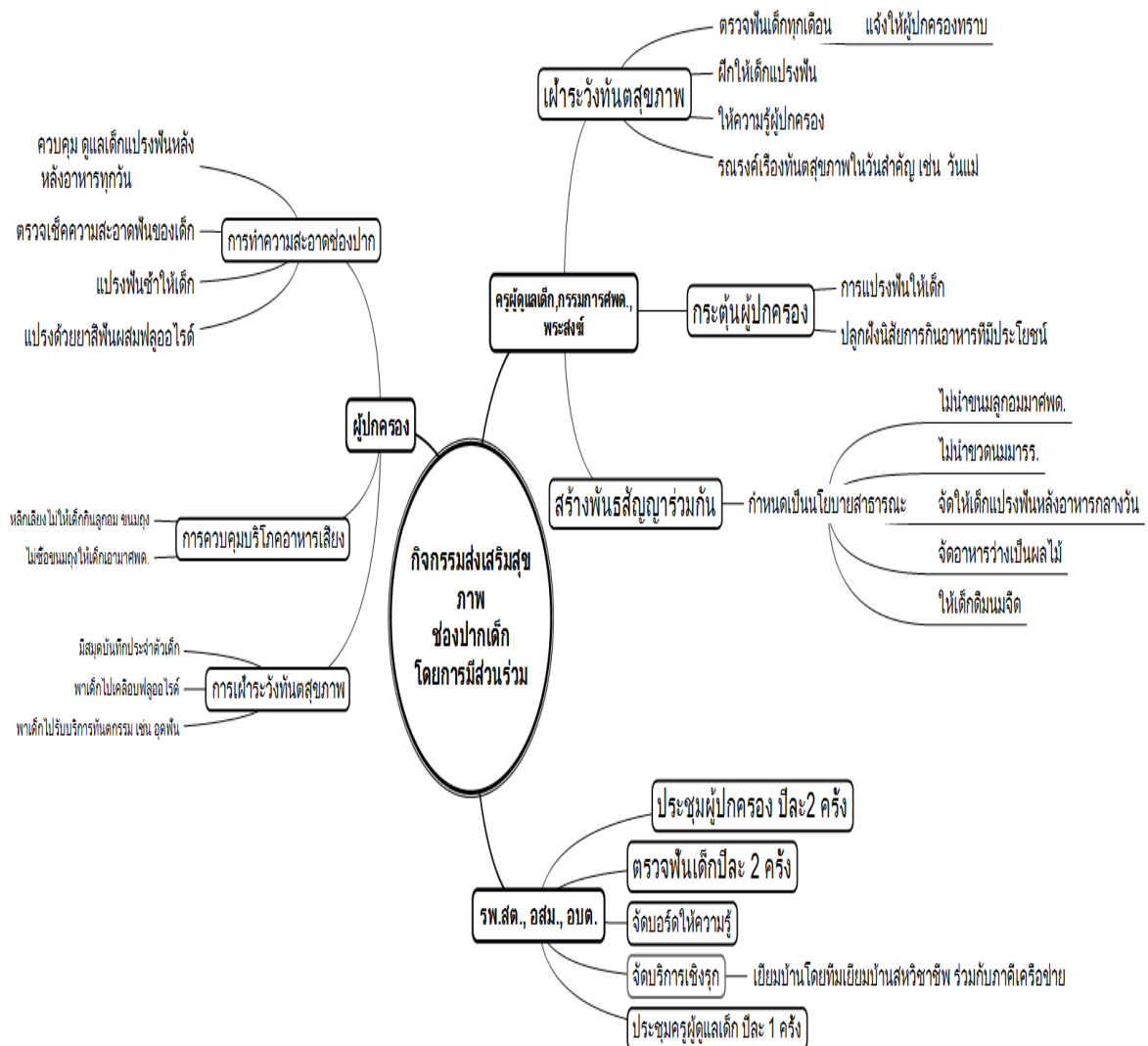
เป็นขั้นตอนในการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้ช่วยกันกำหนดในขั้นตอน A2 สำหรับขั้นตอนนี้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะแสดงความคิดเห็นได้ว่า วิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุภาพฝันอนาคต (วิสัยทัศน์) ร่วมกันหรืออุดมการณ์ร่วมกันนั้นประกอบด้วยอะไรบ้าง ทำอย่างไรจึงจะสามารถไปถึงภาพฝันนั้น โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ I1 กับ I2 ดังนี้

I1 คือ ภารกิจการคิดกิจกรรม/โครงการ ที่จะทำให้เกิดภาพพึงประสงค์

จากการระดมความคิด ทั้ง 3 กลุ่มได้คิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก ตามบทบาทหน้าที่ของตนว่าจะทำอะไรเพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์คือ เด็กมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีและ การดำเนินงานสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ผลการประชุมในขั้นตอน I1 ภารกิจการคิดกิจกรรมหรือสิ่งที่จะทำให้ บรรลุเป้าหมายหรือเกิดภาพที่พึงประสงค์ ที่ทั้ง 3 กลุ่ม ได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์ และสรุปกิจกรรมที่จะดำเนินการ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก และสามารถแก้ปัญหาโรคฟันผุในระยะยาวได้ สรุปรายละเอียดการนำเสนอกิจกรรมของแต่ละกลุ่มมีดังนี้





ภาพประกอบ 4.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอน 12

12 คือ การจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โดยแบ่งลักษณะโครงการออกเป็น 3 ประเภท และยึดหลักการแบ่ง ดังนี้

กิจกรรม/โครงการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน ทำเองได้

กิจกรรม/โครงการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน ต้องการความร่วมมือ หรือสนับสนุนจากองค์กรภายนอก

กิจกรรม/โครงการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือจากภาครัฐหรือเอกชน



การรวบรวมประเด็นกิจกรรมที่ทั้ง 3 กลุ่ม นำเสนอ และนำมาจัดกลุ่มเพื่อสรุปเป็นกิจกรรมที่สมาชิกต้องการให้มีการดำเนินงานโดยรวมทั้งหมดว่ามีอะไรบ้าง ก่อนที่จะนำข้อมูลกิจกรรมที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการเขียนแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อแก้ปัญหาโรคฟันผุ วิทยาการได้ใช้หลักการวิเคราะห์ห้วงค์กร ตามแนวทางสวอท (SWOT) มาร่วมพิจารณาเพื่อให้สมาชิกในที่ประชุมได้ช่วยกันคิดทบทวนถึงสิ่งดีๆ ซึ่งนับเป็นต้นทุนเดิมที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งข้อจำกัดที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชนแห่งนี้เคยร่วมมือกันทำงานมาโดยตลอดแม้ว่าที่ผ่านมายังไม่เคยได้ร่วมมือกันทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากก็ตาม โดยให้ที่ประชุมร่วมกันค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน จากปัจจัยภายในองค์กร และร่วมพิจารณา โอกาส และอุปสรรคต่อการดำเนินงาน จากปัจจัยภายนอกองค์กร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ สามารถใช้ศักยภาพของชุมชน จุดแข็ง และโอกาส มากำหนดในการจัดทำแผนงานโครงการได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังสามารถใช้ผลการวิเคราะห์มากำหนดกิจกรรมที่จะปิดจุดอ่อน รวมทั้งลดอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และที่บ้านของเด็ก เช่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ยังมีเด็กเล็กจำนวนมากที่พ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่นเด็กต้องอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งทำให้บางครั้งได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม กิจกรรมที่จะปิดจุดอ่อนข้อนี้ คือ การเยี่ยมบ้านโดยใช้โอกาส คือ ความร่วมมือของชุมชนทั้ง อสม. รพ.สต. ผู้ปกครองมาตั้งเป็น ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ SWOT เพื่อค้นหาปัจจัยภายในองค์กร โดยใช้หลัก 4 M ได้แก่ Man Money Materials Management ส่วนการค้นหาปัจจัยภายนอกองค์กร วิเคราะห์ตามแนวทาง PEST ได้แก่ Political Economic Socio-culture Technological รายละเอียดดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 การวิเคราะห์ SWOT เพื่อค้นหาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกองค์กรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

ปัจจัยภายใน	ปัจจัยภายนอก
ประกอบด้วย	ประกอบด้วย
1) Man บุคลากร จำนวนครูผู้ดูแลเด็ก	1) Political and Legal Factors ประกอบด้วย นโยบายศูนย์เด็ก เกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ
2) Money ประกอบด้วย งบประมาณ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเครือข่าย	2) Economic Factors ประกอบด้วย ภาวะทางเศรษฐกิจ การจ้างงาน
3) Materials ประกอบด้วย วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคารสถานที่ ฯลฯ	3) Socio-culture Factors ประกอบด้วย ความต้องการของผู้ปกครอง การศึกษา อาชีพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี
4) Management ประกอบด้วย ฐานข้อมูลและสารสนเทศ ระบบการวางแผนและประเมินผล การสื่อสารภายใน การสร้างเครือข่าย ฯลฯ	4) Technological Factors ประกอบด้วยนวัตกรรม ความมีอยู่ของเทคโนโลยี และการเข้าถึง



ตาราง 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยภายใน	ปัจจัยภายนอก
จุดแข็ง - จำนวนครูผู้ดูแลเด็กเพียงพอ สัดส่วนครูต่อจำนวนเด็กอยู่ในเกณฑ์คือไม่เกิน 1 ต่อ 25 - มีงบประมาณจ้างผู้ประกอบอาหารกลางวันและจัดอาหารว่างให้ได้ - ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากพระสงฆ์วัดบ้านเนินง สมำเสมอ - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีอาคารสถานที่เพียงพอ มีห้องเรียนขนาดกว้างขวาง มีห้องน้ำเพียงพอ มี ห้องประกอบอาหาร มีสถานที่รับประทานอาหารเหมาะสม มีสถานที่แปรงฟันสวยงาม สะอาดและมีขนาดเหมาะสม มีน้ำประปาสำหรับเด็กในการล้างหน้า แปรงฟันอย่างดี - มีความร่วมมือจากเครือข่ายที่เข้มแข็ง ได้แก่ อสม. รพสต. พระสงฆ์ อบต. คณะกรรมการศูนย์เด็กเล็ก เครือข่ายผู้ปกครอง	โอกาส - มีนโยบายให้ศูนย์เด็ก พัฒนาตนเอง และสามารถประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ - มีทันตบุคลากรย้ายมาประจำที่ รพสต. เน้นการทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก และการจัดบริการทันตกรรมและทันตกรรมป้องกัน สามารถทำได้ครอบคลุมมากขึ้น - ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่พร้อมให้ความร่วมมือกับครูผู้ดูแลเด็กในการจัดกิจกรรมต่างๆในศูนย์ - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้มแข็ง พร้อมให้ความร่วมมือ - มีเทคโนโลยีทันสมัยเช่น โทรศัพท์ วิดีโอ เป็นสื่อการเรียนการสอนครบทุกห้องเรียน
จุดอ่อน - การจัดทำฐานข้อมูลสถานะสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กยังไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง - ระบบการวางแผนการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก และการประเมินผลไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม ยังไม่มีการนำข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่ได้จากการตรวจแต่ละเทอมมาวิเคราะห์และใช้ในการวางแผนแก้ปัญหา - ครุยังไม่ผ่านการอบรมการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กทุกคน ครูไม่มีทักษะในตรวจฟันและ การฝึกแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้เด็ก - เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ - ระบบการเฝ้าระวังทันตสุขภาพและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นภาระของครูผู้ดูแลเด็กฝ่ายเดียว	อุปสรรค (ภัยคุกคาม) - ปู่ ย่า ตา ยาย ชอบตามใจเด็กปล่อยให้เด็กกินขนมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากเป็นประจำ - ยังมีเด็กเล็กจำนวนมากที่พ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่น ต้องอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งทำให้บางครั้งได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม เช่นการตามใจเด็กเรื่องการบริโภคขนมเสี่ยง ไม่เข้มงวดในเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน - มีร้านค้า ร้านสะดวกซื้อจำนวนมากในหมู่บ้าน ทำให้เด็กเข้าถึงหรือเรียกร้องให้ผู้ปกครองซื้อได้ง่าย - เทคโนโลยีที่ทันสมัยส่งผลให้การโฆษณาสินค้าทำได้หลากหลายรูปแบบและทำให้เด็กเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะขนมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของเด็ก เป็นสาเหตุให้เด็กมีการบริโภคขนมเสี่ยงมากขึ้น - ผู้ปกครองยังมีความเชื่อ/ เจตคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลรักษาฟันน้ำนมของเด็กเล็ก เช่นเชื่อว่าโรคฟันผุเกิดขึ้นตามพันธุกรรมของพ่อแม่ ฟันของเด็กจะดีขึ้นอยู่กับตัวเด็กเอง เป็นต้น



จากนั้นให้ที่ประชุมพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่เสนอไว้ในวันแรกโดยมีการตั้งชื่อโครงการให้มีความเหมาะสม และเป็นโครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริง ทั้งหมด จำนวน 4 โครงการ ต่อจากนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญของโครงการ/กิจกรรม ซึ่งผลการจัดลำดับมีดังนี้

โครงการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน ทำเองได้ ได้แก่

1. โครงการเด็กเล็กฟันสะอาด ด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดขูดนมและขนมที่เป็นเป็นโทษต่อฟัน

โครงการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน ต้องการความร่วมมือหรือสนับสนุนจากองค์กรภายนอก

1. โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง

2. โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control - C)

คือ การกำหนดแผนปฏิบัติการ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งจะมีผู้รับผิดชอบโครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ C1 และ C2 ดังนี้

C1 คือ การแบ่งความรับผิดชอบและกำหนดตัวผู้รับผิดชอบกิจกรรม/โครงการ

C2 คือ การตกลงในรายละเอียดวิธีการดำเนินงาน

ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชัดเจน วิทยากรได้ลำดับขั้นตอนไว้ 2 ขั้นตอน คือ 1) การแบ่งความรับผิดชอบและกำหนดตัวผู้รับผิดชอบกิจกรรม/โครงการ (C1) ให้เป็นขั้นตอนที่จะระบุผู้รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงาน 2) การตกลงในรายละเอียดวิธีการดำเนินงาน (C2) ทั้งนี้ในระหว่างการเสนอความคิดและเสนอกิจกรรมนั้น ทุกคน ทุกกลุ่มมีส่วนร่วมเสนอและร่วมเป็นเจ้าของกิจกรรม ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับ กิจกรรมที่จัดลำดับความสำคัญไว้มีความเหมาะสมและครบถ้วน ตามประเด็นสาเหตุของปัญหาแล้วหรือไม่ เพื่อให้การจัดทำโครงการครอบคลุมกิจกรรมที่ทุกคนร่วมกันคิดไว้ รวมทั้งสามารถวัด ติดตาม และประเมินผลได้ชัดเจน จึงให้ที่ประชุมร่วมกันกำหนดประเภทของโครงการเพื่อไม่ให้มีจำนวนโครงการมากเกินไปและร่วมกันตั้งชื่อโครงการให้สามารถสื่อถึงรายละเอียดกิจกรรมภายใต้โครงการนั้นๆ ได้ชัดเจน โดยกำหนดไว้ว่าในหนึ่งโครงการอาจมีหลายกิจกรรมก็ได้ ดังนั้นวิทยากรได้ เสนอให้ที่ประชุมพิจารณากรอบการเขียนโครงการ โดยให้ระบุรายละเอียด ตั้งแต่วัตถุประสงค์ กิจกรรมย่อย กำหนดระยะเวลาดำเนินการ วิธีประเมินให้ชัดเจน รวมทั้งให้มีผู้รับผิดชอบหลัก และผู้ร่วมรับผิดชอบ ส่วนงบประมาณให้ระบุแหล่งที่มา ของงบประมาณ สำหรับโครงการ/กิจกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณให้สามารถดำเนินการได้ทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมวิทยากรจึงได้ให้ทุกคนพิจารณาว่าตนเองจะสามารถเข้าร่วมรับผิดชอบในโครงการ/กิจกรรมใดบ้าง รวมทั้งให้สามารถเสนอชื่อผู้ที่เหมาะสมที่จะร่วมรับผิดชอบกิจกรรม/โครงการต่างๆ เมื่อพิจารณาแล้วให้ลงชื่อในท้ายกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งผลการประชุม ขั้นตอน C1 - C2 ได้รายละเอียดกิจกรรมแต่ละโครงการดังนี้



โครงการ/ กิจกรรม ที่ได้จากการประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC)
 จากขั้นตอนการประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ตามกระบวนการ (AIC)
 ร่วมกับการวิเคราะห์ องค์กร ตามแนวทาง SWOT ทำให้เกิดมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ทั้งนี้ได้มีการจัดทำโครงการ จำนวน 4 โครงการ รายละเอียด
 ดังตาราง 4.12

ตาราง 4.12 โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กที่ได้จากการประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม

โครงการ/ วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินงาน	วิธีการ ประเมิน	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
1.โครงการเด็กเล็กฟัน สะอาด ด้วยการแปรง ฟันที่บ้านและที่ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก <u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อให้เด็กทุกคนมี ฟันสะอาดและมี อนามัยช่องปากที่ดี 2.เพื่อให้เด็กแปรง ฟันทุกครั้งหลังอาหาร และ ก่อนนอนทุกวัน	<u>ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</u> - กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร กลางวันทุกวัน-ทุกคน - ครูผู้ดูแลเด็กควบคุมและแปรง ฟันซ้ำในกลุ่มเด็กที่ยังไม่สามารถ แปรงเองได้ - ตรวจสอบความสะอาดหลังการแปรง ฟันทุกวัน - จัดสถานที่แปรงฟันและตรวจ อุปกรณ์การแปรงฟัน ได้แก่ ยาสี ฟัน แปรงสีฟัน และแก้วน้ำให้ครบ ทุกคนทั้งจำนวน คุณภาพ และ การจัดเก็บอุปกรณ์การแปรงฟัน <u>ที่บ้าน-ผู้ปกครอง</u> - ให้เด็กแปรงฟันตอนเช้า และ ก่อนนอนทุกวัน - ผู้ปกครองควบคุมการแปรงฟัน และแปรงฟันซ้ำให้เด็ก - ตรวจสอบความสะอาดหลังการแปรง ฟันทุกครั้ง - จัดอุปกรณ์การแปรงฟัน ได้แก่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน และแก้วน้ำ ให้เหมาะสม	เริ่ม ดำเนินการ ทันที ก.พ. – พ.ค. 57	-จากแบบ เช็คความ สะอาดฟัน เด็ก ประจำวัน	ครูผู้ดูแลเด็ก ทุกห้องเรียน	-
		เริ่ม ดำเนินการ ทันที กพ. – พค. 57	-จากสมุด บันทึก สุขภาพฟัน เด็กรายการ ตรวจความ สะอาดฟัน - ครูสังเกต ความสะอาด ของฟันเด็ก ทุกวัน - วัดอนามัย ช่องปากเด็ก หลังสิ้นสุด โครงการ	ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยประเมิน อนามัยช่อง ปาก	-



ตาราง 4.12 (ต่อ)

โครงการ/ วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินงาน	วิธีการประเมิน	ผู้รับผิดชอบ	งบ ประมาณ
	<u>มาตรการ (ต่อ)</u> 2 ครั้งที่ 2 แจกกรรมการศูนย์ฯ ให้เป็นผู้ตักเตือนและให้ครูยึดขนม 3 ครั้งที่ 3 พระสงฆ์เป็นผู้เจรจากับผู้ปกครองโดยจะขอปรับพฤติกรรม 4.2 กำหนดมาตรการหากมีรถเร่ มาขายขนมให้เด็กหน้าศูนย์ฯ <u>มาตรการ</u> 1. ไอสกริมให้ซื้อได้สัปดาห์ละ 2 วัน (เฉพาะวันจันทร์ และศุกร์). 2. ลูกชิ้นให้ซื้อได้ 3. ให้ผู้ปกครองมารับเด็กข้างในศูนย์แล้วพาขึ้นรถกลับบ้านไม่ต้องแวะซื้อไอศกริม. 5. จัดมุมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก - จัดหาสื่อการเรียนการสอนความรู้เรื่องการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน สอนนิทานทันตสุขภาพ สื่อวาดภาพพระบิณฑบาต - เชิญปราชญ์ในชุมชนหรือผู้ปกครองมาเล่านิทานประวัติของเล่นเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการ - จัดโปสเตอร์ แผ่นพับความรู้ในเรื่องรายการอาหารประเภทขนมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุประเภทขนมเสี่ยงสูง ปานกลาง น้อย ให้ครูและผู้ปกครองมีความรู้และตระหนักในการเลือกซื้อให้เด็ก	ดำเนินการทันที ก.พ.- พ.ค. 57	มีรายละเอียดข้อตกลงที่เกิดจากทุกฝ่ายร่วมกันพิจารณา - ประเมินจากสื่อการสอนโปสเตอร์ แผ่นพับความรู้ ประเมินจากโปสเตอร์ แผ่นพับความรู้	จนท.รพ.สต. ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง กรรมการศูนย์ จนท.รพ.สต. ครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการศูนย์ ปราชญ์ในชุมชน ผู้วิจัย จนท.รพ.สต.	-



ตาราง 4.12 (ต่อ)

โครงการ/ วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินงาน	วิธีการประเมิน	ผู้รับผิดชอบ	งบ ประมา ณ
3. โครงการพัฒนา ศักยภาพชุมชนในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กเล็กในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้าน เจนีเยง <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง อสม.และกรรมการ ศูนย์ มีความรู้ด้าน ทันตสุขภาพ 2. เพื่อให้ ครู อสม. และผู้ปกครอง มี ทักษะการตรวจฟัน และการแปรงฟันให้ เด็ก 3. เพื่อให้ชุมชนมี บทบาทและสามารถ ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก และในชุมชนได้ อย่างเหมาะสม	1.จัดอบรมให้ความรู้ด้าน ทันตสุขภาพแก่ครู ผู้ปกครอง อสม.และ กรรมการศูนย์ 2.ฝึกทักษะการตรวจฟันและ การแปรงฟันแก่ครู ผู้ปกครองและ อสม. 3.จัดกิจกรรมหนูน้อยฟัน สวย 4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล ฟันเด็กจากครอบครัว ตัวอย่าง 5.จัดตั้งทีม CCOHNet (Chaneng Child Oral Health Net work) เยี่ยม บ้าน เพื่อช่วยกันดูแลเด็ก กลุ่มเสี่ยง (กำหนดรายชื่อ ครู ผปค. อสม กรรมการ ศูนย์ จนท.รพ.สต.) 6. รณรงค์หนูน้อยรักษฟัน ตาม วาระวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเด็ก วันปีใหม่ วัน แม่ เป็นต้น.	พ.ค. 57 พ.ค. 57 เม.ย. 57 เม.ย. 57 เม.ย – พค. 57 เม.ย. 57 วันสงกรานต์	- แบบทดสอบ ความรู้ ก่อนและ หลังอบรม - จากการสังเกต การปฏิบัติหลัง ได้รับการฝึกทักษะ - ความพึงพอใจใน การเข้าร่วม กิจกรรม - มีครอบครัว ตัวอย่างด้านการ ดูแลฟันเด็ก - รายชื่อทีมเยี่ยม บ้าน - ตารางเยี่ยมบ้าน - ผลสรุปการเยี่ยม บ้าน - ความพึงพอใจใน การเข้าร่วม กิจกรรม	รพ.สต. ศพด. . รพ.สต. รพสต. ชุมชน รพสต. ชุมชน รพ.สต. อสม กรรมการ ศูนย์ฯ ที่เป็นทีม เยี่ยมบ้าน รพ.สต. ศพด. อสม. กรรมการ ศูนย์ฯ ชุมชน	กองทุน ตำบล (สปสช.)



ตาราง 4.12 (ต่อ)

โครงการ/ วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินงาน	วิธีการ ประเมิน	ผู้รับผิดชอบ	งบ ประมาณ
4.โครงการเฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัด บ้านเนินยง <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้เด็กได้รับ การเฝ้าระวังทันต สุขภาพอย่างเป็น ระบบ 2. เพื่อให้ครู ผู้ปกครอง เข้าใจ หลักการเฝ้าระวังทันต สุขภาพและทราบ บทบาทหน้าที่และ แนวทางปฏิบัติ ตามระบบเฝ้าระวัง ทันตสุขภาพของเด็ก ก่อนวัยเรียน	1.ประชุมผู้ปกครอง ปีละ 2 ครั้ง 2.กิจกรรมตรวจสุขภาพ ช่องปาก ปีละ 2 ครั้ง 3.จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปาก 4.ทาฟลูออไรด์วานิช ป้องกันฟันผุให้เด็กทุกคน ปีละ 1 ครั้ง - เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ทาฟลูออไรด์วานิชป้องกัน ฟันผุปีละ2ครั้ง 5.จัดระบบบริการและ ระบบส่งต่อเพื่อให้การ รักษาเด็กที่มีปัญหา โรคฟันผุ 6.ติดตามประเมินสภาวะ ช่องปากเด็กและแจ้ง ผู้ปกครอง	พ.ค. 57 และ ต.ค. 57 มิ.ย., ธ.ค.57 ก.พ.- พ.ค. 57 มิ.ย. 57 มิ.ย. ธ.ค.57 ก.พ-พ.ค.57 ก.พ-พ.ค.57 -ตาราง ปฏิบัติงาน และสมุดนัด ของ รพ.สต. - สมุดบันทึก ประจำตัวเด็ก	- จากรายงาน การประชุม - จากแบบ รายงาน ทอ.02 - จากสถานที่ แปรงฟัน - อุปกรณ์การ แปรงฟัน - มุมสื่อทันต สุขภาพ - จากสมุด บันทึกการรับ บริการ -แบบบันทึก การส่งต่อ สมุดบันทึก ประจำตัวเด็ก -ตาราง ปฏิบัติงาน และสมุดนัด ของ รพ.สต. - สมุดบันทึก ประจำตัวเด็ก	รพ.สต.เนินยง รพ.สต. เนินยง ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก รพ.สต. เนินยง ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก รพ.สต. ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก รพ.สต.	กองทุน ตำบล สปสช

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

ขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามโครงการ/กิจกรรม ที่ได้จากกระบวนการวางแผน
อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละโครงการ/กิจกรรม จะระบุรายละเอียด วิธีดำเนินการ ระยะเวลา
การดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และวิธีประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้า และเพื่อทราบปัญหา อุปสรรค
ระหว่างดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอ การปฏิบัติ พร้อมกับการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ
ตามโครงการ/กิจกรรม ซึ่งได้ระบุไว้ในตารางโครงการดังที่ได้นำเสนอข้างต้นแล้ว รายละเอียดดังนี้



โครงการที่ 1 โครงการเด็กเล็กฟันสะอาด ด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

โครงการนี้การดำเนินงาน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การดำเนินกิจกรรมที่บ้าน และการดำเนินกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เด็กทุกคนมีฟันสะอาด และมีสภาวะอนามัยช่องปากที่ดี ทั้ง 2 ส่วนนี้สามารถดำเนินการได้ทันที

ส่วนที่ 1 การดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันที่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็กแจ้งให้ผู้ปกครองเป็นผู้ควบคุมกำกับให้เด็กในปกครองของตน แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ ตอนเช้าก่อนไปโรงเรียน เมื่อได้รับประทานอาหารเช้าเสร็จแล้วเด็กจะต้องแปรงฟันและผู้ปกครองจะตรวจความสะอาดและแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ตอนเย็นหลังรับประทานอาหารเช้า ให้เด็กแปรงฟันทุกครั้ง หากเด็กมีการกินขนม ช่วงหลังอาหารเย็นอีก ก่อนนอนเด็กจะต้องแปรงฟันให้สะอาดอีกครั้ง และผู้ปกครองต้องแปรงฟันซ้ำให้เด็กพร้อมมีการบันทึกความสะอาดของฟันเด็กลงแบบบันทึกความสะอาดฟันหลังแปรงฟันทุกครั้ง ทั้งนี้ให้ผู้ปกครองให้ความสำคัญและเข้มงวดในการแปรงฟันช่วงเช้าหลังอาหารเช้าและก่อนนอนทุกวัน

ส่วนที่ 2 การดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งครูผู้ดูแลเด็กจะจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันอยู่แล้ว สิ่งที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้นคือครูผู้ดูแลเด็กควบคุมให้เด็กทุกคนแปรงฟันและให้มีการแปรงฟันซ้ำในกลุ่มเด็กที่ยังไม่สามารถแปรงเองได้และเด็กกลุ่มเสี่ยงคือเด็กที่มีฟันผุและฟันเริ่มผุหลายซี่ รวมทั้งเด็กที่มีสภาวะอนามัยช่องปากไม่ดี และหลังการแปรงฟันต้องมีการตรวจความสะอาดและบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึกหลังการแปรงฟันทุกวัน

การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ

จากการสังเกต ผลการดำเนินงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยได้เข้าไปเยี่ยมศูนย์ฯ ในช่วงเวลาที่เด็กได้รับประทานอาหารกลางวันเสร็จแล้ว โดยไม่แจ้งให้ครูผู้ดูแลเด็กทราบล่วงหน้า พบว่าครูพาเด็กแปรงฟันหลังอาหาร และตรวจความสะอาดฟันให้เด็กทุกคน จากการสัมภาษณ์ ครูผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูลว่า ครูไม่สามารถแปรงฟันซ้ำให้เด็กได้ทุกคน คุณครูจะใช้วิธีพาเด็กแปรงฟัน โดยการแปรงฟันให้เด็กดู และแปรงไปพร้อมๆ กับเด็ก แล้วคอยสังเกตว่าเด็กคนไหนที่เอาแต่เล่นไม่ยอมแปรงเองถึงจะแปรงฟันซ้ำให้เด็ก จากนั้นจะตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันและคอยสังเกตเด็กคนไหนที่ฟันไม่สะอาดหรือเด็กที่มีฟันผุหลายซี่จะคอยดูแลเข้มงวดกว่าเด็กทั่วไป ส่วนการจัดสถานที่แปรงฟันและตรวจอุปกรณ์การแปรงฟัน ได้แก่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน และแก้วน้ำ พบว่าเด็กทุกคนมีอุปกรณ์การแปรงฟันครบทุกคน ที่ห้องเรียนมีการจัดทำที่เก็บอุปกรณ์การแปรงฟันอย่างเป็นระเบียบสวยงาม

ส่วนการปฏิบัติของเด็กและผู้ปกครองโดยการแปรงฟันที่บ้าน ประเมินโดยใช้ แบบบันทึกสำหรับตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน ก่อนดำเนินงานครูประจำชั้นได้ชี้แจงให้ผู้ปกครองบันทึกการแปรงฟันและตรวจความสะอาดของฟันลงในแบบบันทึกการแปรงฟันที่บ้านทุกวัน และส่งแบบบันทึกให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 2 เดือน นอกจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มสอบถามเด็กซึ่งข้อมูลที่ได้อีกได้แปรงฟันทุกวันตอนเช้าและหลังอาหารตอนเย็น แต่การแปรงฟันก่อนนอนยังมีผู้ปกครองเด็กบางคนที่ไม่ได้ควบคุมเด็กให้แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ปัญหานี้ได้แก้ไขโดยบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านของ รพสต. เฉนียง และทีมเยี่ยมบ้านตามโครงการฯ โดยได้เน้นย้ำให้ผู้ปกครองเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินขนมหรือเครื่องดื่มผสมน้ำตาลหลังอาหารเย็น



ถ้ายังการมีบริโภคจะต้องให้เด็กแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และให้ผู้ปกครองแปรงฟันซ้ำให้เด็ก และตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันทุกวัน

โครงการที่ 2 โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดขวดนมและขนมที่เป็นโทษต่อฟัน

โครงการศูนย์เด็กปลอดขวดนมและขนมที่เป็นเป็นโทษต่อฟันมีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เด็กได้รับประทานอาหารกลางวันและอาหารว่างที่เหมาะสม เพื่อสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพช่องปาก เนื่องจากโครงการนี้เกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายจึงมีการกำหนดให้ทุกฝ่ายได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง กรรมการศูนย์ พระสงฆ์วัดบ้านฉะเชิงเทรา อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉะเชิงเทรา ร่วมกันรับผิดชอบโครงการ และเป็นโครงการที่สามารถดำเนินการได้ทันที มีการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรมกิจกรรมได้แก่ 1) กำหนดนโยบายสาธารณะหรือพันธะสัญญาหรือข้อตกลงร่วมกัน ในประเด็นการควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ 2) จัดทำ/ติดป้าย นโยบายสาธารณะที่ศูนย์เด็กเล็ก ให้ผู้ปกครองทุกคนรับทราบและถือปฏิบัติทุกคน 3) กำหนดเมนูอาหารกลางวันร่วมกัน รวมทั้งอาหารว่างที่เป็นผลไม้ตามฤดูกาลอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ 4) กำหนดมาตรการหากผู้ปกครองฝ่าฝืนข้อตกลง นำขนมกรุบกรอบ หรือขวดนมมาที่ศูนย์ 5) จัดมุมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ

จากการประเมินพบว่า มีการจัดทำนโยบายสาธารณะด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยมติของชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น นโยบายดังกล่าวมี 6 ข้อ เขียนไว้ดังนี้

1. งดนำ ขนม ลูกอม ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. ไม่นำขวดนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. ให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน
4. จัดอาหารว่างควรเน้นเป็นผลไม้
5. ให้เด็กดื่มนมจืด แทน นมหวาน หรือ นมเปรี้ยว
6. จัดให้เป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดน้ำอัดลม

ในการจัดทำป้ายนโยบายดังกล่าวคณะกรรมการศูนย์ ผู้ปกครองและเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำป้ายนโยบายสาธารณะ วัดบ้านฉะเชิงเทราเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ และดำเนินการติดป้ายที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเป็นการประกาศให้ผู้ปกครองทุกคนรับทราบ และถือปฏิบัติทุกคน นอกจากนั้นทางศูนย์ยังได้ทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองให้รับทราบนโยบายรวมทั้งข้อตกลงถ้ามีการฝ่าฝืนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ที่ประชุมได้พิจารณาอย่างละเอียดเนื่องจากมีข้อกังวลว่าจะมีผู้ปกครองบางรายไม่ปฏิบัติตาม โดยอ้างว่าเด็กไม่ยอมมาเรียนหากไม่ซื้อขนมให้ จึงได้มีการกำหนดขั้นตอนในส่วนมาตรการควบคุมหากมีการฝ่าฝืนเกิดขึ้น ว่าในทางปฏิบัติจะอย่างไร โดยได้ข้อสรุปว่าถ้าผู้ปกครองให้เด็กนำขนมเสี่ยงหรือขวดนมมาที่ศูนย์ฯ ครั้งแรกครูผู้ดูแลเด็กจะเป็นผู้ตักเตือน หากมีการกระทำอีกให้กรรมการศูนย์จะเป็นผู้ชี้แจง และคุยกับผู้ปกครองให้ทราบ ถ้ายังมีการกระทำอีกทางพระสงฆ์เป็นผู้เสนอว่าท่านจะขอใบเตือนตนเอง จึงเป็นข้อยุติและได้เป็นมาตรการควบคุมดังกล่าวออกมา ส่วนการ กำหนดเมนูอาหารกลางวันและอาหารว่างที่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการอาหารให้ข้อมูลว่า เมนูอาหารคุณครูและนักวิชาการศึกษาจากองค์การบริหารส่วนตำบลฉะเชิงเทรา ร่วมกัน



กำหนด รายการอาหาร และคุณครูเป็นผู้จัดซื้อวัตถุดิบมาให้ตนเป็นผู้ประกอบอาหาร ต่อมาระยะหลังนี้ ส่วนใหญ่ตนจะเป็นคนไปจ่ายตลาดเอง ในทางปฏิบัติบางวันไม่สามารถซื้อวัตถุดิบตามรายการอาหารที่กำหนดได้ ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม กับข้าวที่ทำให้เด็กส่วนใหญ่ทำเสร็จได้อยู่แล้วเช่น แกงจืด ผัดผักใส่หมูเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ไม่ให้เด็กเบื่อ ไม่มีหวาน มัน เค็ม ส่วนอาหารว่างจะเป็นผลไม้ อย่างน้อย มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ผลไม้ส่วนใหญ่ได้แก่ แอปเปิล พุทราลูกใหญ่ ฝรั่งนำมาล้างและหั่นชิ้นเล็กๆ เตรียมให้เด็กตอนเวลาประมาณ 14.00 น. มีขนมไทยที่ซื้อจากตลาดบ้าง เช่น ขนมชั้น ขนมกล้วย ส่วนกิจกรรม การจัดมุมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ผ่านมามีสื่อ ด้านทันตสุขภาพ ปัจจุบันได้รับการสนับสนุนสื่อประเภท โปสเตอร์ นิทาน โมเดลแปรงฟัน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ทำให้มีสื่อหลากหลายได้ใช้สอนเด็กนอกจากนั้นผู้วิจัยได้ แนะนำช่องทาง และวิธีการจัดหาสื่อการสอนแก่ครูผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถค้นหาสื่อการเรียนการสอน ประเภท บทความ นิทาน เพลง และรูปภาพด้านทันตสุขภาพศึกษาจาก เว็บไซต์ ของสำนักงานสาธารณสุข กรมอนามัย และเว็บไซต์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการประดิษฐ์ของเล่นเด็กโดยให้ผู้สูงอายุหรือปราชญ์ใน ชุมชนมาสอนหรือทำให้เด็กเล่นเพื่อเสริมพัฒนาการ คุณครูให้ข้อมูลว่าเมื่อก่อนเคยมี แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ผู้สูงอายุเหล่านั้นท่านชรามากแล้วบางรายก็เสียชีวิตไปแล้ว จึงให้กรรมการศูนย์และผู้ปกครองพิจารณา ว่า ในชุมชนจะมีส่วนร่วมในเรื่องนี้อย่างไรให้เด็ก

โครงการที่ 3 โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิยง

โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กเป็น โครงการที่ร่วมกันคิดเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ และสามารถตรวจฟัน เด็กได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้มีการกำหนดบทบาทและสร้างความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก โครงการดังกล่าวที่ประชุมร่วมกันพิจารณากำหนดช่วง ดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเริ่มตั้งแต่ มีนาคม – กันยายน 2557 โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเจนิยงเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำโครงการเสนอกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตำบลเจนิยง ปีงบประมาณ 2557 ซึ่งได้รับงบประมาณ ทั้งสิ้นจำนวน 20,300 บาท (สองหมื่นสามร้อย บาทถ้วน) ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 6 กิจกรรมดังนี้ 1) จัดอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และฝึก ทักษะการตรวจฟันเด็กแก่ครู ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และกรรมการศูนย์ ในเบื้องต้นทีมผู้วิจัย ได้พัฒนากลุ่มตัวแทนผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการศูนย์ฯ และทีมเยี่ยมบ้าน โดยการอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการตรวจฟันเด็กได้ รวมทั้ง สามารถใช้สื่อและอุปกรณ์การสอนทันตสุขภาพ ให้สามารถแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน แก่ผู้ปกครองคนอื่นๆ ได้ สำหรับการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองทุกคน กำหนดช่วงการอบรมผู้ปกครอง ปีละ 2 ครั้ง ในเดือนพฤษภาคม และเดือนตุลาคม 2) ฝึกทักษะการตรวจฟันและการแปรงฟันแก่ครู ผู้ปกครอง และ อสม. 3) จัดกิจกรรมหนูน้อยฟันสวยร่วมกับ 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลฟันเด็ก จากครอบครัวตัวอย่าง 5) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ต้องการให้เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่อง ปากเช่น เด็กมีฟันผุมาก เด็กที่นอนมียช่องปากไม่ดี มีแนวโน้มจะมีฟันผุลุกลาม ที่ประชุมคิดว่าทำอย่างไร จะช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ได้ ซึ่งมีผู้เสนอให้ใช้วิธีไปเยี่ยมบ้านผู้ปกครองเด็กกลุ่มดังกล่าว เนื่องจาก พิจารณาว่าเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ พ่อแม่ไปรับจ้างทำงานที่อื่นปล่อยให้ปู่ ย่า ตา ยายเป็นผู้ดูแล การจะให้ความรู้จำเป็นต้องใช้วิธีการเข้าถึงและใช้สื่อทันตสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นที่ประชุมจึงได้กำหนดวิธีการ



เยี่ยมบ้าน กำหนดทีมที่จะออกไปเยี่ยมบ้านให้ทีมดังกล่าวมาจากตัวแทนเครือข่ายสุขภาพทุกส่วน ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนกรรมการศูนย์เด็กเล็ก โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวอาสาเป็นทีมเยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้มีการเสนอชื่อคนที่เหมาะสมและมีความพร้อมให้มาอยู่ในทีม มีการแต่งตั้งทีมเยี่ยมบ้านตามรายชื่อที่ประชุมเสนอและให้ กรรมการศูนย์เด็กเล็กแจ้งให้ผู้มีรายชื่อทุกคนทราบ จากนั้นจึงกำหนดตาราง วันเวลา ในการออกเยี่ยมบ้าน กำหนดเกณฑ์การเลือกบ้านของเด็กที่จะไปเยี่ยม

การดำเนินงานกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ในการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน มีผู้เสนอให้มีชื่อเรียกเพื่อให้สื่อถึงทีมดังกล่าวว่า ไม่เหมือนการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการซึ่งจะมีหมอไปคนเดียวหรือ 2 คน ที่ประชุมมีการเสนอชื่อทีมให้มีความหมายสื่อถึงความเป็นเครือข่ายในชุมชนที่ร่วมกันดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก จึงได้ชื่อทีมเยี่ยมบ้านว่า ทีม CCOHNet (Chaneng Child Oral Health Net work) สมาชิกของทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ทันตบุคลากร และเจ้าหน้าที่ (พยาบาล /นักวิชาการสาธารณสุข) ของ รพ.สต.เจนีง อสม. กรรมการศูนย์เด็กเล็ก ตัวแทนผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ในแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านจะต้อง มีตัวแทนจากทุกฝ่ายให้เป็นทีม สหวิชาชีพ การเตรียมทีมเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีงจะอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเยี่ยมบ้าน เนื้อหาในการเยี่ยมบ้านสิ่งที่ต้องพูดคุย รวมทั้งสังเกตสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ผู้วิจัยและทันตภิบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง จะทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และสาธิตการทำทำความสะอาดฟันเด็ก ส่วน อสม. และกรรมการศูนย์ฯ พูดคุยซักถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ผ่านมาของผู้ปกครอง เพื่อไม่ให้ทีมใหญ่เกินไปซึ่งไม่สะดวกและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน จึงมีการเสนอให้ ทุกครั้งที่ออกไปเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านต้องประกอบด้วย ทันตภิบาล 1 คน ผู้ปกครองเด็ก 2 คน กรรมการศูนย์ฯ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ครู 1 คน กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลหลังคาเรือนเป็นคัมซึ่งรู้จักเจ้าของบ้านที่จะไปเยี่ยมเป็นผู้นำทาง

6) กิจกรรมรณรงค์หนูน้อยรักฟันตาม วาระวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเด็ก วันปีใหม่ วันแม่ เป็นต้น

การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ

โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีงเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 20,300 บาท จากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น (สป.สข.) ผลการดำเนินงานแยกตามรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ 1) จัดอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ผลการดำเนินงานมีผู้ปกครองเข้าร่วมอบรมจำนวน 90 คน เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคฟันในเด็กเล็ก การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การทำความสะอาดช่องปาก การฝึกทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก และความรู้เรื่องอาหารกับสุขภาพช่องปาก ผลการอบรมพบว่าก่อนอบรม ผู้ปกครองมีความรู้ผ่านเกณฑ์ผ่าน (ร้อยละ 60) จำนวน 48 คนคิดเป็นร้อยละ 53 หลังอบรม ผู้ปกครองมีความรู้ผ่านเกณฑ์ผ่าน (ร้อยละ 60) จำนวน 86 คนคิดเป็นร้อยละ 95.6 ผู้ปกครองมีทักษะในการแปรงฟันให้เด็ก และสามารถตรวจฟันอย่างง่าย รวมทั้งตรวจทำความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็กได้ 2) ฝึกทักษะการตรวจฟันและการแปรงฟันแก่ครู ผู้ปกครอง และอสม. ได้มีการฝึกทักษะการตรวจฟันและการแปรงฟันแก่ครู ผู้ปกครอง และอสม. โดยทันตบุคลากร รพ.สต.เจนีงร่วมกับทันตบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ในวัน



ประชุมผู้ปกครอง ผลการประเมิน ครู ผู้ปกครอง และ อสม.สามารถตรวจฟันเบื้องต้นได้ และรู้วิธีการแปรงฟันให้เด็กรวมทั้งสามารถตรวจความสะอาดของฟันให้เด็กได้ ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากครั้งนี้ ที่ประชุมได้พิจารณาขอให้ทันตบุคลากรเป็นผู้ตรวจฟันให้เด็กด้วย เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับทราบสภาวะช่องปากของเด็กอย่างละเอียด การตรวจจะระบุ สภาวะของฟันและอนามัยช่องปาก ความจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา ผลการประเมิน เด็กทุกคนได้รับการตรวจฟันตามเกณฑ์ พร้อมทั้งมีสมุดบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปากประจำตัวเด็กในชื่อว่า “สมุดบันทึกหนูน้อยรักฟัน” ซึ่งผู้ปกครองสามารถรับรู้และเข้าใจรายละเอียดสภาวะช่องปากของบุตรหลานได้ นอกจากนี้ยังสามารถติดตามกำกับได้ทั้งเรื่องระบบส่งต่อการรับบริการทันตกรรมของเด็ก และ ติดตามได้ว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแล และผู้ปกครองได้รับการแนะนำให้ดูแลเด็กอย่างเข้มงวดหรือยัง ส่วนกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 คือกิจกรรมหนูน้อยฟันสวย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลฟันเด็กจากครอบครัวตัวอย่าง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมดังกล่าวในภาคบ่ายต่อจากการประชุมผู้ปกครอง ซึ่งผลการจัดกิจกรรมนี้ทำให้มีเด็กฟันสวยเป็นตัวอย่างให้ผู้ปกครองคนอื่นๆ สนใจดูแลฟันลูกเพื่อให้สามารถเข้าร่วมประกวดในครั้งต่อไปได้ นอกจากนั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลฟันเด็กจากครอบครัวตัวอย่างทำให้ผู้ปกครองสนใจซักถามถึงวิธีการจัดการกับเด็กที่ไม่ชอบแปรงฟันและวิธีการห้ามเด็กไม่ให้กินขนมกรุบกรอบ มีการซักถามอย่างเป็นกันเอง ทำให้บรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นไปอย่างสนุกสนาน 5) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ผลการดำเนินงาน พบว่า ทีมเยี่ยมบ้านได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน จำนวน 16 หลังคาเรือน จากการประเมินพบว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของเด็ก จำนวน 12 ราย เป็นมารดาเด็ก 3 ราย อีกหนึ่งหลังคาเรือน พบแม่ของเด็กเป็นผู้ดูแลและมีตา ยายเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย ผลการประเมินการเยี่ยมบ้าน แยกรายละเอียดตามหัวข้อที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านขึ้นดังนี้

1) ข้อมูลสุขภาพของเด็ก

ในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ การจัดตารางเยี่ยมบ้านจะไปเยี่ยมช่วงบ่าย ตั้งแต่เวลา 13.00 น.เป็นต้นไปเนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่เด็กยังอยู่ที่ศูนย์เด็กฯ จึงไม่ได้พบเด็ก จะพบแต่ผู้ปกครองและญาติๆ ยกเว้น ช่วงหลังจากเวลา 15.00 น. จะได้พบทั้งผู้ปกครองและได้พบเด็กด้วย ดังนั้นข้อมูลด้านสุขภาพสุขภาพช่องปาก ได้จากการตรวจที่ดำเนินการช่วงก่อนพัฒนา ซึ่งเด็กที่อยู่ในกลุ่มต้องได้รับการเยี่ยมบ้านจะเป็นเด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุสูงและมีสภาวะอนามัยช่องปากไม่ดี ส่วนข้อมูลสุขภาพทั่วไปได้จากการสอบถามผู้ปกครอง ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเด็กสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์ มีเพียงบางรายที่เด็กเริ่มผอมและซีด ซึ่งผู้ปกครองให้ข้อมูลว่า เด็กเพิ่งหายป่วยไม่ค่อยกินข้าว

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก

ในด้านการแปรงฟัน ส่วนใหญ่ปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง โดยคิดว่าเด็กแปรงฟันเองได้แล้วคงไม่ต้องแปรงซ้ำให้ แต่จะคอยบอกคอยเตือนให้แปรงทุกวัน ตอนเช้าและตอนเย็น ส่วนการแปรงฟันก่อนนอนไม่ได้กำกับให้แปรงทุกวัน ถึงแม้จะมีการดื่มเครื่องดื่มผสมน้ำตาลหรือกินขนมกรุบ หลังอาหารมื้อเย็นอีกก็ตามผู้ปกครองไม่มีการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน

ด้านการบริโภคอาหาร จากการสอบถามถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยผู้วิจัยได้จัดทำสื่อภาพอาหารและเครื่องดื่มที่เด็กๆ นิยมบริโภคทำเป็นป้ายไวณิลาภาพการจำแนกหมวดอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยง



ต่อสุขภาพและการเกิดโรคฟันผุ เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำและเข้าใจผลจากที่ระบุส่วนผสมประเภท เกลือ ไขมัน และน้ำตาลข้างของขนมและเครื่องดื่ม โดยจำแนกตามสีไฟจราจร ดังนี้ อาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงน้อยหรือค่อนข้างปลอดภัยให้อยู่ในกลุ่ม สีเขียว ส่วนอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง ให้อยู่ในกลุ่มสีเหลือง และถ้าอยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงมากควรหลีกเลี่ยงจัดให้อยู่ในกลุ่มสีแดง จากการสอบถามผู้ประกอบการร่วมกับการใช้สื่อการสอนดังกล่าวประกอบโดยให้ผู้ปกครองชี้ว่า ขนมและเครื่องดื่มชนิดไหนที่ซื้อให้เด็กรับประทาน พร้อมอธิบายประกอบ ว่าสิ่งที่เด็กชอบกินมีโทษต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เด็กชอบกินขนมของ ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาหารเสี่ยงมากคือมีส่วนประกอบของน้ำตาลและเกลือสูง นอกจากนั้นเด็กกลุ่มนี้ชอบกินนมเปรี้ยว บางรายชอบกินลูกอมและมีพฤติกรรมกินขนมของระหว่างมื้ออาหารทุกวัน

ด้านการรับบริการทันตกรรม พบว่าผู้ปกครองทั้งหมดไม่เคยพาเด็กไปพบหมอฟัน มีเพียงบางรายที่ผู้ปกครองเคยพาเด็กไปรับยาแก้ปวดฟันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉนีง

3) สภาพการเลี้ยงดูสนับสนุนหรือที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ

ช่องปาก

สภาพการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ส่วนใหญ่พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยผู้ปกครองที่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย มักตามใจเด็กในการเลือกขนม เครื่องดื่มประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ไม่เข้มงวดในการให้เด็กทำความสะอาดฟันหลังอาหาร เพียงแต่บอกให้เด็กแปรงฟันตอนเช้าและตอนเย็น ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ให้เด็กแปรงฟันก่อนนอนแต่จะบอกให้เด็กล้างปากหรือบ้วนน้ำเท่านั้น ถึงแม้จะมีการกินอาหารหรือเครื่องดื่มหลังอาหารเย็นอีกก็ตาม

4) สภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปาก

การจัดสภาพแวดล้อมรวมทั้งอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่ามีทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ประมาณครั้งหนึ่ง พบว่ามีการบ้านเรือนได้ สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอุปกรณ์การแปรงฟันเหมาะสม ส่วนอีกครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้ไปเยี่ยมบ้านยังพบสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น บางรายที่บ้านขายน้ำและเครื่องดื่มผสมน้ำตาล บางรายบ้านเด็กอยู่ใกล้ร้านขายขนม พบขยะที่เป็นของขนมและขวดน้ำอัดลมอยู่บริเวณบ้าน บางรายพบว่าเด็กอาศัยรวมอยู่กับญาติที่เป็นเด็กโต เป็นวัยรุ่นซึ่งมีพฤติกรรมชอบบริโภคขนมของและน้ำอัดลม ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบหรือมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยงที่เหมือนกัน

ในการเยี่ยมบ้านนอกจากการได้เข้าถึงชุมชนระดับครอบครัวและระดับบุคคลแล้ว ยังได้พัฒนาศักยภาพของชุมชน จากการสังเกต พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนกรรมการศูนย์เด็กเล็ก มีส่วนร่วมในการซักถามและให้คำแนะนำผู้ปกครอง ทำให้มีความมั่นใจในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการใช้สื่อทันตสุขศึกษาสอนผู้ปกครองได้ โดยมีทันตบุคลากรเป็นพี่เลี้ยง และคอยตอบคำถามต่างๆ หากพบว่าบ้านที่ทีมไปเยี่ยมอยู่ใกล้กันหรืออยู่ติดกันกับบ้านที่เด็กมีสุขภาพช่องปากดี ก็จะเชิญผู้ปกครองเด็กที่มีฟันดีมาเล่าให้ฟังถึงวิธีการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กว่าทำอย่างไร เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง ซึ่งผู้เล่าก็จะมี ความภูมิใจที่ตัวเองทำได้และมีคนชื่นชม ส่วนผู้ปกครองที่บุตรหลานฟันผุก็จะได้รับความรู้และมี



ความรู้สึกว่ามีคนคอยแนะนำช่วยเหลือ นอกจากนั้นสิ่งที่ได้จากการเยี่ยมบ้านนอกจากเป้าหมาย ผู้ปกครองเด็กที่ระบุในแผนการไปเยี่ยมแล้ว ยังได้พบผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กที่ยังไม่เข้าไปเรียนที่ศูนย์เด็กเล็ก ได้พบหญิงตั้งครรภ์ พบผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จึงเป็นโอกาสดีที่ทีมเยี่ยมบ้านได้แนะนำให้มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว รวมทั้งได้ตรวจฟันให้เด็กเหล่านั้นด้วย เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชนให้ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพช่องปาก ส่วนกิจกรรมที่ 6 ให้มีการรณรงค์หนูน้อยรักษฟันตาม วาระวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเด็ก วันปีใหม่ วันแม่ เป็นต้น. เนื่องจากช่วงระยะเวลาในการวิจัย ไม่อยู่ในช่วงวันสำคัญดังกล่าว จึงยังไม่มีกำเนินงาน แต่กำหนดไว้ให้มีการจัดรณรงค์หนูน้อยรักษฟันครั้งที่ 1 ในวันแม่ เดือน สิงหาคมปีนี้ โดยบูรณาการกับการจัดงานวันแม่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งต้องดำเนินการอยู่แล้วทุกปี

โครงการที่ 4 โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนิน

โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนิน กำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการโดยครูผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนิน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังทันตสุขภาพอย่างเป็นระบบ 2) เพื่อให้ครู ผู้ปกครอง เข้าใจหลักการเฝ้าระวังทันตสุขภาพและทราบบทบาทหน้าที่และแนวทางปฏิบัติตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน กิจกรรมที่ดำเนินงานประกอบด้วย 1) จัดประชุม ผู้ปกครอง ปีละ 2 ครั้ง 2) กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปีละ 2 ครั้ง 3) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 4) ทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุให้เด็กทุกคน ปีละ 1 ครั้ง ส่วนเด็กกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุปีละ 2 ครั้ง 5) จัดระบบบริการและระบบส่งต่อ เพื่อให้การรักษาเด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุ 6) ติดตามประเมินสภาวะช่องปากเด็กและแจ้งผู้ปกครอง

การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ ผู้ปกครองได้รับการชี้แจงใน

เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ชุมชนร่วมกันกำหนด มีการจัดประชุมผู้ปกครอง ซึ่งได้ดำเนินการในโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนฯ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จากการประเมินพบว่าศูนย์เด็กมีสถานที่แปร่งฟัน อุปกรณ์การแปร่งฟัน ให้เด็กครบทุกคน มีการดูแลแปร่งสีฟัน และสภาพแปร่งสีฟัน ถ้าพบว่าแปร่งสีฟันของเด็กหายหรือสภาพแปร่งบานแล้วจะมีการแจ้งผู้ปกครอง ให้ซื้อแปร่งสีฟันใหม่ให้เด็ก รวมทั้งกำหนดให้เปลี่ยนแปร่งสีฟันให้เด็กเทอมละครั้ง และให้มีสื่อทันตสุขภาพ สำหรับเด็กและผู้ปกครองในการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพ กิจกรรมป้องกันฟันผุโดยให้มีการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุให้เด็กทุกคน ปีละ 1 ครั้ง ผลการประเมินพบว่าทันตภิบาล รพ.สต.เนิน ดำเนินการทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็ก เมื่อ เดือน มีนาคม 2557 และบันทึกลงในสมุดประจำตัวเด็ก ส่วนเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการแนะนำให้ผู้ปกครองพาไปทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนิน เพิ่มอีก 1 ครั้ง ห่างจากครั้งแรก 6 เดือน ดังนั้นเด็กกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชปีละ 2 ครั้ง ด้านการจัดระบบบริการและส่งต่อเพื่อให้การรักษาเด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุ ผลการดำเนินงาน พบว่า เด็กได้รับการส่งต่อไปรับการอุดฟันเพื่อรักษาโรคฟันผุ ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนิน และ คลินิกทันตกรรม จำนวน 10 ราย เด็กได้รับการขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ จำนวน 12 ราย สำหรับกิจกรรมติดตามประเมินสภาวะช่องปากเด็กและแจ้งผู้ปกครองได้ ดำเนินการโดยทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก เทอมละ 1



ครั้ง มีการนำผลการประเมินสภาวะช่องปากของเด็กมาแจ้งในที่ประชุมกรรมการศูนย์เด็ก และในการประชุมผู้ปกครอง ดำเนินการครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2557 และนำเสนอในที่ประชุมผู้ปกครอง ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2557 ส่วนเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีการจัดทำคิวนัดให้ไปรับบริการทันตกรรมที่ รพ.สต.เจนีง

ขั้นที่ 3 การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ (Observation)

ในขั้นตอนนี้ จะประกอบด้วยการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการทั้ง 4 โครงการข้างต้นได้นำเสนอถึงการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติรายโครงการไปแล้ว ในขั้นตอนนี้จะนำเสนอ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ประเมินเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ และประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา

ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินงาน ตามกระบวนการ (AIC)

ระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยกระบวนการ (AIC) ทีมวิจัยมีการประเมินผลระหว่างการประชุมตามกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ของผู้เข้าร่วมประชุม โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยใช้แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น (แบบ OHP.5-1) ซึ่งได้แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มครูผู้ดูแลเด็กและกรรมการศูนย์เด็ก กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. อบต. อสม.และพระสงฆ์วัดบ้านเจนีง ผลของการมีส่วนร่วมในระหว่างประชุมมีดังนี้

1) การเสนอแนวคิดระหว่างประชุม พบว่ากลุ่ม กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. อบต. อสม. มีส่วนร่วมเสนอแนวคิดมากกว่าอื่น

2) การร่วมอภิปรายระหว่างประชุม พบว่าทุกกลุ่มมีส่วนร่วมในการอภิปราย โดยเฉพาะประเด็นอภิปรายสาเหตุของโรคฟันผุ แนวทางที่จะช่วยกันดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเด็กมีการร่วมอภิปรายมากที่สุด และทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างน้อย 1 ครั้ง

3) การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา พบว่าแต่ละกลุ่มได้มีการร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาตามขั้นตอนการประชุมและมีการช่วยสรุปประเด็นสำคัญ ซึ่งพบว่าทุกกลุ่ม มีส่วนร่วมในการสรุปประเด็นเท่ากันแต่ละกลุ่มมีส่วนร่วมในการนำเสนอเป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้นในการเตรียมตัวออกมานำเสนอ และนำเสนอด้วยภาษาที่ง่ายๆ บางครั้งใช้ภาษาท้องถิ่นในการนำเสนอด้วย

4) การเสนอตัวรับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ พบว่า ทุกกลุ่มร่วมกันรับผิดชอบตามความถนัดและความสามารถแต่ละบุคคลเป็นอย่างดี

5) บรรยากาศในการประชุม พบว่าประชาชนให้ความสนใจเข้าประชุม และสนใจซักถามเป็นอย่างดีและเห็นได้ว่ากระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เล่าเรื่องต่างๆ ที่เป็นปัญหาหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคฟันผุที่เกิดขึ้นกับตัวเองและวิธีการดูแลฟันให้เด็กให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบรวมทั้ง เสนอให้มีกิจกรรมและวิธีการดูแลรักษาฟันบุตรหลานอย่างจริงจัง

ส่วนที่ 2 ประเมินเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ และประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา



2.1 ผลการประเมิน ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้ปกครองหลังการพัฒนา

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง จำนวน 90 คน พบว่าจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมา มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 31.1 หลังพัฒนาผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 67.8 รองลงมา มีระดับความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.2 รายละเอียดดังตาราง 4.13

ตาราง 4.13 ความถี่ และร้อยละ ของความรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1 = 90$)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ความรู้สูง (คะแนน 12 - 15 คะแนน)	28	31.1	61	67.8
ความรู้ปานกลาง (คะแนน 9 - 11 คะแนน)	51	56.7	29	32.2
ความรู้ต่ำ (คะแนน 0 - 8 คะแนน)	11	12.2	-	-

2.2 การศึกษาข้อมูลด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จำนวน 90 คน พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับเจตคติปานกลาง ร้อยละ 53.3 หลังพัฒนาผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับเจตคติสูงจำนวน ร้อยละ 54.4 รายละเอียดดังตาราง 4.14

ตาราง 4.14 ความถี่ และร้อยละ ของระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ก่อน และหลังการพัฒนา ($n_1 = 90$)

ระดับเจตคติ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)	42	46.7	49	54.4
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67)	48	53.3	41	45.6
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)	-	-	-	-

2.3 ผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จากการศึกษาข้อมูลด้านความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ก่อนพัฒนาพบว่า ผู้ปกครองผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ปานกลาง ร้อยละ 51.1 รองลงมา มีการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 47.8 หลังพัฒนาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 75.6 รองลงมา มีระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 24.4 รายละเอียดดังตาราง 4.15



ตาราง 4.15 ความถี่ และร้อยละ ของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1 = 90$)

ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กของผู้ปกครอง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00)	43	47.8	68	75.6
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34)	46	51.1	22	24.4
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.67)	1	1.1	-	-

2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา

ในการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 1.46 (p - value <0.001) 0.89 (p - value =0.02) และ 0.12 (p - value <0.001) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.16



ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา ($n_1 = 90$)

พฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	S. D. $\bar{d}$	95%CI	t	P-value
ความรู้							
ก่อนพัฒนา	10.70	1.88	1.46	1.79	1.08 - 1.83	7.70	<0.001
หลังพัฒนา	12.16	1.71					
เจตคติ							
ก่อนพัฒนา	3.76	0.51	0.89	3.68	0.12 - 1.66	2.29	0.02
หลังพัฒนา	3.83	0.53					
ปฏิบัติ							
ก่อนพัฒนา	2.37	0.25	0.12	0.19	0.08 - 0.16	5.99	<0.001
หลังพัฒนา	2.49	0.24					

2.5 ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ

ในการศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมมือกันในการวางแผนการดำเนินงานและพัฒนาส่วนขาด เพื่อให้องค์ประกอบด้านการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ครบคลุม ทุกด้าน รวมทั้งได้แก้ไขปัญหาให้องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ (เด็กมีฟันผุไม่เกิน ร้อยละ 57) ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ดังได้กล่าวถึง ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 4 โครงการที่กล่าวข้างต้นแล้ว และหลังพัฒนาได้มีการประเมินโดยให้ผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่ายได้แก่ ทันตบุคลากรจากรพ.สต.เนินยง ครูผู้ดูแลเด็ก และทีมผู้วิจัยร่วมกันประเมิน เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ผลการประเมินพบว่าสามารถดำเนินงานได้ผ่านเกณฑ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ รายละเอียดดังตาราง 4.17



ตาราง 4.17 เปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะฉาง ตำบลฉะฉาง ก่อนและหลังการพัฒนา

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1	ด้านการดำเนินงาน		
	ด้านการเจริญเติบโต อนามัยในช่องปากและการจัดอาหาร		
	ถูกหลักสุขาภิบาล		
	ข้อ 2 อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน		
	2.1 จัดอาหารกลางวันและอาหารว่าง 5 กลุ่มทุกวัน (กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มนม) มีปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสมตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก	1	1
	2.2 การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด ไม่มีไขมันสูง เช่น นมรสจืด ผลไม้ ขนมไทยรสไม่หวานจัด เป็นต้น	0	1
	2.3 เด็กไม่กินจุบจิบ และ ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว	0	1
	2.4 เด็กไม่ดื่มนมจากขวด และไม่นำขวดนมมาศูนย์ฯ	0	1
	หลังจากเข้ามาอยู่ในศูนย์ฯ 1 เดือน		
	ข้อ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก		
	1 การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก		
	1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	0	1
	โดยครูผู้ดูแลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง		
	2 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	1	1
	โดยทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	ภาคเรียนละ 1 ครั้ง		
	3 มีการแจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง	0	1
	พร้อมทั้งให้คำแนะนำ		
	2 การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก		
	1 ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปาก	0	1
	2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์/ตรวจฟันผุ	0	1
	ภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร		



ตาราง 4.17 (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	3 การแปรงฟัน 1 เด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน 2 เด็กทุกคนมีแก้วน้ำ แปรงสีฟันเป็นของตนเองและมีการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง 3 ครูผู้ดูแลเด็ก ดูแลและตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก และมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อเปื้อก	1 1 0	1 1 1
3	ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในภายนอก ที่สะอาด และปลอดภัย ข้อ 10 มีพื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร 1.4 มีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสมกับเด็ก (สะอาด ไม่มีคราบสกปรกไม่มีน้ำขัง ไม่ลื่น) 6.1 มีแก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟันประจำตัวเด็กทุกคน และจัดเก็บแก้วน้ำในที่สะอาดสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. ถ้าในกรณีที่ใช้แก้วน้ำดื่มของศูนย์เด็กเล็กต้องมีเพียงพอและไม่ใช่แก้วดื่ม ร่วมกัน และมีการทำความสะอาดหลังการใช้งานทุกครั้ง ข้อ 12 พื้นที่ใช้สอยภายนอกอาคาร เครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาด และเพียงพอ 1) มีแก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟันประจำตัวเด็กทุกคน	1 1 1	1 1 1
5	ด้านบุคลากร ข้อ 2 ความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก 2.1 ครูผู้ดูแลเด็กทุกคนได้รับอบรมในเรื่องพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กในหลักสูตรตามหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก	0	1
6	ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อ 1 ผู้ปกครอง ชุมชน 1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กที่มาจากผู้ปกครอง ชุมชน และมีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	1	1



ตาราง 4.17 (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายการที่ประเมิน	ผลการประเมิน (1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)	
		ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	1.2 มีผู้แทนจากชุมชน ท้องถิ่น ผู้ปกครองร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก แผนการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน	0	1
	1.3 ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น วันเด็ก วันครอบครัว เป็นต้น	1	1
	1.4 อปท.สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพเด็ก เช่น เด็กพัฒนาการล่าช้า ภาวะโภชนาการ พินสุ ฯลฯ	1	1
	ข้อ 2 เครือข่าย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการขับเคลื่อนศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน		
	2.1 มีการสร้างเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก เช่น มีผู้มีจิตอาสา ทำของเล่นที่บ้านให้กับเด็ก	0	1
	2.2 มีนโยบายและสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครองและชุมชน	0	1
	2.3 เป็นที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานที่สนใจ	0	0
	ด้านผลลัพธ์		
	3. ผลงานศูนย์เด็กเล็ก เด็กมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57	0	1

2.6 การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก

ในการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก เนื่องจากการวัดสภาวะการเกิดโรคฟันผุต้องใช้ระยะเวลานานนับปีจึงสามารถบ่งชี้รอยโรคที่เปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอ ในส่วนของสภาวะอนามัยช่องปาก (OHI) ซึ่งสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษานี้ ส่วนการวัดอัตราการเกิดโรคฟันผุครั้งนี้เป็นการวัดเพื่อตอบเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ **ด้านผลลัพธ์** โดยให้นิยามโรคฟันผุไว้ว่า ฟันน้ำนมที่ผุ หากได้รับการอุดฟันขึ้นนั้นๆ แล้วถือว่าฟันขึ้นนั้นเป็นฟันไม่ผุ ดังนั้นจึงนำเสนอผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากเด็ก ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีฟันผุ ฟันผุ และสภาวะอนามัยช่องปากของเด็ก พบว่าก่อนและหลังพัฒนาเด็กเด็กมีฟันผุร้อยละ 64.4 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนการอุดฟันเพื่อรักษาโรคฟันผุพบว่าการพัฒนาเด็กยังไม่เคยได้รับการอุดฟัน หลังพัฒนาเด็กได้รับการอุดฟันร้อยละ 11.1



ด้านสภาวะอนามัยช่องปากก่อนพัฒนาพบว่าเด็กมีอนามัยช่องปากสะอาด (OHI = 0) ร้อยละ 12.2 และหลังการพัฒนามีสภาวะอนามัยช่องปากสะอาดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.7

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะอนามัยช่องปากของเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนามีสภาวะอนามัยช่องปากของเด็กดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย OHI ลดลง) โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย OHI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.46 (p -value <0.001) รายละเอียดดังตาราง 4.18

ตาราง 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะอนามัยช่องปากก่อนและหลังพัฒนา

อนามัยช่องปาก (OHI)	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	S. D. $\bar{d}$	95%CI	t	P-value
ก่อนพัฒนา	0.96	0.62	0.46	0.45	0.37 – 0.56	9.61	<0.001
หลังพัฒนา	0.50	0.44					

ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล

ในขั้นตอนการสะท้อนผลนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมถอดบทเรียนในวันที่ 20 พฤษภาคม 2557 ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยตัวแทนผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเนินง กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และพระสงฆ์ วัดบ้านเนินง รวมจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (แบบ OHP.4) ในประเด็น ผลการดำเนินงาน การได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มาเป็นแนวทางในการประชุม ก่อนการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล ตั้งแต่การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม การร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผน ผลการดำเนินงาน/กิจกรรมต่างๆ ผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและอนามัยช่องปากของเด็ก ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในขั้นตอนประเมินผล เพื่อให้ผู้เข้าประชุมนำมา มาวิเคราะห์และพิจารณา ร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการการทำงาน สะท้อนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเทียบกับเกณฑ์ประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ และร่วมกันหาวิธีการในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทิศทางที่เหมาะสม จากการสรุปถอดบทเรียนตามรายละเอียดดังนี้

ผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 4 โครงการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผลการปฏิบัติ พบว่าทั้ง 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการเด็กเล็กฟันสะอาด ด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) โครงการศูนย์เด็กปลอดภัยและชุมชนที่เป็นเป็นโทษต่อฟัน 3) โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง 4) โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง เป็นโครงการที่ดี มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ชุมชนเกิดการเรียนรู้ ได้แบ่งปันประสบการณ์ การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ปกครองที่เป็นปู่ ย่า ตาย ยาย



ที่ต้องดูแลเด็กเล็กแทนพ่อ แม่เด็ก ได้รับการเชิงรุกโดยทีมเยี่ยมบ้านทำให้มีความอบอุ่น ที่มีชุมชน ช่วยดูแล เกิดความประทับใจ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน “เดี๋ยวนี้หลานไม่ดูคนมขวดแล้ว ตั้งแต่หมอมาเยี่ยมบ้าน ไม่ต้องลำบากพูดแล้วพูดอีกเหมือนแต่ก่อน” (คุณยาย อายุ 67 ปี) ผลการดำเนินงาน ทำให้สภาวะอนามัยช่องปาก (OHI) ดีขึ้น จำนวนเด็กที่มีฟันสะอาดเพิ่มขึ้น เด็กที่มีฟันผุได้รับการอุดฟันโดยมีการจัดระบบบริการทันตกรรมรองรับ ส่งผลให้ การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ผ่านเกณฑ์

ด้านการได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกโครงการได้รับความร่วมมืออย่างดี จากผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะพระสงฆ์วัดบ้านเนินง นอกจากเป็นผู้สนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ให้ศูนย์เด็กมาโดยตลอดแล้วท่านยังเป็นผู้ให้โอวาท และให้ข้อคิดดีๆ ในเรื่องการให้ทุกฝ่ายใส่ใจดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง จำนวน 30 คนพบว่า ในภาพรวมผู้ร่วมพัฒนาฯ มีคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ย 3.98 (S.D.= 0.37) โดยส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูง ร้อยละ 86.7 รองลงมามีส่วนร่วมในการพัฒนาระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 รายละเอียดดังตาราง 4.19

ตาราง 4.19 ความถี่ และร้อยละ ของระดับการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ($n_3 = 30$)

ระดับการมีส่วนร่วม	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	26	86.7
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	4	13.3
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	-	-
$\bar{x} = 3.98$ S.D.=0.37		

เมื่อพิจารณาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนาครั้งนี้มากที่สุดร้อยละ 66.7 รองลงมาคิดว่ามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็กและ มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก เท่ากันที่ร้อยละ 20.0 ส่วนข้อที่คิดว่ามีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการเสนอและกำหนดแนวทางแก้ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 3.3 รายละเอียดตามตาราง 4.20



ตาราง 4.20 ความถี่ และร้อยละ ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ช่องปากเด็กกรายข้อ ($n_3 = 30$)

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1.ท่านคิดว่า ประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนาครั้งนี้	20 (66.7)	8 (26.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	6 (20.0)	20 (66.7)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
3.ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	6 (20.0)	14 (46.7)	10 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	5 (16.7)	14 (46.7)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	4 (13.3)	20 (66.7)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6.ท่านมีส่วนร่วมในการ พิจารณา กำหนดกิจกรรม แผนงาน โครงการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	4 (13.3)	17 (56.7)	9 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7.ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอ-กำหนดแนวทาง แก้ไขปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก	1 (3.3)	21 (70.0)	8 (26.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

ระยะที่ 3 หลังดำเนินการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่อง เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยได้มีการติดตามการดำเนินงานและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินภาพรวมกิจกรรมที่ดำเนินการทั้งหมดในระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ ความพึงพอใจในส่วนของการวางแผน และการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กว่า มีความพึงพอใจมากน้อยเพียงไร

การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ของผู้ร่วมพัฒนาจำนวน 30 คน พบว่าในภาพรวม ผู้ร่วมพัฒนา มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.30 (S.D.= 0.51) โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 90.0 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 รายละเอียดตามตาราง 4.21



ตาราง 4.21 ความถี่ และร้อยละ ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาฯ ($n_3 = 30$)

ระดับความพึงพอใจ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	27	90.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	3	10.0
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	-	-
$\bar{x} = 4.30$ (S.D. = 0.51)		

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินงาย รายด้านของผู้ร่วมพัฒนา ระยะหลังดำเนินการ พบว่าในด้านการวางแผนพัฒนา มีความพึงพอใจมากและมากที่สุด ที่ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผน กำหนด กิจกรรมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 26.7 และ 40.0 ตามลำดับ ส่วนด้านการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็ก พบว่าผู้เข้าร่วมพัฒนามีความพึงพอใจมากที่สุดที่เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรภาคเรียนละ 1 ครั้ง และได้แจ้งผลการตรวจให้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) น้อยที่สุดได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 30.0 รายละเอียดตามตาราง 4.22

ตาราง 4.22 ความถี่ และร้อยละ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานฯ รายข้อ ($n_3 = 30$)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การวางแผนพัฒนา					
1.การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ วางแผน กำหนดกิจกรรมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	8 (26.7)	12 (40.0)	10 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก					
2. การที่เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรภาคเรียนละ 1 ครั้ง และได้แจ้งผลการตรวจให้ผู้ปกครอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำ	20 (66.7)	7 (23.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)



ตาราง 4.22 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. การมีสถานที่แปร่งฟันที่เหมาะสม เพียงพอกับเด็ก สะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีน้ำขัง ไม่ลื่น	17 (56.7)	9 (30.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. การที่เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้รับการทา ฟลูออไรด์วานิช/ตรวจฟันผุ โดยทันตบุคลากร	17 (56.7)	11 (36.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. การจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างที่ไม่เป็นโทษ ต่อฟันให้เด็ก ในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสม	13 (43.3)	14 (46.7)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. การที่เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยครูผู้ดูแลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมมีการสรุป การตรวจ	12 (40.0)	15 (50.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. การควบคุมไม่ให้เด็กกินจุบจิบ ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว และควบคุมการนำขวดนมมา ที่ศูนย์เด็กเล็ก	11 (36.7)	12 (40.0)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. เด็กในศูนย์ฯได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสุขภาพ ช่องปากอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การตรวจฟัน การแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ทันตกรรม ป้องกันและการส่งต่อเพื่อการรักษาทางทันตกรรม	11 (36.7)	16 (53.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน ด้านงบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพและสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	11 (36.7)	15 (50.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ผู้ปกครองทุกคน ชุมชนได้ปฏิบัติตามนโยบาย/ ข้อกำหนดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์เด็กเล็กอย่างเคร่งครัด	10 (33.3)	13 (43.3)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. การจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่ที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก	9 (30.0)	16 (53.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

3.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

3.1.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จต้องอาศัย

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตามบทบาทหน้าที่และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาคส่วนนั้น ๆ รวมทั้ง
มาตรการที่ประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ เช่น ครูควบคุมดูแลให้เด็กแปรงฟันทุกคน มีการเช็คความ
สะอาดหลังแปรงฟัน ผู้ปกครองได้กำชับให้เด็กแปรงฟันและแปรงซ้ำให้เด็กรวมทั้งตรวจความสะอาด
หลังแปรงฟันทุกครั้ง การดูแลให้เด็กแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ดังกิจกรรมของโครงการเด็กเล็กฟัน



สะอาด ด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งกิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเหล่านี้ล้วนเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายรวมทั้งได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และบุคลากร จาก อบต. วัด และรพสต.

3.1.2 การสร้างมาตรการ หรือข้อตกลงร่วมกัน โดยมุ่งมั่นในการทำงานและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแม้จะมีปัญหาอุปสรรค เช่น ครูผู้ดูแลเด็กได้เล่าให้ฟังว่า “จะยึดขนมไว้ไม่ให้เด็กกิน จะคืนขนมให้เด็กตอนเย็นเลิกเรียนเพื่อเอากลับบ้าน” (ครูผู้ดูแลเด็ก, อายุ 36 ปี) และมีผู้ปกครองคนหลายคนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอแนะวิธีที่ไม่ต้องซื้อขนมให้เด็กหลายวิธีจากประสบการณ์ของตน รวมทั้งมีการเสริมแรงด้วยการชมเชย หรือให้รางวัลให้กับเด็กที่แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ การให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของเด็กที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็ก เช่น โครงการศูนย์เด็กปลอดภัยodontom และขนมที่เป็นเป็นโทษต่อฟัน ซึ่งมีมติของชุมชนให้ประกาศเป็นนโยบายสาธารณะของศูนย์เด็กเล็กวัดบ้านเนินยง

3.1.3 การเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชนและสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งได้จากกิจกรรมของโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.1.4 การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เช่น มีการวางแผนและดำเนินงานแบบบูรณาการ เช่น การเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

3.2 ปัญหาอุปสรรค

3.2.1 ภาระงานประจำของครูที่ต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถให้ครูทั้งหมดมาร่วมกิจกรรมในการร่วมประชุมวางแผนและพัฒนาศักยภาพอย่างพร้อมเพรียงกัน

3.2.2 ผู้ปกครอง ที่เป็นปู่ย่า ตายาย ที่อายุมากและต้องดูแลบุตรหลาน เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานที่อื่น มักไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลฟันเด็ก รวมทั้งการแปรงฟันซ้ำให้เด็ก และการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน ทำให้เด็กกลุ่มนี้ยังมีปัญหาเรื่อง อนามัยช่องปากไม่สะอาด

3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.3.1 ความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการจัดทำโครงการทั้ง 4 โครงการเกิดจากภาคีเครือข่ายได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินยง คณะกรรมการศูนย์ฯ อาสาสมัครสาธารณสุข พระสงฆ์วัดบ้าน เนินยง และ อบต.ร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล

3.3.2 การบริหารจัดการที่ดี รวมทั้งการประสานงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครูศูนย์เด็กและรพ.สต. ที่จะต้องเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน และมีทีมงานที่เข้มแข็ง

3.3.3 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากเชิงรุกอย่างบูรณาการในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีม CCOHNet (Chaneng Child Oral Health Net work) เพื่อช่วยกันดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ให้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นแล้วยังได้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมเครือข่ายสุขภาพ ผู้ปกครองเด็ก และชุมชน



3.3.4 มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ เป็นความศรัทธาของชุมชนที่มีต่อวัด โดยเริ่มที่หลวงปู่เอียน ซึ่งมีเจตนาในการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ และวัดบ้านเนินยังได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กแห่งนี้มาโดยตลอด

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนิน อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยให้ครู ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนและหาวิธีการที่จะแก้ปัญหา มีการติดตามและประเมินผล และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปให้เห็นความแตกต่างของการดำเนินงานแบบเดิม และพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ ดังนี้

ตาราง 4.23 การเปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนิน อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่พัฒนา

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครอง ภาคีเครือข่าย 1.1 การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากจะมีเพียงครูผู้ดูแลเด็กดำเนินเฉพาะกิจกรรมตรวจฟันและแปรงฟัน ส่วนผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายไม่ได้มีส่วนร่วมดำเนินการ 1.2 ไม่มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก จัดให้มีเฉพาะการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวัน	1.1 ครู ผู้ปกครอง ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 1.2 มีการวางแผนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของศูนย์เด็กด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมาวิเคราะห์ 1.3 มีนโยบายสาธารณะและควบคุมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
2.การพัฒนาศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและยังขาดความรู้และทักษะในการตรวจฟันและอนามัยช่องปาก	มีการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครูผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย



ตาราง 4.23 (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
3.ระบบการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของเด็ก 3.1 เด็กได้รับการตรวจฟันจากครูผู้ดูแลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง 3.2 กิจกรรมการแปรงฟันของเด็กยังไม่มีระบบในการกำกับดูแลและควบคุมการแปรงฟัน 3.3 การรายงาน แต่ไม่มีบันทึกการแจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือ ส่วนการรายงานให้รพ.สต.ที่ผ่าน มาได้ดำเนินการปีละ 2 ครั้ง และบันทึกลงในแบบตรวจและแบบรายงาน ทอ 02	3.1 มีระบบการตรวจเฝ้าระวัง โดยมีสมุดบันทึก และตรวจเช็คความสะอาดช่องปากทั้งที่บ้านและโรงเรียนทุกวัน 3.2 มีกิจกรรมการแปรงฟันที่ศูนย์เด็กฯ ในการกำกับดูแลและควบคุมการแปรงฟัน โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ จะได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากขึ้น 3.3 มีระบบการรายงาน ให้กับรพ.สต. และแจ้งผลการตรวจให้กับผู้ปกครองในสมุดบันทึกประจำตัวเด็กอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง
4.ระบบส่งต่อ ไปรับบริการรักษาทันตกรรม ยังไม่มีระบบการส่งต่อ และระบบการจัดบริการทันตกรรมให้แก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.และครูผู้ดูแลเด็กจะเป็นผู้แนะนำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานที่มีฟันผุ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และหากผู้ปกครองไม่ได้พาไปรักษา ทำให้ปัญหาเด็กฟันผุและเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการรักษาและการป้องกันแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	มีระบบการส่งต่อ และมีตารางการนัดหมาย ทำการรักษาทันตกรรม จากรพ.สต.
5.การสนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 5.1 ไม่มีสื่อการเรียนการสอนด้านทันตสุขภาพ 5.2 มีสถานที่แปรงฟันเหมาะสม สะดวกต่อการใช้งาน ที่แปรงฟันแต่ละแห่ง มีก๊อกน้ำจำนวนมากเพียงพอสำหรับเด็ก มีน้ำประปาเพียงพอตลอดทั้งปี สภาพสะอาด ถูกสุขลักษณะ	5.1 มีสื่อการเรียนการสอนด้านทันตสุขภาพ และมุมให้ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพช่องปาก 5.2 มีการดูแลสถานที่แปรงฟัน ให้สะอาดและพอเพียง

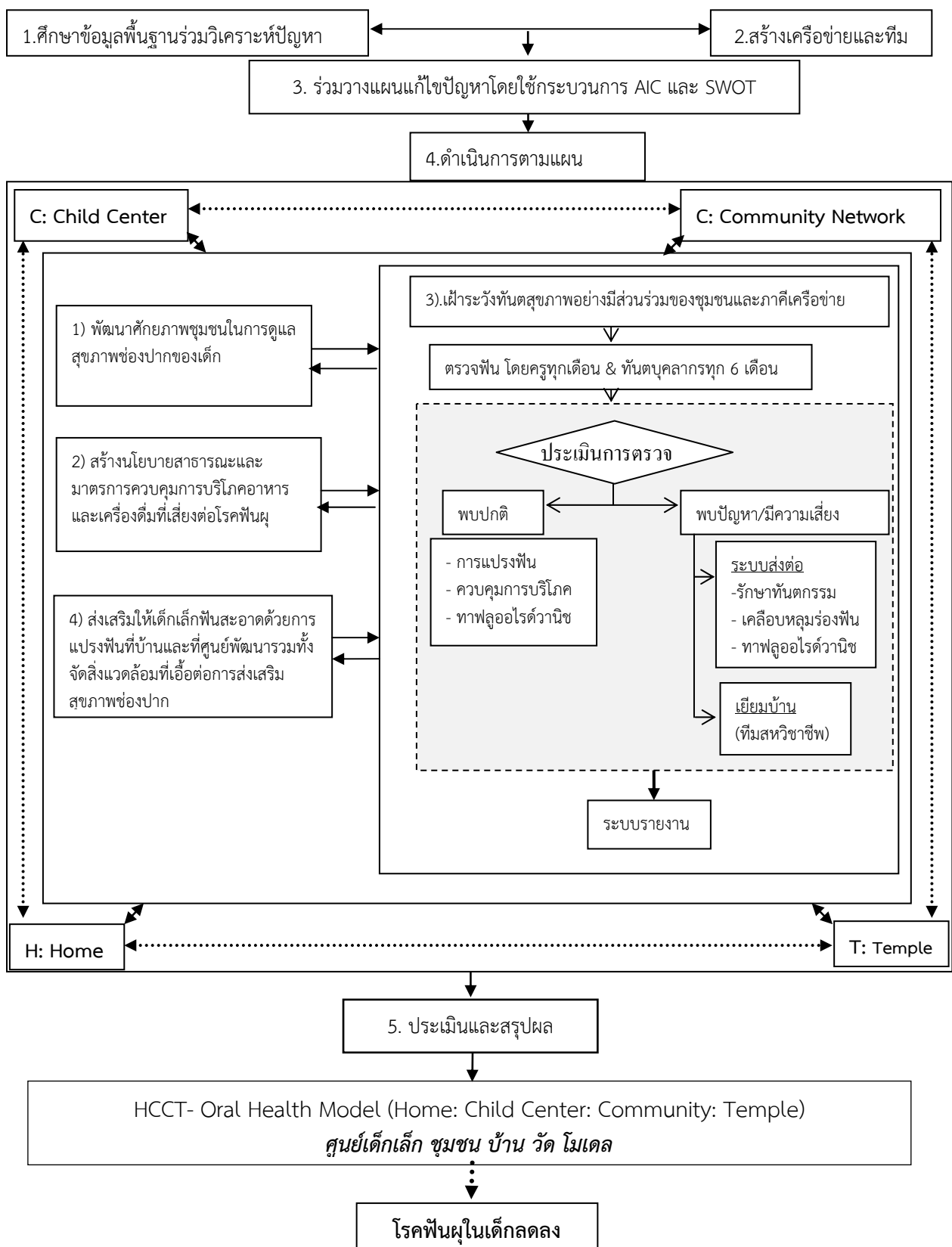


ตาราง 4.23 (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การเยี่ยมบ้าน ยังไม่เคยมีการเยี่ยมบ้าน โดยครู หรือภาคีเครือข่าย	มีการไปเยี่ยมบ้านเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทันตบุคลากร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. กรรมการศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งผู้ปกครองที่ลูกมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยมีชื่อทีม คือ CCOHNet (Chaneng Child Oral Health Network)
6. การจัดระบบบริการทันตกรรม 7.1 ที่ผ่านมายังไม่มีการจัดระบบบริการทันตกรรมใน รพ.สต.รองรับเด็กที่มีปัญหาต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม 7.2 ยังไม่มีระบบดูแลสุขภาพช่องปากเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับบริการทันตกรรมป้องกันและการติดตามดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด	7.1 มีทันตภิบาล ประจำอยู่รพ.สต. และเป็นทีมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพคนในพื้นที่ รวมทั้งให้การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเชิงรุก โดยบูรณาการแผนการทำงาน เข้ากับแผนของศูนย์เด็กที่เกิดจากความร่วมมือของชุมชน รวมทั้งการจัดระบบบริการในการป้องกันโรคและรักษาทันตกรรมทั้งเชิงรับและเชิงรุก 7.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงจะได้รับบริการทันตกรรมป้องกันโดยการทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือนและมีสมุดบันทึกเพื่อติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากครู ผู้ปกครองและทันตภิบาลใน รพ.สต.

สรุป รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิยง ตำบลเจนิยง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ รายละเอียดดังภาพประกอบ 4.4

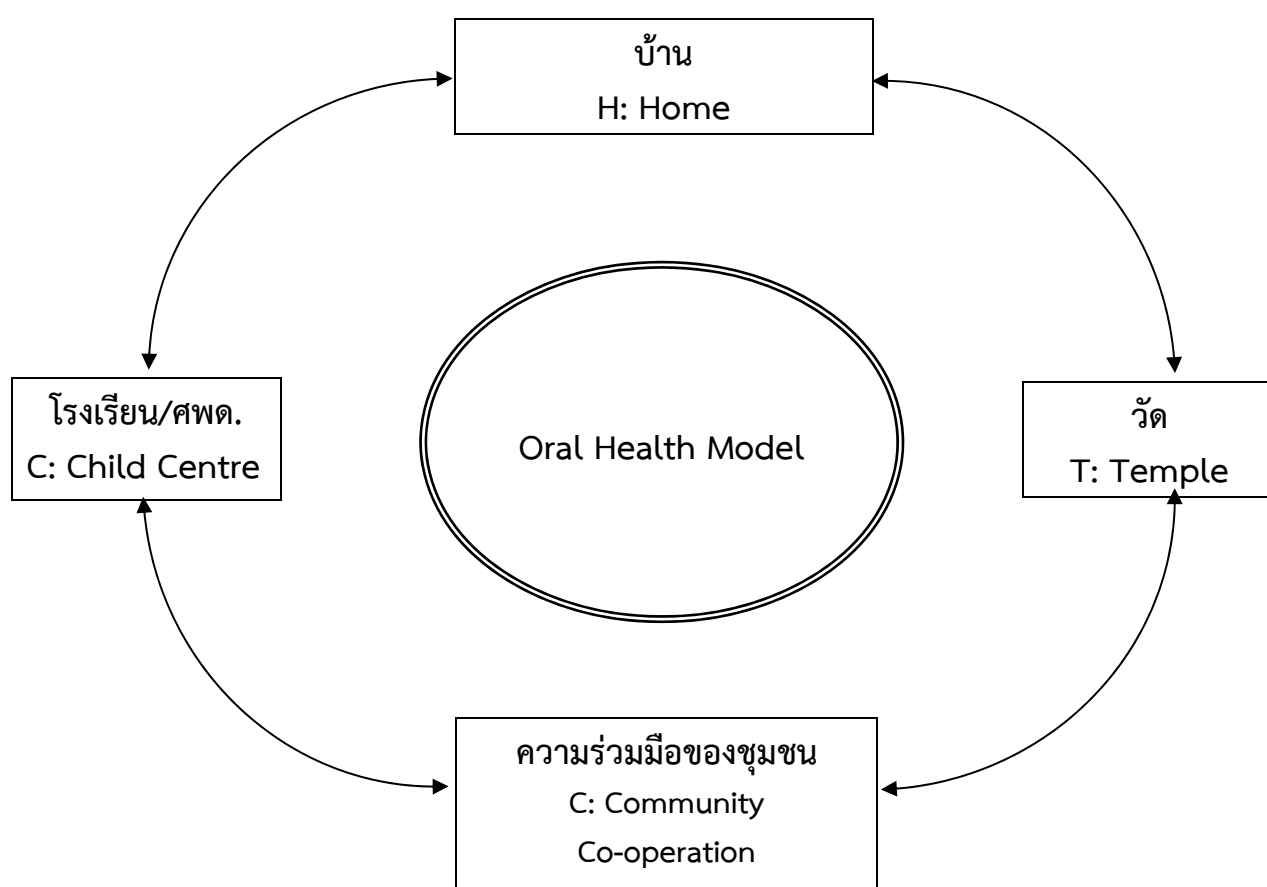




ภาพประกอบ 4.4 ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 วัดบ้านเนินยาง



จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อสรุปการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัจจัยสำคัญเกิดจาก การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดย ผู้ปกครองที่บ้าน (H: Home; parents who look after for children) และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (C: Child Centre; teacher who take care of children brushing) ความร่วมมือในการสร้างมาตรการและการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน (C: Community Co-operation) รวมทั้งการสนับสนุนจากวัด (T: Temple Support) ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เรียกว่า ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน บ้าน วัด โมเดล: HCCT- Oral Health Model (Home: Child Center: Community: Temple) รูปแบบดังกล่าว ทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี (Oral Health) ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



ภาพประกอบ 4.5 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน บ้าน วัด (HCCT- Oral Health Model (Home: Child Center: Community Co-operation : Temple))



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพระสงฆ์ ในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ค้นหารูปแบบ หรือแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ร่วมกับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกด้วยวิธี SWOT Analysis

การเก็บข้อมูลของการศึกษานี้ เก็บทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Pair sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา การสรุปผลวิจัยได้นำเสนอตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

5.1 จุดมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 จุดมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 จุดมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

5.1.2 จุดมุ่งหมายเฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สถานการณ์ ผลการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สภาพปัญหา ได้แก่ สภาพะสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

5.1.2.2 เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1.2.3 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์



5.1.2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก สภาวะอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนีง ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

5.2 สรุปผล

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ ดังนี้

5.2.1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา

ก่อนการพัฒนา พบว่า เด็กมีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 64.4 อนามัยช่องปากสะอาด (OHI=0) มีเพียงร้อยละ 12.2 และการประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนครูผู้ดูแลยังไม่ค่อยมีความรู้ในการตรวจและดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก นอกจากนี้การส่งเสริมและการเฝ้าระวังทางสุขภาพช่องปากยังไม่เป็นระบบ การให้บริการทันตกรรมยังไม่ครอบคลุม และยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย จากกระบวนการ พัฒนาโดยการประชุมผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ได้กำหนดมาตรการสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ส่งเสริมให้เด็กเล็กฟันสะอาดด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์เด็กเล็กปลอดขวดนมและนมที่เป็นเป็นโทษต่อฟัน พัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กในศูนย์ฯ รวมทั้งการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5.2.1 การประเมินผลการดำเนินงานหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านฉะนีง

หลังการพัฒนาพบว่า ครู ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์ฯ อยู่ในระดับมาก ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง พบว่ามีค่าร้อยละ 67.8 54.4 และ 75.6 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001, 0.24 และ <0.001 ตามลำดับ) ส่วนสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กดีขึ้น โดยอนามัยช่องปากสะอาดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.7 และเมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ส่วนอัตราการเกิดโรคฟันผุลดลง เหลือร้อยละ 53 เด็กได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ผ่านการประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ครูและผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในศูนย์ฯ ที่ได้จากการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของ ครู ผู้ปกครองและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเป็นระบบ ควบคู่กันไปกับพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปาก



ของเด็ก การสร้างมาตรการและนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และการปรับระบบบริการในการป้องกันโรคและรักษาทันตกรรม การพัฒนารูปแบบทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

5.3 อภิปรายผล

จากสภาพปัญหาสุขภาพช่องปากก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กมีอัตราการเกิดโรคฟันผุมากถึงร้อยละ 64.4 และมากกว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุระดับประเทศที่สำรวจครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2555 ที่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 51.7 และสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 57 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556) และสอดคล้องกับข้อมูลระดับที่รายงานว่าการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 อันดับแรกที่พบบ่อยในเด็กเล็กในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาและยังพบว่าเด็กมีฟันผุตั้งแต่ขวบปีแรก (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2545) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทั้งปัจจัยหลัก คือ เชื้อจุลินทรีย์ อาหาร ตัวฟัน และระยะเวลาที่เหมาะสมหากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งแล้วจะไม่เกิดฟันผุขึ้น (Edwina, Sally, 1997) ส่วนปัจจัยรองได้แก่ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจและฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว และปัจจัยด้านพฤติกรรมก็มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุ (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุดา ลีละศิริ, 2542) โดยเฉพาะปัจจัยด้านพฤติกรรมเช่น การบริโภคขนม การดื่มนมรสหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและพฤติกรรมในการทำทำความสะอาดช่องปาก รวมทั้งการหลับคาขวดนม จากการศึกษาครั้งนี้ ศูนย์เด็กฯ ได้มีความพยายามห้ามมิให้นำขวดนมมาที่ศูนย์และไม่ให้เด็กดูดนมจากขวดเพราะเป็นสาเหตุที่จะทำให้เด็กมีฟันผุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุงและคณะ (2539) พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมหลับคาขวดนมมีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่หลับคาขวดนม 1.4 เท่า แม้ว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ แต่ถ้าไม่รีบดำเนินการควบคุม และแก้ไขก็จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและผลกระทบต่าง ๆ

ในด้านการป้องกันโดยการทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันพบว่าเด็กบางห้องไม่ได้แปรงฟันทันทีหลังรับประทานอาหารกลางวันแต่จะแปรงในช่วงก่อนนอนกลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากเด็กรับประทานอาหารกลางวันไปแล้ว ประมาณ 1 ชั่วโมง แม้ว่าจะมีการให้เด็กแปรงฟันก็ตาม ก็ยังไม่มีระบบในการกำกับดูแลและควบคุมประสิทธิภาพของการแปรงฟันของเด็ก ส่วนการควบคุมการบริโภคอาหารหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุที่ผ่านมา ทั้งในศูนย์เด็กฯ และที่บ้าน ยังไม่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะเด็กที่ปู่ย่า ตายายเลี้ยงดู มักจะตามใจเด็กเมื่อเด็กร้องขอให้ซื้อขนมกรุบกรอบ ส่วนการแนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็กและทันตบุคลากรที่ผ่านมาไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ในด้านการให้บริการทันตกรรมที่ผ่านมาของชุมชนบ้านเนินง ต้องเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือสถานบริการที่คลินิกทันตกรรมในเมือง เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีทันตบุคลากรประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง แต่มีทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลสุรินทร์มาตรวจฟัน และหาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กเพียง 1 ครั้งเมื่อปี พ.ศ. 2555 ทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทั้งด้านทันตกรรมป้องกันและการรักษาได้เท่าที่ควรและจากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะปล่อยให้เด็กหายเองถึงร้อยละ 48.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลพร ภูอาบอ่อน (2552)



ที่ผู้ปกครองรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพก็ยังไม่ไปรับบริการน้อยและสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2542 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการบริการด้านทันตกรรมเพียง ร้อยละ 6.2 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมามีพบว่า ในระดับครอบครัวและชุมชน ยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของศูนย์เด็กฯ ในการจัดกิจกรรมแปรงฟันและตรวจฟันเบื้องต้นพร้อมให้คำแนะนำที่ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอน อาจทำให้การดำเนินงานทำไมได้รับความร่วมมือและครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้นำเอาการมีส่วนร่วมของชุมชนมาร่วมพัฒนา โดยให้ทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนและดำเนินกิจกรรมในการแก้ปัญหา รวมทั้งการประเมินผลควบคุมติดตาม และรับผลประโยชน์จากการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่ชุมชนเป็นผู้คิด เพื่อประโยชน์สูงสุดที่เกิดกับลูกหลานในชุมชน ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประสบผลสำเร็จควรมีการสร้างความร่วมมือในการพัฒนา ศูนย์เด็กเล็ก ระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น บุคลากรสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดี และเป้าหมายของการพัฒนาจึงเน้นการสร้างการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสุขภาพช่องปากมากกว่าที่จะรอรับการบริการจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว (สมาลี ไชยแสนหา, 2546; พิกุลพร ภูอาบอ่อน, 2552; วันเพ็ญ มีสัตย์, 255) นอกจากนี้การสร้างให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การเสริมสร้างทันตสุขภาพชุมชน ก่อให้เกิดกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทันตสุขภาพทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องคือ การมีแกนนำที่เข้มแข็ง การมีศูนย์รวมใจของชุมชน (จอนสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด, 2551) ในชุมชนบ้านเจียงแห่งนี้ มีแกนนำกรรมการ ศูนย์เด็กฯ ที่เข้มแข็ง และมีพระสงฆ์วัดบ้านเจียงเป็นที่ศรัทธาและเป็นศูนย์รวมใจของชุมชน ได้เข้ามาร่วมพัฒนาในครั้งนี้

ในการศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากครั้งนี้ นอกจากจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วยังมีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพทั้งที่ศูนย์ฯ และที่บ้าน รวมทั้งมีการปรับระบบบริการเชิงรุก ด้วยการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพที่ทำทั้งในระดับครอบครัว จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการเฝ้าระวัง เพราะในระดับครอบครัวมีความใกล้ชิดและรู้ข้อมูลเด็ก (วันเพ็ญ มีสัตย์, 2556) ร่วมไปกับการดำเนินงานในศูนย์เด็กฯ เพราะในช่วงเวลาหนึ่งวันเด็กจะอยู่ทั้งที่บ้านและที่ศูนย์ฯ ประกอบกับการสนับสนุนจากชุมชน ไม่ว่าจะเป็นวัด องค์การบริหารส่วนตำบลและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ จะทำให้เกิดเป็นร่วมมือในชุมชน มีการพึ่งตนเองของชุมชน และมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของชุมชน จะทำให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป



5.4 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาและการวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.4.1.1 ควรมีการสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.2 ควรพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และใช้วิธีการที่หลากหลายและระยะเวลาให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่ม รวมทั้งให้มีการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เชื่อมโยงกับสุขภาพทั่วไป

5.4.1.3 การเยี่ยมบ้าน เป็นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กได้ตามสภาพจริงที่บ้านและการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ปกครอง และควรบูรณาการเข้ากับการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ

5.4.1.4 การรับบริการทันตกรรมและการส่งต่อ ควรมีการจัดระบบรองรับบริการในรายที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเชิงรุก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น การใช้ฟลูออไรด์วานิช การให้ทันตสุขศึกษา และการควบคุมการบริโภคด้านโภชนาการ

5.4.1.5 ควรมีการบริหารจัดการ ทั้งในการวางแผนและการดำเนินงานที่บูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับงานประจำของศูนย์เด็กฯและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดของทุกฝ่าย เช่น นำกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กมาบูรณาการเข้ากับกิจกรรมที่ต้องดำเนินการในวันสำคัญ เช่น วันแม่ และวันเด็ก เป็นต้น

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรนำผลการวิจัยและผลจากการถอดบทเรียนจากการศึกษาครั้งนี้ไปดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อในวงรอบใหม่ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เช่น การสร้างทีมหรือชมรมของผู้ปกครอง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของกรรมการและสมาชิกให้ชัดเจน รวมทั้งมีระบบรองรับในการดำเนินกิจกรรม

5.4.2.2 ควรมีการวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามการดำเนินโครงการและวัดผลลัพธ์ตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยเฉพาะตัวแปรผลลัพธ์ที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการวัด ได้แก่ โรคฟันผุ ความต่อเนื่องของการดำเนินโครงการ

5.4.2.3 นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ไปพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการนำปัญหาของแต่ละพื้นที่มาร่วมกันแก้ไขและพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2556). รายงานผลการสำรวจสภาวะช่องปากตามกลุ่มอายุ ปี 2556. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2555). สรุปผลการสำรวจสภาวะช่องปากตามกลุ่มอายุ ปี 2555. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2545). แนวทางการดำเนินงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2549). ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยกลุ่มอายุต่างๆ ในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การเคหะทหารผ่านศึก.
- จอนสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(3), 71-81.
- จันทร์เพ็ญ เกสรราช และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- ฉลองชัย สกลสันต์. (2549). บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. เชียงใหม่ทันตแพทยสาร, 27(2), 121-133.
- ทรงธรรม สุนทราภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ. (2539). การเปรียบเทียบสถานการณ์โรคฟันผุของเด็กกลุ่ม อายุ 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครที่บริโภคนมรสธรรมชาติและนมแต่งรสหวาน. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 46(4), 196-201.
- นพปฎล จันทร์ผ่องแสง. (2548). ความชุกของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งที่ขึ้นผิดตำแหน่งและปัจจัยที่เป็นสาเหตุ. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 28(1), 39-50.
- นิติโชติ นิลกำแหง และคณะ. (2551). ปัจจัยความสำเร็จของงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(1), 8-13.
- นิมิต เตชะวัชรกุล. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครอง ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(2), 10-15.
- บุบผา ไตรโรจน์. (2546). การศึกษาสถานการณ์การบริโภคนมของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 8(2), 31-37.



- ปรีชา อรรถวิทย์ และคณะ. (2551). ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองต่อสถานะโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี กลุ่มหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *ว.ทันตจุฬาฯ*, 31, 261- 272.
- ปิยดา ประเสริฐสม. (2542). *โรคฟันผุ-การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในทศวรรษหน้า*. นนทบุรี: บ.ไซเบอร์เพรส จำกัด.
- ปิยนารถ จาติเกตุ. (2549). การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 11(1-2), 49-54.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. (2545). สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับการบริโภคน้ำตาล. *ฉลาดซื้อ นิตยสารฉลาดซื้อ*, 9(51), 50-52.
- พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา. (2550). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 10(1), 12-319.
- พายัพ วะชิงเงิน, ขมนารถ ทับศรีนวล. (2551). ความสัมพันธ์ของสถานะสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มใน 24 ชั่วโมง ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอยาย่าง จังหวัดเพชรบุรี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 3(1), 160-168.
- พิกุลพร ภูอาบอ่อน. (2552). การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิทยา ภาโนมัย. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ตำบลโพธิ์ศรีสำราญ อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พลสุข เอกไทยเจริญ. (2551). *การเขียนรายงานการค้นคว้า*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- มาลี วันทนาศิริ. (2551). การประเมินผลการปรับพฤติกรรมบริโภคที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(2), 7-19.
- มาลี วันทนาศิริ. (2551). พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4*, 10(1), 115-122.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง. (2556). รายงานสถานะช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทอ.3 ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2556 ตำบลเนินง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินง.
- ลลนา ถาคำฟู. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- วณิ ปิ่นประทีป และคณะ. (2552). เรื่องเล่าจากพื้นที่...กองทุนสุขภาพตำบล. นนทบุรี:
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- วราภรณ์ จีรพงษา. (2544). สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของ
ประชาชน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 6(2), 105-118.
- วราภรณ์ สุขสุขะโน. การกำหนดขนาดตัวอย่าง. [ออนไลน์]. ได้จาก:
<http://teacher.aru.ac.th/waraporn/images/stories/pdf/sample-size.pdf>.
[สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2556].
- วสิน เทียนกิ่งแก้ว. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก
อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ มีสัตย์. (2556). *การพัฒนาระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยครอบครัวเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กบ้านโคกโดง ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. (2550). *นมแม่..สูตรสำเร็จเพื่อ (ต้นทุน) สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ชมรมทันตกรรม
สำหรับเด็กในประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ศิริพร จีรวัฒน์กุล. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ Qualitative Research in
Health Science*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- ศิริพร จีรวัฒน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา
Qualitative Study in Nursing*. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- ศิริลักษณ์ นครชัย และคณะ. (2548). *รายงานการศึกษาผลกระทบของโรคฟันผุต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก
กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. (2551). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ศูนย์อนามัยที่ 5
และจังหวัดเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 14 พ.ศ. 2550-2551*. นนทบุรี:
หจก.อินดี้อาร์ต.
- ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากศูนย์อนามัยที่ 5
และจังหวัดเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 14 พ.ศ. 2555*. นครราชสีมา:
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2555). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2555*.
นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
ระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก* .

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2556: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายู่*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุนี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2548). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ออลพรีนซ์ฮ็อฟ.

สุนิสา วัฒนเกษตร และสุนี ผลดีเยี่ยม. (2535). รายงานการวิจัยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปี ในเขตอำเภอเมืองสิงห์บุรีและฉะเชิงเทรา. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

สุมาลี ไชยแสนทา. (2546). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานทันตสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อคิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.

อนันตยา พลสักขวา. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิญญา ยุทธชาวิทย์. (2545). *ทันตกรรมเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โครงการตำรา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.

อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และระวีวรรณ ปัญญางาม. (2551). การใช้กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 2(27), 74-86

อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2548). *ชีวิตรติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตรติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Campus, G., Lumbau, A., Sanna, AM., Solinas, G., Luglie, P., Castiglia, P. (2004).

Oral health Condition in an Italian preschool population. *Eur J Paediatr Dent [serial online]*, 5(2), 86-91.

Casamassimo, PS. (2000). Relationships between Oral and Systemic Health. *Pediatr Clin North Am*, 47(5), 1149-1157.



- Cohen, J. M. and Uphoff, N.T. (1980). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. London: Penguin Book.
- Edwina AM Kidd, Sally Joyston-Bechal. (1997). *Essentials of Dental Caries*. 2nd ed. New York: Oxford University.
- Greene, JC., & Vermillion, JR. (1964). The Simplified oral Hygiene index. *J Amer Dent Assoc*; 68, 7-13.
- Harris, No. & Christen, AC. (1991). *Primary Preventive Dentistry*. 3rd ed. California: Appliton & Lange publishers.
- Irazabal, Clara. (2005). *City Making and Urban Governance in the Americas: Curitiba and Portland*. London: Ashgate.
- Kemmis, S. (1993). *Action Research*. Hammersley, M. (Ed) *Educational Research: Current Issues*. London: Paul Chapman Publishing Ltd.
- Koufman, H.F. (1949). *Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities*. Agricultural Experiment Station Bulletins. March.
- Li Y, Wang. (2002). Predicting Caries in Permanent Teeth from Caries in Primary Teeth. an eight-year Cohort Study. *J Dent Res*, 81, 561-566.
- Munksgaar, d. & Wyne, AH. (1999). Early Childhood Caries. Nomenclature and Care Definition. *Community Dent Oral Epidemiol*, 27, 313-315.
- Oakley, P. (1984). *Approaches To Participation In Rural Development*. Geneva: International Office.
- Seow, W.K. (1998). Biological Mechanisms of Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 26 supplement, 1, 8-27.
- United Nation. (1981). *Department of Internation Economic and Social Affair. Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and Nation Development*. Report of The Meeting for The Adhoc Group of Expert. New York: United Nation .
- Pitiphat, W. (1989). Factors related to dental caries Status among 3 years old kindergarden children. In Muang district of Khonkaen Provinc. *J Public Health Dent [serial online]*, 49(3), 158-162.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์



ที่ ศร ๐๕๓๐.๑๘/ ๖ ค ๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้อยู่อาศัยตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายปองชัย ศิริศรีจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิสิต ๕๕๐๙๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดัชนีวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเดนิยง ตำบลเดนิยง อำเภอมือสรีนทร์ จังหวัดสุรินทร์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขออนุญาตจากท่าน เป็นผู้อยู่อาศัยตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศ ปฏิบัติราชการแทน
งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศร ๐๕๓๐.๑๘/ ๖๘๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุมัติขอเป็นผู้อยู่เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางสาวโสภิตา เหมะหมาย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิสิต ๕๕๐๙๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดำทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิยง ตำบลเจนิยง อำเภอมือสรีนทร์ จังหวัดสุรินทร์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบว์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบว์)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖ ๙๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางธีรนาฏ โสวภาค

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิต ๕๕๐๙๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับ ปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดัชนีวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิยง ตำบล เจนิยง อำเภอมือเืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบว์ เป็นประธานกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบว์)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/๖๙๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตยืมเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายภักดีการ มาริหาร ส่วนตำบลขามเรียง

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิสิต ๕๕๐๙๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์การศึกษาจังหวัดสุรินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอมือเืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบว์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตยืมจากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช ทดลองใช้เครื่องมือกับ ผู้ปกครองเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกะหม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบว์)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว.๙



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกะทม

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิสิต ๕๕๐๔๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับ ปริญญาโท สาขา สาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์การศึกษาจังหวัดสุรินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเดนิยง ตำบลเดนิยง อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการ ทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เจริญโบล เป็น ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ใน ครั้งนี้

เพื่อให้การศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช ทดลองใช้เครื่องมือกับ ผู้ปกครองเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกะทม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ใน ขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เจริญโบล)

รองคณบดีฝ่ายสารนิเทศและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๒ ค.๑

คณะกรรมการสุชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิ่ง

ด้วย นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช รหัสนิสิต ๕๕๐๙๑๔๘๐๐๐๓ นิสิตระดับ ปริญญาโท สาขา
สาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์การศึกษาจังหวัดสุรินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้
ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิ่ง ตำบลเจนิ่ง อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการ
ทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบว์ เป็น
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ใน
ครั้งนี้

เพื่อให้การศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช
เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ ผู้ปกครองและเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิ่ง ครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนิ่ง และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน
ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบว์)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 187 / 2557

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง ตำบลเนินยาง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ผู้วิจัย : นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดสุรินทร์

วันที่รับรอง : 17 กรกฎาคม 2557

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2558

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่ ID [] []

ชุดที่ 1 แบบ OHP.1

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง ตำบลเนินยาง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ ด้านความรู้ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3. ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4. ข้อมูลการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งผลการตอบจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อไป

ขอขอบคุณผู้ปกครองทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช

นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก

จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำตอบในช่องว่างให้สมบูรณ์

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม	SEX []
() 1 ชาย () 2 หญิง	
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี(เต็ม)	AGE [][]
3. สถานภาพสมรส	STA []
() 1. โสด () 2. สมรส	
() 3. หม้าย/หย่า/แยก () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	EDU []
() 1.ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา	
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช	
() 5. อนุปริญญา / ปวส () 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
5. อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม	OCC []
() 1. ไม่มีอาชีพ (แม่บ้าน /ผู้สูงอายุ) () 2. เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	
() 3. รับจ้างทั่วไป () 4. อาชีพส่วนตัว เช่น ค้าขาย ทอผ้า	
() 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง	
() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....	
6. รายได้ครอบครัวของท่านโดยเฉลี่ยบาท/เดือน	INCOME []
7. ความสัมพันธ์ของท่านกับเด็ก	PAR []
() 1. มารดา () 2. บิดา	
() 3. ปู่ ย่า ตา ยาย () 4. พี่ ป้า น้า อา	
() 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	
8.ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบริการทันตกรรมหรือไม่ (ถ้าไม่เคยข้ามไปตอบข้อ 10)	DENT []
() 1.ไม่เคย () 2. เคย	
9. ถ้าเคยได้รับบริการท่านรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการใด	DSERV []
() 1. โรงพยาบาล () 2. รพ.สต.	
() 3. คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....	
10. ท่านเคยได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากหรือไม่ (ถ้าไม่เคยข้ามไปตอบ ข้อ12)	INFORM1 []
() 1.ไม่เคย () 2. เคย	



11. หากเคย ท่านได้รับข่าวสารจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)
- () 1. โทรทัศน์ () 2. วิทยู
- () 3. บุคลากรสาธารณสุข () 4. อาสาสมัครสาธารณสุข
- () 5. เพื่อนบ้าน () 6. อินเทอร์เน็ต
- () 7. สื่อสิ่งพิมพ์เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ () อื่นๆ.....

สำหรับผู้วิจัย

INFORM2-1[]

INFORM2-2[]

INFORM2-3[]

INFORM2-4[]

INFORM2-5[]

INFORM2-6[]

INFORM2-7[]

INFORM2-8[]

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

12. ปัจจุบันเด็กอายุ.....ปี.....เดือน C12 []
13. เด็กคนนี้เริ่มแปร่งฟันครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี.....เดือน C13 []
14. ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากอะไรบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
- () 1 ไม่เคยมีปัญหาเลย (ข้ามไปตอบข้อ16) C14-1 []
- () 2.ปวดฟัน C14-2 []
- () 3. ฟันผุ C14-3 []
- () 4. เหงือกบวม C14-4 []
- () 5. ฟันโยก C14-5 []
- () 6 ฟันหักจากอุบัติเหตุ C14-6 []
- () 7 อื่นๆระบุ..... C14-7 []
- 15 กรณีที่เด็กมีปัญหาในข้อ 14 ท่านทำอย่างไร ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
- () 1 ไม่ได้ทำอะไร ปล่อยให้หายเอง C15-1 []
- () 2.หยาแก้ปวดหรือยาแก้อักเสบให้เด็กกินเองที่บ้าน C15-2 []
- () 3. ใช้สำลีชุบยาแก้ปวดหรือยาสีฟันใส่ในรูฟันผุ C15-3 []
- () 4. พาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อตรวจและรักษา C15-4 []
- () 5. อื่นๆระบุ..... C15-5 []
16. ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กได้รับการตรวจ /รักษาจากหมอฟันหรือไม่ C16-1 []
- () 1 ไม่เคย () 2.เคย เคยไป.....ครั้ง C16-2 []



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่เป็นคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว สำหรับผู้วิจัย

- | | |
|--|------------|
| 1. ฟันน้ำนมของเด็กเมื่อขึ้นครบทั้งปากแล้วควรมีทั้งหมดกี่ซี่
() 1. 16 ซี่ () 2. 20 ซี่
() 3. 28 ซี่ () 4. 32 ซี่ | K1 [] |
| 2. ข้อใดไม่ใช่ความสำคัญของฟันน้ำนม
() 1. ทำให้เด็กมีใบหน้าสวยงาม ยิ้มสวย
() 2. ช่วยกันที่ให้ฟันแท้ ขึ้นได้ตรงตามตำแหน่ง
() 3. ช่วยให้เด็กดูคนมได้ตามปกติ
() 4. ออกเสียงพูดได้ชัดเจน | K2 [] |
| 3. ข้อใดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ
() 1. ฟันมีหินปูน () 2. การกินหมาก
() 3. แบคทีเรีย () 4. การกินผลไม้ดอง เช่น มะม่วงดอง | K 3 [] |
| 4. อาหารในข้อใดต่อไปนี้เป็นอันตรายแล้วไม่ทำให้เกิดฟันผุ
() 1. ฝรั่ง มันแกว พุทรา () 2. น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ
() 3. ลูกอม ขนมหวาน () 4. นมเปรี้ยวหรือนมรสหวาน | K 4 [] |
| 5. ถ้าท่านมีฟันผุ เช่น มีรอยดำหรือผุเป็นรู แต่ยังไม่มีอาการปวด ท่านควรทำอย่างไร
() 1. ปลอมให้หายเอง () 2. ซื้อมากินเอง
() 3. ไปพบทันตแพทย์เพื่อรักษา () 4. ใช้สมุนไพร | K5 [] |
| 6. ข้อใดเป็นการเริ่มดูแลฟันน้ำนมด้วยการแปรงฟันให้เด็กได้เหมาะสมที่สุด
() 1 เมื่อฟันน้ำนมเริ่มขึ้นในปากซี่แรก () 2. เมื่อมีฟันหน้าขึ้นอย่างน้อย 4 ซี่
() 3. เมื่อเด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบเต็มปาก () 4. เมื่อเด็กเริ่มมีฟันผุ | K6 [] |
| 7. วิธีการใดต่อไปนี้เป็นวิธีป้องกันฟันผุได้ดี
() 1. ให้เด็กบ้วนปากตอนเช้า
() 2. หลีกเลี่ยงอาหารหวาน
() 3. แปรงฟันให้สะอาดด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
() 4 ดื่มนมเปรี้ยวแทนนมรสหวาน | K7 [] |
| 8. แปรงสีฟันที่ใช้สำหรับเด็ก ควรมีลักษณะอย่างไร
() 1. ขนาดพอเหมาะ ขนแปรงอ่อน () 2. ขนาดพอเหมาะ ขนแปรงแข็งปานกลาง
() 3. ขนาดและขนแปรงแบบใดก็ได้ () 4. แปรงสีฟัน มีลายการ์ตูน สีสดใส | k8 [] |
| 9. เด็กควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละกี่ครั้ง
() 1. วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้าหรือก่อนนอน () 2. วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน
() 3. วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเที่ยง () 4. วันละ 3 ครั้ง ตอนเช้า เที่ยง เย็น | k9. [] |



10. สารฟลูออไรด์ที่อยู่ในยาสีฟันมีประโยชน์อย่างไร	สำหรับผู้วิจัย
() 1. ช่วยลดกลิ่นปาก () 2. ป้องกันฟันผุ	K10 []
() 3. ทำให้รู้สึกเย็นสดชื่น () 4. ทำให้ฟันขาว	
11. ยาสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็กควรเป็นยาสีฟันชนิดใด	K11 []
() 1. ยาสีฟันสมุนไพร () 2. ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	
() 3. ยาสีฟันที่ฟอกให้ฟันขาว () 4. ยาสีฟันที่ลดกลิ่นปาก	
12. เมื่อมีอาการในข้อใดต้องรีบไปพบหมอฟัน	K12 []
() 1. ปวดฟัน () 2. ฟันเป็นรูดำ	
() 3. เหงือกบวมแดงมีหนอง () 4. ถูกทุกข้อ	
13. ท่านคิดว่าวิธีการใดเป็นการป้องกันฟันผุได้ดีที่สุดสำหรับเด็ก	K13 []
() 1. ให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ	
() 2. ให้เด็กใช้น้ำยาอมบ้วนปากทุกวัน	
() 3. ให้เด็กอมเกลือเวลาเข้าหลังตื่นนอน	
() 4. ให้เด็กแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหารด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	
14. ฟันผุระยะเริ่มแรก มีลักษณะอาการอย่างไร	K14 []
() 1. ปวดฟัน () 2. เสียฟันขณะเคี้ยวอาหาร	
() 3. ฟันมีรูผุ () 4. ฟันเปลี่ยนสีเป็นรอยขาวขุ่น หรือมีจุดสีเทาดำ	
15. อาหารชนิดใดมีประโยชน์ต่อฟัน	K15 []
() 1. ผลไม้แข็ง มะม่วงกวน () 2. ข้าวโพดต้ม ขนมกรุบกรอบ	
() 3. นมเปรี้ยว นมหวาน () 4. ผลไม้ตามฤดูกาล	



ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	
1. การดูแลให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวันจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ						A1 []
2. ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์จะช่วยทำให้ฟันแข็งแรง						A2 []
3. ในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก การบ้วนปากอย่างเดียวถือเป็นการเพียงพอแล้ว						A3 []
4. เด็กควรได้รับการแนะนำให้กินผักผลไม้แทนขนมกรุบกรอบ						A4 []
5. การพาเด็กไปพบหมอฟันตั้งแต่เล็กๆ จะช่วยให้เด็กไม่กลัวหมอฟัน						A5 []
6. ฟันของเด็กจะดี ขึ้นอยู่กับการดูแลของเด็กเอง						A6 []
7. ฟันน้ำนมไม่สำคัญเท่าฟันแท้ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องดูแลฟันน้ำนมมากนัก						A7 []
8. การเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก จะทำให้เด็กเกิดโรคฟันผุได้						A8 []
9. โรคฟันผุเกิดขึ้นตามพันธุกรรมของพ่อแม่						A9 []
10.ฉันพร้อมจะพาเด็กไปหาหมอฟันทุก 3-6 เดือน						A10[]
11.ฉันจะแปรงฟันซ้ำให้เด็กทุกครั้ง หากตรวจพบว่าเด็กแปรงฟันไม่สะอาด						A11[]



ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)	
12.ฉันจะพาเด็กไปพบหมอฟัน เมื่อเด็กมีอาการ ปวดฟันเท่านั้น						A12[]
13.ถ้าตรวจพบว่าเด็กมีฟันผุ ฉันจะรีบพาเด็กไปหา หมอฟัน						A13[]



ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ปกครองในดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีการเลือกระดับพฤติกรรมการปฏิบัติดังนี้

เป็นประจำหรือทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 6- 7 วันต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1- 5 วันต่อสัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ			สำหรับผู้วิจัย
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติเลย (1)	
1. ท่านกระตุ้นให้เด็กแปรงฟันทันทีหลังการรับประทานอาหาร				p1 []
2. หากเด็กแปรงฟันเองไม่สะอาด ท่านแปรงฟันซ้ำให้เด็กทันที.				p2 []
3. ท่านตรวจฟันให้เด็กหลังการแปรงฟันทุกครั้ง				p3 []
4. ท่านให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์				p4 []
5. หากเด็กแปรงฟันก่อนนอนแล้ว มีการรับประทานอาหาร จุบจิบ ท่านจะให้เด็กแปรงฟันซ้ำทันที				p5 []
6. หลังจากที่ได้ดื่มนมเสร็จ ท่านให้เด็กดื่มน้ำตาม				p6 []
7. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารหวาน ลูกอม หรือขนมกรุบ กรอบ ระหว่างมื้ออาหาร				p7 []
8. ท่านเคยเคี้ยวข้าวแล้วป้อนให้เด็กกิน				p8 []
9. ท่านเคยปล่อยให้เด็กมีพฤติกรรมอมข้าวเป็นเวลานาน ก่อนกลืน				p9 []
10. ท่านเคยปล่อยให้เด็กดูดนิ้วมือหรือนิ้วเป็นเวลานาน				p10 []
11. ท่านให้เด็กนำขนมไปรับประทานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				p11 []
12. ท่านปล่อยให้เด็กดูดนมขวดแล้วหลับคาปากหรือไม่				p12 []
13. ท่านตามใจเด็กเมื่อเด็กเรียกร้องจะซื้อขนมที่ร้านค้า รถเร่ หรือ ร้านสะดวกซื้อ				p13 []
14. ท่านให้เด็กเลือกขนมเอง เมื่อไปที่ร้านค้า รถเร่ หรือ ร้านสะดวกซื้อ				p14 []
15. ท่านเลือกอาหาร/ขนมที่เด็กชอบให้เด็กถึงแม้จะรู้ว่า เป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ				p15 []
16. ท่านจะพาเด็กไปพบหมอฟันทันที หากทราบว่าเด็กมี ปัญหา สุขภาพช่องปาก				p16 []



ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คำชี้แจง ขอให้ท่านเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5.1 ท่านคิดว่า **พ่อ แม่ /ผู้ปกครอง**ควรมีการดำเนินงานอย่างไรเพื่อให้บุตรหลานของท่านที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี

5.2 ท่านคิดว่า**ใครบ้าง**ควรมีบทบาทในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ และควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร



ชุดที่ 3 แบบ OHP.3

แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก

ID.....

วันที่...../...../..... ชื่อผู้ตรวจ..... ตรวจซ้ำ.....

ชื่อ-สกุลเด็ก..... อายุ..... ปี.....เดือน เพศ ☐ ☐

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง ชั้น.....

DENTITION STATUS AND TREATMENT NEED

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
Treatment										
Crown										

	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Crown										
Treatment										

Primary	TOOTH STATUS	TREATMENT
A	Sound	0 = None
H	Non-cavitated Enamel caries	P = Preventive, caries arresting care
N	Cavitated Enamel caries	F = Fissure sealant
B	Decayed 1	R = Preventive resin restoration
C	Filled, with decay	1 = One surface fillings
D	Filled no decay, stainless steel crown(SSC)	2 = Two or more surface fillings
E	Missing, as a result of caries	3 = Crown for any reason
-	Missing, any other reason	4 = Pulp care and restoration
F	Fissure sealant	5 = Extraction
-	Unerrupted tooth	6 = Need for other care(Specify).....
T	Trauma (fracture)	9 = Not recorded
-	Not recorded	

สภาวะอนามัยช่องปาก

ตำแหน่งการตรวจ Debris Index

55	51	65	เกณฑ์การให้คะแนน Debris Index
b	la	b	0 = ไม่มีsoft Debris หรือ stain ที่ตัวฟัน
			1 = มี soft Debris ปกคลุม≤1/3 คอฟันหรือมี stain ติดที่ตัวฟัน โดยไม่คำนึงถึง
			ความ มากน้อยของ stain
Li	la	Li	2 = มี soft Debris ปกคลุมตัวฟันอยู่ระหว่าง1/3 - 2/3 ของตัวฟัน นับจากขอบเหงือก
85	71	75	3 = มี soft Debris ปกคลุมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน



ชุดที่ 4

แบบ OHP.4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

โดยการสนทนากลุ่มของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่อบต. พระสงฆ์ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง อสม. ในประเด็นต่อไปนี้

ขั้นตอนวางแผน

1. สถานการณ์และสภาพปัญหา สาเหตุของสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดบ้านเนินยางเป็นอย่างไร
2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเนินยางที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง
3. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร
4. การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนใดบ้าง และอย่างไร
5. แนวทางหรือรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร
6. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างไร และจะพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้นอย่างไร และใครจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน รวมทั้งแหล่งในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน

ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผลการดำเนินงาน การได้รับการสนับสนุน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ชุดที่ 5 แบบ OHP.5

แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม

แบบ OHP- .5 -1 แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

- การเสนอแนวคิดในขณะประชุม
- การร่วมอภิปรายในขณะประชุม
- การช่วยวิเคราะห์ปัญหา การช่วยสรุปประเด็นสำคัญ
- เสนอตัวรับผิดชอบ
- อื่นๆที่พบระหว่างดำเนินการ

แบบ OHP- 5-2 แบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ

- การให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม
- การเข้าร่วมกิจกรรมที่กลุ่มจัดขึ้น
- ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามรูปแบบกิจกรรมที่ถูกกำหนดขึ้น



ชุดที่ 6

แบบ OHP.6 -1

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเจนีง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../..... ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง./สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์การทำงานบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้.....ปี
3. ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเจนีงมีอะไรบ้าง
4. ท่านให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านอื่นๆ
5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

แบบ OHP.6 -2

แนวคำถามการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../..... ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง./สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์การทำงานร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้.....ปี
3. ที่ผ่านมาระบบสุขภาพตำบลเจนีงได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง อย่างไรบ้าง
4. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง มีการจัดระบบบริการทันตสุขภาพเพื่อรองรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีงหรือไม่ อย่างไรบ้าง มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ และผลเป็นอย่างไร



6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจนีง ได้รับการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากใคร อย่างไรบ้าง

- ด้านงบประมาณ
- ด้านบุคลากร
- ด้านวัสดุอุปกรณ์
- ด้านความรู้วิชาการ

7. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีงที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

8. ที่ผ่านมาผู้ปกครองเด็ก และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กหรือไม่ อย่างไร

9. ท่านมีข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ อย่างไร

แบบ OHP.6 -3

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../..... ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง./สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้.....ปี
3. ที่ผ่านมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง อย่างไรบ้างมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ และผลเป็นอย่างไร
4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากใครบ้าง และสนับสนุนอย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านวัสดุอุปกรณ์
 - ด้านความรู้วิชาการ
5. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีงที่ผ่านมามีอะไรบ้าง
6. ที่ผ่านมาผู้ปกครองเด็ก และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านมีข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ อย่างไร



แบบ OHP.6 -4

แนวคำถามการสัมภาษณ์กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../..... ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง./สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ประสบการณ์การทำงานเป็นกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้.....ปี
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการกำหนดนโยบายให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ และกำหนดอย่างไรบ้าง
4. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
5. มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ และผลเป็นอย่างไร
6. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีงที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง
7. ท่านมีข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ อย่างไร

แบบ OHP.6 - 5

แนวคำถามการสัมภาษณ์พระสงฆ์วัดบ้านเจนีง

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../..... ผู้สัมภาษณ์.....

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ตำแหน่ง./สถานะ/บทบาทหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ท่านให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ อย่างไรบ้าง
 - ด้านงบประมาณ
 - ด้านบุคลากร
 - ด้านอื่นๆ
3. ท่านมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. ท่านมีข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือไม่ อย่างไร



ชุดที่ 7 แบบ OHP.7

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กวัดบ้านเนิน

กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งการตอบจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อไป

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำตอบในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม	() 1 ชาย	() 2 หญิง	สำหรับผู้วิจัย SEX []
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี(เต็ม)			AGE [][]
3. สถานภาพสมรส	() 1. โสด	() 2. สมรส	STA []
	() 3. หม้าย/หย่า/แยก	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			EDU []
() 1. ไม่ได้เรียน	() 2. ประถมศึกษา		
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช		
() 5. อนุปริญญา / ปวส	() 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า		
5. อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม			OCC []
() 1. ไม่มีอาชีพ (แม่บ้าน /ผู้สูงอายุ)	() 2. เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)		
() 3. รับจ้างทั่วไป	() 4. อาชีพส่วนตัว เช่น ค้าขาย ทอผ้า		
() 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง	() 6. อื่นๆ ระบุ.....		
6. ท่านเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเนิน โดยท่านเป็น...			ASRELA []
() 1. ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			
() 2. เป็นกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			
() 3. เป็นครูผู้ดูแลเด็ก			
() 4. พระวัดบ้านเนิน			
() 5. อาสาสมัครสาธารณสุข			
() 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ			
() 7. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเนิน			
() 8. อื่นๆ ระบุ.....			



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วัดบ้านเจนีง ตำบลเจนีง จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการมีส่วนร่วม ให้ตรงกับ
ความความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นมากที่สุด
มาก หมายถึง มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นเป็นบางส่วน
น้อย หมายถึง มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นน้อยมาก

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก						
1.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก						1[]
2.ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอ-กำหนดแนวทาง แก้ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ เด็กในศูนย์เด็กเล็ก						2[]
3.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก						3[]
4.ท่านมีส่วนร่วมในการ พิจารณา กำหนดกิจกรรม แผนงาน โครงการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก						4[]
5.ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของ การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ เด็กในศูนย์เด็กเล็ก						5[]
6.ท่านคิดว่า ประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วน ร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนาครั้งนี้						6[]
7. ท่านมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก ในศูนย์เด็กเล็ก						7[]

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านเจนีง

.....
.....
.....



ชุดที่ 8 แบบ OHP.8

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านฉะนียง ตำบลฉะนียง อำเภอมืองสุรินทร์
จังหวัดสุรินทร์

กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งการตอบจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน
ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การ
พัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อไป

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำตอบในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม	() 1 ชาย () 2 หญิง	สำหรับผู้วิจัย SEX []
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี(เต็ม)		AGE [][]
3. สถานภาพสมรส	() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/หย่า/แยก () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....	STA []
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช () 5. อนุปริญญา / ปวส () 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	EDU []
5. อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม	() 1. ไม่มีอาชีพ (แม่บ้าน /ผู้สูงอายุ) () 2. เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่) () 3. รับจ้างทั่วไป () 4. อาชีพส่วนตัว เช่น ค้าขาย ทอผ้า () 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง () 6. อื่นๆ ระบุ.....	OCC []
6. ท่านเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านฉะนียง โดยท่านเป็น...	() 1. ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก () 2. เป็นกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก () 3. เป็นครูผู้ดูแลเด็ก () 4. พระวัดบ้านฉะนียง () 5. อาสาสมัครสาธารณสุข () 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ () 7. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลฉะนียง () 8. อื่นๆ ระบุ.....	ASRELA []



ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กวัดบ้านเนินยาง จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความพึงพอใจ ให้ตรงกับ
ความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก หมายถึง มีความพึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจกับข้อความบางส่วน
น้อย หมายถึง มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความบางส่วน
น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความทั้งหมด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
การวางแผนพัฒนา						
1.การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ วางแผน กำหนดกิจกรรม ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กด้านส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก						C1[]
การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน ศูนย์เด็กเล็ก						
2. การจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่ที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก						C2[]
3. การจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างที่ไม่เป็น โทษต่อฟันให้เด็ก ในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสม						C3[]
4. การควบคุมไม่ให้เด็กกินจุบจิบ ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว และควบคุมการนำขวดนมมาที่ศูนย์ เด็กเล็ก						C4[]
5. การที่เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยครูผู้ดูแลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมมีการสรุป การตรวจ						C5[]
6. การที่เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จากทันตบุคลากรภาคเรียนละ 1 ครั้ง และแจ้งผล การตรวจให้ผู้ปกครอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำ						C6[]
7. การที่เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้รับการ ทาฟลูออไรด์วานิช/ตรวจฟันผุ โดยทันตบุคลากร						C7[]
8. การมีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสม เพียงพอกับ เด็ก สะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีน้ำขัง ไม่ลื่น						C8[]



ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
9. ผู้ปกครองทุกคน ชุมชนได้ปฏิบัติตามนโยบาย/ ข้อกำหนดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์ เด็กเล็กอย่างเคร่งครัด						C9[]
10. เด็กในศูนย์ได้รับการดูแลด้านสุขภาพและ สุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การตรวจ ฟัน การแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ทันทก กรรมป้องกันและการส่งต่อเพื่อการรักษาทาง ทันตกรรม						C10[]
11. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนด้าน งบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงานด้าน สุขภาพและสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก						C11[]

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์เด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วัดบ้านเจียง เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ทุกภาคส่วนควรมีบทบาทอย่างไร

ผู้ปกครอง

.....
.....
.....

ครูผู้ดูแลเด็ก

.....
.....
.....

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....
.....
.....

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจียง

.....
.....
.....



พระสงฆ์วัดบ้านเจนีง

.....

.....

.....

อาสาสมัครสาธารณสุข

.....

.....

.....

หน่วยงาน /บุคคลอื่นที่ท่านคิดว่าจะมีความเหมาะสมในการร่วมพัฒนา

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างภาพกิจกรรม



การประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ



ตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก



กิจกรรมเยี่ยมบ้าน



กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน



การประชุมถอดบทเรียน



การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและกิจกรรมประกวดหุ่นน้อยฟันสวย



ประวัติย่อของผู้วิจัย



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางจันทร์เพ็ญ เกสรราช
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2504
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2522 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสิรินธร จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรวิชาชั้นตาภิบาล โรงเรียนทันตาภิบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2531 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2536 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาทันตสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2550 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รป.บ.) สาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2554 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 1/1 ตรอกโพธิ์ทอง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

