

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์

ของ

นิศามณี มะโนขันธ์

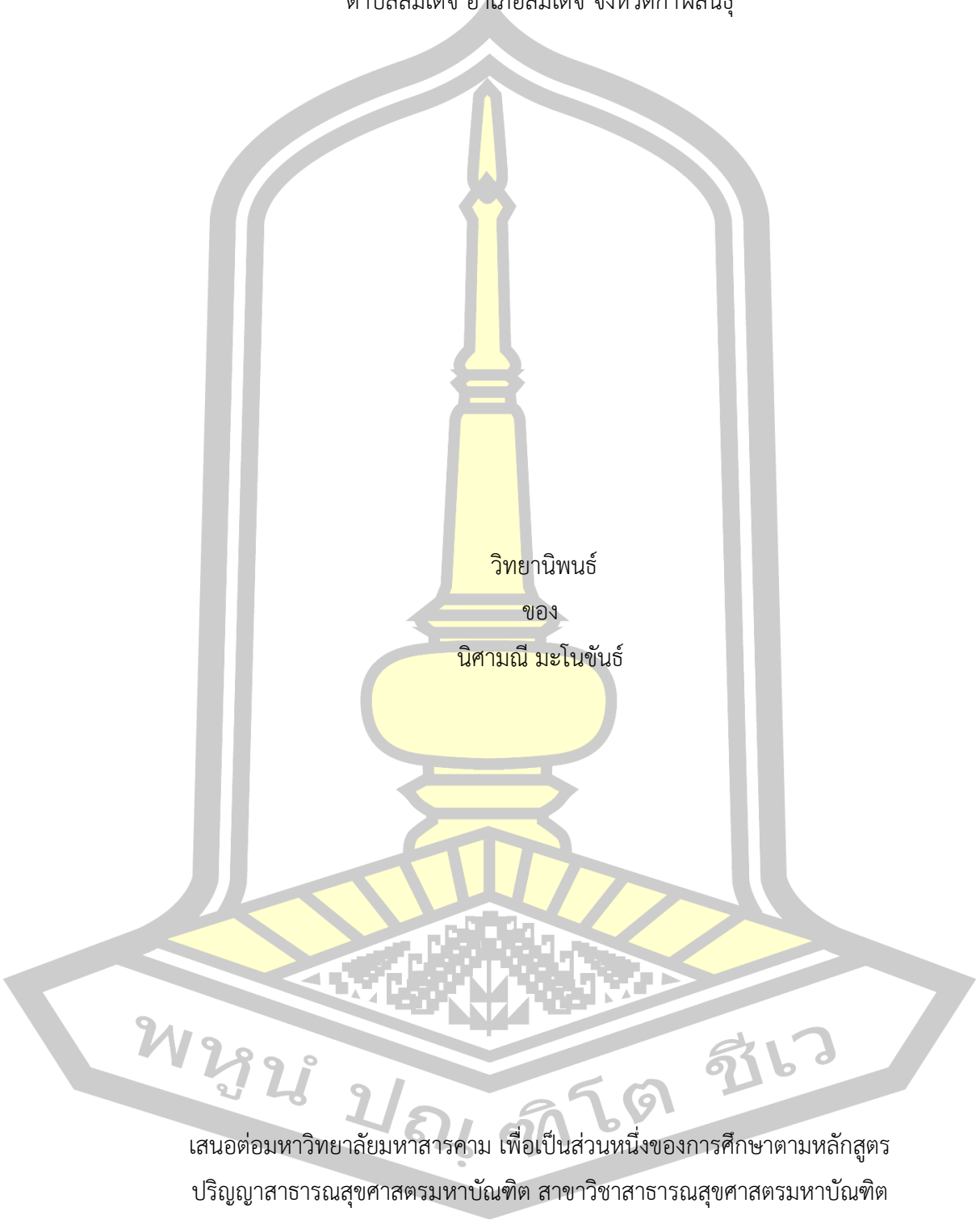
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์



วิทยานิพนธ์

ของ

นิศามณี มะโนขันธ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

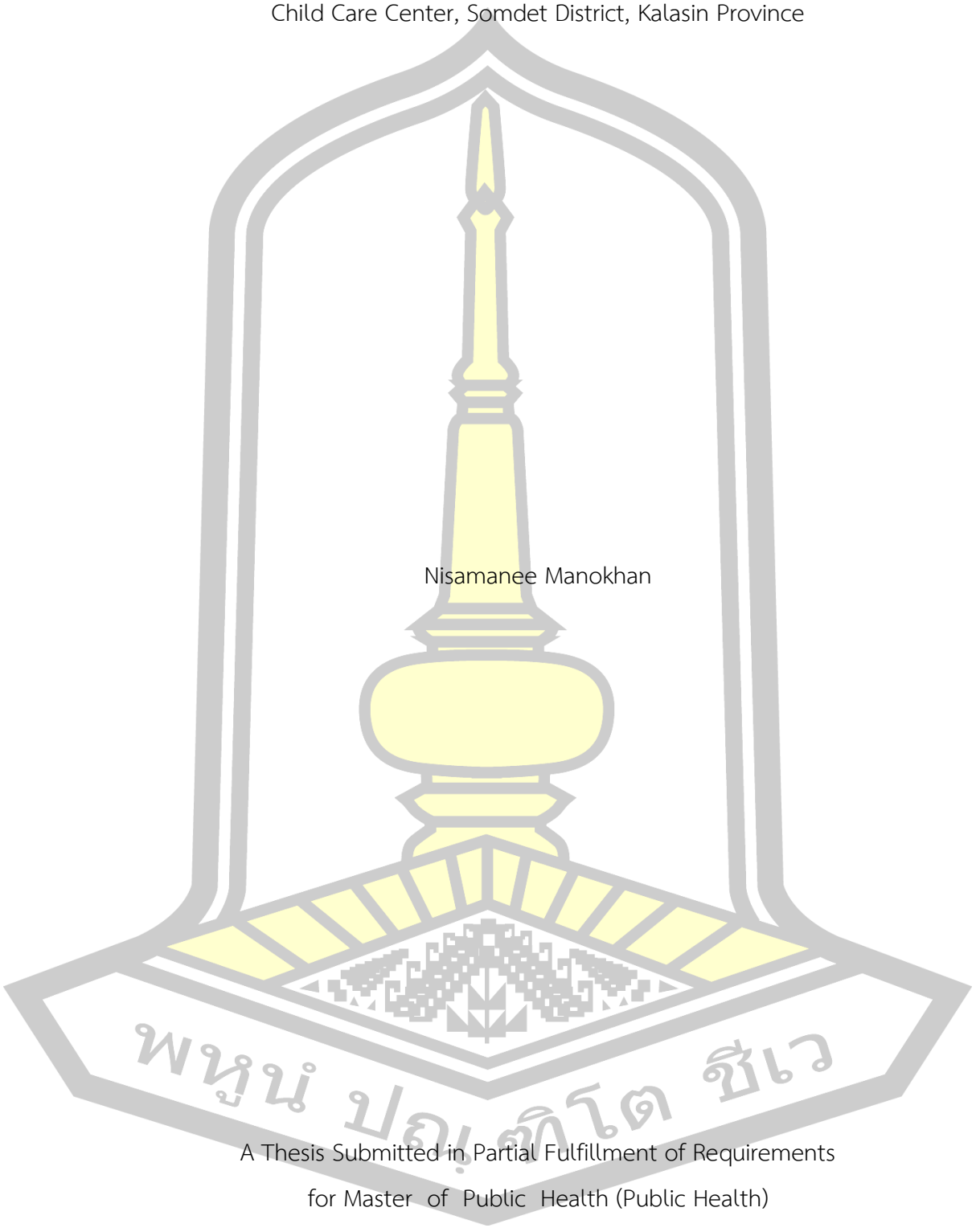
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of an Oral Health Care Model for Preschool Children in Somdet Child Care Center, Somdet District, Kalasin Province

Nisamanee Manokhan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

December 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนิศามณี มะโนขันธ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. จารุวรรณ วิโรจน์)

.....กรรมการ
(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. ธีรศักดิ์ พาจันทร์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้วิจัย นิศามณี มะโนขันธ์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ วิโรจน์

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนาด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูสุขภาพช่องปากของเด็ก แบบประเมินสภาวะอนามัยช่องปาก แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานและการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของประชากรที่ไม่อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon matched pair signed rank test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในครั้งนี้ใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ โดยศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 2) ดำเนินตามแผนปฏิบัติการ 3) นิเทศติดตาม 4) สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ปัญหา ซึ่งจากการดำเนินงานได้ 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครู 2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง 3) กำหนดข้อปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ 4) กิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากจะดูแลอย่างครอบคลุมทั้งส่งเสริมสุขภาพโดย

การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครอง การป้องกันด้วยการคัดกรองโรคฟันผุโดยเครือข่ายชุมชน และการรักษาโดยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและการส่งต่อเข้ารับการรักษา ผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

คำสำคัญ : กระบวนการพัฒนารูปแบบ, การดูแลสุขภาพช่องปาก

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

TITLE The Development of an Oral Health Care Model for Preschool Children in Somdet Child Care Center, Somdet District, Kalasin Province

AUTHOR Nisamanee Manokhan

ADVISORS Assistant Professor Kemika Sombateyotha , Dr.P.H.
Assistant Professor Jaruwan Viroj , Ph.D.

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

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

The purpose of this action research was to develop the oral health care model for preschool children in Somdet child care center, Somdet district, Kalasin province.There is a participatory process in determining the participation model of parent, teacher, village health volunteers, community leaders, and public health officers for 24 peoples The research instruments were questionnaires about the knowledge of oral health care, oral health parents' attitudes, oral health patents's behavior, plaque index, oral hygiene survey and observation guideline. The results were analyzed using percentages, means, standard deviations, median, paired sample t-test and Wilcoxon matched pair signed rank test. The qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that the development of the oral health care model for preschool children care center used the PAOR process, consisting of 2 phases: the preparation phase by studying the context andanalyze the problem.The research phase consists of 4 steps 1) holding a workshop 2) action 3) supervision and 4) evaluation conclusion and suggestion. the oral health care model have 4 activities 1) teacher education training 2) parent education training 3) setting guidelines for oral health care of preschool children centers and 4) evaluate the implementation

of oral health care activities for preschool children in preschool children centers. The oral health care model provide health promotion by developing the potential of teachers and parents, prevention through dental caries screening by community networks and treatment by increasing access to treatment and referral. The Quantitative results found that after development, parents had a median knowledge score and average values of dental care behavior score statistically significant increase. Preschool children had a significantly lower mean plaque index statistical significance.

The key success factors of the development were community involvement in the formulation of operational policies. Follow up and evaluate to achieve goals.

Keyword : Development model, Oral health care



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภท นิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ วิโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ กรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ รุ่น 22

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ชวิน อำไพ ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลสมเด็จ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน อาจารย์ประจำสาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และ ดร.ศุภศิลป์ ดีรักษา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการจากสาธารณสุขอำเภอฆ้องชัย ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ และคณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ตลอดจนตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสมเด็จ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เด็กก่อนวัยเรียนและครูผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ้านบอนที่ได้ร่วมเป็นพื้นที่ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

ขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่สนับสนุนในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ประโยชน์และคุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ ที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จ

นิศามณี มะโนขันธ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพประกอบ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ 4

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 4

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 5

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 6

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 7

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 7

2.2 สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 16

2.3 มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 18

2.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน 31

2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 40

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 43

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 47

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย 53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 54
3.1 รูปแบบการวิจัย 54
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 54
3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 57
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 59
3.5 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล 64
3.6 จริยธรรมในการวิจัย 65
บทที่ 4 ผลการศึกษา 66
4.1 ผลการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 66
4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 76
4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 87
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 95
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 98
5.1 สรุปผล 98
5.2 อภิปรายผล 103
5.3 ข้อเสนอแนะ 105
บรรณานุกรม 107
ภาคผนวก 115
ภาคผนวก ก แผนปฏิบัติการวิจัย 116
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย 127

ภาคผนวก ค สำเนาหนังสือราชการ 141
ภาคผนวก ง บันทึกลงนามข้อตกลง นโยบาย และภาพกิจกรรม 145
ภาคผนวก จ ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 154
ประวัติผู้เขียน 157

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 อัตราความชุกโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี เปรียบเทียบระดับจังหวัดกาฬสินธุ์และอำเภอสมเด็จ ปี พ.ศ. 2563-2565 68

ตาราง 2 ลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน 70

ตาราง 3 ลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน 73

ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะของเด็กก่อนวัยเรียนและผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55) 76

ตาราง 5 คะแนนความรู้รายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 87

ตาราง 6 คะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 88

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pair signed rank test (1tail) 89

ตาราง 8 คะแนนเจตคติรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 90

ตาราง 9 คะแนนเจตคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 91

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1tail) 91

ตาราง 11 คะแนนพฤติกรรมรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 92

ตาราง 12 คะแนนระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ 93

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1 tail) 94

ตาราง 14 ระดับอนามัยช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร ส่วนตำบลสมเด็จ 94

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1tail) 95

ตาราง 16 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรูปแบบเก่าและรูปแบบใหม่ 97

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กระบวนการเกิดฟันผุ 8

ภาพประกอบ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุ 9

ภาพประกอบ 3 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักของกฎบัตรออตตาวา 22

ภาพประกอบ 4 กรอบแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพช่องปาก 26

ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนของกระบวนการ AIC 37

ภาพประกอบ 6 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 44

ภาพประกอบ 7 การจัดเก็บแปรงสีฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 81

ภาพประกอบ 8 สถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 81

ภาพประกอบ 9 แผนผังรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 85

ภาพประกอบ 10 แผนผังขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 86

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาวะหรือสุขภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมในอนาคต ทั้งนี้ความเจริญของสังคมย่อมเกิดขึ้นกับประสิทธิภาพของเด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป ทันตสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัยที่สำคัญ การที่มีทันตสุขภาพที่ดีปราศจากโรคในช่องปากฟันทำหน้าที่ได้สมบูรณ์จะส่งผลให้เด็กเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่มีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (กิตติคุณ บัวบาน, 2560)

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปี เป็นกำลังสำคัญที่จะโตไปเป็นแรงขับเคลื่อนของสังคมในอนาคต วัยนี้เป็นวัยที่พร้อมจะเรียนรู้ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กจึงมักคำนึงถึงการให้เด็กมีความพร้อมในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ในด้านร่างกายเน้นการฝึกกิจนิสัย สุขนิสัยที่ดี รู้จักรักษาความสะอาด เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเป็นเวลา โดยคาดหวังให้เด็กมีความเข้าใจที่ดี มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเด็กเติบโต เด็กวัยนี้มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่แล้ว โรคในช่องปากที่พบมากที่สุดคือ โรคฟันผุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย มีอาการเจ็บปวด การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะมีผลเสียต่อการบดเคี้ยว การเจริญของขากรรไกรตลอดจนการเรียงตัวของฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่จะซ้อนและทำให้ฟันแท้มีโอกาสจะผุได้มากขึ้นด้วย ด้านโภชนาการจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ด้านพัฒนาการการเรียนรู้ การเคี้ยวอาหารมีผลต่อไอคิวของเด็กและพัฒนาการด้านอารมณ์และความมั่นใจของเด็กจะลดลง (ศรีสุดา สีละศิธร และเมธินี คุปพิทยานันท์, 2555)

การที่เด็กก่อนวัยเรียนมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น เป็นไปตามวิวัฒนาการของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของโรคที่มีมากขึ้น เช่น ความหลากหลายของขนม การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมขวด การมีบุตรเมื่ออายุยังน้อย การประกอบอาชีพ ความรู้ของผู้ปกครอง รวมถึงความเชื่อที่อยู่คู่กับระบบวัฒนธรรมไทย เช่น การละเลยการดูแลฟันน้ำนมของเด็กโดยเข้าใจว่าฟันน้ำนมก็จะหลุดออกไปเองตามธรรมชาติจึงไม่เห็นความสำคัญ (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, 2552) ทำให้เด็กจำนวนมากต้องอยู่กับสภาพที่มีปัญหาฟันผุและไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ เมื่อไม่ได้รับการรักษาโรคก็จะลุกลามและมีความรุนแรงมากขึ้น การมีฟันน้ำนมผุลุกลามรุนแรงนอกจากจะทำให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อและปัญหาการบดเคี้ยวแล้ว ยังมีผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก

บุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเองและมีผลต่อการเกิดฟันผุและพัฒนาการของฟันแท้ด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ O'Sullivan DM และ Tinanoff N (1996) พบว่าเด็กที่มีฟันหน้าน้ำนมบนผุที่ด้านเรียบจะมีฟันผุที่ด้านบดเคี้ยวของฟันกรามน้ำนมเป็น 2 เท่า และมีฟันผุที่ด้านเรียบของฟันกรามน้ำนมสูงขึ้นเป็น 8 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันหน้าน้ำนมผุและพบว่าการมีฟันผุที่ฟันน้ำนมหน้าบนนั้นเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการเกิดฟันผุในอนาคต หากไม่ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเด็กก็จะนำไปสู่ปัญหาการสูญเสียฟันแท้ในวัยผู้ใหญ่และสูงอายุต่อไป

สำหรับแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนระดับประเทศจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้น (White spot lesion) ร้อยละ 31.1 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน มีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปาก ร้อยละ 2.3 นอกจากนี้ยังพบว่ามีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษามากถึงร้อยละ 52.0 หรือเฉลี่ย 2.7 ซี่/คน พบความชุกของการเกิดฟันผุสูงที่สุดในภาคกลางและภาคใต้ ร้อยละ 57.9 และ 57.0 ในขณะที่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่าคือ ร้อยละ 51.0 และ 48.3 ตามลำดับ ความชุกการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ในเด็กอายุ 5 ปี พบว่า มีฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 31.3 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 4.5 ซี่/คน โดยพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคเหนือ คือ ร้อยละ 80.2 และ 78.3 ในขณะที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า คือ ร้อยละ 74.7 และ 74.2 อัตราการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยความชุกการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูงขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในระดับจังหวัดกาฬสินธุ์จากคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่าในปี 2563-2565 เด็กอายุ 3 ปี มีอัตราความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 27.05, 28.01 และ 18.03 ตามลำดับ Health Data Center (2565) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดลงทุกปี และในระดับพื้นที่อำเภอสมเด็จจากรายงาน ท.02 โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าอัตราความชุกโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปี 2563-2565 มีค่าสูงถึงร้อยละ 47.22 , 53.13 และ 56.60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.43, 2.08 และ 3.25 ซี่/คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะฟันผุในฟันหน้าบน 4 ซี่ ซึ่งตรงกับลักษณะฟันผุของเด็กในประเทศไทย ค่าเฉลี่ยฟันหน้าผุแบบขาวขุ่นซึ่งเป็นฟันผุระยะแรกมีค่า 0.39, 0.11, 0.36 ซี่/คนตามลำดับ สามารถรักษาได้ด้วยการแปรงฟันและเคลือบฟลูออไรด์ และค่าเฉลี่ยฟันหน้าบนผุเป็นรูและผุเหลือแต่ตอฟัน มีค่า 1.54, 1.33, 1.49 ซี่/คนตามลำดับ ต้องได้รับการรักษาด้วยการอุดฟันและถอนฟัน ซึ่งอัตราความชุกและค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดในฟันน้ำนมยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (โรงพยาบาลสมเด็จ, 2565)

จากสถานการณ์โรคฟันผุในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่อำเภอสมเด็จที่กล่าวมาพบว่ายังเป็นปัญหา ที่ผ่านมามีการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จโดยทันตบุคลากรในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จอย่างต่อเนื่อง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) แห่งนี้อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดนซึ่งไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำจึงเป็นการดำเนินงานโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จเป็นหลัก มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กด้วยการออกหน่วยไปตรวจฟันและเคลือบฟลูออไรด์เด็กทุก 6 เดือน และรักษาโรคฟันผุด้วยการอุดฟันอย่างง่าย (SMART technique) ให้เด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีละ 1 ครั้งเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังไม่มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปกครองทราบและยังไม่มีรูปแบบการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่ออย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวพบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาวเนื่องจากแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุยังสูงขึ้นอยู่ การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างต่อเนื่องเพราะขาดความพร้อมของสถานที่แปรงฟันสำหรับเด็กและขาดการติดตามผลการดำเนินกิจกรรม ผู้ปกครองและครูยังให้เด็กก่อนวัยเรียนนำขนมมาทานและนำขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ซึ่งจากการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และปิยะดา ประเสริฐสม (2549) พบว่าการใช้ขวดนมสัมพันธ์กับการเกิดฟันหน้าผุในเด็ก

การดูแลสุขภาพช่องปากไม่ใช่การจำกัดเฉพาะทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินงานเพียงฝ่ายเดียวแต่เป็นบทบาทที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้ เพราะเป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการกินและการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งผู้ปกครองและครูต้องเอาใจใส่กำกับดูแลและฝึกฝนให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนคือการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกกระบวนการ ผู้ปกครองเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากเด็กและการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชน (กชปิญา ผดุงพันธ์, 2562; ชูเลิศ สีแสด, 2560; ปณิธาน สนพะเนาและคณะ, 2562)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ตั้งแต่การ

วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการประเมินสะท้อนกลับ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้เด็กสามารถเข้ารับการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนมีฟันน้ำนมใช้งานได้ตามวัย ลดความชุกของโรคฟันผุเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2 1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปีที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ในช่วงปีการศึกษา 2566 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กับการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน และทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานทันตกรรมชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จ

1.4.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้วิธีการคัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 24 คน ได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองบัวโดน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จ และกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ กลุ่มละ 55 คน

1.4.3 พื้นที่ในการทำวิจัย

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4.4 ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ศึกษาบริบทและปัญหาในพื้นที่จนถึงกระบวนการการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เริ่มตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2565 – เดือนกันยายน 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการตรวจฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ให้ทันตสุขศึกษาการให้บริการทางทันกรรมและกระบวนการส่งต่อ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

1.5.2 เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กอายุ 2-5 ปีที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีการศึกษา 2566

1.5.3 ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่ให้การอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่เด็กรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

1.5.4 ความสะอาดในช่องปาก หมายถึง ค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก (Plaque index) ของเด็กก่อนวัยเรียนตามเกณฑ์ของ Stallard และคณะ

1.5.5 ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างฟัน คราบจุลินทรีย์ โรคฟันผุ การแปรงฟันที่ถูกวิธี การเลือกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน การเลือกรับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อช่องปากและการใช้ขวดนม

1.5.6 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก ความพร้อมความเชื่อที่จะกระทำในการดูแลช่องปากเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธี

1.5.7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง หมายถึง การดูแลรักษาฟันให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธี การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงในช่องปาก การเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อช่องปาก

1.5.8 ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ หมายถึง ปริมาณคราบอ่อนสีเหลือง ลักษณะเหนียวที่เกิดจากการสะสมของแบคทีเรียที่เกาะบนผิวฟันจากการทำความสะอาดฟันที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งดูจากการติดสีของเม็ดสีย้อมฟันบนผิวฟันภายหลังการย้อมสีฟันเด็กก่อนวัยเรียน

1.5.9 ระดับอนามัยช่องปาก หมายถึง การจัดระดับความสะอาดของอนามัยช่องปาก โดยจำแนกตามปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

15.10 บริบท หมายถึง บริบทของชุมชน บริบทการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.5.11 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายในชุมชนในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้งด้านการวางแผนการปฏิบัติและการประเมินผลการดำเนินงาน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสมกับบริบทกับพื้นที่ และสามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ได้

1.6.2 เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและส่งต่อ ทำให้สามารถลดอัตราความชุกโรคในช่องปากและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.6.3 ได้ข้อเสนอแนะปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และมุมมองข้อคิดจากการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและการพัฒนาต่อไป

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
2.2 สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
2.3 มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
2.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน
2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

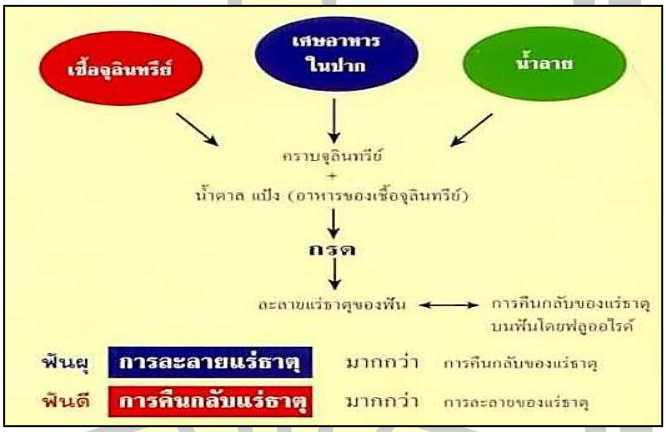
2.1.1 โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (Early childhood caries) หมายถึง การมีฟันผุทั้งที่เป็นรูผุชัดเจน และยังไม่เป็นรูผุการสูญเสียฟันไปเนื่องจากฟันผุ หรือมีการบูรณะฟันในฟันน้ำนมซี่ใดๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไปในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 7 เดือน ในเด็กเล็กตำแหน่งของฟันผุในฟันน้ำนมมักเกิดบริเวณฟันหน้าบนก่อน ตามด้วยฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งบนและล่าง ฟันเขี้ยว และฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง ตามลำดับ

โรคฟันผุรุนแรงในเด็กก่อนวัยเรียน (severe early childhood caries) หมายถึง การมีฟันผุที่มีรูปแบบแตกต่างจากปกติมีการลุกลามรุนแรง รวดเร็วหรือเป็นการผุบนด้านของฟันที่ไม่พบการผุตามปกติ คือ มีอัตราผุ ถอน อุด (dmft) เป็นด้านมากกว่า 4 ด้าน (อายุ 3 ปี) มากกว่า 5 ด้าน (อายุ 4 ปี) หรือมากกว่า 6 ด้าน (อายุ5ปี) ดังนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นความเสี่ยงการเกิดฟันผุยิ่งมากขึ้น

2.1.1.1 กระบวนการเกิดฟันผุ

ฟันผุเกิดจากภาวการณ์เสียสมดุลระหว่างกระบวนการสลายแร่ธาตุ(Demineralization) และกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุ (Remineralization) ในภาวะปกติจะมีกระบวนการแลกเปลี่ยนที่เป็นสมดุลระหว่างแร่ธาตุบนตัวฟันกับแร่ธาตุอิสระซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมของช่องปาก เมื่อรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาลจะทำให้แบคทีเรียในช่องปากที่อยู่บริเวณผิวเคลือบฟัน (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Mutans streptococcii หรือ MS และ Lactobacillus) ทำการย่อยสลายแป้งและน้ำตาล ทำให้เกิดกรดแลคติกที่มีปริมาณและความรุนแรงมากพอ คือค่า pH ต่ำกว่า 5.5 ก็จะสลายผลึกไฮดรอกซีอพาไทต์ (hydroxyapatite) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของเคลือบฟันออกมาเป็นแร่ธาตุอยู่ในคราบจุลินทรีย์และน้ำลาย ในขณะเดียวกันในน้ำลายและคราบจุลินทรีย์ก็มีแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสเฟต ทำให้เกิดการตกตะกอนของแร่ธาตุย้อนกลับเข้าสู่ตัวฟันได้เมื่อค่า pH สูงขึ้น ถ้าการสลายแร่ธาตุจากเคลือบฟันเกิดขึ้นในอัตราที่มากกว่าการคืนกลับแร่ธาตุ ก็จะทำให้เกิดการผุของฟันในที่สุด ซึ่งภาวะนี้จะเกิดขึ้นหากมีอาหารอยู่ในปากเป็นเวลานานหรือบ่อยครั้ง

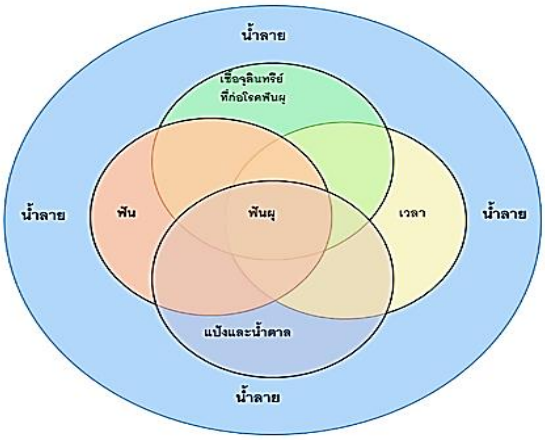


ภาพประกอบ 1 กระบวนการเกิดฟันผุ

ที่มา : ศักดิ์ศิริ ศิริกุล (2543: เว็บไซต์)

2.1.1.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของโรคในช่องปากเด็ก โดยเป็นโรคของการติดเชื้อที่สามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งได้ มีปัจจัยหลัก 4 ประการ



ภาพประกอบ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุ
ที่มา : กัญญา ศุภปีติพร และคณะ (2564): เว็บไซต์)

1) แบคทีเรียทีก่อให้เกิดโรคฟันผุ

เชื้อกลุ่มมิวแทนส์สเตร็ปโตค็อกไค (Mutans streptococci หรือ MS) และ Lactobacillus เป็นกลุ่มของแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดฟันผุทั่วไป เด็กก่อนวัยเรียนที่มีฟันผุส่วนใหญ่จะพบเฉพาะเชื้อ S.mutans แต่มีบางส่วนที่อาจพบเชื้อ S.mutans ร่วมกับ S.sobrinus หรือ พบ S.sobrinus เพียงอย่างเดียว กรณีที่พบเชื้อ มากกว่า 1 ชนิด จะสัมพันธ์กับความถี่ในการบริโภคน้ำตาลสูง จากการศึกษาของ Choi et al. (2009) พบว่า พบว่าในกรณีที่มีเชื้อ S.mutans ร่วมกับ S.sobrinus จะพบอัตราการเกิดฟันผุได้มากกว่าพบ S.mutans อย่างเดียว 4 เท่า

2) อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

แบคทีเรียในช่องปากจะทำให้เกิดฟันผุได้ต้องมีอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต คือ แป้งและน้ำตาล น้ำตาลส่วนใหญ่ที่เด็กได้รับในแต่ละวัน ได้แก่ น้ำตาลซูโครส กลูโคส แลคโตส และฟรุกโตส ซึ่งน้ำตาลทุกชนิดแบคทีเรียสามารถนำไปใช้ในการสร้างกรด โดยซูโครสเป็นน้ำตาลที่สำคัญที่สุดในการเกิดฟันผุ โดยเฉพาะลักษณะของอาหารที่เหนียวติดฟันและมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ จะทำให้กรดค้างอยู่ในช่องปากเป็นเวลานานเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2553) นอกจากนี้การมีฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำตาลที่มีความถี่สูง หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดและหวาน เช่น นมเปรี้ยว น้ำอัดลม เป็นต้น (Colak et al., 2013)

3) ฟันและสภาพแวดล้อมในช่องปาก

ฟันที่ขึ้นมาในช่องปากใหม่ๆ จะมีความต้านทานต่อการเกิดฟันผุน้อยกว่าฟันที่อยู่ในช่องปากมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากองค์ประกอบของฟันจะเปลี่ยนไปโดยมีการสะสมแร่ธาตุจากสารอนินทรีย์ในน้ำลายเข้าสู่ผิวเคลือบฟันมากขึ้น นอกจากนี้ลักษณะทางกายวิภาคของฟัน

เช่น หลุมร่องที่ลึกจะทำความสะอาดได้ยากเป็นแหล่งสะสมของจุลินทรีย์ ตำแหน่งของฟันในขากรรไกร หากฟันมีการซ้อนเกหรือเรียงตัวผิดปกติจะทำความสะอาดยากขึ้น ในขณะที่ฟันที่มีช่องว่างระหว่างซี่มากหรืออยู่ในตำแหน่งที่น้ำลายไหลผ่านได้ดี จะทำให้มีโอกาสเกิดฟันผุได้น้อยลง และความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับองค์ประกอบของฟัน เช่น การสร้างผิวเคลือบฟันที่ผิดปกติ (enamel hypoplasia) ผิวฟันไม่แข็งแรงจะทำเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น และน้ำลายในช่องปากทำหน้าที่สำคัญในการยับยั้งหรือผันกลับของขบวนการสูญเสียแร่ธาตุจากฟัน โดยองค์ประกอบในน้ำลายและอัตราการไหลของน้ำลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ความเป็นกรดเจือจางลง ลดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุลงได้ (วลีรัตน์ ศุกรวรรณ, 2564)

4) ระยะเวลา

ระยะเวลาที่อาหารประเภทแป้งและน้ำตาลสัมผัสกับตัวฟัน ยิ่งมีการสัมผัสมากและนานก็ส่งผลให้เกิดภาวะความเป็นกรดมากในแผ่นคราบจุลินทรีย์และเกิดการละลายแร่ธาตุของผิวเคลือบฟันที่ต่อเนื่อง ฟันผุลุกลามรวดเร็ว ช่วงของระยะเวลาก็มีผลในการเกิดโรคโดยถ้าฟันมีการสัมผัสกับอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลในช่วงที่มีการหลั่งของน้ำลายน้อยจะส่งผลให้การผุลุกลามมากยิ่งขึ้น เช่น การดูดขวดนมตอนหลับ การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลไม่มีการแปรงฟันที่ดีก่อนนอน เป็นต้น (พันทิพา ลาภปริสุทธ, 2558) ซึ่งจากการศึกษาของ Chaffee et al. (2014) พบว่าการดูดนมแม่คาไว้ในปากเป็นเวลานาน (>8 ชม.) ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยการศึกษาของ นภา สุวรรณนพรัตน์ (2562) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ความเชื่อ และทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต อีกทั้งปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา เศรษฐานะของครอบครัวยังมีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนด้วย (นภา สุวรรณนพรัตน์, 2562; สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2555)

ด้านปัจจัยพฤติกรรมการเลี้ยงนมโดยใช้ขวดนม หรือการให้นมแม่ แต่เดิมเชื่อว่าสาเหตุหลักของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เกิดจากการใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กอย่างไม่เหมาะสมมีการศึกษาพบว่าเด็กที่มีโรคฟันผุจะมีพฤติกรรมการใช้ขวดนมเพื่อกล่อมให้เด็กนอนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคฟันผุ โดยเฉพาะการใช้ขวดนมตอนกลางคืน (Shantinath SD et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า เด็กกลุ่ม ที่หลับคาขวดนมเป็นประจำมีอัตราผุถอนอุดเป็นด้านต่อคนสูงกว่า เด็กกลุ่มที่ไม่หลับคาขวดนม และพบว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ดูดน้ำตามหลังดูดนม มีอัตราผุถอนอุดเป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ดูดน้ำตามหลังดูดนม รวมทั้งเด็กที่ตื่นมาดูดนมกลางคืนมีอัตราผุ

ถอน อุดเป็นด้านต่อคนสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าเด็กอายุ 2-6 ปี ที่ตื่นมาดูดนมกลางคืน หลับคาขวดนม ไม่ดูดน้ำตามหลังดูดนม ไม่ทำความสะอาดช่องปากทุกวัน หรือทำความสะอาดไม่ถูกวิธีเด็กที่ให้ผู้อื่นเลี้ยง จะมีค่าฟันผุถอนอุดสูงกว่าเด็กที่เลี้ยงดูในทางตรงกันข้ามและมารดาเป็นผู้เลี้ยง (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรรณ โชคสมบัติชัย, 2541)

ด้านปัจจัยพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็ก การทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน เป็นปัจจัยเชิงบวกลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ลดการก่อตัวสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุ รวมทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้ ด้วยผลของฟลูออไรด์ในยาสีฟัน ความสม่ำเสมอในการทำความสะอาดฟันให้เด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุของเด็ก การแปรงฟันบ่อยครั้ง และการที่บิดาและมารดามีส่วนช่วยในการแปรงฟัน จะสามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟัน (Tsubouchi J, 1995) และการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรงฟันให้เด็กทุกวันจะลดอุบัติการณ์ฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ (Kowash HB et al., 2000)

2.1.1.3 ระยะของโรคฟันผุ

การเปลี่ยนแปลงระยะต้น ระยะเริ่มต้นของฟันผุ คือ การสูญเสียแร่ธาตุในเคลือบฟันหลังจากที่มีการลดลงของค่า pH ของคราบจุลินทรีย์จนต่ำกว่าค่า pH วิกฤต (ต่ำกว่า 5.2-5.5) ซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิก จะมีการสูญเสียแร่ธาตุที่ผิวฟันบ้างหลังการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยสลายได้ แต่กระบวนการคืนกลับแร่ธาตุจะทำให้เกิดการตกตะกอนของแร่ธาตุย้อนกลับรักษาสมดุลของแร่ธาตุในผิวเคลือบฟัน

1) รอยโรคจุดขาว (White spot lesion) โรคฟันผุระยะเริ่มแรกที่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิก มีลักษณะเป็นรอยขาวขุ่นเนื่องจากยังคงมีผิวเคลือบฟันด้านนอกแต่มีการสูญเสียแร่ธาตุข้างใต้ผิวเคลือบฟัน (subsurface lesion) ทำให้สูญเสียความโปร่งแสงของเคลือบฟัน ถ้าผิวเคลือบฟันมีความต่อเนื่องและเรียบแสดงว่ารอยโรคไม่มีการดำเนินต่อ (not active) ส่วนรอยโรคจุดขาวที่มีผิวหยาบเนื่องจากมีรูพรุนเพิ่มขึ้นบ่งชี้ว่ารอยโรคมีการดำเนินและลุกลาม ถ้าทิ้งไว้โดยไม่มีการลดกระบวนการสลายแร่ธาตุและเสริมการเกิดกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุก็จะเกิดการสูญเสียแร่ธาตุจากเคลือบฟันมากขึ้นจนกระทั่งเกิดเป็นรูผุในที่สุด

2) รอยผุที่ซ่อนอยู่ข้างใต้ หรือมองไม่เห็นจากผิวเคลือบฟัน (Hidden or Occult Caries) รอยโรคฟันผุที่ลุกลามจากผิวเคลือบฟันสู่ชั้นเนื้อฟัน โดยที่ผิวเคลือบฟันยังคงมีลักษณะปกติ อาจ มองเห็นเป็นฝ้าขุ่นขาวหรือรอยดำคล้ำ แต่ยังไม่เป็นรูผุ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่อาจทำให้เกิดการคืนกลับแร่ธาตุเพิ่มจนทำให้ผิวเคลือบฟันปกติ ปกปิดการลุกลามของรอยโรคในชั้นเนื้อฟันข้างใต้ผิวเคลือบฟัน

3) รอยผุที่เป็นโพรง (Frank Cavity) เมื่อกระบวนการผุมีการดำเนินต่อไปรอยโรคใต้ผิวเคลือบฟันจะเพิ่มขนาดขึ้น และจะทำให้เกิดการทะลุของผิวเคลือบฟัน เกิดเป็นโพรงหรือรูผุ ซึ่งจำเป็นต้องบูรณะ การผุระยะนี้จะมีการทำลายฟันลุกลามรวดเร็ว เพราะโพรงฟันผุจะเป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ทำให้มีอาการเสียวฟัน ปวดฟัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาฟันผุจะลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟัน จะเกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันและเป็นหนองที่ปลายรากฟัน

4) รอยผุที่หยุดยั้ง (Arrested lesion) รอยผุอาจจะหยุดยั้งที่ระยะใดระยะหนึ่งในกระบวนการเกิดโรคฟันผุได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัย สาเหตุ หรือเพิ่มปัจจัยป้องกัน เช่น เมื่อมีการแตกหักของผนังโพรงฟันผุออกไปมากขึ้น ทำให้น้ำลายสามารถชะล้างและบัฟเฟอร์ให้เกิดการคืนกลับแร่ธาตุที่ฟันได้ง่ายขึ้น เป็นต้น ลักษณะทางคลินิกพบว่าผิวฟันบริเวณที่ฟันผุหยุดยั้งมีลักษณะผิวแข็ง เรียบมัน อาจมีสีน้ำตาลหรือดำ

จากการทบทวนความรู้เรื่องโรคฟันผุ พบว่าเป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเมื่อเด็กอายุมากขึ้นพบว่ามีแนวโน้มของความชุกการเกิดโรคสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้มีปัจจัยจากมาจากด้านบุคคล ได้แก่ ลักษณะฟัน อาหาร เวลา เชื้อแบคทีเรียและปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก อกจากนี้ปัจจัยด้านลักษะการเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดู เศรษฐานะก็มีผลกับการเกิดฟันผุในเด็กด้วย ซึ่งการเกิดฟันผุมีหลายระยะและมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาที่เหมาะสม

2.1.2 โรคเหงือกอักเสบในเด็กก่อนวัยเรียน

โรคเหงือกอักเสบเป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณขอบเหงือก ลักษณะอาการที่ตรวจพบ คือ เหงือกบวมแดงมีเลือดออกเวลาแปรงฟันแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด การอักเสบของเหงือกจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้เมื่อผู้ป่วยสามารถแปรงฟันตนเองได้สะอาดและทั่วถึง โรคเหงือกอักเสบพบได้ตั้งแต่วัยเด็กเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บปวด การลุกลามของโรคไม่รุนแรงเหมือนผู้ใหญ่จึงถูกปล่อยปะละเลย ทำให้โรคดำเนินต่อไปจนเข้าสู่การเป็นโรคปริทันต์อักเสบในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

โรคปริทันต์เป็นโรคที่จะค่อย ๆมีอาการหรือไม่มีอาการใด ๆ แต่สามารถสังเกตอาการเบื้องต้นได้ คือ เหงือกแดงผิดปกติ ซึ่งเหงือกปกติจะเป็นสีชมพูอ่อนแต่หากเกิดการอักเสบเหงือกจะมีสีแดงที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน เหงือกเริ่มบวมโดยจะมีอาการปวดบริเวณเหงือกร่วมด้วย เลือดออกเมื่อแปรงฟัน รู้สึกมีเลือดออกตลอดเวลาหรือตอนบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน แต่หากรู้สึกว่ามีเลือดออกตลอดเวลาแสดงว่าเหงือกกำลังมีปัญหารุนแรง เหงือกร่นจนฟันมีขนาดยาวขึ้น ส่งผลให้ฟันโยกเพราะเหงือกไม่สามารถทำหน้าที่คลุมรากฟันและยึดฟันแต่ละซี่ได้ปกติและเริ่มมีกลิ่นปาก

โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ มีสาเหตุเกิดจากแบคทีเรียที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ (Dental plaque) ซึ่งเป็นเชื้อมีความรุนแรงในการทำลายอวัยวะปริทันต์ หรือกระตุ้นให้อวัยวะปริทันต์เกิดการอักเสบ โดยคราบจุลินทรีย์ดังกล่าวมีความนิ่ม ลักษณะเป็นเมือกเหนียว สามารถกำจัดได้ด้วยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธีเป็นประจำ แต่หากคราบจุลินทรีย์มีการสะสมนานๆ จะเกิดการแข็งตัวจะกลายเป็นหินปูน (Calculus) ซึ่งในระยะนี้แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคจะมีปริมาณมากขึ้น และไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการแปรงฟันจึงจำเป็นต้องพบทันตแพทย์เพื่อใช้เครื่องมือทางทันตกรรมในการทำความสะอาด ในกรณีที่มีการสะสมหินปูนเป็นเวลานานหินปูนจะมีสีเข้มดำและติดตามผิวรากฟันที่อยู่ใต้เหงือกซึ่งอาจพบร่วมกับฟันโยกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนร่วมกับการเกลารากฟัน

2.1.2.1ระยะของโรคปริทันต์

1) ระยะที่ 1 เหงือกอักเสบบวมแดงจะเริ่มขยับห่างออกจากฟัน ทำให้เศษอาหารและแผ่นคราบจุลินทรีย์มาสะสมมากขึ้น เกิดการตกตะกอนเป็นหินปูน ทำให้เกิดแผลอักเสบเพิ่มขึ้น

2) ระยะที่ 2 เป็นอาการต่อเนื่องจากระยะที่ 1 เหงือกจะบวมแดงคล้ำขึ้น มีเลือดไหลและเริ่มมีกลิ่นปาก เกิดช่องห่างระหว่างเหงือกและฟัน ซึ่งจะเกิดอาการของเหงือกร่นในทางปลายรากฟัน รักษาได้ด้วยการขูดหินปูนออกและขัดทำความสะอาดฟันพร้อมๆ ไปกับการรักษาความสะอาดในช่องปาก

3) ระยะที่ 3 อาการของโรคเหงือกอักเสบจะเริ่มรุนแรงขึ้น เพราะหินปูนจับหนาและขยายไปตามปลายรากฟันด้วย กระดูกรอบๆ รากฟันจะถูกทำลายและเหงือกร่นมากขึ้น ระยะนี้จะสังเกตได้ว่าฟันโยก เริ่มมีหนอง และเลือดไหลบริเวณเหงือกที่อักเสบ พร้อมกับมีกลิ่นปากรุนแรง ขณะที่เคี้ยวอาหารก็จะมีอาการปวดฟันด้วย รักษาได้ด้วยการขูดหินปูนออกและขัดทำความสะอาดฟัน แต่สำหรับเหงือกที่อักเสบรุนแรงจะต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยทันตแพทย์

4) ระยะที่ 4 เมื่อเหงือกอักเสบไม่ได้รับการรักษาจะลุกลามทำให้เกิดความเจ็บปวดและรำคาญต่อผู้ป่วยมาก อาจเกิดเป็นฝีที่เหงือกและบวมมากจนอาจทำให้ใบหน้าบวม กระดูกรอบๆ ฟันจะถูกทำลายมากขึ้น เวลาที่เคี้ยวอาหารก็จะเจ็บปวดมากและฟันโยกมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาฟันให้เป็นปกติได้ ซึ่งจำเป็นต้องถอนฟันทิ้งหรือปล่อยให้หลุดไปในที่สุด นอกจากนี้โรคนี้ยังลุกลามไปยังฟันข้างเคียงด้วย ระยะนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ทันตแพทย์รักษาเหงือกอย่างจริงจัง และต้องรักษาความสะอาดช่องปากเป็นพิเศษด้วย

จากการทบทวนความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ พบว่าเป็นโรคหนึ่งในโรคปริทันต์ซึ่งสามารถพบได้ทุกช่วงวัยมักจะพบว่าลักษณะเหงือกบวมแดง มีเลือดออกง่ายเวลาแปรงฟัน ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยการแปรงฟันให้สะอาดเพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์และขูดหินปูนซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบจะทำให้รอยโรคลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบได้ ส่งผลให้เกิด

การสูญเสียฟันจากฟันโยกในวัยทำงานและวัยสูงอายุ ดังนั้นการที่เด็กได้รับดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะทำให้สุขภาพฟันและเหงือกดี นำไปสู่การเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีในอนาคตได้

2.1.3 การป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในเด็กก่อนวัยเรียน

2.1.3.1 การทำความสะอาดและตรวจช่องปาก มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ปากสะอาดโดยกำจัดคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคฟันผุซึ่งสามารถทำได้ ดังนี้

1) การเช็ดช่องปากเด็ก ควรเริ่มเมื่อเด็กอายุประมาณ 4 เดือน โดยใช้ผ้านุ่มๆ ที่สะอาดชุบน้ำสะอาด เช่นน้ำต้มสุกเช็ดสันเหงือก กระพุ้ง แก้มให้ทั่วทั้งปากในช่วงเวลาที่อาบน้ำให้เด็กเพื่อกำจัดคราบนม ช่วยป้องกันการเกิดเชื้อรา ฝ้าขาวในช่องปากเด็ก

2) การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์การแปรงฟันที่ถูกวิธีซึ่งเป็นวิธีกล (mechanical method) นั้นมีประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์อย่างได้ผลและพบว่าการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันทั่วๆ ไปสามารถลดการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ถึง ร้อยละ 30–50 การแปรงฟันบ่อยๆ สามารถลดการเกิดโรคฟันผุได้ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สามารถป้องกันฟันผุได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โรคฟันผุลดลงเมื่อมีปริมาณฟลูออไรด์ในยาสีฟันตั้งแต่ 1,000 ppm ขึ้นไป โดยผู้ปกครองควรแปรงฟันซ้ำให้เด็กจนอายุ 7 ปี เนื่องจากกล้ามเนื้อมือมัดเล็กยังไม่แข็งแรง

3) ผู้ปกครองควรมีการตรวจช่องปากให้เด็กอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวัง ความผิดปกติในระยะเริ่มแรกโดยให้ความสำคัญใน 2 เรื่องคือการตรวจความสะอาดและการตรวจหารอยผุ กรณีเด็กเล็กผู้ปกครองควรตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้งจนกระทั่งเด็กอายุ ได้ 7 ปี หากพบรอยผุระยะเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการแปรงฟันและเคลือบฟลูออไรด์

4) การดูแลเรื่องอาหาร ผู้ปกครองควรใส่ใจในการเลือกอาหารให้เด็ก ประกอบด้วยชนิดและองค์ประกอบของอาหาร เช่น ปริมาณของน้ำตาล ชนิดของอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะน้ำตาล ลูกอม อาหารหวานเหนียวติดฟัน การกินนมของเด็ก เช่น การกินนมขวด การหลับคาขวดนมการเติมน้ำตาลในนม และการกินอาหารว่างของเด็กให้เน้นผักและผลไม้สดงดอาหารหวานเหนียว เค็ม มัน เลือกกินนมจืด

5) การลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปยังลูก ทำได้โดยการใช้คลอเฮกซิดีน (Chlorhexidine: CHX) และไอโอดีน (I2-NaF) โดยการใช้เจล CHX ในมารดาที่มีการติดเชื้อ S.mutans สูงสามารถลดการตั้งถิ่นฐานของเชื้อได้และลดการเกิดฟันผุในลูก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า เด็กมีความชุกของโรคฟันผุมากขึ้นเมื่อแม่มีฟันผุ (Shin & Park, 2017) ดังนั้นผู้ปกครองไม่ควรเคี้ยวอาหารป้อนเด็กเพราะโรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อโรคสู่เด็กผ่านน้ำลายได้

2.1.3.2 การเติมฟลูออไรด์และการใช้สารอื่นๆ ในการป้องกันฟันผุ

1) การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาและน้ำดื่ม จากการรายงานในต่างประเทศพบว่าการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาให้ประโยชน์ต่อเด็ก ปฐมวัยทุกคนไม่ว่าจะมีความเสี่ยงระดับใดเพราะสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุถึงร้อยละ 40-60

2) การใช้ฟลูออไรด์เสริม ฟลูออไรด์เสริมต้องสั่งจ่ายโดยทันตแพทย์และกุมารแพทย์ ขนาดของฟลูออไรด์เสริมที่ใช้ขึ้นอยู่กับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม รูปแบบของฟลูออไรด์เสริมที่นำมาใช้ในปัจจุบัน เช่น ยาเม็ดโซเดียมฟลูออไรด์โซเดียมฟลูออไรด์ชนิดน้ำ โซเดียมฟลูออไรด์ผสมวิตามิน เกลือผสมฟลูออไรด์และนมเติมฟลูออไรด์ที่โรงเรียน

3) การทาฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish) ฟลูออไรด์วานิชถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1968 มีลักษณะเป็นสารสีเหลืองเหนียว ประกอบด้วยโซเดียมฟลูออไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 2.26 มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคฟันผุได้ดีมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูง แข็งตัวเร็ว ยึดติดกับผิวฟันแน่นมาก วิธีการใช้ง่าย ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยน้อย มีความปลอดภัยสูง สามารถควบคุมปริมาณที่ใช้ได้ และใช้เวลาในการทาน้อย วิธีการนี้สามารถยับยั้งการเกิดโรคฟันผุใน ฟันน้ำนมได้ร้อยละ 40.4 การทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือนเป็นกลวิธีเสริมอย่างหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปี ได้และสามารถลดฟันผุได้ ร้อยละ 44 การทาฟลูออไรด์วาร์นิชปีละ 2 ครั้งพร้อมกับการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ ผู้ปกครอง ช่วยลดการเกิดฟันผุเป็นด้านในเด็กอายุ 6-44 เดือนได้ถึงร้อยละ 92

4) การใช้ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride: SDF) ในปี1969 ได้มีการพัฒนาสาร SDF ขึ้นมาจากซิลเวอร์ไนเตรต (silver nitrate) และแสตนนัสฟลูออไรด์ (stannousfluoride) หลังจากมีการค้นพบว่าปริมาณฟลูออไรด์จำนวนมากจะละลายไปใน 24 ชั่วโมง SDF เป็นสารละลายที่ใสไม่มีสี ใน 1 มิลลิลิตร จะมี SDF อยู่ 380 mg มีปริมาณฟลูออไรด์ 44,800 ppm หรือเป็น 2 เท่าของฟลูออไรด์วานิช การออกฤทธิ์ จะเป็นการทำงานร่วมกับแร่เงิน (Silver) ในการฆ่าเชื้อโรค จากนั้นฟลูออไรด์จะทำหน้าที่สะสมแร่ธาตุกลับคืน มีการศึกษาพบว่า SDF จะให้ผลป้องกันฟันผุมากที่สุดเมื่อใช้ประจำทุกปีร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Zhang et al., 2020) ใช้ในกรณีฟันน้ำนมที่ผุแบบลุกลามที่ไม่ทะลุโพรงประสาทฟันใช้ทาได้ทุกด้าน แต่ไม่ควรใช้กรณีฟันหลังน้ำนมลักษณะรูผุที่ด้านบนเล็กข้างใต้เป็นโพรงใหญ่ จะทำให้ประสิทธิภาพลดลง ข้อเสียคือทำให้เกิดการติดสีที่ตัวฟันเป็นสีดำถาวร

5) การเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) ในช่วงต้นของค.ศ.1970-1979ได้มีการคิดค้นสารผนึกหลุมและร่องฟันขึ้นมาใช้ผนึกทับบริเวณหลุมร่องฟัน ซึ่งไม่สามารถทำความสะอาดด้วยขนแปรงสีฟันได้ และพบว่าเชื้อ S. mutans บนผิวฟันซึ่งทำ sealant ลดลงและปัญหาที่พบเสมอในการผนึกหลุมร่องฟันในเด็กเล็กคือการควบคุมความชื้น รวมทั้งไม่ควรเติมน้ำหวาน น้ำผึ้ง น้ำอัดลมในขวด

นมให้เด็กดูด เลือกอาหารว่างที่มีคุณค่าของสาร อาหาร และไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล หรือเกลือมากเกินควร ตลอดจนไม่มีสารปรุงแต่งรสไม่ควร ให้เด็กกินขนมหรือของว่างระหว่างมื้ออาหารหลักมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ควรมีการตรวจฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ ถ้าเด็กแปรงฟันไม่สะอาดควรแปรงฟันซ้ำให้เด็กทุกครั้ง เมื่อผู้ปกครองพาเด็กไปฉีดวัคซีนควรพาเด็กไปรับการตรวจฟันด้วยและควรพาเด็กไปพบทันตบุคลากรอย่างน้อยปี 1 ครั้งเพื่อทาฟลูออไรด์วานิชหรือเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุ (สุทธิรัศมิ์ พรรณพราวและคณะ, 2561)

จากการศึกษาของ Fraihat et al. (2019) ด้านความคุ้มทุนของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มุ่งพัฒนาความรู้ของเด็กเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ช่วยลดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจะลดภาระงบประมาณในการรักษาทางทันตกรรมของสถาบันสุขภาพได้ ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนแต่ละพื้นที่ซึ่งผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้ โดยเฉพาะโรคฟันผุซึ่งเป็นโรคในช่องปากที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

จากการทบทวนความรู้เรื่องการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่กล้ามเนื้อมือยังไม่แข็งแรงผู้ปกครองหรือผู้ดูแลจึงเป็นหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากเริ่มทำได้ตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้นโดยการเช็ดด้วยผ้าสะอาด เมื่อฟันขึ้นแล้วสามารถแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ได้เลย นอกจากนี้ยังต้องมีการควบคุมเรื่องอาหาร การตรวจฟันและการเสริมความแข็งแรงให้ฟันด้วยฟลูออไรด์เสริมจากทันตบุคลากรจะช่วยลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงการเกิดฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในเด็กก่อนวัยเรียนได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากป้องกันและรักษาโรคในช่องปากและส่งต่อให้เข้ารับการรักษา ดังนั้นเสริมสร้างความรู้และการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจะทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีสุขภาพช่องปากดีอย่างยั่งยืน

2.2 สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

โรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวดและการสูญเสียฟันน้ำนมคือโรคฟันผุ ซึ่งในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ที่ใช้เป็นตัวแทนในการติดตามการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม สถานการณ์โรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนระดับประเทศ พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ มีฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 31.1 มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน และร้อยละ 2.3 ของเด็กอายุ 3 ปี มีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปาก นอกจากนี้พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.0 หรือ เฉลี่ย 2.7 ซี่/คน ความชุก

ของการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี พบสูงสุดในภาคกลางและภาคใต้ ร้อยละ 57.9 และ 57.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.5 ซี่/คน และ 3.1 ซี่/คน ตามลำดับ ในขณะที่เด็กอายุ 3 ปี ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า คือ ร้อยละ 51.0 และ 48.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.5 ซี่/คน และ 2.3 ซี่/คน ตามลำดับ ความชุกการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยเขตชนบทพบ ร้อยละ 56.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3 ซี่/คน เขตเมืองและกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 50.2 และ 49.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.6 ซี่/คน และ 2.5 ซี่/คน ตามลำดับ ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี พบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้น 31.3 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 4.5 ซี่/คน โดยพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคเหนือ คือ ร้อยละ 80.2 และ 78.3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 5.1 และ 4.4 ซี่/คน ตามลำดับ ในขณะที่เด็กอายุ 5 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า คือ ร้อยละ74.7 และ 74.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.0 และ 5.2 ซี่/คน ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยเขตชนบทพบร้อยละ 80.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.0 ซี่/คน เขตเมืองและกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 72.0 และ 66.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.2 และ 3.7 ซี่/คน ตามลำดับ และยังพบการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.5 และ พบเด็กอายุ 5 ปี มีฟันถาวรขึ้นร้อยละ 18.6 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สถานการณ์โรคฟันผุในจังหวดกาฬสินธุ์จากคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่าในปี 2563-2565 เด็กอายุ 3 ปี มีความชุกโรคฟันผุร้อยละ 27.05, 28.01 และ 18.03 และเด็กอายุ 3-5 ปีมีอัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมร้อยละ 81.35, 69.84 และ 57.97 ตามลำดับ จำแนกเป็นการตรวจฟันร้อยละ 63.61, 55.24, 50.44 การเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 67.47, 49, 49.86 ในขณะที่พื้นที่อำเภอสมเด็จ พบว่า มีอัตราความชุกโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 41.57, 27.39 และ 25.96 อัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเด็กอายุ 3-5 ปีร้อยละ 79.05, 82.47, 85.78 จำแนกเป็นการตรวจฟันร้อยละ 58.5, 71.53, 75.53 การเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 65.73, 78.68, 73.99 (Health Data Center, 2565) ลักษณะการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ พบว่าอัตราความชุกโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปี 2563-2565 มีค่าสูงถึงร้อยละ 47.22, 53.13 และ 56.60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft) 2.43, 2.08 และ 3.25 ซี่/คนตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศแต่ยังสูงกว่าระดับจังหวัด โดยเฉพาะฟันผุในฟันหน้าบน 4 ซี่ ซึ่งตรงกับลักษณะฟันผุของเด็กในประเทศไทย ค่าเฉลี่ยฟันหน้าผุแบบขาวขุ่นซึ่งเป็นฟันผุระยะแรกมีค่า 0.39, 0.11, 0.36 ซี่/คนตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันหน้าบนผุเป็นรูและผุเหลือแต่ตอฟัน มีค่า 1.54, 1.33, 1.49 ซี่/คนตามลำดับ และยังพบว่ามีแนวโน้มการเกิดฟันผุมากขึ้นทุกปี

จากรายงานสถานการณ์การเกิดฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า เด็กอายุ 5 ปี มีอัตราความชุกการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กอายุ 3 ปี ยิ่งอายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุยิ่งมากขึ้น โดยเด็กในเขตชนบทมีความชุกในการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเขตเมือง และในระดับจังหวัดกาฬสินธุ์และในระดับอำเภอสมเด็จพบว่าแนวโน้มความชุกการเกิดโรคฟันผุต่ำลง แต่แนวโน้มความชุกโรคฟันผุใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จกลับยังสูงขึ้น ทุกปีโดยะเฉพาะฟันหน้าบน

2.3 มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

2.3.1 แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

ในช่วงเด็กก่อนวัยเรียนเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็ว หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและมีการสร้างเสริมสุขนิสัยที่ถูกต้อง โดยพ่อแม่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กแล้ว จะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและมีพัฒนาการที่สมวัย โรคฟันผุเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญที่พบในเด็กวัยนี้ ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงก่อนวัยเรียนจึงมีความสำคัญและลดโอกาสเกิดฟันแท้ผุได้

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2565) มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ปี 2565 โดยมีตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนมี 2 ข้อ ได้แก่

1) ร้อยละ 75 ของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)

2) ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

การส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นแหล่งที่สร้างสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดี ไมมีฟันผุ ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหรือการส่งต่อเพื่อรักษาตามความจำเป็นต่อไป โดยมีกรอบการดำเนินกิจกรรมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนปฐมวัย 3 ด้าน ดังนี้

2.3.1.1 การพัฒนาผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากและกำกับติดตามประเมินผลโดยบทบาทของจังหวัดได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ดำเนินการประสาน พื้นที่ และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ

2) ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานภายในจังหวัดโดยชี้แจงนโยบายการ ดำเนินงานให้พื้นที่รับรู้และบูรณาการการตรวจสุขภาพช่องปากในกิจกรรมฝากครรภ์คุณภาพ

3) สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ด้วยการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพียงพอต่อการดำเนินงานและสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการแบบบูรณาการในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากร่วมกับการตรวจพัฒนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย

4) ควบคุม กำกับและติดตามการดำเนินงานภายในจังหวัด

2.3.1.2 การพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกันและการบริการสุขภาพช่องปาก (Healthy Cities) โดยบทบาทของจังหวัดได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ประชุมพัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

สาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมประชุมและให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเพื่อ ใช้ในสื่อ e-learning สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขกับส่วนกลาง

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากระดับเขต

(1) สาธารณสุขจังหวัด เข้าร่วมการประชุมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ

(2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายในจังหวัดโดยชี้แจงนโยบายการดำเนินงานให้พื้นที่รับรู้รวมทั้งพัฒนาและคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

(3) สนับสนุน สพด. ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การดำเนินงานต่างๆ ด้วยการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

(4) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากร่วมกับการตรวจพัฒนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย

(5) ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ เด็ก 4D (Development and play/Diet/Dental /Disease) รวมทั้งพัฒนาและคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากหญิงตั้งครรภ์

(1) เข้าร่วมการประชุมเพื่อรับฟัง ชี้แจงประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะพัฒนาและผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากหญิงตั้งครรภ์

(2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายในจังหวัด โดยชี้แจงนโยบายการดำเนินงานให้พื้นที่รับรู และบูรณาการการตรวจสุขภาพช่องปากในกิจกรรมฝากครรภ์คุณภาพ

(3) สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ด้วยการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

(4) ควบคุม กำกับและติดตามการดำเนินงาน กำกับ และติดตามการดำเนินงาน

4) ประชุมคณะทำงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ผู้ที่เป็นคณะทำงานเข้าร่วมประชุมและการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยนำแนวทางไปขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่

5) ประชุมติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก fee schedule กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

เขร่วมติดตามการ ดำเนินงาน นำเสนอข้อมูลในพื้นที่ที่ รับผิดชอบ ชี้แจงประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและให้ข่อเสนอแนะ

6) ประชุมเชิงปฏิบัติการ ถอดบทเรียนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ

เข้าร่วมการถอดบทเรียนและค้นหาพื้นที่ มีผลการดำเนินงานที่ดีเพื่อเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.3.1.3 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Health Literacy)

1) พัฒนาสื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ใช้ใน digital platform โดยส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยใช้สื่อต่างๆ เช่น application ฟันดี คลิปวิดีโอสื่อ info graphic

2) จัดทำ e-learning สำหรับทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย

(1) ประชาสัมพันธ์หลักสูตรและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าเรียน

(2) ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย

(3) สนับสนุน ควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงาน

3) ผลิตสื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากรูปแบบ Home Based Digital Learning สำหรับเด็กปฐมวัย

(1) สนับสนุนการใช้ชุดการเรียนรู้สุขภาพช่องปากรูปแบบ Home Based Digital Learning สำหรับเด็กปฐมวัยและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ เพื่อเป็นสื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยให้กับพ่อแม่ ครูผู้ดูแลเด็กได้นำไปใช้เพื่อช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา การสื่อสารของเด็ก

(2) ควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงาน

จากการศึกษาของ มารศรี ศิริสวัสดิ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวการใช้สื่อสมุดเล่มเล็กในการให้ทันตสุขศึกษา พบว่า การใช้สื่อแบบ e-learning ที่มีระบบแจ้งเตือนให้ปฏิบัติจะช่วยให้ปฏิบัติได้ดีและสม่ำเสมอมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วย e-learning จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งในที่นี้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีบทบาทมากที่สุด

จากการทบทวนแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข พบว่า มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ปี 2565 ซึ่งมีการผลักดันกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากและกำกับติดตามประเมินผล การพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกันและการบริการสุขภาพช่องปากและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Health Literacy) ซึ่งกิจกรรมที่มีการผลักดันจะสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเน้นการดำเนินกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน รักษาให้เป็นไปตามนโยบายของสำนักทันตสาธารณสุขและปรับให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาของพื้นที่

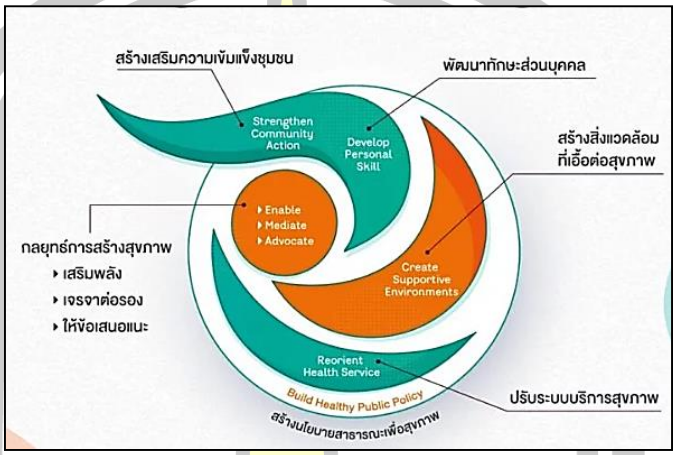
2.3.2 การส่งเสริมสุขภาพตามหลักกฎบัตรออตตาวา

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับโลก เป็นการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่ผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก ในปลายทศวรรษ 1970 การประชุมครั้งแรกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้น เกือบ 10 ปี หลังการปรากฏขึ้นของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อ 17 - 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 เกิดผลผลิตสำคัญคือ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)”

กฎบัตรออตตาวา เป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health)” ที่ไม่สนใจแต่เพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพ แต่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งนี้ยังให้ความสำคัญต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การสาธารณสุขแนวใหม่นี้เป็นการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นมิติทางสังคมควบคู่ไปกับมิติทางนิเวศวิทยา และมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการรณรงค์ทางการเมือง ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงอันพึงประสงค์

จากการประชุมครั้งนี้ได้ให้คำนิยามการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยการพัฒนาสภาวะสุขภาพต้องการความมั่นคงของปัจจัยพื้นฐานที่เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันทางสังคม จากแนวคิดดังกล่าวการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของ

ภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพไปจนถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งมีกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้



ภาพประกอบ 3 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักของกฎบัตรออตตาวา

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2566: เว็บไซต์)

2.3.2.1 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพต้องก้าวไกลไปกว่าการดูแลรักษาสุขภาพ สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือการผลักดันให้มิติสุขภาพได้รับการพิจารณา คำนึงจากผู้กำหนดนโยบายในทุกประเด็นและทุกระดับเพื่อให้การกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพตามมาและก่อให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันต่อผลที่เกิดกับสุขภาพจากการตัดสินใจในนโยบายนั้นๆ แนวทางการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอาจประกอบด้วยหลากหลายวิธีด้วยกัน เช่น มาตรการกฎหมาย มาตรการทางการเงิน ระบบภาษี หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงองค์กร แต่แนวทางเหล่านี้จะนำมาผสมผสานกันเพื่อมุ่งสู่การได้มาซึ่งนโยบายทางสุขภาพ รายได้ และสังคมที่เกื้อหนุนให้เกิดความเท่าเทียมกัน การประสานความร่วมมือจะก่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุขที่ปลอดภัยและดีขึ้น รวมถึงการบริการสาธารณะที่คำนึงถึงมิติสุขภาพ และการสร้างสภาวะแวดล้อมที่น่ารื่นรมย์เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ไม่สามารถดำเนินนโยบายสาธารณเพื่อสุขภาพพร้อมกับพยายามลดและป้องกันอุปสรรคดังกล่าว

2.3.2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องการงานและการพักผ่อนล้วนก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเข้าถึงสุขภาวะหรือไม่ แนวทางการจัดการสภาพสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการงานจะช่วยสร้างสังคมสุขภาวะได้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมุ่งสร้างสภาวะแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และน่ารื่นรมย์สำหรับการทำงานและการดำเนินชีวิตในสังคม สภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเรื่องเทคโนโลยี การงาน การผลิตพลังงาน และการขยายตัวของเมือง ทำให้เกิดความจำเป็นในการติดตามผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะของประชาชน ดังนั้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างเป็นระบบได้กลายเป็นภารกิจสำคัญอันหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ และจากความเชื่อมโยงเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมกันสุขภาพนี้เอง ทำให้การพิจารณายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงการป้องกันและอนุรักษ์ทรัพยากรทางธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น

2.3.2.3 การสร้างความเข้มแข็งสำหรับปฏิบัติการชุมชม

การสร้างเสริมสุขภาพในการทำงานผ่านปฏิบัติการในชุมชนอย่างจริงจัง และมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดความจำเป็นเร่งด่วน การวางแผนยุทธศาสตร์ การตัดสินใจและการดำเนินภารกิจให้บรรลุถึงสุขภาวะที่ดีขึ้นที่เป้าหมายสำคัญ หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ คือ การแสริมพลัง ศักยภาพให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ความสามารถในการกำหนดวิธีการดำเนินชีวิตของตนเองได้และการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาชุมชนเกิดขึ้นบนพื้นฐานศักยภาพของแต่ละชุมชนเอง เช่น ทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรพื้นฐานอื่นๆ โดยการขยายการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบที่ยืดหยุ่น สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้ชุมชนเหล่านั้นสามารถพึ่งตนเองได้ และอยู่ในทิศทางที่คำนึงถึงสุขภาวะที่ดี ภารกิจเหล่านี้จะสำเร็จก็ต่อเมื่อสร้างโอกาสแห่งการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ เข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเต็มที่และต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนทางการเงิน

2.3.2.4 การพัฒนาทักษะบุคคล

การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาในระดับปัจเจกและสังคมผ่านการให้ข้อมูล ข่าวสาร การศึกษาเรื่องสุขภาพ และการเพิ่มพูนทักษะชีวิต ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นการเพิ่มทางเลือกให้มากขึ้น สำหรับบุคคลทั่วไปสามารถกำหนดวิถีสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้มากขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางประพฤติปฏิบัติที่ดีต่อสุขภาพตนเองได้ ภารกิจที่สำคัญ ได้แก่ การทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเรียนรู้ผ่านชีวิตจริง การเตรียมตัวให้พวกเขาในทุกขั้นตอนเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และการบาดเจ็บของตนเองได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการกิจกรรม

เหล่านี้ในที่สถานที่และบริบทต่างๆ เช่น โรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชน นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้สามารถดำเนินการผ่านระบบการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ อาสาสมัคร หรือแม้แต่ภายในองค์กรก็ได้

2.3.2.5 การปรับทิศทางการบริการสาธารณสุข

หน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นการบริการสาธารณสุขไม่อยู่กับกลุ่มคนใดกลุ่มคนหนึ่งอีกต่อไป แต่เป็นหน้าที่ร่วมกันของคนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคล ชุมชน แพทย์ พยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขและรัฐบาล บุคคลเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งสู่ระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีในทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการขยายบทบาทของภาคสาธารณสุขออกไปจากฐานเดิมที่เดิมจำกัดแต่การเยียวยารักษาโรค และการจำกัดพื้นที่พื้นที่แค่สถานพยาบาล ด้วยเหตุนี้ทำให้การบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องเปิดรับและมีความเข้าใจในภารกิจที่มีความเปราะบางอ่อนไหวผูกติดกับวัฒนธรรมมากขึ้น ทิศทางที่เปลี่ยนแปลงไปจะช่วยสนับสนุนความต้องการของบุคคลและชุมชนในการเข้าถึงวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดีเป็นจริงได้มากขึ้น รวมถึงเป็นการเปิดช่องทางการเชื่อมโยงภาคสุขภาพกับภาคสังคมที่กว้างขึ้นไม่ว่าจะเป็นภาคการเมือง ภาคเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนทิศทางการบริการสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้จริงก็ต่อเมื่อมีการให้ความสำคัญต่อการวิจัยทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาและการฝึกอบรมในสายวิชาชีพ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข ให้พิจารณาถึงความต้องการทั้งหมดของคนๆหนึ่ง ด้วยการมองผ่านความเป็นตัวตนของคนๆ นั้นทั้งหมด

ในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ได้ประยุกต์หลักการส่งเสริมสุขภาพตามหลักกฎบัตรออตตาวาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งหลักการนี้เน้นการวางแผนแบบองค์รวมตั้งแต่การพัฒนานโยบายโดยผู้บริหาร การพัฒนาการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งในชุมชม การพัฒนาทักษะบุคคล การปรับทิศทางการบริการสาธารณสุข โดยในการศึกษาจะมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยเฉพาะผู้บริหารใน อบต. ซึ่งมีส่วนในการวางนโยบายสุขภาพและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมใน ศพด. วางแผนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด การสร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดนให้เครือข่ายชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยเฉพาะ อสม. ซึ่งมีความใกล้ชิดกับแต่ละครอบครัว การพัฒนาทักษะส่วนบุญคนโดยเน้นในผู้ปกครองและครูผู้แลเด็กซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในครอบครัวและโรงเรียนและการปรับทิศทางการบริการสาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีส่วนสำคัญในการวางแผนวิธีการดูแลสุขภาช่องปากเด็กให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและเกิดความยั่งยืนได้

2.3.2.6 แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการมีพัฒนาการสมวัยและการมีภาวะโภชนาการที่ดี เพราะผลกระทบจาก การที่เด็กมีฟันผุ จะทำให้เด็กไม่

สุขสบาย งอแง ไม่เล่น ไม่รับประทาน ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการและภาวะโภชนาการจากสถานการณ์จะพบว่า ร้อยละ 52 ของเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุและแนวโน้มอัตราการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เมื่อเด็กมีอายุ 5 ปี กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมีโอกาสที่จะมีพัฒนาการสมวัยต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 1.53 เท่า หากขาดการเฝ้าระวังหรือส่งเสริมการแปรงฟันจากกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก และมีการศึกษาที่พบว่า เด็กที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีโอกาสน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 1.4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ (กันยา บุญธรรม และศรีสุดา ลีละศิธร, 2559) แสดงให้เห็นว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมายังไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีมากนัก จึงทำให้หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบจำเป็นต้องร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อไม่ให้สถานการณ์สุขภาพเด็กไทยมีแนวโน้มที่ลดลงไปมากกว่านี้

เพื่อให้เกิดการดูแลเด็กปฐมวัยไทยอย่างมีคุณภาพ ในปี พ.ศ.2560 ได้มีการร่วมมือกันระหว่าง 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ขับเคลื่อนงานที่สำคัญ 3 ด้านได้แก่ การส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ การส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย กรมอนามัยได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค จัดทำ Road Map การขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยไทย เป้าหมายที่สำคัญ คือเด็กสุขภาพดี สูงสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย มีวินัย ปัญญาเลิศ

แนวทางการยกระดับคุณภาพของเด็กปฐมวัยไทยที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว หน่วยบริการและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนให้มีการขับเคลื่อนงานอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ เด็กปฐมวัยไทยมีคุณภาพไม่ว่าจะเป็นการเกิดการเจริญเติบโตรวมถึงมีพัฒนาการสมวัย จึงได้มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการขับเคลื่อนงานไว้ ดังนี้

1. ครอบครัว : สร้างความรอบรู้ให้แก่เด็กและครอบครัวผ่านโครงการ “มหัศจรรย์ 1000 วัน” ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ จนถึง เด็กอายุ 2 ปี

2. หน่วยบริการสุขภาพ : ต้องจัดบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กให้ได้คุณภาพตั้งแต่คุณแม่ฝาก ครรภ์ ถึงเด็ก 6 ปี เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประถมศึกษา

3. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย : ได้มีการยกระดับคุณภาพโดยมีการกำหนดมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพื่อใช้เป็นหลักในการพัฒนาในทุกมิติ เช่น การบริหารจัดการ การจัดประสบการณ์การเรียนและคุณภาพเด็ก

ในส่วนมิติสุขภาพเพื่อให้เกิดการยกระดับคุณภาพด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย กรมอนามัย จึงได้มี การผลักดันนโยบาย 4D ประกอบด้วย การจัดทำแนวทางขับเคลื่อน D; Development, D: Diet, D: Dental, D: Disease ซึ่งงานทันตกรรมจะเกี่ยวข้องกับประเด็กของ D: Dental การยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพช่องปาก



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพช่องปาก
ที่มา : กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข (2565: เว็บไซต์)

ข้อมูลการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศประมาณ 20,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2564 ในระบบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผลลัพธ์การดำเนินงานในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในภาพรวมแต่ละด้านมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ประมาณร้อยละ 12 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนผลการประเมินสุขภาพช่องปากภาพรวมพบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีเด็กปราศจากฟันผุมากกว่าร้อยละ 55 คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเด็กไม่มีฟันผุน้อยกว่าร้อยละ 40 คิดเป็นร้อยละ 25.51 จากสถานการณ์ที่ผ่านมาจึงต้องมีการพัฒนาและยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ผ่านเกณฑ์และพัฒนาพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก

ดังนั้น กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข (2565) จึงได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก โดยเกณฑ์ตัวชี้วัดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) ต้นแบบที่เกี่ยวกับด้านทันตกรรม มีดังนี้

1) มาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

- ตัวบ่งชี้ 1.4 การจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้

- ตัวบ่งชี้ย่อย 1.4.5 จัดบริเวณห้องน้ำห้องส้วมที่แปรงฟัน ล้างมือ ให้เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย และเหมาะสมกับการใช้งานของเด็ก มีประเด็นการประเมิน ดังนี้

- แยกห้องน้ำ ห้องส้วม บริเวณแปรงฟัน/ที่ล้างมืออย่างเป็นสัดส่วน และสะอาด ไม่มีน้ำขังและ ไม่ลื่น

- มีการทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

- มีระบบดูแลความสะอาดรวมทั้งมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

2) มาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย

- ตัวบ่งชี้ 2.2 การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและดูแลสุขภาพ

- ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.2 จัดกิจกรรมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน มีประเด็นการประเมิน ดังนี้

- มีการส่งเสริมสุขนิสัยที่ดีให้กับเด็กในชีวิตประจำวันด้านการกิน การล้างมือ การแปรงฟัน การเล่น การนอน การรักษาความสะอาด และป้องกันการติดเชื้อ

- มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขนิสัยที่ดีให้กับเด็กด้านการกิน การล้างมือ การแปรงฟัน การรักษาความสะอาดโดยให้เด็กลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมการแปรงฟันนี้ เด็กต้องมีอุปกรณ์การแปรงฟันเป็นของตนเอง, มีสถานที่แปรงฟันและสถานที่เก็บอุปกรณ์แปรงฟันที่เหมาะสม, ครูผู้ดูแลเด็กต้องจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีตารางกิจวัตรประจำวันของเด็กและตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน

- มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้เด็กเรียนรู้ การระมัดระวังตัวเองให้ปลอดภัยและไม่เกิดอันตายแก่ผู้อื่นจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจากการเล่นและการทำกิจกรรม

- การสร้างข้อตกลงและดูแลเด็กให้ปฏิบัติตามข้อตกลงเพื่อความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดด้วย การให้เหตุผล เพื่อให้เด็กมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติและให้ความร่วมมือ

- การจัดกิจกรรมการสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อให้เด็กรู้จักขอความช่วยเหลือและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เมื่อเผชิญกับภัยและอันตรายทั้งภัยจากคนแปลกหน้า การพลัดหลง ไฟไหม้ รวมทั้งภัยพิบัติธรรมชาติ

- ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.3 ตรวจสุขภาพอนามัยของเด็กประจำวัน ความสะอาดของร่างกาย ฟันและช่องปากเพื่อการคัดกรองโรคและการบาดเจ็บ มีประเด็นการประเมิน ดังนี้

- มีการตรวจสุขภาพอนามัยและความสะอาดของร่างกายประจำวันของเด็กทุกคน เช่น การตรวจผม ตรวจเล็บ สำรวจและสังเกตอาการเจ็บป่วยของเด็ก

- มีการบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ความสะอาดของร่างกาย การตรวจคัดกรองสุขภาพและ แบบบันทึกสุขภาพช่องปาก โดยการตรวจฟันควรตรวจดูความสะอาดหลังเด็กแปรงฟัน เป็นระยะๆ เด็กที่แปรงฟันไม่สะอาดควรฝึกทักษะให้เด็กและแนะนำผู้ปกครองให้ดูแล, ตรวจฟัน

(หารูผุ) พร้อมกับการตรวจสุขภาพทั่วไปหรือเทอมละครั้ง และหากพบเด็กฟันผุต้องแจ้งให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับการรักษาต่อ

- เมื่อพบเด็กที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยมีการดูแลเด็กเบื้องต้นแยกเด็กที่เจ็บป่วยและแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ

- มีการบันทึกการเจ็บป่วยของเด็กรายบุคคล

- มีการให้ความช่วยเหลือและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดสำหรับเด็กที่บาดเจ็บหรือที่มีอาการป่วย

-ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.5 จัดให้มีการตรวจสุขภาพร่างกาย ฟันและช่องปาก สายตา หู ตามกำหนด มีประเด็นการประเมิน ดังนี้

- มีการส่งเสริมให้เด็กได้รับการตรวจสุขภาพตามกำหนด

- มีบันทึกผลการตรวจสุขภาพตามกำหนดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง

- มีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับเด็กที่มีปัญหาสุขภาพและส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ มีการบันทึกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับเด็กที่มีปัญหาสุขภาพซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ

- ครู/ผู้ดูแลเด็ก ศึกษาประวัติและบันทึกสุขภาพเด็กในความดูแลเพื่อปฏิบัติต่อเด็กได้อย่างเหมาะสม

- ครู/ผู้ดูแลเด็กสามารถสังเกต ค้นพบเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติและให้การช่วยเหลือในกรณีที่เด็กมีโรคประจำตัวหรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

3) มาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย

- ตัวบ่งชี้ 3.1ข เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยและมีสุขนิสัยที่เหมาะสม

- ตัวบ่งชี้ย่อย 3.1.3 ข เด็กมีสุขภาพช่องปากดีฟันไม่ผุ

ระดับ 0 เด็กไม่มีฟันผุน้อยกว่าร้อยละ 40

ระดับ 1 เด็กไม่มีฟันผุร้อยละ 40 - 50

ระดับ 2 เด็กไม่มีฟันผุมากกว่าร้อยละ 50

ระดับ 3 เด็กไม่มีฟันผุมากกว่าร้อยละ 55

จากแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากจะเห็นได้ว่ามีเกณฑ์กำหนดในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ ซึ่งด้านทันตกรรมยังเป็นปัญหาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ผ่านเกณฑ์เป็นจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่รับผิดชอบมีผลการประเมินที่ดีขึ้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยยึดหลักเกณฑ์ตัวชี้วัดของเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบในการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพการดูแล

สุขภาพช่องปากเด็กทั้งในครอบครัว สถานศึกษาและชุมชนเพื่อให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.3.3 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูปเพื่อจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศและช่วยลดและป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคมโลกที่มีต่อประเทศไทย

2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับผลิตภาพการผลิตและการใช้นวัตกรรมในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในสาขาอุตสาหกรรมเกษตรและบริการ การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้าและการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ทั้งนี้ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ ทุกด้าน อันได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุน มนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เพื่อพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็น รากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางกาย ใจ สติปัญญา มีความเป็นสากล มีทักษะการคิด วิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย มีคุณธรรม จริยธรรม รู้คุณค่าความเป็นไทย มีครอบครัวที่มั่นคง โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

(1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ

(2) สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

(3) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย เสริมสร้างบทบาทของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะจิตใจให้เข้มแข็ง

4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

(1) การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

(2) การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

(3) การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ และมีความมั่นคงด้านน้ำ รวมทั้งมีความสามารถ ในการป้องกันผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติธรรมชาติ และพัฒนามุ่งสู่การเป็นสังคมสีเขียว

6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีสมรรถนะสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระจาย บทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม มีธรรมาภิบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ป กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ป (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็น แนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพไปสู ความเป็นประเทศไทย 4.0 SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ป ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) กำหนดวิสัยทัศน์ “ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ทุกๆ 5 ป คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 - 2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570 - 2574) สูความยั่งยืนและระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575 – 2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ขับเคลื่อนสูการบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่

1) ส่งเสริมสุขภาพ ปองกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

จากการทบทวนในประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน จะอยู่ในยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ปองกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศในแผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ดำเนินงานผ่านโครงการการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เพื่อให้มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายไดรับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานและเพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรูตามช่วงวัย จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านทันตกรรมในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก็เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัยพรอมเรียนรูตามช่วงวัยได้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ดังนั้นจึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

2.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participant) หมายถึง กระบวนการที่ผู้เข้าร่วมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และร่วมวางแผนเกิดเป็นโครงการที่ใช้ในการแก้ไข พัฒนาจนบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันของกลุ่ม (จินตวีร์ เกษมศุข, 2561) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจำเป็นต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม (สุธี วรประดิษฐ, 2553) การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน
2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
3) การกำหนดกิจกรรม
4) การดำเนินกิจกรรม
5) การประเมินผลกิจกรรม

โดยควรให้ความสำคัญกับการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเข้ามามีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่มีหน้าที่ในการให้นำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงควรเน้นความเท่าเทียมของโอกาสและการรับรู้ของประชาชน อันจะนำมาสู่การวิเคราะห์

สถานการณ์ของชุมชน การวางแผนในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผนและกระบวนการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม

ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะจะเกิดคุณค่าทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับการพัฒนาสุขภาวะโดยตรง และทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน อันนับได้ว่าเป็นผลจากการกระจายประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานด้านสุขภาพในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะอย่างแท้จริงจึงจะเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน (รัถยานภิศ รัชตะวรรณและคณะ, 2561)

กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องอาศัยการดำเนินการที่เป็นระบบ ซึ่งการสื่อสารที่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยหนึ่ง จากการศึกษาของ วัฑฒนา จันทร์จรัสวัฒนา และคณะ (2562) ที่ศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของประเทศไทย พบว่า บริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จเรื่องสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในโรงเรียน ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพคือ บริบทครอบครัว บริบทโรงเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การทำประชาสัมพันธ์และการสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงาน/ชุมชนตามลำดับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในโดยปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบาย, สิ่งแวดล้อม/ชุมชน, ความเชื่อของผู้ปกครองและครูของเด็กปฐมวัย, การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย, การบริหารจัดการเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ วิธีการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัยและการพาเด็กไปพบแพทย์/รพ.เพื่อตรวจฟัน

สำหรับลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรมและพรรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ในเอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการสเนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังขอผู้ที่มีส่วนได้และส่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์การ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมนั้นมีเทคนิคและกระบวนการที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

2.4.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นการรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูล (key informants) เป็นกลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็นและสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้มากที่สุด โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ถามคำถามตามประเด็นการวิจัยให้กลุ่มตอบ ทำให้คนในกลุ่มจะได้ยินคำตอบของคนอื่นๆ และจะให้คำตอบเพิ่มเติมที่อาจเป็นคำตอบที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ (เก็จกนก เอื้อวงศ์และพิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2556) ซึ่งการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ต้องมีการอภิปรายภายในกลุ่ม และต้องเป็นการดำเนินการที่มีการวางแผนอย่างรอบคอบที่จะเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และเตรียมคำถามในการสนทนาเพื่อให้ได้คำตอบในการวิจัย โดยจะต้องมีผู้ดำเนินการรับผิดชอบในการดูแลให้กลุ่มได้สนทนาตรงประเด็นที่กำหนดไว้ นอกจากนี้

ยังมีการนำการสนทนากลุ่มมาใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) โดยใช้การสนทนากลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562)

2.4.1.1 ประเภทของการสนทนากลุ่ม

ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้การสนทนากลุ่มในงานวิจัยเชิงคุณภาพมากมาย ทำให้มีการจำแนกประเภทและลักษณะการใช้การสนทนากลุ่มในรูปแบบต่างๆ ตามลักษณะและความต้องการของนักวิจัยโดย Nyumba et al. (2018) ได้แบ่งประเภทของการสนทนา กลุ่มไว้ดังนี้

1) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่มซึ่งการอภิปรายเชิงโต้ตอบในประเด็นที่กำหนดของกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งหมดและคณะผู้อำนวยความสะดวกเป็นกลุ่มเดียว ในที่เดียว การสนทนากลุ่มประเภทนี้เป็นที่นิยมใช้มากที่สุดและถือเป็นลักษณะแบบดั้งเดิม การสนทนากลุ่มแบบกลุ่ม เดี่ยวมีการใช้กันอย่างแพร่หลายโดยนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาต่างๆ

2) การสนทนากลุ่มแบบสองทาง (Two-way focus group) เป็นรูปแบบการสนทนากลุ่มโดยใช้กลุ่มสอง กลุ่มโดยกลุ่มหนึ่งจะอภิปรายแลกเปลี่ยนกันในประเด็นที่กำหนด ในขณะที่อีกกลุ่มจะเป็นผู้สังเกตการสนทนาของ กลุ่มแรก โดยปกติแล้วการสนทนากลุ่มแบบนี้จะดำเนินการด้านหลังกระจกแบบทางเดียว กลุ่มผู้สังเกตการณ์และผู้ดำเนินการกลุ่มสามารถสังเกตและจดบันทึกการโต้ตอบและการอภิปรายกลุ่มแรกได้โดยอีกกลุ่มจะมองไม่เห็น การมีโอกาสได้ยินและสังเกตการโต้ตอบในการสนทนาของอีกกลุ่ม จะช่วยให้กลุ่มที่สองได้ข้อสรุปที่แตกต่างได้ การดำเนินการสนทนากลุ่มแบบสองทางนี้ ต้องคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมในคน เนื่องจากเป็นการสังเกตแบบปกปิด ไม่ให้อีกกลุ่มหนึ่งเห็น นักวิจัยจึงควรเสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน และจัดทำเอกสารการ ให้การยินยอม (Consent form) จากกลุ่มที่ถูกสังเกตด้วย

3) การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่ม 2 คน (Dual moderator focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่ม โดยให้มีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 คนที่ทำงานร่วมกันในกลุ่ม โดยแต่ละคนจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน การแบ่ง บทบาทจะทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดำเนินการกลุ่มจะมีความราบรื่น และเก็บประเด็นสำคัญได้ทั้งหมด

4) การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่ม 2 คนมีประเด็นโต้แย้งกัน (Dueling moderator focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่ม โดยให้มีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 คน ซึ่งถูกกำหนดบทบาทให้มีความเห็น ประเด็นที่สนทนา การดำเนินการเช่นนี้จะช่วยให้เกิดการเปิดเผยข้อมูลและได้ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้น

5) การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่มมาจากผู้เข้าร่วมกลุ่ม (Respondent moderator focus group) การสนทนากลุ่มนี้จะมีการรับสมัครสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนาขึ้นมาเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มชั่วคราว การให้สมาชิกมา นำกลุ่มจะทำให้เกิดกระบวนการของกลุ่มที่จะส่งผลต่อการให้คำตอบซึ่งจะช่วยให้มีโอกาสได้คำตอบที่หลากหลาย และเป็นคำตอบที่แท้จริงมากขึ้น

6) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มขนาดเล็ก (Mini focus group) นักวิจัยมักจะเผชิญกับสถานการณ์ที่มีผู้เข้ามี ส่วนร่วมที่มีศักยภาพจำนวนน้อยและยากที่จะเข้าถึง แต่การออกแบบการวิจัยจำเป็นต้องมีการสนทนากลุ่มในประเด็นนี้ ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้นักวิจัยสามารถประชุมกลุ่มเล็กๆ ระหว่างสองถึงห้าคน กลุ่มดังกล่าวมักประกอบด้วยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีความรอบรู้ในเรื่องนั้นๆ

7) การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ (Online focus groups) การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ไม่ได้เป็นการสนทนากลุ่มที่แตกต่างจากแบบเดิมๆ เพียงแต่มีการนำอินเทอร์เน็ตมาปรับใช้ในการสนทนาแบบเดิมเป็นการ ประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้การประชุมทางโทรศัพท์ (conference calling) การใช้ห้องสนทนา (chat Two way) และการสื่อสารแบบออนไลน์อื่นๆ การสนทนากลุ่มแบบนี้ดูจะมีความทันสมัย และมีชีวิตชีวากว่าการสนทนากลุ่มแบบเผชิญหน้าได้ แต่อย่างไรก็ตามแนวทางนี้จะใช้ได้เฉพาะผู้ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเท่านั้นและอาจมีปัญหาทางเทคนิคเกิดขึ้นได้ขณะสนทนาคือ ปัญหาการเชื่อมต่อของสัญญาณ

ในปัจจุบันการสนทนากลุ่มแบ่งออกได้หลายประเภท ซึ่งในแต่ละประเภทอาจมีลักษณะย่อยที่แตกต่างกัน แต่ลักษณะหลักของการดำเนินการสนทนากลุ่มจะมีลักษณะทั่วๆ ไปที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยเป็นการสนทนาที่มีประเด็นในการสนทนาที่เฉพาะเจาะจง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงออกอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก หรือประสบการณ์ของตน โดยเน้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง

กระบวนการสนทนากลุ่มมีข้อดีเนื่องจากเป็นวิธีการที่สามารถทำแล้วได้ข้อสรุปโดยใช้เวลาน้อย โดยข้อมูลที่ได้นั้นเป็นข้อมูลเชิงลึกที่ได้ผ่านการอภิปรายมาแล้ว ทำให้เป็นข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ สามารถควบคุมจำกัดจำนวนผู้เข้าร่วมได้และมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ขึ้นกับสถานการณ์ รวมทั้งเป็นวิธีที่ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์มากมาย เป็นการลัดขั้นตอนการวิเคราะห์สรุปผลจากกระบวนการต่าง ๆ ได้ ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ ควรระมัดระวังเรื่องหัวข้อเกี่ยวกับประเด็นอ่อนไหว รวมถึงกรณีที่ ผู้เข้าร่วมวงสนทนามีความต่างกันในเชิงอำนาจ

2.4.2 การประชุมกลุ่ม

การประชุมกลุ่มเป็นการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาพบปะปรึกษาหารือกันเพื่ออภิปราย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น ลงเป็นมติ เพื่อนำมติไปบริหารหรือปฏิบัติต่อไป การประชุม

ต้องกำหนดเป็นระเบียบแบบแผนด้วยวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้ (ชำนาญ นิศารัตน์, 2524)

การประชุมกลุ่มสามารถจัดขึ้นได้ในหลายโอกาส เช่น การจัดประชุมเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการดำเนินการ, เพื่อรวบรวมปัญหา นำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป, เพื่อให้ความรู้เสริมในระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นการเสริมสมรรถนะการ ทำงานให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และเพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานต่อไป

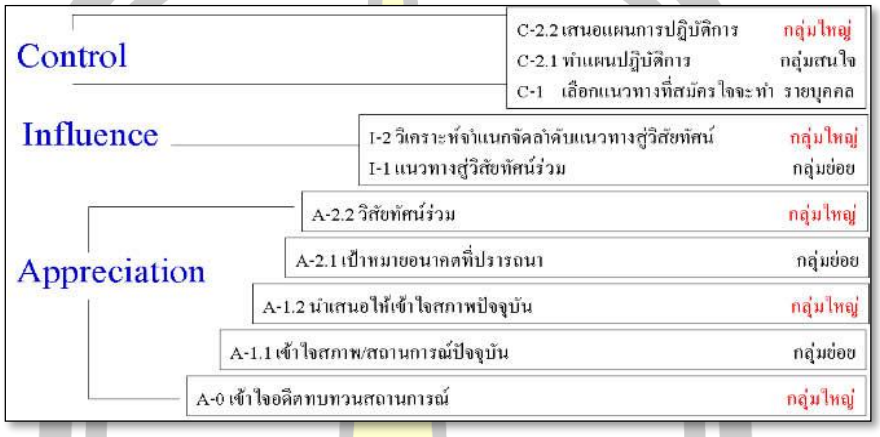
กระบวนการประชุม ก่อนเริ่มการประชุมกลุ่มจำเป็นจะต้องจัดเตรียมข้อมูลเรื่องที่จะประชุม กำหนด วัตถุประสงค์ จัดเตรียมวาระการประชุมอย่างชัดเจน เมื่อถึงเวลาจัดการประชุม ผู้ดำเนินการประชุมควรแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ กำหนดเวลาที่เหมาะสมให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบ บุคลิกของผู้ดำเนินการประชุมควรเป็นผู้ที่มีไหวพริบดี สามารถบริหารจัดการนำเข้าสู่ประเด็นสำคัญ ๆ ได้รวมถึงควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความเหมาะสม สามารถสรุปประเด็นได้อย่างกระชับ เข้าใจง่าย ที่สำคัญคือเรื่องการแสดงออกอย่างเป็นกลาง ระหว่างที่ดำเนินการประชุม ผู้เข้าร่วมควรมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นกันอย่างทั่วถึง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการประชุม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ หลังจากการประชุมกลุ่มดำเนินมาจนถึงช่วงท้ายควรมีสรุปผลการประชุมอย่าง กระชับ รวมถึงสร้างรู้สึกต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป และมีการทำรายงานสรุป ฉบับสมบูรณ์ส่งไปให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนในภายหลัง

ข้อดีของการประชุมกลุ่ม หากจัดการประชุมประสบผลสำเร็จจะช่วยให้ได้ข้อสรุปที่ดีโดยใช้เวลาไม่นาน และสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้เกิดความเป็นเจ้าขององค์กร และความร่วมมือกันนำไปสู่การสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ ส่วนข้อจำกัด คือ ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเข้าร่วมได้จำนวนมาก ทำให้ผู้ดำเนินการประชุมจะต้องได้รับการฝึกอบรมและเตรียมตัวมาเป็นอย่างดี เนื่องจากจะต้องรับภาระหนักในการควบคุมสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดให้อยู่ในความสงบได้โดยเร็ว

2.4.3 เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC)

เทคนิค AIC เป็น กระบวนการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผนโดยเป็น วิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูล ข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการ พัฒนาชุมชนและท้องถิ่น

กระบวนการ AIC เปิดโอกาสให้สมาชิกองค์กร หรือชุมชนทุกระดับ ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำมาซึ่งบ่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานร่วมกัน (Interactive learning through action) ก่อให้เกิดการระดมสมอง เพื่อร่วมคิดร่วมวิเคราะห์หนทางเลือกหรือหนทางปฏิบัติ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาซึ่งมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนของกระบวนการ AIC

ที่มา : ประชาสรรณ์ แสนภักดี (2543: เว็บไซต์)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation : A)

ขั้นตอนการสร้างความรู้หรือการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความ คิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดวิสัยทัศน์ที่ต้องการ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการ อย่างไรกระบวนการที่ใช้คือการวาดภาพ ซึ่งมีความสำคัญคือ

1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการคิดวิเคราะห์ จนสรุปมา เป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้

2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดให้มีโอกาสนำเสนอ

3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่มจะช่วยให้มีความง่ายต่อการ รวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุขและเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้น วิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและนำเกมต่างๆ เกี่ยวกับการ วางแผนการละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ของผู้เข้าร่วมประชุม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

การสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ จำแนกได้ดังนี้

1) กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

การสร้างแนวทางปฏิบัติคือการสร้างการยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือ กิจกรรมต่างๆ มาสู่การจัดทำแผนปฏิบัติ โดยระบุรายละเอียดจัดหากลุ่มผู้ดำเนินการ ผู้ขอรับการสนับสนุน ผู้ประสานงานเพื่อรับผิดชอบงานในแต่ละหน้าที่ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังได้ผลลัพธ์อื่นที่ได้จากการประชุม ได้แก่

1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน

2) กิจกรรมโครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กร ปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจาก ภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

นอกจากนี้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ยังมีขั้นตอนย่อย ๆ อีกโดยสามารถทำได้ในกลุ่ม คนในชุมชนกลุ่มใหญ่ คือ ประมาณ 30-50 คน ในช่วงแรกจะต้องชี้แนะเป้าหมายแก่ผู้เข้าร่วมกลุ่มใหญ่ทราบ ในช่วงหลังจะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นเป็นรายกลุ่มย่อย และจะเรียกทุกกลุ่มมารวมกัน เพื่อสรุปสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการอย่างละเอียดและมีขั้นตอนการสรุปผลการประชุมวางแผนในภาพรวมทั้งหมด

วิธีการ A-I-C ได้ผลดีกับการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพราะเป็นวิธีเรียนรู้จากการทำงานร่วมกัน โดยมีการร่วมอุดมการณ์หรือให้คุณค่าต่อกัน ค้นพบปัจจัยร่วมจากการใช้ชีวิตและทำงานร่วมกัน และค้นพบว่าแต่ละคนมีทักษะและการเจรจาต่อรองเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันให้บรรลุความต้องการร่วมกัน เป็นการให้พันธะสัญญาต่อสาธารณะ ที่จะลงมือทำในสิ่งที่เข้าใจและเห็นคุณค่าร่วมกัน และปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การประชุม AIC ประสบความสำเร็จ คือการเน้นความเป็นกระบวนการ โดยจะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิดวิเคราะห์และเสนอทางเลือก ในการ พัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา (อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์, 2564)

ปัจจุบันได้มีการนำกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยศิริพรรณ เลขะวิพัฒน์ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อลดการกินนมขวด ขนมกรุบกรอบ และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟัน โดยใช้เทคนิค AIC พบว่าผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมการให้เด็กเลิกขวดนมได้ ทานขนมขบเกี้ยวน้อยลงและแปรงฟันหลังอาหารมากขึ้น และวิไลวรรณ เวียงดินดำ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีการวางแผนการมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC พบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงและมีค่าฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น

จากเทคนิคกากรสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนที่กล่าวมางานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกที่จำนำกระบวนการ AIC มาใช้ในการประชุมวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเนื่องจากมีการศึกษามาก่อนแล้วว่ากระบวนการนี้ได้ผลดีกับการประชุมเชิงปฏิบัติการและทำให้ได้แผนงานที่ผ่านการออกแบบและวางแผนร่วมกับกับเครือข่ายคนในชุมชนได้

2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.5.1 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

House (1981) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กฤติกาพร ใยโนนตาด (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคม คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

ภิเชต เสริมสัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้าน ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่ น้อง เพื่อนบ้าน ครู ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่าง ๆ การตอบสนองความต้องการ การได้รับกำลังใจและการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ตามแนวคิดของ House (1981) แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

3) การสนับสนุนด้านแรงงานและทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือทางด้านวัตถุแรงงาน เวลา การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกจะทำให้บุคคลนั้นๆ สามารถดำรงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติหรือปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการให้การยอมรับผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

แรงสนับสนุนทางสังคมมีหลายระดับ โดยมีการแบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1) ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3) ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหลายรูปแบบทั้งการสนับสนุนทางด้านการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การเยี่ยมบ้านการให้บริการและจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยสุขภาพและการสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชนซึ่งผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย สรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผลต่อสุขภาพกาย

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย ครอบคลุมทั้งอัตราการเกิดโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งมีการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาคลอดก่อนกำหนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลพบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการ ให้นมมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐิติพร แสงพลอย และคณะ, 2559)

2) ผลต่อสุขภาพจิต

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพจิตมีลักษณะเหมือนกับสุขภาพกายพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ชวยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย ซึ่งมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลพบว่า มารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความเครียดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กมลวรรณ ลีนะธรรม, 2556)

ในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรทางการแพทย์และชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนโดยตรง ซึ่งจะมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้กิจกรรมที่ตรงกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้ดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่นและยั่งยืน

จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการกระตุ้นการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคลรอบข้างเด็กก่อนวัยเรียนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้ ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด หากได้รับข้อมูลที่เพียงพอและได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นนำไปสู่ความรอบรู้ที่เกิดขึ้นในตนเอง จะทำให้เกิด

ความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม บุคลากรและชุมชน จะทำให้การดำเนินกิจกรรมราบรื่นและเกิดความยั่งยืนได้

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การร่วมกันของผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในการเรียนรู้และจัดการองค์ความรู้ โดยเน้นกระบวนการเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เดิมให้ดียิ่งขึ้น หรือเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหานำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีผู้ให้นิยามการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ ดังนี้

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2548) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ไว้ว่าเป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับสภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวของ

สมปอง พะมุลิลา (2554) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหามุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง เน้นที่การสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย

โดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะเรื่องที่พบในการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบและยืดหยุ่น โดยการมีส่วนร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้ร่วมศึกษาตลอดกระบวนการวิจัยแล้วเกิดกระบวนการหรือแนวทางปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์

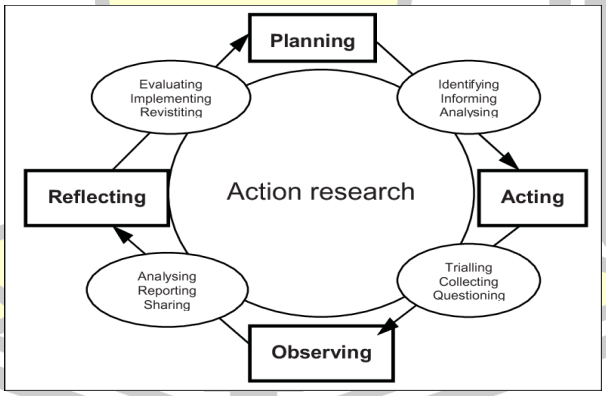
ผู้กำเนิดและคิดค้น Action Research คือ Kurt Lewin เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1952 แล้วได้รับการพัฒนาโดยนักวิชาการอื่นๆ เช่น Kolb ในปี 1984 และ Carr และ Kemmis ในปี 1986 และทั้งสองได้จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่นำแนวคิด แผนงานหรือโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) ผู้วิจัยไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น กำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในลักษณะเป็นความร่วมมือกัน ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart คือ หลักการทำ P-A-O-R ในกระบวนการวางแผนปฏิบัติ สังเกตผลและสะท้อนผล กระบวนการศึกษางานวิจัยเชิงปฏิบัติการผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยนั้นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกันตั้งแต่การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการประเมินสะท้อนกลับ (Reflecting) และจะนำมาทำซ้ำเวียนเป็นเกลียว (Spiral) จนได้ผลลัพธ์ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ซึ่ง Kemmis and McTaggart (1988) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้



ภาพประกอบ 6 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)
ที่มา : Mackinnon et al. (2019: เว็บไซต์)

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่สำคัญเป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้รวมถึงการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวาง ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสภาวการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต และอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่ต้องการได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อ การแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเป็นอย่างดี และเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบท ทางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสภาวการณ์เวลานั้นในขั้นตอนการวางแผนจะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดซึ่งเป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาอย่างครอบคลุมทุกแง่มุม เพื่อร่วมกับวางแผนการดำเนินกิจกรรมหรือกำหนดแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์ตอนนั้น ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ดังที่กล่าวมาแล้ว การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ร่วมกันวางแผนเสร็จสิ้นถึงขั้นลงมือปฏิบัติตาม แผนการดำเนินงาน โดยใช้การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการแก้ไข ปรับปรุง ดังนั้นแผนที่กำหนดควรมีการยืดหยุ่นปรับแก้ได้โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณและการตัดสินใจที่เหมาะสม และมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือทำไปทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขต เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้จะต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มองเห็นได้ด้วยตาและสัมผัสได้ด้วยกายหรือใจ และจะต้องมีความยืดหยุ่นต่อการเก็บรายละเอียดของสรรพสิ่งต่าง ๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายแง่มุมและหลายรูปแบบ ดังนั้น

นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีความพร้อมตลอดเวลาในการสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นตามแผนที่วาง โดยได้มีการจำแนกประเภทของการสังเกตในการวิชัยเชิงปฏิบัติการไว 2 ประเภท ได้แก่

1) การสังเกตโดยเข้าไปมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปอยู่ร่วมในกลุ่มในสถานการณ์ที่ถูกสังเกต โดยผู้สังเกตเป็นสมาชิกผู้หนึ่งของกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับผู้ถูกสังเกต และพยายามให้คนในกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนั้นยอมรับว่าผู้สังเกตมีสถานภาพ บทบาทเช่นเดียวกับคนในกลุ่มเดียวกันที่ใช้ในการวิจัย

2) การสังเกตโดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วม (Non Participant Observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตอยู่ภายนอกสถานการณ์ หรือกิจกรรมที่กำลังสังเกต ผู้สังเกตกระทำตนเองเป็นบุคคลภายนอก โดยไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ และจะใช้การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมนี้ บางครั้ง เรียกว่า Unobtrusive Method เป็นการไม่เข้า ไปร่วมในชีวิตหรือกิจกรรมของกลุ่มเท่านั้น ไม่ได้หมายถึงการเข้าไปอยู่ในบริเวณสถานที่นั้นด้วย จะใช้ในกรณีที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกผูกรบกวนจากผู้สังเกต วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สามารถเก็บข้อมูลในระยะสั้นกว่า และเปลืองทุนทรัพย์น้อยกว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แต่ไม่อาจเก็บข้อมูลได้ ละเอียดสมบูรณ์เท่ากับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

เครื่องมือบันทึกในการสังเกต ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกต และเครื่องมือช่วยการสังเกตประเภทโสตทัศนูปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพยนตร์ ลักษณะของแบบบันทึก การสังเกตที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ แบบรายการตรวจสอบ (Checklists) แผนภูมิการมีส่วนร่วม (Participation Charts) มาตรประมาณค่า (Rating Scales) และแบบบันทึกพฤติกรรม (Anecdotal Records)

ขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มดังกล่าวนี้ จะนำไปสู่การรื้อถอน (Deconstruction) แนวคิดความเชื่อ และการปฏิบัติงานอย่างเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไป เป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการในรอบหรือเกลียวต่อไปคือการประเมินผลหรือตรวจสอบ

การปฏิบัติงาน หรือสิ่งที่เป็นข้อปฏิบัติของข้อจำกัดที่เป็น อุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยกับผู้เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้จากเครื่องมือต่าง ๆ มาตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมหรือสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการ อภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมและเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนปฏิบัติในวงรอบต่อไป

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชูเลิศ สีแสด (2560) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจาน ได้โครงการทั้งหมด 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการฟันสวยด้วยการแปรงฟันที่บ้านและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดขวดนมและขนมกรุบกรอบ 3) โครงการสนับสนุนชุมชนเพื่อการดูแลทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลจาน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครอง ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในด้านการสนับสนุนงบประมาณที่ได้มาจากพื้นที่เพื่อสร้างสถานที่แปรงฟันให้มีความสะดวกในการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มขึ้น

วรพรรณ ถมยาและ ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2561) ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาวะช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัย แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก จัดกิจกรรม 8 ครั้ง รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ ทดลองในเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของฟันน้ำผุถอนอุดหลังการทดลองเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กชปิญา ผดุงพันธ์ (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคายด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ได้กิจกรรม 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านทันตสุขภาพ 2) โครงการอบรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 3) โครงการ

ออกหน่วยเชิงรุกเคลื่อนที่ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนรูปแบบใหม่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนโดยใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกเชื่อมโยงการปฏิบัติงานกับคนในชุมชน กระบวนการนี้ส่งผลให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ชนะจิต ผลเจริญ (2562) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน บริบทพื้นที่เกาะหมากน้อย อำเภอเมือง ซึ่งอยู่ห่างไกลและไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า พบเด็กมีฟันผุร้อยละ 88.4 ได้แนวทางในการดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) เพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กระดับชั้นอนุบาล โดยครูควบคุมให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันและย้อมสีฟันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำได้ต่อเนื่องและกำหนดเป็นแผนปฏิบัติงานของครู 2) ควบคุมการขายเครื่องดื่มลดความหวานในโรงเรียน สามารถลดความหวานลงได้และให้เป็นนโยบายของโรงเรียนโดยจะสุ่มตรวจทุกเดือน 3) ประกวดหนูน้อยฟันสวยและภาพวาดระบายสี ได้รับการตอบรับที่ดีและให้เป็นแผนปฏิบัติงานของโรงเรียน จะจัดปีละ 1 ครั้ง 4) กิจกรรมให้ความรู้ผู้ปกครองในรูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือทำร่วมกับควบคุมอาหารและแปรงฟันให้เด็กที่บ้าน พบว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ผลความสะอาดในช่องปากเด็กยังไม่เปลี่ยนแปลง

ปณิธาน สนพะเนาและคณะ (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังการพัฒนากลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการส่วนร่วมในกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อกิจกรรม ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง อีกทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพทั้งด้านการดำเนินกิจกรรมและด้านผลลัพธ์ และพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนทุกกระบวนการ ผู้ปกครองเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากเด็กและการที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชน

วัฑฒนา จันทร์จรัสวัฒนา (2562) ศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบผสม เพื่อศึกษาบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ กระบวนการสื่อสาร และเสนอรูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของประเทศไทย ผลพบว่า บริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จเรื่องสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในโรงเรียน คือ (1) ครอบครัว (2) โรงเรียน (3) การจัด

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (4) การประชาสัมพันธ์ (5) การสร้างการมีส่วนร่วม (6) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จคือ ปัจจัยภายนอก เรียงตามลำดับคือ นโยบาย สิ่งแวดล้อม/ชุมชน ความเชื่อของผู้ปกครองและครูของเด็กปฐมวัย การประชาสัมพันธ์และการบริหารจัดการเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่วนปัจจัยภายใน เรียงตามลำดับคือ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย และการพาเด็กไปพบทันตแพทย์/โรงพยาบาลเพื่อตรวจฟัน 2) กระบวนการสื่อสาร เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ (1) ผู้ส่งสารคือ โรงเรียน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) เนื้อหาหลักคือ วิธีการป้องกันและดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (3) ช่องทางการสื่อสารที่ใช้คือ ครู ทันตแพทย์ แผ่นพับ เว็บไซต์ การอบรม และกิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการเล่านิทาน กลยุทธ์การสื่อสารที่ใช้มากที่สุดคือ การทำงานผ่านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (4) ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ เกิดความรู้ที่ถูกต้องมีทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลช่องปากเด็กดีขึ้น 3) รูปแบบการสื่อสารหลักที่ใช้คือการสื่อสารองค์กรที่ใช้การสื่อสารแบบสองทางและทางเดียวเริ่มจากหน่วยงานระดับนโยบายไปสู่ระดับปฏิบัติการคือ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน โดยใช้วิธีการดังต่อไปนี้คือ 1. การแจ้งข้อมูลข่าวสาร/ความรู้/เทคโนโลยีให้ทราบ 2. เปิดกว้างให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้แสดงความเห็นวิพากษ์ วิจารณ์ โต้แย้ง 3. เปิดกว้างให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ ร่วมเสนอแนะแนวทางร่วมรับผิดชอบและ 4. เปิดกว้างให้ทุกฝ่ายเข้ามาร่วมกำหนดกฎกติกา ข้อบังคับ นโยบาย กิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน

สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และณรินี แย้มสกุล (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย เป็นวงจรการพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาของทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและการพัฒนาสมรรถนะผู้รับบริการ มีการเข้าบริการที่รวดเร็วขึ้น มารับบริการสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และระบบบริการเกิดผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ทีมดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการการตรวจประเมินแบบ one stop services การกระตุ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเสี่ยง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพเด็กปฐมวัย

ธิดา ธำรงวงศ์สวัสดิ์ (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอปักธงชัยจังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครอง กลุ่มละ 337 คน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองกับอายุของผู้ปกครองกับการศึกษาของผู้ปกครอง และกับความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนสภาวะฟันผุของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

รายด้านที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปากและด้านการบริโภคอาหาร แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุของเด็กกับด้านการตรวจฟันผุของผู้ปกครอง ดังนั้นควรมีการให้ความรู้กับผู้ปกครองโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่าอนุปริญญาหรือเทียบเท่าเพื่อให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนหันมาดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้มีฟันผุน้อยลง

วิไลวรรณ เวียงดินดำ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ดำเนินงานวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการ AIC ได้ผลลัพธ์ ดังนี้ 1) พัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยบทบาทของทันตบุคลากร ครอบครัวและชุมชน 2) กำหนดให้มีข้อตกลงด้านทันตสุขภาพเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ สนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) มีระบบส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน พบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น

ปาริฉัตร ถาวรวงษ์ (2564) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่ระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงมากที่สุด และมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร รายได้ของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นจึงควรการวางแผนและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนโดยเฉพาะด้านความรู้

สุกัญญา ฆารสินธุ์และคณะ (2564) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน งานวิจัยกึ่งทดลองศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียน (3-5 ปี) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดอนหัน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คน ใช้เครื่องมือโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี การสาธิตขั้นตอนการแปรงฟัน และการใช้หุ่นยนต์ “พี่กระป๋องพาน้องแปรงฟัน” ซึ่งเป็นหุ่นยนต์มีเพลงที่บรรจุไว้ โดยเนื้อหาของเพลงจะบอกขั้นตอนแปรงฟัน และวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง ระยะเวลาของเพลงมีความยาว 2 นาที ผลวิจัยพบว่า

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันใน ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปรงฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

อรรถวิทย์ ก้อนคำ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ได้นโยบายในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดขวดนม นมหวาน/นมเปรี้ยวและขนมกรุบกรอบ ฟันสะอาดก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กทุกคนต้องแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพช่องปากผู้ดูแลเด็กปฐมวัย การ ดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนต้องมีความต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังพบว่าผลลัพธ์เชิงปริมาณในกระบวนการนี้ส่งผลให้ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ SPA Model ประกอบด้วย 1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (S: Stakeholders) 2. มีการส่วนร่วม (P: Particication) 3. กิจกรรม (A: Activity) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

บุญประจักษ์ จันทร์วินและคณะ (2565) ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปาก และเปรียบเทียบปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 335 คน พบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ความรู้ในภาพรวมของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ปกครองแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ร่วมกันระหว่างผู้ปกครองของเด็ก เด็กก่อนวัยเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อร่วมกันสร้างความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สมพร แก้วทอง และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในผู้ปกครอง 152 คน พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ความในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมี

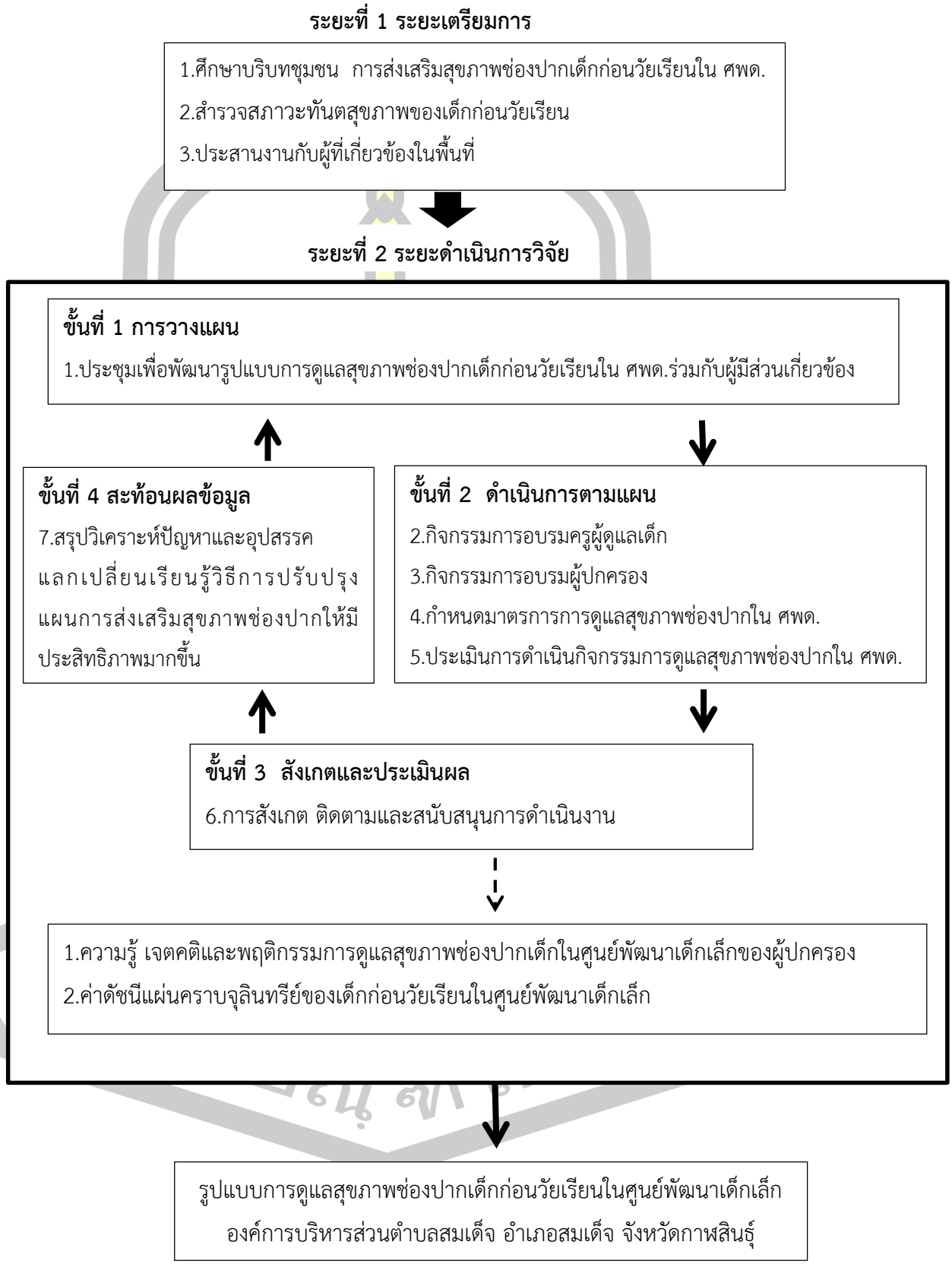
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ

สุเทพ ภูติประวรรณ (2565) ศึกษากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชุมพร โดยศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กับสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 3 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชุมพร พบว่า การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากรและการแปรงฟันตอนเช้ามีความสัมพันธ์กับความสะอาดของฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการนำนมรสหวานหรือนมรสเปรี้ยวมาที่ศูนย์ฯ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากร มีประสิทธิผลทำให้เด็กมีฟันสะอาดและช่วยกระตุ้นการแปรงฟันของเด็กได้ ในขณะที่ความสะอาดช่องปากเด็ก การตรวจช่องปากเด็กโดยครูไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงควรพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กให้สามารถตรวจความสะอาดช่องปากและมีทักษะการแปรงฟันในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะมีความใกล้ชิดกับเด็ก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งส่งผลให้มีการกำหนดนโยบายร่วมกันและสามารถการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างต่อเนื่องในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กมีแนวโน้มค่าฟันดีไม่มีผุดีขึ้นด้วย ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงมีการดำเนินงานโดยใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ นำเสนอตามลำดับต่อไปนี้ ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

3.2.1.1 กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 55 คน

3.2.1.2 ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่ดูแลด้านทันตสุขภาพของเด็กที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 55 คน

3.2.1.3 เครือข่ายชุมชนในพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ภาคส่วน ดังนี้

ภาคประชาชน

1) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 55 คน

2) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน 5 หมู่บ้าน จำนวน 48 คน

ภาคท้องถิ่น

1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ผู้อำนวยการกองการศึกษา จำนวน 5 คน

ภาควิชาการ

1) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ จำนวน 8 คน

2) นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตบุคลากร) ในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 3 คน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันสาธารณสุขใน รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน จำนวน 1 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

3.2.2.1 กลุ่มเป้าหมายในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มเป้าหมายนี้เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและข้อมูลเชิงคุณภาพ เงื่อนไขของการคัดเลือก ดังนี้

ภาคประชาชน

1) ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ศพด.มี 3 ชั้น ชั้นละ 2 คน

2) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ คัดเลือกจากประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกหมู่บ้านละ 2 คน

ภาคท้องถิ่น

1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จที่สามารถกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และดูแลรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข จำนวน 2 คน

ภาควิชาการ

1) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ศพด. มี 3 ชั้น ชั้นละ 1 คน

2) นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตบุคลากร) ในฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 คน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันสาธารณสุขใน รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน จำนวน 1 คน

กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ทำการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวม 24 คน รายละเอียด ดังนี้

ภาคประชาชน

1) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน

2) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ จำนวน 10 คน

ภาคท้องถิ่น

1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ได้แก่ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ผู้อำนวยการกองการศึกษา จำนวน 2 คน

ภาควิชาการ

1) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ จำนวน 3 คน

2) นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตบุคลากร) ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 2 คน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันสาธารณสุขใน รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน จำนวน 1 คน

3.2.1.2 กลุ่มเป้าหมายที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) เด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกมาทั้งหมด จำนวน 55 คน

2) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเด็ก 1 คนต่อผู้ปกครอง 1 คน ได้จำนวน 55 คน

3.2.1.3 เกณฑ์การคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าในการศึกษาวิจัย (Inclusion criteria)

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

1) เป็นเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปีที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จในปีการศึกษา 2566

2) เป็นเด็กที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในการเก็บข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ

3) เป็นเด็กที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ

กลุ่มผู้ปกครอง

1) เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จในปีการศึกษา 2566

2) เป็นผู้ปกครองที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูดซึ่งเป็นอุปสรรคในการตอบคำถาม

3) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

3.2.2.4 เกณฑ์การคัดกลุ่มเป้าหมายออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion criteria)

กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

1) เป็นเด็กที่ย้ายสถานศึกษาหรือที่อยู่อาศัย ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

กลุ่มผู้ปกครอง

1) ผู้ที่มีความประสงค์จะออกจากการศึกษาในระหว่างการศึกษา

2) ผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัย ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งระยะการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเตรียมการโดยศึกษาบริบทชุมชน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. สำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 2. ระยะดำเนินการ ดำเนินงานตามวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) สรุปตามขั้นตอนได้ดังนี้

3.3.1 ระยะเตรียมการ

3.3.1.1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.3.1.2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีการศึกษาจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องและจากสถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่

3.3.1.3 ศึกษาผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของเด็กก่อนวัยเรียน

3.3.1.4 สำรวจบริบทชุมชนในพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูลการวิจัยรวมทั้งเก็บข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในตัวแทนผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

3.3.1.5 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยตรวจฟันเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

3.3.2 ระยะดำเนินการ

3.3.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

เตรียมคณะทำงานวิจัยและจัดประชุมคณะทำงาน ได้แก่ ตัวแทนผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน 6 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 3 คน อสม. 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน 1 คน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ 2 คน ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานทันตกรรมชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จ 2 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน ศึกษาข้อมูลพื้นฐานระยะเริ่มต้น (Preliminary Phase) ใช้เวลา 1 วัน เพื่อ

1) นำเสนอปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้จากการสำรวจและจากฐานข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้บริหาร

2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข บุคลากรทันตสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4) ประชุมหารือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมหรือนโยบายเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5) นำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.3.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามที่ได้จากกระบวนการประชุมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างไปเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ปกครอง และตรวจความสะอาดช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมโดยใช้แบบวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

3.3.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

1) ทำการสังเกตและประเมินผลจากตัวชี้วัดเชิงสังเกต ได้แก่ ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

3.2.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

1) ประชุมถอดบทเรียนของคณะทำงานเพื่อสรุปข้อดี ข้อด้อย ส่วนที่ต้องต่อยอดหรือพัฒน ส่วนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขและคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ

3.4.1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในขั้นตอนการศึกษาบริบทของชุมชนในตัวแทนผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

3.4.1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง ครู อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดในการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำการวิจัย

3.4.1.3 แบบสังเกตการประชุม การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการสังเกตประเด็นในทุกกระบวนการตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผนขั้นสังเกตและขั้นสะท้อนผล

3.4.2 เครื่องมือวัดเชิงปริมาณ

3.4.2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1)คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การสูญเสียฟันแท้ และช่องทางการรับข่าวสารทางสุขภาพช่องปาก จำนวน 11 ข้อ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นแบบทดสอบลักษณะปลายปิดแบบเลือกตอบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเนื้อหาและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้

ระดับความรู้น้อย	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 5 .39 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79.9 (5.4 – 7.19 คะแนน)
ระดับความรู้มาก	หมายถึง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (7.20- 9 คะแนน)

3) แบบวัดเจตคติผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดของ Likert โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

คำถามเจตคติเชิงบวก

เห็นด้วยมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน

คำถามเจตคติเชิงลบ

เห็นด้วยมากที่สุด	ได้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน

นำคะแนนเจตคติรวมมาประมาณค่าระดับเจตคติเป็น 3 ระดับ คือ เจตคติไม่ดี เจตคติพอใช้และเจตคติดี โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1997) คำนวณหาระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ ดังนี้

$$\text{ค่าความต่างระดับ} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$= \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

เจตคติไม่ดี	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย	1 - 2.33	คะแนน
เจตคติพอใช้	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67	คะแนน
เจตคติดี	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5	คะแนน

4) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดของ Likert โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

คำถามพฤติกรรมเชิงบวก

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 4 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 3 คะแนน
บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย	ได้ 1 คะแนน

คำถามพฤติกรรมเชิงลบ

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 3 คะแนน
บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ1-2 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์	ได้ 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย	ได้ 5 คะแนน

นำคะแนนพฤติกรรมรวมมาประมาณค่าระดับพฤติกรรม 3 ระดับ คือพฤติกรรมไม่ดี พฤติกรรมพอใช้และพฤติกรรมดี โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1997) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม ดังนี้

$$\text{ค่าความต่างระดับ} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$= \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

พฤติกรรมไม่ดี หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1 -2.33 คะแนน

พฤติกรรมพอใช้ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน

พฤติกรรมดี หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5 คะแนน

3.4.2.2 แบบบันทึกการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันในเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งประยุกต์ใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) ของ Stallard et al. (1969) (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยการย้อมสีฟันด้วยสีย้อมและตรวจที่ซี่ฟันตัวแทน ได้แก่ ฟันซี่ 55, 51, 65, 75, 71, 85 ด้านนอก (Buccal หรือ Labial) และด้านใน (Lingual หรือ Palatal) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่ติดสีย้อมที่ฟัน ได้ 0 คะแนน

ติดสีย้อมปกคลุมไม่เกิน 1/3 ของด้านฟัน ได้ 1 คะแนน

ติดสีย้อมปกคลุมเกิน 1/3 แต่ไม่เกิน 2/3 ของด้านฟัน ได้ 2 คะแนน

ติดสีย้อมมากกว่า 2/3 ของด้านฟัน ได้ 3 คะแนน

การคำนวณดัชนีค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์

$$\text{ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (PI)} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนของคราบจุลินทรีย์ในแต่ละส่วน}}{\text{จำนวนฟันซี่ที่ตรวจ}}$$

การแปลผลอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0 หมายถึง ไม่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ มีอนามัยช่องปากดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 0.1–1.1 หมายถึง มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย อนามัยช่องปากดี

คะแนนเฉลี่ย 1.1–2.0 หมายถึง มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ปานกลาง อนามัยช่องปากพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.1–3.0 หมายถึง มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์มาก อนามัยช่องปากไม่ดี

3.4.2.3 แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนโดยประยุกต์จากแบบสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) เพื่อหาค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนม (dmft) ดังนี้

ฟันน้ำนมผุ (decayed: d) หมายถึง ฟันน้ำนมซี่ที่มีรูผุสีดำ สีน้ำตาลที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือเคยอุดแล้วแต่ผุซ้ำนับเป็นซี่

ฟันน้ำนมที่ถูกถอน (missing: m) หมายถึง ฟันน้ำนมซี่ที่ถูกถอนจากโรคฟันผุนับเป็น ซี่

ฟันน้ำนมที่ถูกอุด (filling: f) หมายถึง ฟันน้ำนมซี่ที่เคยได้รับการรักษาด้วยการอุดฟันแล้วนับเป็นซี่

$$\text{ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft)} = \frac{\text{ผลรวมจำนวนซี่ฟันผุ ถอน อุด}}{\text{จำนวนคนที่ตรวจฟัน}}$$

3.4.3 การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.4.3.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมร่างแบบสอบถามและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

3.4.3.2 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณาจากค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ซึ่งข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าสอดคล้องตรงตามเนื้อหาให้คะแนน 1 ข้อที่มีความเห็นว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาให้คะแนน -1 และข้อที่ไม่แน่ใจให้คะแนน 0 จากนั้นนำคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ชุด มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยเกณฑ์ค่าดัชนีต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา หากค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ต้องปรับปรุงแก้ไขและนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบใหม่จนกว่าจะใช้ได้และนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1

3.4.3.3 การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลอง (Try out) โดยการเก็บข้อมูลในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน ตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์และคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมในการวิจัยในครั้งนี้ นำข้อมูลจากแบบสอบถามโดยโดยใช้ค่า KR20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ทดสอบคะแนนความรู้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ทดสอบคะแนนเจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น ได้ค่าดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richradson 20 : KR 20) มีค่า 0.710

2) เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่า 0.784

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่า 0.722

3.4.3.4 ตรวจสอบค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ มีการตรวจสอบค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากหลังจากได้ทำการทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำเครื่องมือไปใช้จริง โดยหาแบบ item-total correlate ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2-0.5 และได้ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.1-0.97

3.4.3.5 การปรับมาตรฐานการตรวจฟัน ผู้ตรวจเป็นทันตาภิบาลประจำโรงพยาบาลสมเด็จและผู้วิจัย จำนวน 2 คน ทำการปรับมาตรฐานของผู้ตรวจโดยทำการปรับมาตรฐานกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ (Gold standard) โดยการทำการตรวจสอบค่าของความสอดคล้อง (Strength of agreement) ในการตรวจค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ได้ทำการปรับมาตรฐานของผู้ตรวจ แบ่งเป็น

1) การปรับมาตรฐานภายในผู้ตรวจ (Intra - examiner calibration) โดยให้ผู้ตรวจตรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มตัวอย่าง 5 คน โดยให้เด็กเข้าแถวเรียงเพื่อทยอยตรวจทีละคนและทำการตรวจซ้ำในกลุ่มเดิมโดยให้เด็กสลับไปต่อแถวใหม่อีกครั้ง กลุ่มตัวอย่าง 5 คนนี้จะคัดเลือกจากคนที่มีสภาวะในช่องปากครอบคลุมดัชนีที่จะใช้ในการตรวจให้มากที่สุด จากนั้นนำข้อมูลมาประเมินความแม่นยำในการตรวจวัดของผู้ตรวจโดยคำนวณค่าความสอดคล้องของข้อมูลด้วยค่าสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 0.82

2) การปรับมาตรฐานระหว่างผู้ตรวจ (Inter - Examiner Calibration) ระหว่างผู้ตรวจกับผู้วิจัย 2 คน โดยให้แต่ละคนตรวจค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกัน 5 คน และเปรียบเทียบผลการตรวจจากนั้น นำข้อมูลมาประเมินความแม่นยำในการตรวจวัดของผู้ตรวจโดยคำนวณค่าความสอดคล้องของข้อมูลด้วยค่าสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

3.5 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

3.5.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติและใช้สถิติ Wilcoxon matched pair signed rank test ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

3.5.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Tri-Angular) ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการมีส่วนร่วม และการติดตาม สนับสนุน โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษาข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลโดยใช้หลักสามเส้า คือ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ตรวจสอบหรือพิจารณาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) ตรวจสอบโดยผู้วิจัยได้ข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่ ด้วยการเปลี่ยนผู้สังเกตและด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) ตรวจสอบโดยพิจารณาว่ามีวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันในการเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกันหรือไม่

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวิจัยครั้งนี้ได้ทราบล่วงหน้า และจะเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด การศึกษาในครั้งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัย 2 แห่ง ได้แก่ 1. คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 47/2566 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2566 2. คณะกรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่158-119/2566 เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ.2566

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การทำวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน เมษายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจ และการประชุมกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) แบบบันทึกสภาวะทันตสุขภาพและแบบสังเกตการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาข้อมูลบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.1 ผลการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.1.1 บริบททั่วไปของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จเป็นเขตการปกครองของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งอยู่เขตรอบนอกของเทศบาลตำบลสมเด็จ อยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ประมาณ 40 กิโลเมตร โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จมีภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 หมู่บ้าน โดยมีหมู่ที่ 2 อยู่พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จทั้งหมด หมู่ 3, 5, 6 และ 10 พื้นที่บางส่วนอยู่ ในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับเขตพื้นที่อื่น ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับเขตองค์การบริหารส่วนตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศตะวันตก ติดต่อกับเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศรีสมเด็จ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศตะวันออก ติดต่อกับเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศใต้ ติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จและองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ลักษณะประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง เนื่องจากเป็นพื้นที่ชานเมืองอยู่รอบนอกของตัวอำเภอสมเด็จ ด้านแรงงาน พบว่ามีแรงงานไม่เพียงพอเนื่องจากส่วนใหญ่จะอพยพออกนอกพื้นที่โดยกลับมาเฉพาะฤดูกาลเก็บเกี่ยว ในพื้นที่จะมีแต่เด็กและผู้สูงอายุ

ด้านสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองบัวโดน ซึ่งอยู่ในเขตชุมชนที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เปิดให้บริการรักษาโรคพื้นฐานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลไม่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานอยู่ประจำ งานด้านทันตสาธารณสุขจะมีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรจากฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จออกหน่วยให้บริการ

ด้านการศึกษามีโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนเมืองสมเด็จ โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนหนองบัวโดน (วรนารถประชานุกูล) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ตั้งอยู่ภายในเขตสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ มีครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 8 คน เด็กก่อนวัยเรียนปีการศึกษา 2566 จำนวน 55 คน ซึ่งแบ่งเด็กเป็น 3 ห้องตามช่วงอายุ ระหว่าง 2 – 5 ปี เด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะมาจาก 12 หมู่บ้าน

4.1.2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

สถานการณ์โรคฟันผุในจังหวดกาฬสินธุ์จากคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่าในปี 2563-2565 เด็กอายุ 3 ปี มีความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 27.05, 28.01 และ 18.03 และเด็กอายุ 3-5 ปีมีอัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 81.35, 69.84 และ 57.97 ตามลำดับ จำแนกเป็นการตรวจฟัน ร้อยละ 63.61, 55.24, 50.44 การเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 67.47, 49, 49.86 ในขณะที่พื้นที่อำเภอสมเด็จ พบว่า มีอัตราความชุกโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 41.57, 27.39 และ 25.96 อัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเด็กอายุ 3-5 ปีร้อยละ 79.05, 82.47, 85.78 จำแนกเป็นการ

ตรวจฟัน ร้อยละ58.5, 71.53, 75.53 การเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ 65.73, 78.68, 73.99 (Health Data Center, 2565) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 อัตราความชุกโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี เปรียบเทียบระดับจังหวัดกาฬสินธุ์และอำเภอสมเด็จ ปี พ.ศ. 2563-2565

ปี พ.ศ.	จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอสมเด็จ
	อัตราความชุก(ร้อยละ)	อัตราความชุก(ร้อยละ)
2563	27.05	41.57
2564	28.01	27.39
2565	18.03	25.96

ลักษณะการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ พบว่า อัตราความชุกโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปี 2563-2565 มีค่าสูงถึงร้อยละ 47.22 , 53.13 และ 56.60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft) 2.43, 2.08 และ 3.25 ซี่/คนตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศแต่ยังสูงกว่าระดับจังหวัด โดยเฉพาะฟันผุในฟันหน้าบน 4 ซี่ ซึ่งตรงกับลักษณะฟันผุของเด็กในประเทศไทย ค่าเฉลี่ยฟันหน้าผุแบบขาวขุ่นซึ่งเป็นฟันผุระยะแรกมีค่า 0.39, 0.11, 0.36 ซี่/คน ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันหน้าบนผุเป็นรูและผุเหลือแต่ตอฟัน มีค่า 1.54, 1.33, 1.49 ซี่/คน ตามลำดับ และยังพบว่ามีแนวโน้มการเกิดฟันผุมากขึ้นทุกปี

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กส่วนใหญ่โดยเฉพาะฟันหน้าบนส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการใช้ขวดนม ซึ่งลักษณะการเกิดฟันผุแต่ละระยะจะมีแนวทางการส่งเสริมป้องกันและรักษา และจากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนพบว่ายังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของฟันน้ำนมและการใช้ขวดนม รวมถึงความสำคัญของการแปรงฟันซ้ำให้เด็กโดยผู้ปกครอง

พหุน ปณฺ ฑิโต ชีเว

4.1.3 การดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลสมเด็จที่ผ่านมาจะดำเนินการโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดนที่เป็นเขตรับผิดชอบไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำเนื่องจากมีขนาดเล็กและมีข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลัง มีกิจกรรมหลักในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ดังนี้

1) การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กทุกๆ 6 เดือน

2) เคลือบฟลูออไรด์วานิชทุกๆ 6 เดือน

3) ออกหน่วยอุดฟันอย่างง่ายแบบ SMART technique ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีละ 1 ครั้ง ซึ่งลักษณะการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเน้นที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นหลัก ชุมชน ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กและ อสม. ไม่ค่อยมีส่วนในการดำเนินงาน ทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องเท่าที่ควร รวมถึงการสนับสนุนปัจจัย ด้านสถานที่ งบประมาณ เครือข่ายชุมชน เป็นต้น

4.1.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

4.1.4.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งหมด 55 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.64 อายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 56.36 อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 73 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 38.24 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.18 การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 32.73 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.64 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/ เดือน เฉลี่ย 6,189.09 บาท/เดือน ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 74.55 และเป็นหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กร้อยละ 90.91 กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ทำมากที่สุดคือ แปรงฟันให้วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือ ตรวจความสะอาดช่องปากเด็ก ร้อยละ 50.91 ผู้ปกครองส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียฟันแท้ ร้อยละ 60 และช่องทางการรับข้อมูลข่างสารด้านทันตสุขภาพที่พบมากที่สุดคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือจากโทรทัศน์ร้อยละ 52.73 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

ลักษณะประชากร	จำนวน (N = 55)	ร้อยละ
อายุ		
20-35 ปี	31	56.36
36-50 ปี	13	23.64
50 ปีขึ้นไป	11	20.00
$\bar{X}$ =38.24 ปี SD = 12.124		
Med = 34 ปี Min = 22 ปี Max = 73 ปี		
เพศ		
ชาย	9	16.36
หญิง	46	83.64
สถานภาพ		
โสด	7	12.73
คู่	43	78.18
หม้าย / หย่า / แยก	5	9.09
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	25.45
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	23.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18	32.73
อนุปริญญา/ปวส.	7	12.73
ปริญญาตรี	3	5.45
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	24	43.64
เกษตรกรรม/ประมง	16	29.09
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	12.73
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	10.91
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.63

ตาราง 2 ลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (N = 55)	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	18	32.73
5,000- 10,000 บาท	28	50.91
มากกว่า 10,000 บาท	9	16.36
$\bar{X}$ = 6,189.09 บาท SD = 4,829.334		
Med = 5,000 บาท Min = 0 บาท Max = 20,000 บาท		
ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน		
บิดา มารดา	41	74.55
ปู่ ย่า ตา ยาย	12	21.82
ลุง ป้า น้า อา	2	3.63
การเป็นผู้ดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน		
ใช่	50	90.91
ไม่ใช่	5	9.09
กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แปรงฟันให้วันละ 2 ครั้ง	35	63.64
ตรวจความสะอาดช่องปากเด็ก	28	50.91
ดูแลการรับประทานขนมหวาน	23	41.82
ควบคุมการใช้ขวดนม (เลิกใช้ขวดนมแล้ว)	19	34.55
พาไปรับการรักษาทางทันตกรรม	13	23.64
ประสบการณ์การสูญเสียฟันแท้		
มี	33	60.00
ไม่มี	22	40.00

ตาราง 2 ลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (N = 55)	ร้อยละ
ช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางทันตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	35	63.64
โทรทัศน์	29	52.73
อาสาสมัครสาธารณสุข	23	41.82
อินเทอร์เน็ต	23	41.82
ครอบครัว	11	20.00
เสียงตามสายในชุมชน	7	12.73
วิทยุ	5	9.09

จากการสัมภาษณ์ตัวแผนผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเรื่องการใช้ขวดนม ยังเข้าใจว่าการหลับคาขวดคือการอมจุกขมแล้วหลับไปเท่านั้น จึงคิดว่าบุตรหลานของตนเองไม่ได้หลับคาขวด ซึ่งการใช้ขวดนมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันหน้าบนผุได้มากโดยเฉพาะตอนกลางคืนที่น้ำลายไหลน้อยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น อีกทั้งไม่อยากบังคับบุตรหลานแปรงฟันเนื่องจากไม่อยากให้ร้องไห้และคิดว่าฟันน้ำนมไม่ค่อยสำคัญเพราะเมื่อหลุดไปจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนอยู่แล้ว

4.1.4.2 ข้อมูลทั่วไปผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.83 อายุระหว่าง 31-60 ปี ร้อยละ 79.17 อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 66 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 49.46 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.17 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 33.32 และบทบาทหน้าที่เป็น อสม. มากที่สุด ร้อยละ 41.67 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ลักษณะประชากร	จำนวน (n = 24)	ร้อยละ
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	2	8.33
31-60 ปี	19	79.17
60 ปีขึ้นไป	3	12.50
$\bar{X}$ = 49.46 ปี SD 10.720		
Med = 51.50 Min = 25 ปี Max = 66 ปี		
เพศ		
ชาย	1	4.17
หญิง	23	95.83
สถานภาพ		
โสด	4	16.67
คู่	19	79.17
หม้าย / อย่า / แยก	1	4.16
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	16.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	16.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	8	33.32
ปริญญาตรี	4	16.67
สูงกว่าปริญญาตรี	4	16.67
ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่		
อสม.	10	41.67
ผู้ปกครอง	6	25.00
ครูผู้ดูแลเด็ก	3	12.50
ทันตบุคลากร รพ.สมเด็จ	2	8.33
ผู้บริหาร อบต.สมเด็จ	2	8.33
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน	1	4.17

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ผู้ปกครอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ปกครองเห็นถึงสาเหตุของโรคฟันผุในเด็กว่าส่วนหนึ่งมาจากการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองที่บ้าน การควบคุมด้านการกินอาหาร โดยเฉพาะขนมและการใช้ขวดนม ส่วนใหญ่แม้ไม่ได้เอาขวดนมมาที่โรงเรียนแต่เวลากลับบ้านไปก็จะใช้ขวดนมเหมือนเดิม และยังไม่ทราบว่าผู้ปกครองต้องเป็นผู้แปรงฟันซ้ำให้เด็กจนอายุ 6 ปี อีกทั้งความเข้าใจเรื่องการใช้ขวดนมยังไม่ถูกต้อง

ผู้ปกครองคนที่ 1 : “...ลูกบ่ได้หลับคาขวด แต่กินนมแล้วดึงขวดนมออกก่อนค่อยนอน บ่ถือว่าหลับคาขวดนม...” (ผู้ปกครองคนที่ 1, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ผู้ปกครองคนที่ 2 : “...เวลาแปรงฟันให้แปรงยากคัก ดิ้นร้องไห้งอแงเลยบ่อยากบังคับแปรงฟัน...” (ผู้ปกครองคนที่ 2, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน จากการสัมภาษณ์มีความเห็นว่ารพ.สต.หนองบัวโดนมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ไม่มีทันตาภาบาลอยู่ประจำทำให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่หลักจะเป็นทันตาภิบาลจากโรงพยาบาลสมเด็จ ซึ่งลักษณะการดำเนินงานยังไม่มีการคืนข้อมูลการดำเนินกิจกรรมให้พื้นที่และผู้รับผิดชอบงานทันตกรรมใน รพ.สต.ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้ จึงอยากให้มีการประสานและคืนข้อมูลแก่ รพ.สต.เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต : “...ที่ รพ.สต. ไม่มีทันตาภิบาลประจำจึงอยากให้ประสานเวลาเจ้าหน้าที่จาก รพ.ออกมาตรวจเพื่อจะได้ไปดูและติดตามงานร่วมกัน...” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต., 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน จากการสัมภาษณ์พบว่า อสม.มีหน้าที่ในการคัดกรองเด็กก่อนวัยเรียนในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มีการออกหน่วยคัดกรองในหมู่บ้านไตรมาสละ 1 ครั้ง และยังไม่เคยมีกิจกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ก่อนหน้านี้เคยมีการอบรมทักษะการตรวจฟันสำหรับ อสม. จึงอยากจะให้เพิ่มกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กในกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงด้วย

อสม. คนที่ 1 : “...อสม.สามารถตรวจคัดกรองโรคฟันผุในช่องปากและแจ้งผู้ปกครองให้พาเข้ารับการรักษาได้...” (อสม.คนที่ 1, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ครูผู้ดูแลเด็ก จากการสัมภาษณ์พบว่า ลักษณะการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาใน ศพด. มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟัน

หลังอาหารกลางวันเป็นบางวัน แต่จะไม่สามารถแปรงฟันได้ในวันที่ฝนตกเนื่องจากสถานที่แปรงฟันอยู่นอกอาคารเรียน หลังคารั่ว และยังมีผู้ปกครองบางส่วนที่ยังไม่ปฏิบัติตามกฎการใช้ขวดนมและการนำขนมมาโรงเรียน อักทั้งยังไม่มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองซึ่งเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก

ครูคนที่ 1 : “...ผู้ปกครองยังตามใจเด็ก ในเวลาเร่งรีบจะซื้อขนมล่อให้เด็กนำมา ศพด. ด้วย...” (ครูคนที่ 1, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ครูคนที่ 2 : “...ถึงแม้เด็กจะไม่ได้ใช้ขวดนมที่ ศพด. กลับบ้านไปผู้ปกครองก็ยังให้เด็กใช้อยู่ดี แต่อย่างน้อยก็ดีกว่าไม่ได้ทำอะไร...” (ครูคนที่ 2, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ครูคนที่ 3 : “...เวลาคุณหมอออกมาตรวจฟันและอุดฟันที่ ศพด. ผู้ปกครองบางคนไม่อยากให้ลูกทำเพราะกลัวลูกเจ็บและเป็นอันตราย...” (ครูคนที่ 3, 21 เมษายน 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

สรุปได้ว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากช่องเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ส่วนใหญ่ไมมีระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอย่างชัดเจน ยังมีหลายประเด็นที่ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก การให้ความรู้ผู้ปกครอง มาตรการการดำเนินกิจกรรมด้านทันตสาธารณสุขใน ศพด. ยังไม่ชัดเจน และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

4.1.4.3 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 55 คน อายุระหว่าง 2- 5 ปี เป็นเพศชายจำนวน 31 คน ร้อยละ 56.36 เพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 43.64 ได้รับการตรวจฟัน พบว่า ไม่มีฟันผุร้อยละ 56.36 มีฟันผุร้อยละ 43.64ไม่มีฟันหน้าผุร้อยละ 50.91 มีรอยฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 30.91 ฟันหน้าบนผุเป็นรูร้อยละ 38.18 และฟันหน้าบนเหลือแต่ตอฟันร้อยละ 10.91 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ (decay tooth: d) 2.31 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมถูกถอน(missing tooth : m) 0 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมถูกอุด (filling tooth : f) 0.07 ซี่/คน และมีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุถอนอุด (dmft) 2.38 ซี่/คน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะของเด็กก่อนวัยเรียนและผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	56.36
หญิง	24	43.64
ผลการตรวจฟัน		
ฟันไม่ผุ	31	56.36
ฟันผุ	24	43.64
ลักษณะฟันหน้าบน (เลือกได้หลายข้อ)		
ไม่ผุ	28	50.91
ผุระยุเริ่มต้น(รอยขาวขุ่น)	17	30.91
ผุเป็นรู	21	38.18
ผุเหลือแต่ตอฟัน	6	10.91
ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ (decayed tooth: d)	= 2.31 ซี่/คน	
ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมถูกถอน(missing tooth : m)	= 0 ซี่/คน	
ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมถูกอุด(filling tooth : f)	= 0.07 ซี่/คน	
ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (dmft)	= 2.38 ซี่/คน	

4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

P 1 : การวางแผน

ผู้วิจัยได้จัดประชุมโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในวันที่ 21 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บริบทพื้นที่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการสะท้อนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี 2563-2565 เปรียบเทียบกันอัตราการเกิดโรคฟันผุในระดับจังหวัดและระดับประเทศเนื่องจากปัญหาสุขภาพช่อง

ปากในเด็กเล็กที่พบมากที่สุดคือโรคฟันผุ และทำการวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน สรุปปัจจัยที่ยังเป็นปัญหาต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กใน ศพด.ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองยังมีความเชื่อเรื่องการใช้ขวดนมที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้ขวดนมตอนกลางคืนและการกินนมและหลับคาขวดนม ช่วงอายุที่เหมาะกับการเลิกขวดนม การแปรงฟันให้เด็กและการเข้ารับการรักษาทำให้ปัญหาโรคฟันผุยังสูงอยู่

2) ด้านมาตรการและข้อบังคับในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งปัญหาพบว่าผู้ปกครองยังให้เด็กนำขวดนมมาใช้ใน ศพด. อยู่ ซื้อนมรสเปรี้ยว รสหวานและขนมให้เด็กมาโรงเรียน ทำให้ไม่สามารถใช้มาตรการได้อย่างจริงจังและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ขวดนมของเด็กได้

3) ด้านความต่อเนื่องของกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนและยังขาด การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาคีเครือข่ายในชุมชนรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนด แนวทางและกิจกรรมการดำเนินงาน จำนวน 4 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้

1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กและการเลิกขวดนม

3) กำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4) กิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

4.2.2 ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (Action)

A 1 : กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

มีการอบรมครูผู้ดูแลเด็กร่วมกับ CUP สมเด็จ กลุ่มเป้าหมายคือครูผู้ดูแลเด็กในอำเภอสมเด็จรวม 72 คน โดยกลุ่มเป้าหมายครูผู้ดูแลเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 8 คน ณ ห้องประชุมภูเงิน โรงพยาบาลสมเด็จ ในวันที่ 28 เมษายน 2566 วิทยากรบรรยายโดยผู้วิจัยและทันตบุคลากรในอำเภอสมเด็จ ตั้งแต่เวลา 9.00-12.00 น.

เนื้อหาการประชุมแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนจะเน้นเรื่องข้อมูลพื้นฐานด้านอวัยวะในช่องปาก ความสำคัญของฟันน้ำนม ลักษณะของโรคฟันผุโดยเน้นให้ครูสามารถคัดกรองเบื้องต้นตามลักษะของฟันผุแต่ละระยะได้ แนวทางการรักษา การเลิกขวดนมและ

ชี้แจงแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องผ่านการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และเปิดเวทีให้มีการเสนอแนะและแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในแต่ละพื้นที่เพื่อนำไปปรับใช้ได้ และได้รับข้อเสนอแนะจากคณะครูผู้แลเด็ก ดังนี้

1. อยากให้มีแนวทางการดำเนินการด้านทันตสาธารณสุขที่ชัดเจนและเป็นไปในทางเดียวกันทุกแห่ง

2. มีการเสนอวิธีการจัดการการใช้ขวดนมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยกำหนดช่วงอายุและช่วงเวลาของเด็กในการใช้ขวดนมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ชัดเจน

3. เสนอแนวทางการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณและสิ่งสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์แปรงฟันในกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันจากงบประมาณของหน่วยงานส่วนท้องถิ่น

A2 : กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการเลิกขวดนม

อบรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการปฐมนิเทศผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเป้าหมายคือผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 60 คน ณ อาคารอเนกประสงค์องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ตั้งแต่เวลา 9.00-12.00 น. วิทยากรบรรยายโดยผู้วิจัยและทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่

เนื้อหาการอบรมจะเน้นเรื่องข้อมูลพื้นฐานด้านอวัยวะในช่องปาก ความสำคัญของฟันน้ำนม ลักษณะของโรคฟันผุ แนวทางการรักษา การเลิกขวดนม การสาธิตวิธีการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองโดยสาธิตในโมเดลตุ๊กตา ทั้งในกรณีที่เด็กให้ความร่วมมือและในกรณีที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือ รวมถึงทำความเข้าใจลักษณะการดำเนินงานของทันตบุคลากรในการออกมาให้การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ผู้ปกครองเข้าใจเพราะการดำเนินงานที่ผ่านมามีผู้ปกครองบางส่วนไม่อนุญาตให้เด็กรับการรักษาอุดฟันอย่างง่ายแบบ SMART technique ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากกลัวว่าบุตรหลานจะได้รับอันตรายและมีอาการเจ็บปวด โดยมีการทำความเข้าใจให้ตรงกันและใช้ภาษาการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และใช้ภาษาไทยกลางสลับกับภาษาอีสาน

A3 : กำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ซึ่งมาตรการนี้จะให้ผู้ปกครองลงชื่อรับทราบทุกคนโดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้ามาใหม่ และมีการลงชื่อรับรองมาตรการร่วมกับระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งมีมาตรการดังนี้

1) ศพด.อ่อนหวาน ทาง ศพด.มีการเตรียมอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นผลไม้และขนมรสหวานน้อยให้เด็ก งดนำขนมมาเอง

2) ศพด.ปลอดขวดนม ซึ่งจะอนุโลมให้เด็กที่เข้าใหม่ที่อายุไม่เกิน 2 ปี 6 เดือนใช้ขวดนมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ไม่เกิน 1 เดือน และผู้ปกครองงดให้เด็กนำขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) ศพด.ดื่มนมจืด ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้จัดเตรียมนมจืดให้เด็กดื่มทุกวัน งดนำนมเปรี้ยวและนมหวานมาเอง เนื่องจากมีน้ำตาลสูงเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

4) ศพด.ฟันสวย มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยเปลี่ยนแปรงสีฟันเทอมละ 1 ด้าม โดยได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟันจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น

5) ศพด.ใกล้หมอ มีกิจกรรมการตรวจฟันเคลือบฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากรทุก 6 เดือน อุดฟันอย่างง่าย (SMART technique) เป็นเทคนิคการอุดที่ใช้เวลารวดเร็ว ไม่ทำให้เจ็บโดยอุดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปีละ 1 ครั้ง และส่งต่อเข้ารับการรักษาโดยมีแบบแจ้งผลการตรวจฟันให้ผู้ปกครองพาเข้ารับการรักษาที่ รพ.สมเด็จหรือสถานพยาบาลใกล้บ้านต่อไป

จากการสัมภาษณ์ครูผู้แลเด็กถึงการดำเนินกิจกรรมตามมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ได้ข้อมูลดังนี้

ครูคนที่ 1 : “...ทดลองใช้มาตรการงดใช้ขวดนมในเด็กโต วันแรกพบว่าเด็กกลับไปฟ้องผู้ปกครองว่าครูยึดขวดนม ไม่ให้กินนมจากขวดจึงไม่ยอมกินนมเลย ผู้ปกครองจึงได้มาคุยกับครูและได้แจ้งมาตรการให้เข้าใจโดนตรงกัน หลังจากนั้นเด็กก็ยอมกินนมจากกล่องตามเพื่อน...” (ครูคนที่ 1, 13 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ครูคนที่ 2 : “...ยังมีผู้ปกครองตามใจเด็ก ซื้อขนมใส่กระเป๋าให้เด็กเพื่อล่อมาโรงเรียนและให้เด็กไม่ร้องไห้งอแง ระหว่างอยู่ในโรงเรียนครูจะขอเก็บขนมไว้ก่อนแล้วจะคืนให้เวลากลับบ้าน...” (ครูคนที่ 2, 13 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

A4 : ทำการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนทั้งด้านสถานที่แปรงฟัน การตรวจคัดกรอง การจัดเตรียมอาหารรวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำการประเมินโดยทันตบุคลากรและสะท้อนข้อมูลในข้อที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ดำเนินงานตามมาตรฐาน ซึ่งรายละเอียดในการประเมินมีดังนี้

1) ด้านกิจกรรมการแปรงฟัน

(1) วัสดุอุปกรณ์

- เด็กทุกคนมีแปรงสีฟันใช้งานเป็นของตัวเอง ประเมินโดยการสังเกตและสอบถาม

- แปรงสีฟันของเด็กอยู่ในสภาพที่ดีเก็บอย่างถูกต้อง ประเมินโดยการสังเกตว่าเก็บในพื้นที่อากาศถ่ายเท เก็บแยกกันแต่ละคน

(2) สถานที่

- มีสถานที่และน้ำสำหรับใช้แปรงฟันอย่างเพียงพอ ประเมินโดยการสังเกต

(3) การดำเนินกิจกรรม

- เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ประเมินโดยสัมภาษณ์เด็กและดูบันทึกกิจกรรม

2) การจัดอาหาร

เด็กได้รับอาหารว่างที่ถูกหลักโภชนาการและไม่ทำให้ฟันผุ ประเมินโดยการสังเกตการจัดอาหารว่างประเภทผลไม้ นมจืด และขนมรสไม่หวานจัด

3) การตรวจสุขภาพช่องปาก

- เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ประเมินโดยการดูสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

- เด็กได้รับการตรวจความสะอาดของช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็ก ประเมินโดยการสัมภาษณ์และดูบันทึกกิจกรรม

- เด็กได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรม ประเมินโดยการดูบันทึกกิจกรรม

4) การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง

มีกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง ประเมินโดยการดูบันทึกกิจกรรม

จากการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ด้านกิจกรรมการแปรงฟันวัสดุอุปกรณ์แปรงฟันเด็กจะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่นซึ่งครูผู้ดูแลเด็กมีการเขียนโครงการขอสนับสนุนอุปกรณ์รวมกับค่าอุดหนุนรายหัวของเด็กคนละ 1,700 บาท ทำให้มีแก้วน้ำ ยาสีฟันและแปรงสีฟันเพียงพอสำหรับเด็กแต่ละคนและเปลี่ยนแปรงสีฟันทุกๆ 3 เดือนหรือเมื่อขนแปรงชำรุด



ภาพประกอบ 7 การจัดเก็บแปรงสีฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ด้านสถานที่แปรงฟันยังมีข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่ ซึ่งสถานที่แปรงฟันอยู่นอกอาคารเรียนและหลังคารั่วซึ่งจะเกิดปัญหาช่วงฤดูฝน ยังไม่ได้รับการบูรณะจากหน่วยงานท้องถิ่นต้นสังกัด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันไม่มีความต่อเนื่อง จึงให้ข้อเสนอแนะครูผู้ดูแลเด็กเรื่องการแปรงฟันแห้ง โดยสามารถแปรงฟันโดยไม่ใช้น้ำหรือใช้น้ำให้น้อยที่สุด สามารถเอาน้ำสำหรับบ้วนปากใส่แก้วและแปรงฟันในห้องได้เพื่อแก้ปัญหาเรื่องข้อจำกัดของสถานที่แปรงฟัน



ภาพประกอบ 8 สถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ด้านการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ได้มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างต่อเนื่อง โดยครูเป็นผู้บีบยาสีฟันให้เด็กทุนคนเพื่อควบคุมปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสม และแนะนำวิธีการแปรงฟันแบบการแปรงฟันแห้ง ซึ่งการแปรงฟันแห้งโดยไม่บ้วนน้ำหรือบ้วนน้ำเพียง 1 ครั้ง มีข้อดีคือช่วยให้ฟลูออไรด์คงอยู่ในช่องปากนานมากขึ้น ช่วยให้ฟันแข็งแรงและลดความเสี่ยงโรคฟันผุ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ครูผู้แลเด็กได้ข้อมูล ดังนี้

ครูคนที่ 1 : “...การแปรงฟันแห้งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ครูไม่เคยรู้มาก่อน และพึ่งจะทราบว่าแต่ละช่วงวัยมีปริมาณยาสีฟันที่เหมาะสมต่างกัน และการไม่บ้วนน้ำไม่ได้ทำให้เด็กเป็นอันตรายจากฟลูออไรด์ในยาสีฟัน มีความน่าสนใจจะได้เอาไปปรับใช้กับเด็กๆ...” (ครูคนที่ 1, 13 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ด้านการจัดอาหาร พบว่าแม่ครัวใน ศพด.มีการจัดอาหารและอาหารว่างให้เด็กเองโดยอาหารว่างเน้นเป็นขนมไทยรสไม่หวานจัดและผลไม้ตามฤดูกาล และให้เด็กนักเรียนดื่มนมรสจืดก่อนกลับบ้านคนละ 1 กล่องทุกวัน

ด้านกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก ในตอนเช้าทุกวันหลังเคารพธงชาติจะมีการตรวจความสะอาดร่างกายเด็กรวมถึงตรวจความสะอาดช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็ก และมีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือน และมีการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้านโดยมีเอกสารแจ้งผลการตรวจประเมินช่องปากและการรักษาที่จำเป็นให้ผู้ปกครองทราบและพาเข้ารับการรักษาต่อ

ด้านกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ปกครอง เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการจัดกิจกรรมประชุมอบรมอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมล่าสุด 3 ปีที่แล้ว ดังนั้นจึงได้มีการจัดการประชุมอบรมผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการปฐมนิเทศในวันเปิดเทอม

4.2.3 ขั้นสังเกต ติดตาม ประเมินผล (Observation)

O 1 : การติดตามและสังเกตการดำเนินกิจกรรม

การติดตามและสังเกตผลการดำเนินกิจกรรม แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตีความ สรุปผลจากข้อมูลการสังเกต พบว่า คณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเข้าร่วมประชุมสนทนากลุ่มอบรมพัฒนาความรู้ และร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานต่าง ๆ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่และให้ความร่วมมือดีในการร่วมกิจกรรม ตั้งใจแสดงความ คิดเห็นตลอดทั้งการดำเนินกิจกรรมบรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง คุ้นเคยกันดี ความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมในกิจกรรมการกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากใน ศพด. พบว่าครูได้ดำเนินการตามแผนกิจกรรมผู้ปกครองได้ลงนามในหนังสือแจ้งมาตรการและได้เริ่มดำเนินการตามมาตรการเลิกขวดนม ซึ่งก็ได้รับข้อสะท้อนจากผู้ปกครองในเรื่องความกังวลว่าหากเด็กไม่ได้ใช้ขวดนมแล้วจะไม่ยอมดื่มนม ซึ่งก็ได้ทำการพูดคุยทำความเข้าใจและเสริมแรงให้ครูผู้ดูแลเด็กสามารถดำเนินมาตรการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

4.2.4 ขั้นสะท้อนผลการพัฒนา (Reflection)

R 1 : การสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนข้อมูล

การสรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ได้จัดประชุมเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566 โดยได้สรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ได้แก่ ผู้บริหารองค์การส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง อสม.และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ ศพด.อบต.สมเด็จ โดยการประชุมกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสังเกตการประชุม

ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทุนคนแสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน ผลการแสดงความคิดเห็นสรุปได้ดังนี้

1) ด้านการอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กโดยให้ครูมาทั้งอำเภอสมเด็จ จะสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมเพื่อนำมาปรับใช้ในแต่ละที่ได้ มีการแจ้งนโยบายและชี้แจงแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ซึ่งยังมีหลายกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทำให้ทราบแนวทางและเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมแบบฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากแบบปฏิบัติจริง

2) ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองมีความเข้าใจมากขึ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหาร โรคในช่องปาก การใช้ขวดนม การสาธิตวิธีการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนในโมเดลตุ๊กตาทั้งในกรณีที่เด็กให้ความร่วมมือและเด็กไม่ให้ความร่วมมือ แต่ยังต้องมีการเพิ่มเติมด้านการปฏิบัติจริง และอยากให้ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกกล่าวว่า

ผู้ปกครองคนที่ 1 : “...อยากให้มีการจัดอบรมแบบนี้บ่อยๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งก็ยังดีเพราะความรู้เรื่องการแปรงฟัน โดยเฉพาะการแปรงฟันแห้งแบบบ่บ้วนน้ำกะบ่เคยได้ยินมาก่อน แสดงว่าที่ผ่านมาตากะสอนหลานผิดมาตลอดเลย...” (ผู้ปกครองคนที่ 1, 4 ตุลาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

นอกจากนี้การอบรมผู้ปกครองมีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับการปฐมนิเทศวันเปิดเทอม ซึ่งมีการจัดกิจกรรมหลายอย่างอาจทำให้ดำเนินกิจกรรมอบรมด้านทันตกรรมได้ไม่เต็มที่มากนัก

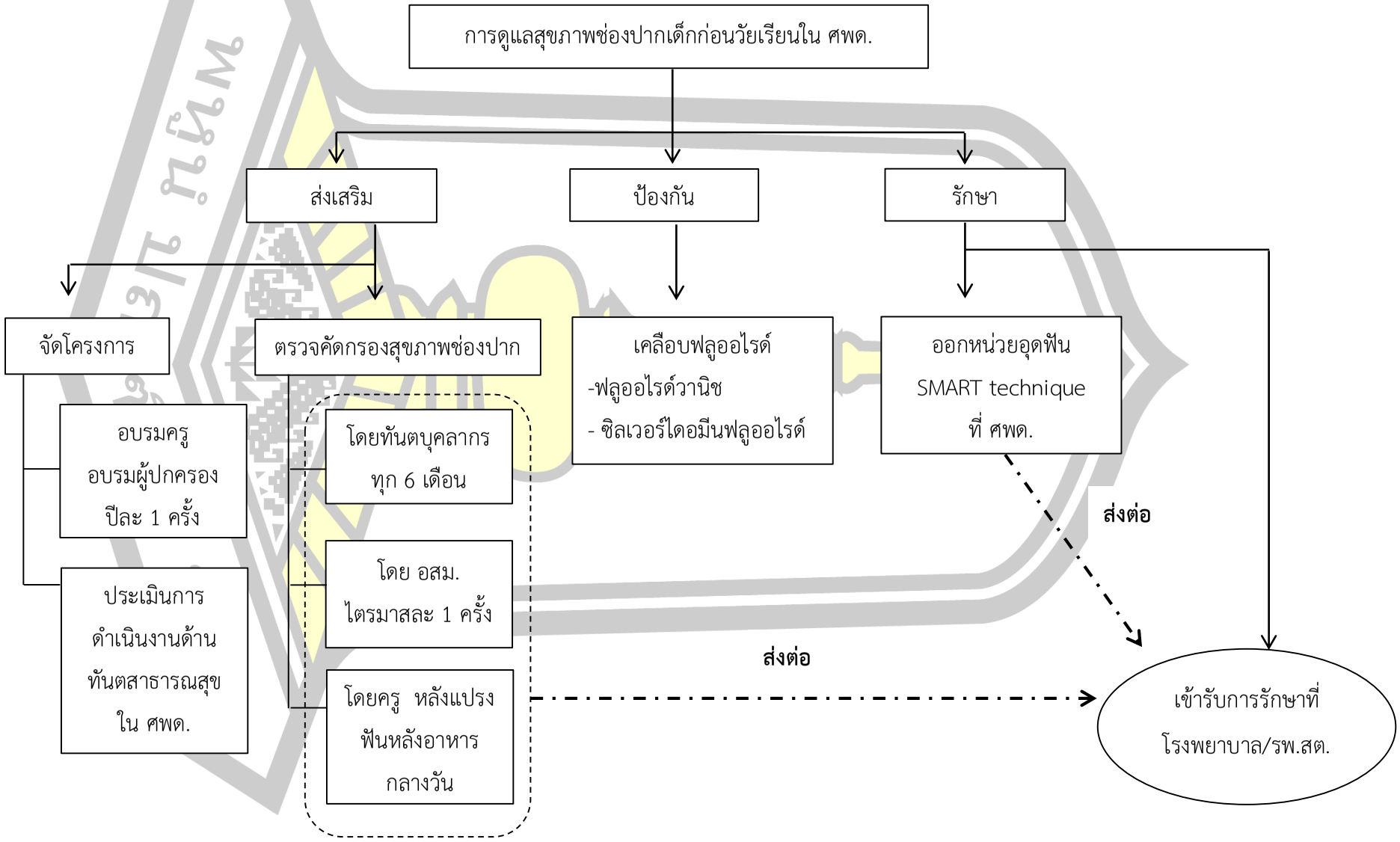
3) ด้านการกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า มาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมีการแจ้งให้ผู้ปกครองทราบและให้ลงรายชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรทำให้รับทราบโดยทั่วกันและได้เริ่มดำเนินการตามนโยบายแล้ว แต่ในบางประเด็นยังดำเนินการได้ยาก โดยเฉพาะการห้ามนำขนมและขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังคำกล่าวที่ว่า

ผู้ปกครองคนที่ 1 : “...ผมกะมีหลาน 2 คน คนแรกเชื่อฟังดีมาก กลับบ้านมาบอกว่าครูห้ามนำขนมไปโรงเรียน บ่ต้องซื้อ ส่วนอีกคนบ่ยอมเลยต้องถือขนมเต็มถุงทุกวันจึงจะยอมออกจากบ้าน บ่ฮู้สิเฮ็ดจังได๋ บังคับยากคักอีหลี...” (ผู้ปกครองคนที่ 1, 4 ตุลาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

ครูคนที่ 1 : “...ในฐานะที่เป็นครูประจำชั้นหลานของคุณตา บังคับยากมากจริงค่ะ พูดยากมากไม่ยอมเลย คนที่ทำได้ก็ทำได้ได้ส่วนคนที่ทำไม่ได้ก็ไม่ยอมจริงๆ อยากให้คุณหมอช่วยแนะนำวิธีจัดการเด็กที่ไม่ยอมหน่อยนะคะ...” (ครูคนที่ 1, 4 ตุลาคม 2566: สัมภาษณ์เชิงลึก)

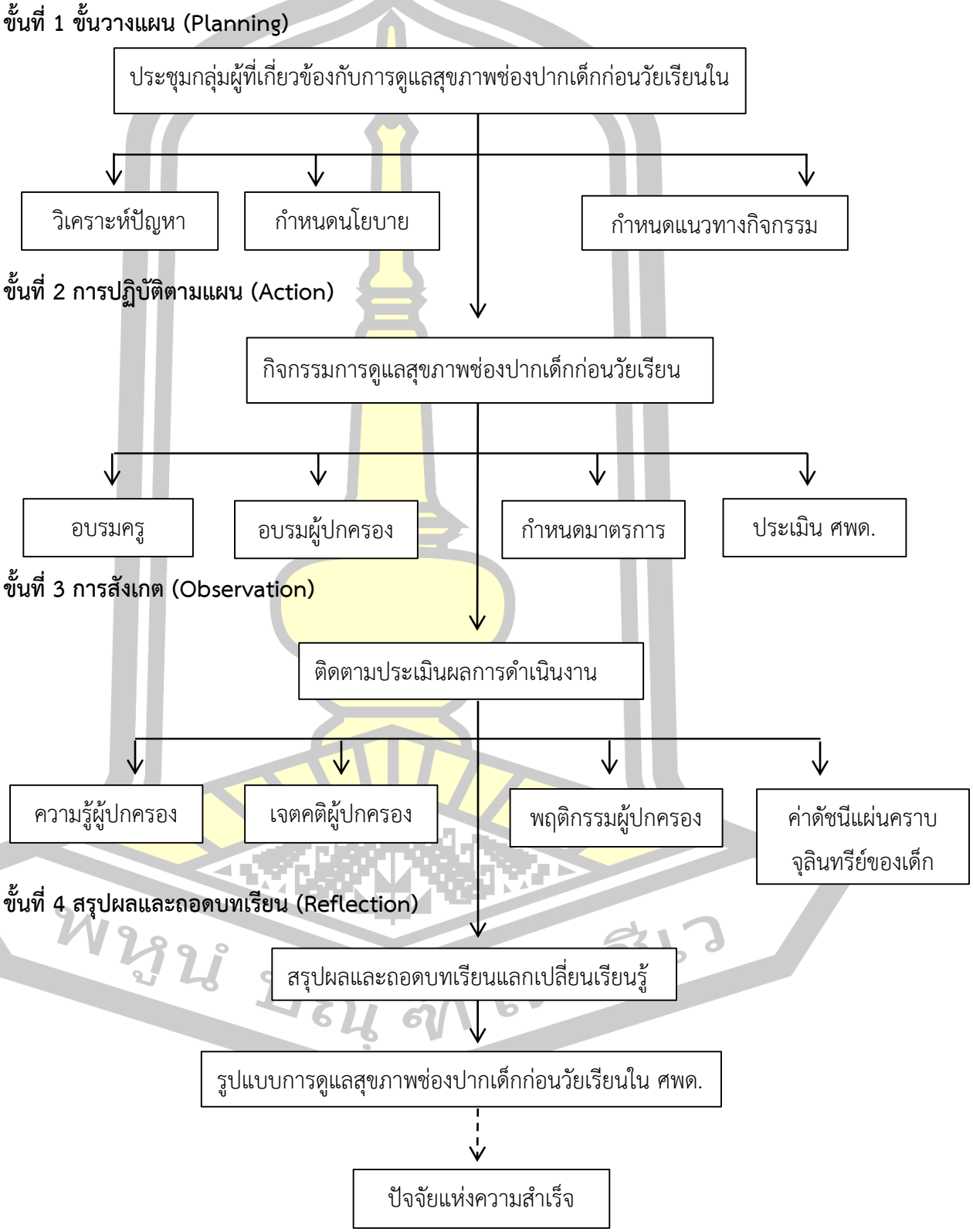
4) ด้านการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินมาก่อน และการประเมินนี้อ้างอิงกับเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ เมื่อทำการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในประเด็นที่ประเมินแล้วว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์คือข้อจำกัดด้านสถานที่แปรงฟันซึ่งแก้ปัญหาด้วยการแปรงฟันแบบแห้ง ไม่ต้องใช้น้ำทำให้สามารถนั่งแปรงฟันที่ห้องเรียนได้ และประเด็นกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองที่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจึงมีการดำเนินกิจกรรมต่อเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์และวางแผนให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพประกอบ 9 แผนผังรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แผนผังขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

4.3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

คะแนนความรู้รายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพถูกต้องมากที่สุดในข้อคำถามข้อที่ 2 อาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย มากถึงร้อยละ 98.18 รองลงมาคือข้อคำถามข้อที่ 2 ยาสีฟันที่ดี คือยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบ ร้อยละ 92.73 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 3 เด็กควรเลิกขวดนมเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน ร้อยละ 30.91 ในขณะที่หลังการพัฒนารูปแบบข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่ 4 ยาสีฟันที่ดี คือยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบ และข้อที่ 9 ฟันผุระยุเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการแปรงฟันและเคลือบฟลูออไรด์ โดยตอบถูกมากถึงร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนความรู้รายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา (N = 55)	หลังการพัฒนา (N = 55)
	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1.การรับประทานแป้งและน้ำตาลจะทำให้ฟันแข็งแรง	46 (83.64)	48 (87.27)
2.อาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย	54 (98.18)	53 (96.36)
3.เด็กควรเลิกขวดนมเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน	17 (30.91)	5 (9.09)
4.ยาสีฟันที่ดี คือยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบ	51 (92.73)	55 (100.00)
5.ปริมาณยาสีฟันสำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี คือบีบเต็มขนแปรงสีฟัน	44 (80.00)	41 (74.55)
6.ฟันผุระยะเริ่มต้น คือ รอยขาวขุ่นบริเวณคอฟัน	49 (89.09)	50 (90.91)
7.โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อ สามารถถ่ายทอดได้ทางน้ำลาย	20 (36.36)	13 (23.64)
8.ฟันน้ำนมมีจำนวน 32 ซี่	31 (56.36)	26 (47.27)
9.ฟันผุระยุเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการแปรงฟันและเคลือบฟลูออไรด์	48 (87.27)	55 (100.00)

การวิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.09 รองลงมาคือระดับความรู้น้อย ร้อยละ 43.64 และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.45 รองลงมาคือระดับความรู้น้อย ร้อยละ 21.82 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 คะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (N = 55)	หลังการพัฒนา (N = 55)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้มาก (7.20-9 คะแนน) มากกว่าร้อยละ 60	4(7.27)	7(12.73)
ความรู้ปานกลาง (5.40 –7.19 คะแนน) ร้อยละ 60-79.9	27(49.09)	36(65.45)
ความรู้น้อย (0-5.39 คะแนน) น้อยกว่าร้อยละ 60	24(43.64)	12(21.82)
$\bar{X}$ (SD)	5.87(1.139)	6.29(1.066)
Med , Min , Max	6, 3 , 9	6, 4 , 8

การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 55 คน พบว่า คามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน หลังการพัฒนามีค่าเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-8 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่าง พบว่า คะแนนหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.028) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pair signed rank test (1tail)

ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	N	Mean	Median	Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	55	5.87	6	-1.910	0.028
หลังการพัฒนา	55	6.29	6		

4.3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

การวิเคราะห์คะแนนเจตคติรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบข้อคำถามเจตคติที่ผู้ปกครองอยู่ในระดับดีและมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือข้อที่ 2 หากมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีด้วย ($\bar{x}$ = 4.69, SD =0.540) รองลงมาคือข้อที่ 1 หากรับประทานอาหารรสหวาน เหนียวติดฟันทำให้ฟันผุได้ง่าย ($\bar{x}$ = 4.56, SD =0.601) ข้อที่เจคติอยู่ในระดับพอใช้และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือข้อที่ 9 ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเฉพาะเมื่อแปรงสีฟันเดิมพังแล้ว ($\bar{x}$ = 3.15, SD =0.557)

หลังการพัฒนารูปแบบ ข้อคำถามเจตคติที่ผู้ปกครองอยู่ในระดับดีและค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือข้อที่ 2 หากมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีด้วย ($\bar{x}$ = 4.73, SD = 0.651) และข้อที่ 3 การแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้งจะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น ($\bar{x}$ = 4.73, SD =0.679) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาดังแสดงในตาราง 8

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

ตาราง 8 คะแนนเจตคติรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ข้อคำถามเจตคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา (N = 55)		หลังการพัฒนา (N = 55)	
	$\bar{x}$(SD)	ระดับ	$\bar{x}$(SD)	ระดับ
1.หากรับประทานอาหารรสหวาน เหนียวติดฟัน ทำให้ฟันผุได้ง่าย	4.56(0.601)	ดี	4.71 (0.658)	ดี
2.หากมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีด้วย	4.69 (0.540)	ดี	4.73 (0.651)	ดี
3.การแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้งจะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น	4.49 (0.836)	ดี	4.73 (0.679)	ดี
4.ผู้ปกครองควรแปรงฟันซ้ำให้เด็กจนเด็กอายุ 6 ปี	4.04(0.902)	ดี	4.00 (0.903)	ดี
5.ฟันผุในเด็กเป็นเรื่องปกติที่เกิดได้ไม่จำเป็นต้องทำการรักษา	3.56 (1.450)	พอใช้	3.55 (1.653)	พอใช้
6.การไปรับบริการทางทันตกรรมเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา	3.60 (1.256)	พอใช้	3.05 (1.603)	พอใช้
7.เด็กที่มีฟันน้ำนมผุ จะมีความเสี่ยงให้ฟันแท้ผุได้ง่ายขึ้น	3.56 (1.288)	พอใช้	3.58 (1.228)	พอใช้
8.ฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญเท่าฟันแท้	3.55 (1.274)	พอใช้	3.93 (1.200)	ดี
9.ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเฉพาะเมื่อแปรงสีฟันเดิมพังแล้ว	3.15 (1.557)	พอใช้	3.93 (1.550)	ดี
10.การเคี้ยวอาหารป้อนบุตรหลานไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ	3.42 (1.370)	พอใช้	3.24 (1.527)	พอใช้
11.การอมข้าวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อฟันผุ	4.40 (1.099)	ดี	4.36 (0.825)	ดี

การวิเคราะห์ระดับเจตคติ ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.09 รองลงมาคือระดับเจตคติพอใช้ ร้อยละ 30.91 และไม่มีคนที่อยู่ในเกณฑ์ระดับเจตคติไม่ดี หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เจตคติดีเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมาคือเจตคติพอใช้ ร้อยละ 18.18 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนเจตคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ระดับเจตคติ	ก่อนการพัฒนา (N = 55)	หลังการพัฒนา (N = 55)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เจตคติดี (3.68-5 คะแนน)	38(69.09)	45(81.82)
เจตคติพอใช้ (2.34 –3.67 คะแนน)	17(30.91)	10(18.18)
$\bar{X}$ (SD)	3.91(0.510)	3.98(0.488)
Med , Min , Max	4.00 , 2.82 , 4.82	4.00 , 3.00 , 5.00

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคะแนนเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 55 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.91 (SD= 0.510) หลังการพัฒนามีค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.98 (SD= 0.488) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบไม่พบคะแนนเจตคติหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.228) (95% CI ช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอยู่ระหว่าง -0.119 ถึง 0.261) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1tail)

เจตคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	N	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	$S.D._{\bar{d}}$	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนการพัฒนา	55	3.91	0.510	0.071	0.702	-0.119 ถึง 0.261	0.228
หลังการพัฒนา	55	3.98	0.488				

4.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบข้อคำถามพฤติกรรมที่ผู้ปกครองอยู่ในระดับดีและค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดคือข้อที่ 1 ท่านแปรงฟันซ้ำให้บุตรหลานอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-ก่อนนอน ($\bar{x}$ = 4.15, SD = 1.129) รองลงมาคือข้อที่ 2 ท่านตรวจดูความสะอาดฟันของบุตรหลานหลังแปรงฟัน ($\bar{x}$ = 4.07, SD =1.120) ข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้และเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือข้อที่ 4 ท่านพาบุตรหลานไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ($\bar{x}$ = 2.58, SD = 1.370)

หลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนพฤติกรรมที่ผู้ปกครองอยู่ในระดับดีและค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือข้อที่ 2 ท่านตรวจดูความสะอาดฟันของบุตรหลานหลังแปรงฟัน ($\bar{x}$ = 4.40, SD =0.852) รองลงมาคือข้อที่ 3 ท่านให้บุตรหลานทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวาน ($\bar{x}$ = 4.31, SD = 0.836) และข้อที่ 7 ท่านให้บุตรหลานดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือแก้วน้ำ ($\bar{x}$=4.31, SD = 0.791) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 คะแนนพฤติกรรมรายข้อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ข้อคำถามพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา (N = 55)		หลังการพัฒนา (N = 55)	
	$\bar{X}$(SD)	ระดับ	$\bar{X}$(SD)	ระดับ
1.ท่านแปรงฟันซ้ำให้บุตรหลานอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-ก่อนนอน	4.15 (1.129)	ดี	4.16 (0.938)	ดี
2.ท่านตรวจดูความสะอาดฟันของบุตรหลานหลังแปรงฟัน	4.07 (1.120)	ดี	4.40 (0.852)	ดี
3.ท่านให้บุตรหลานทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวาน	4.00 (1.000)	ดี	4.31 (0.836)	ดี
4.ท่านพาบุตรหลานไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน	2.58 (1.370)	พอใช้	3.15 (1.113)	พอใช้
5.ท่านอนุญาตให้บุตรหลานใช้ขวดนมได้	3.16 (1.525)	พอใช้	3.89 (1.329)	ดี
6.ท่านแปรงฟันให้บุตรหลานแม้บุตรหลานจะไม่ให้ความร่วมมือ	3.93 (1.120)	ดี	4.18 (0.796)	ดี
7.ท่านให้บุตรหลานดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือแก้วน้ำ	3.69 (1.289)	ดี	4.31 (0.791)	ดี
8.ท่านให้บุตรหลานนอนหลับคาขวดนม	3.82 (1.428)	ดี	4.09 (1.323)	ดี

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมผู้ปกครอง พบว่าก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 30.91 และหลังการพัฒนารูปแบบผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 78.18 รองลงมาคือระดับพอใช้ลดลงเหลือร้อยละ 21.82 ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 คะแนนระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ

ระดับพฤติกรรม		ก่อนการพัฒนา N = 55)	หลังการพัฒนา (N = 55)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมดี	(3.68-5 คะแนน)	33(60.00)	43(78.18)
พฤติกรรมพอใช้	(2.34-3.67 คะแนน)	17(30.91)	12(21.82)
พฤติกรรมไม่ดี	(1-2.33 คะแนน)	5(9.09)	0(0.00)
	$\bar{X}$ (SD)	3.68(0.828)	4.06(0.576)
	Med, Min, Max	3.75, 1.25, 5.00	4.13, 2.38, 5.00

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 55 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.68 (SD = 0.828) หลังการพัฒนามีค่าเท่ากับ 4.06 (SD= 0.576) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่าหลังการพัฒนาผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.003) (95% CI ช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.114 ถึง 0.658) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1 tail)

พฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	N	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	$S.D._{\bar{d}}$	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนการพัฒนา	55	3.68	0.828	0.386	1.004	0.114 ถึง 0.658	0.003
หลังการพัฒนา	55	4.06	0.576				

4.3.4 การเปรียบเทียบปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จ (N = 55)

การวิเคราะห์ระดับอนามัยช่องปากก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมาคือระดับอนามัยช่องปากดีร้อยละ 29.09 และหลังการพัฒนาพบว่าเด็กส่วนใหญ่มีระดับอนามัยช่องปากอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 83.64 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 12.72 ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ระดับอนามัยช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

ระดับอนามัยช่องปาก	ก่อนการพัฒนา (N = 55)	หลังการพัฒนา (N = 55)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อนามัยช่องปากดีมาก	2(3.64)	1(1.82)
อนามัยช่องปากดี	16(29.09)	46(83.64)
อนามัยช่องปากพอใช้	30(54.55)	7(12.72)
อนามัยช่องปากไม่ดี	7(12.72)	1(1.82)
$\bar{X}$ (SD)	1.45(0.600)	0.72 (0.424)
Med , Min , Max	1.33 ,0.00 , 3.00	0.67 ,0.00 , 2.33

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 55 คน พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากก่อนการพัฒนามีค่า 1.45 (SD = 0.600) และหลังการพัฒนามีค่าลดลงเหลือ 0.72 (SD= 0.424) ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย พบว่า ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) (95% CI ชวงความเชื่อมั่น ของค่าเฉลี่ยแตกต่างอยู่ระหว่าง -0.936 ถึง -0.518) ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริการส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (1tail)

ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก	N	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	$S.D._{\bar{d}}$	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนการพัฒนา	55	1.45	0.600	-0.73	0.773	-0.936 ถึง -0.518	<0.001*
หลังการพัฒนา	55	0.72	0.424				

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดที่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ แม้ว่าจะยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เป็นผลมาจากพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเครือข่าย ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นทั้งหมดเนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินการและผลที่เกิดขึ้นยังปรากฏและคงอยู่ได้ไม่นานนัก แต่ทั้งนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นและมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นในอดีต

หลังจากที่ได้ประชุม และมีข้อตกลงร่วมกันในการหาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยได้การอบรมครู ผู้ปกครอง ทำให้เกิดความตระหนักและให้ความสนใจ จาก

เดิมที่ไม่ค่อยเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือมากนัก แต่ในปัจจุบันความร่วมมือและร่วมกันในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวม พบว่าผู้บริหารหน่วยงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ปกครองต่างก็ให้ความสนใจเป็นจำนวนมากขึ้นกว่าในอดีต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยน เรียนรู้กันมากขึ้น มีการเสนอความคิดเห็นเพื่อการพัฒนางานร่วมกันมากขึ้นและมีการสร้างข้อตกลงและมาตรการในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกัน ซึ่งจะตรงกับมุมมองที่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงๆ ทำให้ได้รับความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและปฏิบัติตามมาตรการที่ตกลงร่วมกันได้ดีขึ้น

จากผลการดำเนินงานตามกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 4 ขั้นตอน ทำให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่จากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ตั้งแต่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมทันตบุคลากรจากทางโรงพยาบาลและผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกันวิเคราะห์วางแผน ปรึกษาหารือและกำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน จากนั้นก็นำไปสู่การปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งถอดบทเรียนหลังเสร็จสิ้นกระบวนการดำเนินงานวิเคราะห์ผลความสำเร็จด้วยการถอดบทเรียน ทำให้สรุปได้ว่าความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่การเข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกันกำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพช่องปาก วางแผนการดำเนินกิจกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กร่วมกันติดตามประเมินผล และร่วมรับรู้ผลประโยชน์ร่วมกันจนเกิดความสำเร็จในการดำเนินงานในครั้งนี้ โดยดูจากแบบบันทึกการสังเกตกระบวนการวิจัยและการสัมภาษณ์

2) การมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการผลักดันกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ ทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดและมีการวางกิจกรรมให้อยู่ในแผนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม

3) การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแก่ครูและผู้ปกครอง เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดทำให้สามารถดูแลนักเรียนและบุตรหลานได้ถูกวิธี สามารถคัดกรองเบื้องต้นเพื่อให้เข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและเหมาะสม

4) การติดตามประเมินผล เพื่อเป็นการตรวจสอบการดำเนินงานทางด้านทันตสุขภาพว่า มีประสิทธิภาพสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง ดูจากแบบบันทึกค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของเด็กก่อนวัยเรียน รวมถึงมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบถึงผลของการดำเนินกิจกรรม

จากการร่วมแสดงความคิดเห็น ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จสามารถเปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิมได้ดังนี้

ตาราง 16 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รูปแบบเก่าและรูปแบบใหม่

รูปแบบเก่า	รูปแบบใหม่
1.เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรวางแผนการปฏิบัติงาน และเป็นผู้ดำเนินงานเพียงฝ่ายเดียว	1. มีการวางแผนงานรวมกัน กำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายร่วมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ ตัวแทนผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานทันตกรรมชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ รวม 24 คน รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จและองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จได้ลงนามในบันทึกมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแจ้งนโยบายให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
2.ไม่มีการอบรมให้ความรู้ครูและผู้ปกครองและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	2. จัดอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยทันตบุคลากร ซึ่งจะอบรมปีละ 1 ครั้งและวางแผนให้อยู่ในแผนกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำปี
3.ไม่มีกิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	3. ทำการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยทันตบุคลากร ซึ่งประเมินตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพและคืนข้อมูลให้เพื่อผลักดันให้ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์และผ่านเกณฑ์

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ซึ่งเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ใน 1 วงรอบ (Spiral) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการและระยะดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลคุณภาพ (Qualitative Data) ตามกระบวนการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ขอเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์วิจัย ดังนี้

5.1.1 บริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จเป็นเขตการปกครองของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ตั้งอยู่เขตรอบนอกของเทศบาลตำบลสมเด็จ องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 หมู่บ้าน ลักษณะประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมและรับจ้างแรงงานอพยพออกนอกพื้นที่กลับมาเฉพาะฤดูกาลเก็บเกี่ยว ส่วนใหญ่มีแต่เด็กและผู้สูงอายุ ด้านสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองบัวโดน ซึ่งไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำ ด้านการศึกษามีโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนเมืองสมเด็จ โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนหนองบัวโดน (วรนารถประชานุกูล) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ มีครูผู้ดูแล

เด็กจำนวน 8 คน เด็กก่อนวัยเรียนปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งหมด 55 คน ซึ่งแบ่งเด็กเป็น 3 ห้อง ตามช่วงอายุระหว่าง 2 – 5 ปี

สำหรับปัญหาโรคในช่องปากที่พบมากที่สุดในเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคือโรคฟันผุ โดยลักษณะการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ พบว่าอัตราความชุกโรคฟันผุเด็ก ปี 2563-2565 สูงถึงร้อยละ 47.22, 53.13 และ 56.60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft) 2.43, 2.08 และ 3.25 ซี่/คนตามลำดับ

การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาจะดำเนินการโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดนที่เป็นเขตรับผิดชอบไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำเพราะมีขนาดเล็กและมีข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลังบุคลากร การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กทุกๆ 6 เดือน เคลือบฟลูออไรด์วานิชทุกๆ 6 เดือน และออกหน่วยอุดฟันอย่างง่ายแบบ SMART technique ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีละ 1 ครั้ง ซึ่งจะเน้นที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นหลัก ชุมชน ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กและ อสม. ไม่ค่อยมีส่วนในการดำเนินงาน ทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องเท่าที่ควร

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยดำเนินงานตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะเตรียมการ

ศึกษาบริบทเกี่ยวกับบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องและจากสถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงสำรวจบริบทชุมชนในพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูลการวิจัยรวมทั้งเก็บข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยตรวจฟันเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

ระยะดำเนินการ

5.1.2.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ กระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคการวางแผนมีส่วนร่วม (A-I-C) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 24 คน

2) ทำแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Action plan) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสังเคราะห์และสรุปแผนปฏิบัติการ

ได้กิจกรรมมาทั้งหมด 4 กิจกรรม คือ 1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2. กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการเลิกขวดนม 3.กำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ 4. กิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

5.1.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

ปฏิบัติตามแผนกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่

1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการอบรมร่วมกับ CUP สมเด็จ กลุ่มเป้าหมายคือครูผู้ดูแลเด็กในอำเภอสมเด็จรวม 72 คน โดยมีกลุ่มเป้าหมายครูผู้ดูแลเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เข้าร่วมจำนวน 8 คน ณ ห้องประชุมภูเงิน โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้เวลา 1 วัน เนื้อหาการประชุมจะเน้นเรื่องข้อมูลพื้นฐานด้านอวัยวะในช่องปาก ความสำคัญของฟันน้ำนม ลักษณะของโรคฟันผุโดยเน้นให้ครูสามารถคัดกรองเบื้องต้นตามลักษณะของฟันผุแต่ละระยะได้ แนวทางการรักษา การเลิกขวดนม และชี้แจงแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ และได้มีการเปิดเวทีให้ครูได้แสดงความคิดเห็นและแบ่งปันประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแต่ละแห่ง เพื่อปรับให้มีแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน

2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการเลิกขวดนมกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการเลิกขวดนม ซึ่งกิจกรรมนี้ที่ผ่านมาไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงได้จัดกิจกรรมในวันปฐมนิเทศเปิดเทอม โดยเนื้อหาการอบรมจะเน้นเรื่องข้อมูลพื้นฐานด้านอวัยวะในช่องปาก ความสำคัญของฟันน้ำนม ลักษณะของโรคฟันผุ แนวทางการรักษา การเลิกขวดนม การสาธิตวิธีการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองโดยสาธิตในโมเดลตุ๊กตาเพื่อให้เห็นวิธีการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องและท่าการแปรงฟันให้เด็กที่เหมาะสม ซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากผู้ปกครอง

3) กำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยกำหนอมาตรการร่วมกัน มีการลงนามระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ เพื่อจะได้นำมาตรการไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม และทำแบบฟอร์มให้ผู้ปกครองลงนามรับทราบโดยเฉพาะเด็กที่เข้าศึกษาใหม่ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและขอความร่วมมือผู้ปกครองให้ปฏิบัติตามกฎ

4) กิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. โดยมีการตรวจประเมินโดยทันตบุคลากร แล้วสะท้อนปัญหาและข้อบกพร่องที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข และไม่ผ่านเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

5.1.2.3 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

การติดตามและสังเกตผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์พบว่าคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเข้าร่วมประชุมสนทนากลุ่ม อบรมพัฒนาความรู้และร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานต่างๆ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่และให้ความร่วมมือดีในการร่วมกิจกรรม ตั้งใจแสดงความคิดเห็นตลอดทั้งการดำเนินกิจกรรม บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง คุ้นเคยกันดี ความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม

5.1.2.4 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection)

การสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน การรวบรวมผลและการวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามแผนการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น อนามัยช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ดีขึ้น และมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อหาปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดำเนินงานในวงรอบต่อไป

ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด

1) ด้านมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่กำหนดข้อตกลงและลงนามร่วมกัน ในข้อการงดนำขนมและงดนำขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังมีข้อจำกัดในเด็กบางคนที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือและผู้ปกครองบางคนยังไม่ปฏิบัติตาม ทำให้ครูต้องหาแนวทางในการจัดการแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งส่วนมากสามารถดำเนินตามมาตรการได้

2) ด้านสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมแปรงฟัน ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่แปรงฟันมีจำนวนน้อย หลังคาชำรุดและอยู่นอกอาคารเรียนซึ่งยังต้องรองบประมาณในการซ่อมแซม ทำให้ดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างต่อเนื่องไม่ได้โดยเฉพาะฤดูฝน จึงแนะนำการแปรงฟันแห้งซึ่งใช้น้ำน้อย และสามารถดำเนินกิจกรรมในห้องเรียนได้เลย

3) ด้านลักษณะประชากรและช่วงเวลาในการดำเนินงานวิจัย เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะมีการจบการศึกษาในปีการศึกษา 2565 ซึ่งได้ทำการสำรวจข้อมูลไปก่อนปิดเทอมแล้ว และมีการเปิดการศึกษาใหม่ปีการศึกษา 2566 ทำให้จำนวนประชากรที่สำรวจไปแล้วไม่ตรงกับประชากรปัจจุบัน จึงต้องทำการสำรวจข้อมูลประชากรใหม่เนื่องจากช่วงเวลาในการศึกษาเป็นช่วงคาบเกี่ยวกับการเลื่อนระดับชั้นของเด็กก่อนวัยเรียน

5.1.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

5.1.3.1 ผลจากระดับความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับความรู้ปานกลาง ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน หลังการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ปานกลาง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-8 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างพบว่า คะแนนความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.028)

5.1.3.2 ผลจากระดับเจตคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเท่ากับ 3.91(SD = 0.510) คะแนน และหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้นเป็น 3.98 (SD = 0.488) คะแนนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า ไม่พบคะแนนเจตคติหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.228) (95% CI = -0.119 - 0.261)

5.1.3.3 ผลจากระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 3.68(SD= 0.828) คะแนน และหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.06 (SD = 0.576) คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.003) (95% CI = 0.114 - 0.658)

5.1.3.4 ผลจากระดับอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. พบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับอนามัยช่องปากในเกณฑ์พอใช้ ค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เท่ากับ 1.45 (SD =0.600) คะแนน และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่ระดับอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์เท่ากับ 0.72 (SD= 0.424) คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) (95% CI = -0.936 - 0.518)

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบล

ปัจจัยความสำเร็จที่ได้นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน มีองค์ประกอบ 4 ประเด็น ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2) การมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการผลักดันกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้สอดคล้องกับเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ

3) การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแก่ครูและผู้ปกครองเพื่อให้สามารถดูแลและเฝ้าระวังโรคได้ด้วยตนเอง

4) การติดตาม ประเมินผลและคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมและสะท้อนผลเพื่อการพัฒนาต่อไป

5.2 อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis & McTaggart (1988) มีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 บริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บริบทและสภาพปัญหาการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนเขตชานเมือง จากการวิเคราะห์ปัญหาทั้งจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุดในฟันน้ำนม (dmft) ยังสูงอยู่ และยังพบว่าเด็กมีฟันหน้าผุซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค การใช้ขวดนม และพฤติกรรมการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ร่วมกับการไม่ตระหนักและการตามใจบุตรหลานในการบริโภค ทำให้เกิดโรคในช่องปาก รวมทั้งขาดการอบรมให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ ขาดการประสานงานจากหน่วยงาน และเครือข่ายชุมชน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลสมเด็จที่ผ่านมาจะดำเนินการโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดนที่เป็นเขตรับผิดชอบไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำ เนื่องจากมีขนาดเล็กและมีข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลังบุคลากร ลักษณะการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเน้นที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นหลัก ชุมชน ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กและ อสม. ไม่ค่อยมีส่วนในการดำเนินงาน ทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องเท่าที่ควร ซึ่งลักษณะบริบทการดูแลสุขภาพช่องปา และบริบทการดำเนินงานทันตสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของการศึกษาของ ชนะจิต ผลเจริญ (2562) ที่เป็นพื้นที่ห่างไกล ไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำในพื้นที่ การดำเนินงานจะต้องมีการออกหน่วยโดยเจ้าหน้าที่ทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีข้อจำกัด

ด้านการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง อีกทั้งรูปแบบดำเนินงานเดิมจะเน้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักเช่นกัน ยังไม่มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย

5.2.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การดำเนินกิจกรรมที่ได้จาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ได้แก่ 1.กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน 2. กิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชปิญา ผดุงพันธ์ (2562) ที่มีอบรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง นอกจากนี้การศึกษาของ ปาริฉัตร ถาวรวงษ์ (2564) ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน 3. การกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.ร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินดำ (2564) ซึ่งมีการกำหนดให้มีข้อตกลงด้านทันตสุขภาพเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ สนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถวิทย์ ก้อนคำ (2564) ที่ได้กำหนดนโยบายในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดขวดนม นมหวาน/นมเปรี้ยวและขนมกรุบกรอบ ฟันสะอาด ก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กทุกคนต้องแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพช่องปากผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 4. กิจกรรมการประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. ซึ่งยึดตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เพื่อผลักดันให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์การประเมินและเด็กได้รับการดูแลตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษาของ ปณิธาน สนพะเนาและคณะ (2562) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพองปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องตามเกณฑ์เกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

5.2.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ผลการดำเนินงานพบว่าก่อนการพัฒนา ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 49.09 และหลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ปานกลางเช่นเดิมแต่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.45 ซึ่งหลังการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

เด็กของผู้ปกครอง พบว่าก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พฤติกรรมดีร้อยละ 60 และมีในเกณฑ์พฤติกรรมไม่ดีร้อยละ 9.09 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พฤติกรรมดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 78.18 ไม่มีคนที่อยู่ในเกณฑ์พฤติกรรมไม่ดีแล้ว ซึ่งหลังการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนาลดลง ทำให้เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อนามัยช่องปากดี ร้อยละ 83.64 สอดคล้องกับการศึกษาของชูเลิศ สีแสด (2560) , ปณิธาน สนพะเนาและคณะ (2562) และ วิไลวรรณ เวียงดินดำ (2564) ที่ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องในด้านเจตคติเนื่องจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หลังการพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนและหลังการพัฒนาระดับเจตคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับดีอยู่แล้ว ซึ่งหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และผลการศึกษาวิจัยยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนะจิต ผลเจริญ (2562) ที่มีบริบทพื้นที่เป็นพื้นที่ห่างไกลและไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำสถานบริการเช่นกัน แต่พบว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ผลความสะอาดในช่องปากเด็กยังไม่เปลี่ยนแปลง

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า การมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน, การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะแก่ครู ผู้ปกครองและการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยให้รูปแบบการดูแลช่องปากเด็กดำเนินการได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูเลิศ สีแสด (2560), กชปิญา ผดุงพันธ์ (2562), ปณิธาน สนพะเนาและคณะ(2562) และอรรถวิทย์ ก้อนคำ (2564) ที่ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยและผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับงานวิจัย

1) การกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในข้อการงดนำขนมและงดนำขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังมีข้อจำกัดในเด็กบางคนที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือและผู้ปกครองบางคนยังไม่ปฏิบัติตาม จึงควรมีการผลักดันการดำเนินกิจกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2) การจัดกิจกรรมการอบรมผู้ปกครอง ได้บูรณาการร่วมกับกิจกรรมปฐมนิเทศผู้ปกครองในวัยเปิดภาคเรียน ซึ่งมีกิจกรรมการชี้แจงและอบรมหลายอย่างทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางทันตสาธารณสุขได้อย่างเต็มรูปแบบ อีกทั้งยังไม่มีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็กแบบลงมือปฏิบัติจริง จึงควรมีการวางแผนรูปแบบกิจกรรมและช่วงเวลาจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

3) จากกิจกรรมการประชุมคืนข้อมูลในกระบวนการวิจัยขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยการประกวดเด็กฟันสวยจะช่วยกระตุ้นความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน และเป็นการสร้างบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้เด็กและผู้ปกครองคนอื่นๆ ได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านกระบวนการจัดการที่เหมาะสม ควรมีการเพิ่มวงรอบการวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

2) เนื่องจากเป็นการวิจัยบริบทเฉพาะพื้นที่ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบได้ในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องคล้ายกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ แต่ไม่สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบได้ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยต่อยอดในด้านการประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบทางด้านทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ลักษณะการเกิดฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนแต่ละแบบและพัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อเข้ารับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเกิดฟันผุแต่ละระยะมีการดูแลที่แตกต่างกันเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี โดยใช้เครือข่ายชุมชนในการร่วมผลักดันให้เกิดความครอบคลุมและยั่งยืน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กชปิญา ผดุงพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. *วารสารทันตาภิบาล*, *30*(1), 39-54.

กมลวรรณ ลีนะธรรม. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กฤติกาพร ใยโนนตาด. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวาน ในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก ภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข.

กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2560). *รายงานผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6.* นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ *20* ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.*2561* นนทบุรี:

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

กัญญา ศุภปีติพร, กาญจน์หทัย เชียงทอง, การะเกด จันทวรางกูร, คมศักดิ์ ศรีสัญฉกร, จรัสพงศ์ เอื้ออริยะพานิชกุล, ...อัจฉรา มหายศนันท์. (2564). *Interprofessional Team Care in Pediatrics: Learn and Work Together*. https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/41_CUPA2021-ebook.pdf

กันยา บุญธรรม, ศรีสุดา ลีละศิธร. (2559). ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, *21*(2), 47-53.

กิตติคุณ บัวบาน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16, 45-56.

เก็จกนก เอื้อวงศ์, พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2556). *หน่วยที่ 2 วิธีวิจัยทางการบริหารการศึกษา.* กรุงเทพฯ: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ.*, *12*(1), 17-30.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และปิยะดา ประเสริฐสม. (2549). โรคฟันผุในฟันน้ำนม. *วารสารันตสาธารณสุข*, *11*(1-2), 9-14.

จินตวีร์ เกษมศุข. (2561). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 26(50), 86-169.*

ชนะจิต ผลเจริญ. (2562). การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน บริบทพื้นที่เกาะหมากน้อย อำเภอเมือง จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชำนาญ นิศารัตน์. (2524). *การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยมหิดล.*

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2553). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, รพีพรรณ โชคสมบัติชัย. (2541). พฤติกรรมการเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. วารสารทันตาภิบาล, 48, 259-268.

ชูเลิศ สีแสด. (2560). รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารทันตาภิบาล*, *28*(2), 58-71.

ฐิติพร แสงพลอย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และปิยะนุช ชูโต. (2559). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาคลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสาร*, *43*(3), 13-23.

ธิดา ธำรงวงศ์สวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปาก ของเด็กวัยก่อน เรียนในอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์ อนามัย ที่ *9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 14(33), 71-87.*

นภา สุวรรณนพรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เอำเภอกงไกรลาศ จังหวัสุโขทัย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 23-33.

บุญประจักษ์ จันทร์วิน, ปาริฉัตร ถาวรวงษ์, เกษรา วนโชติ ตระกูล, นรานุช ขะระเขื่อน และวิชชุตา มัคสิงห์. (2565). เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(1), 138-138.

ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, และสุพัตรา วัฒนเสน. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสาทันตาภิบาล*, 30, 103-119.

ประชาสรรณ์ แสนภักดี. (2543). เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2566 จาก http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html

ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. (2564). พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *Journal of Health Sciences and Pedagogy, 1(2), 69-82.*

พันทิพา ลาภปริสุทธ. (2558). *การเกิดฟันผุในเด็ก การประชุมวิชาการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกประจำปี* 2558

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, พรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.

ภิเชต เสริมสัย. (2554). การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาด ตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

มารศรี ศิริสวัสดิ์, อภิสิทธิ์ ฉกรรจ์ศิลป์, และนันทพร ระดาเขต. (2564). ผลของการใช้สื่อสมุดเล่มเล็กทันตสุขภาพ For ฟันและการใช้แอปพลิเคชัน For ฟันต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเด็กปฐมวัย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 24(3), 12-22.

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สำแดงสาร และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231-238.

โรงพยาบาลสมเด็จ. (2565). *รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน*.

วรพรรณ ถมยา, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2561). ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาวะช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 10(2), 89-104.* file:///C:/Users/Admin/Downloads/mjssbh,+Journal+manager,+3%20(1).pdf

วลีรัตน์ ศุกรวรรณ. (2564). *Interprofessional Team Care in Pediatrics: Learn and Work Together*.

วัฑฒนา จันทร์จรัสวัฒนา. (2562). รูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของประเทศไทย. *วารสารนิเทศศาสตรปริทัศน์*, 23(2), 236-252.

วัฑฒนา จันทร์จรัสวัฒนา, มลรัฐ อินทรทัศน์, ปิยฉัตร ล้อมชวการ และพรทิพย์ เย็นจะบก. (2562). รูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของประเทศไทย. *วารสารนิเทศศาสตรปริทัศน์*, 23(2), 236-252.

วิไลวรรณ เวียงดินดำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *3*(1), 117-130.

ศรีสุดา สีละศิธร, เมธินี คุปพิทยานันท์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูสู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ศักดิ์ศิริ ศิริกุล. (2543). *ทันตกรรมบูรณะ สำหรับประชาชน.* สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2566 จาก https://www.bknowledge.org/index.php/page/health/files/13.html

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ศิริพรรณ เลขะวิพัฒน์. (2551). ประสิทธิผลของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อลดการกินนมขวด ขนมกรุบกรอบและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟัน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, *13*(3), 114-123.

สมปอง พะมุลิลา. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (*Action reserch)*. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2565 chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf

สมพร แก้วทอง, เปมิกา ฉิมคง, อมลวรรณ แก้วละมุล, ดุษฎี เจริญสุข และวรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัอุบลราชธานี: . *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 7(2), 56-70.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *กฎบัตรออตตาวา (*Ottawa Charter). สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2566 จาก https://www.thaihealth.or.th/ottawa-charter/

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.* 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.*2565. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. (2552). *วิทยาการโรคฟันผุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไอกรุ๊ปเพรส จำกัด.

สุกัญญา ฆารสินธุ์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, และสายฝน จันทร์หอม. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *15*(38), 705-718.

สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทย อายุ 3-5 ปีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, *17*(1), 60-80.

สุทธิรัศมิ์ พรรณพราว, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, อาริยา รัตรทองคำ, และมุขดา ศิริเทพทวี. (2561). โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย สาเหตุและการป้องกัน. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27-40.

สุเทพ ภูติประวรรณ. (2565). กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชุมพร. *Journal of Health Science*-วารสารวิชาการสาธารณสุข, *32*(2), 288-298.

สุธี วรประดิษฐ. (2553). *การมีส่วนร่วมของชุมชนงานสารสนเทศสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดตราด*. สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัดตราด.

สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, ณรินี แย้มสกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต* 4-5, *38*(1), 25-37.

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.

อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์. (2564). *เทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน*. 75-105. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ http://www.tsdf.nida.ac.th/elctfl/articlefile/article-file-11244.pdf

อรรถวิทย์ ก้อนคำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Best, J. W. (1997). *Research in Education*. Prentice Hall.

Chaffee, B. W., Feldens, C. A., & Vitolo, M. R. (2014). Association of long-duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models. *Ann Epidemiol*, 24(6), 448-454. https://doi.org/10.1016 /j.anne pidem. 2014.01.013

Choi, E. J., Lee, S. H., & Kim, Y. J. (2009). Quantitative real-time polymerase chain reaction for Streptococcus mutans and Streptococcus sobrinus in dental plaque samples and its association with early childhood caries. *Int J Paediatr Dent*, 19(2), 141-147. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2008.00942.x

Colak, H., Dülgergil, C. T., Dalli, M., & Hamidi, M. M. (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med*, 4(1), 29-38. https://doi.org/10.4103/0976-9668.107257

Fraihat, Nadine, Madae'en, Saba Bencze, Zsuzsa Herczeg, Adrienn Varga, & Orsolya. (2019). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2668.

Health Data Center. (2565). *กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง* Service Plan *สาขาสุขภาพช่องปาก*. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2565 จาก https://ksn.hdc.moph.go.th /hdc/main/index.php

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. http://books.google.com/books? id =qO2RAAAAIAAJ

Kemmis, & Mc Taggart. (1988). *The action research planner*. Deakin University.

Kowash HB, Pinfecld A, & Smith J. (2000). Effectiveness on oral health of a Long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J*, 188(201-5).

Mackinnon, Gregory & Young, David & Paish, Sophie & LeBel, & Sue. (2019). *Evaluating a Regional Program to Gauge Perceived Effectiveness*. Retrieved 8 December 2023 from https://www.researchgate.net/figure/An-action-research-cycle_fig1_330878189

Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C., Mukherjee, N., & Geneletti, D. (2018). The use of focus group discussion methodology: insights from two decades of application in conservation. In *Methods Ecol Evol* (Vol. 9, pp. 20-32).

O'Sullivan DM, & Tinanoff N. (1996). The association of early dental caries patterns in preschool. *J Public Health Dent*, 52(2), 81-83.

Shantinath SD, Breiger D, Williams BJ, & Hasazi JE. (1996). The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. *Pediatr Dent*, 18, 375-378.

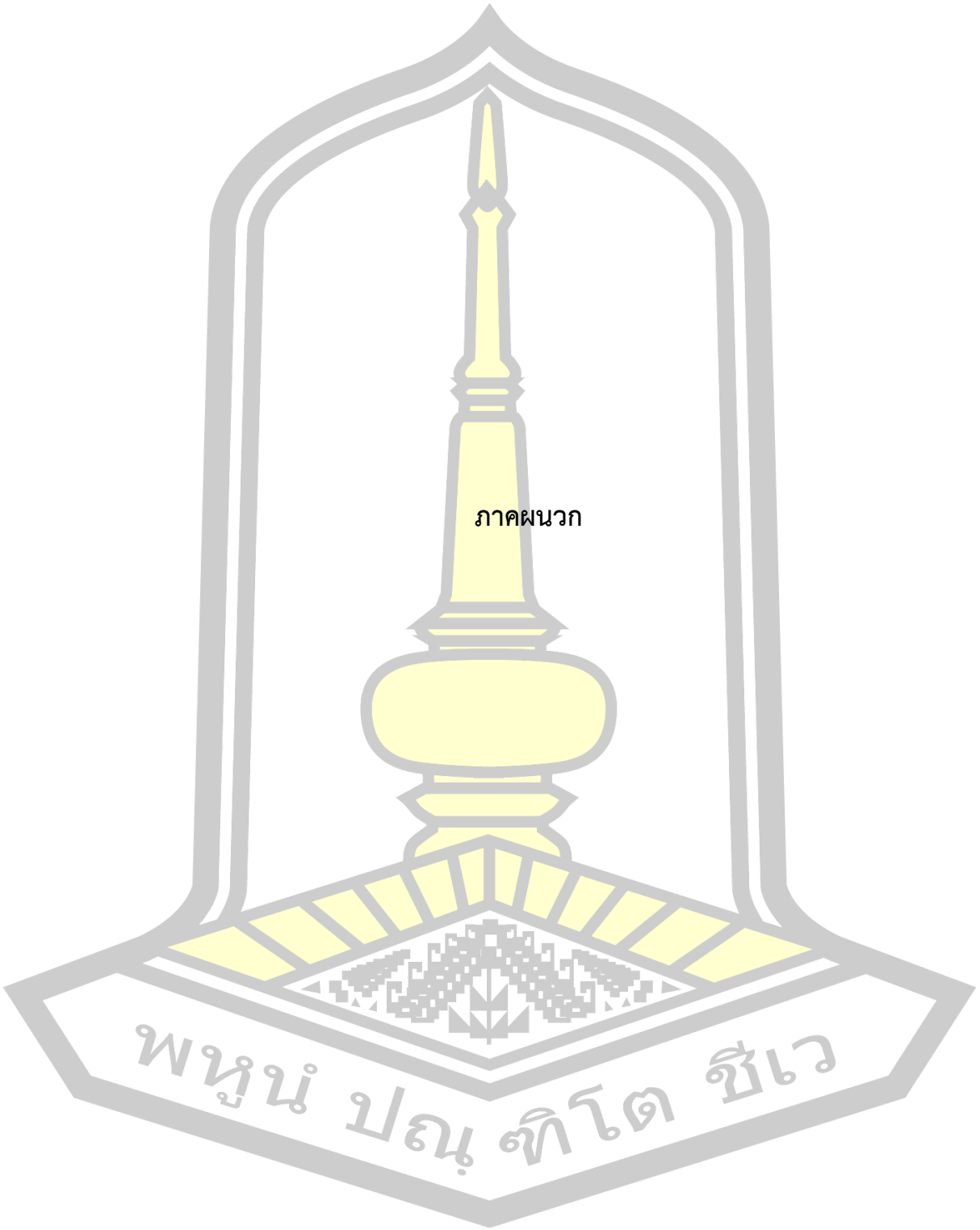
Shin, B. M., & Park, D. Y. (2017). Association between the prevalence of dental caries in children and factors related to their mothers. *Int J Dent Hyg*, 15(4), e173-e179. https://doi.org/10.1111/idh.12261

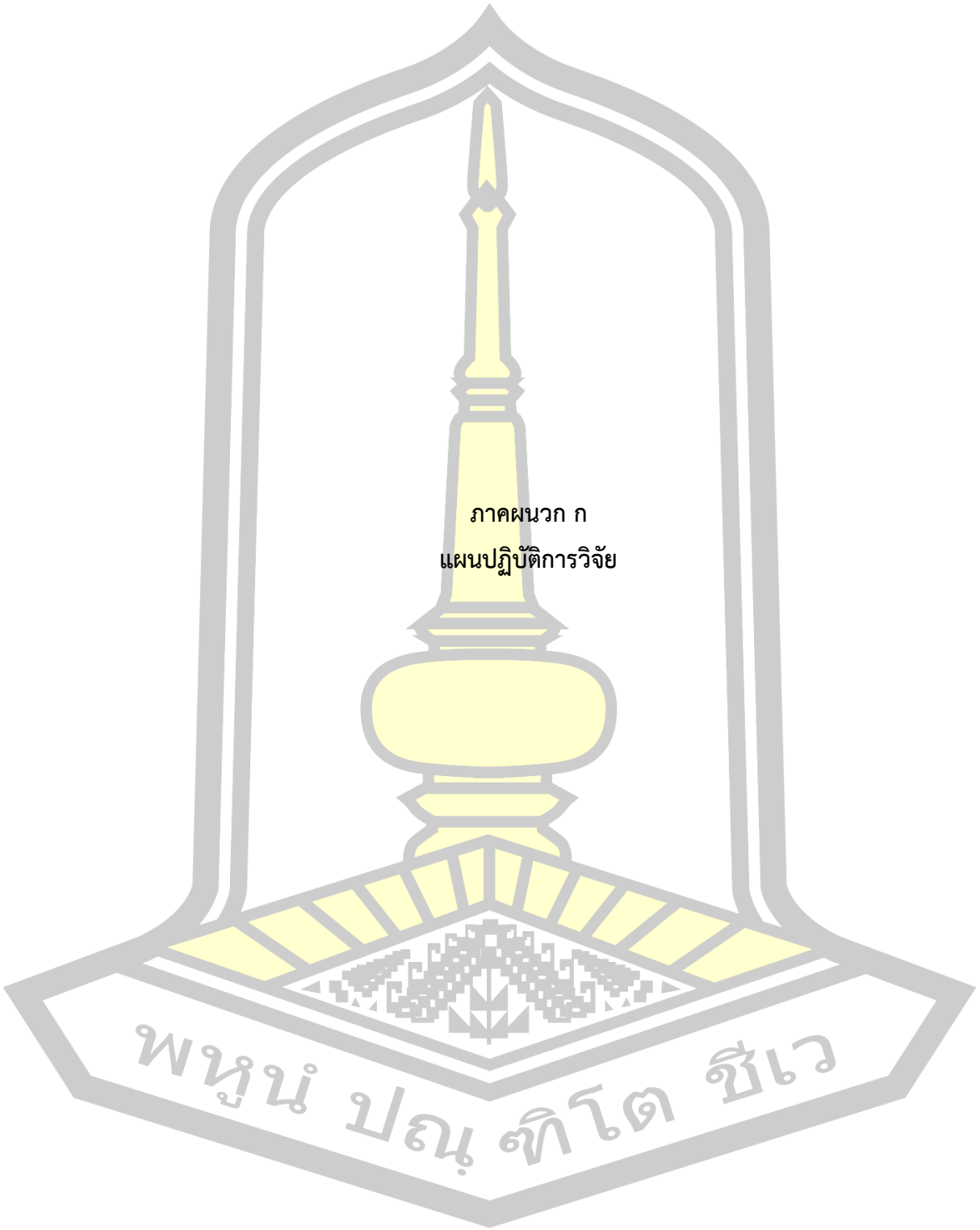
Tsubouchi J. (1995). A study of dental caries and risk factors among Native American infants. *J Dent Child, 62,* 283-287.

Zhang, J., Sardana, D., Li, K. Y., Leung, K. C. M., & Lo, E. C. M. (2020). Topical Fluoride to Prevent Root Caries: Systematic Review with Network Meta-analysis. *J Dent Res*, 99(5), 506-513. https://doi.org/10.1177/0022034520906384

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ภาคผนวก





ภาคผนวก ก
แผนปฏิบัติการวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action plan)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 1.ศึกษาบริบทของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อศึกษาบริบทของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1. ศึกษาบริบท 2. วิเคราะห์ปัญหา 3. ศึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	**ระยะเวลา** ตุลาคม 2565-มกราคม 2566 **สถานที่** ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ , รพ.สมเด็จ, รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน	ผู้วิจัยและทีมงาน	1.การสังเกต 2.การซักถาม 3.การบันทึกการประชุม 4.สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	1.สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก	1. ทราบบริบทพื้นที่ 2. ทราบสถานการณ์ปัญหาและรูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1. มีข้อมูลลักษณะของเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2. มีสรุปข้อมูลปัญหาและรูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 1.สำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2.ประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 3.ประเมินปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1. ตรวจฟันเพื่อเก็บข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.โดยทันตบุคลากร 2. เก็บข้อมูลความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566- มีนาคม 2566 **สถานที่** ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ -เด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. -ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน	1.บันทึกข้อมูลในแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน 2.บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรม 3.บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน 2.แบบสอบถามความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง 3.แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.ทราบถึงสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2.ทราบระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง 3.ทราบระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.ระดับฟันผุและค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุดฟันน้ำนม (dmft) ของเด็กก่อนวัยเรียน 2.ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนการพัฒนารูปแบบฯ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ 1.เพื่อสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศพด. 2.เพื่อเก็บข้อมูลคะแนนความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 3.เพื่อเก็บข้อมูลระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	3.ตรวจฟันเพื่อเก็บข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนารูปแบบฯโดยทันตบุคลากร						2.ระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 1.ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และจัดทำแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1. จัดประชุมชี้แจงผลการดำเนินงานและปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.ที่ผ่านมาและวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกัน	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 **สถานที่** รพ.สมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. เครือข่ายชุมชนผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1.การสังเกต 2.การซักถาม 3.การบันทึกการประชุม	1.แบบบันทึกการประชุม 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบสังเกตการประชุม	1. มีแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2. มีแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์	1. สรุปการประชุมได้มาซึ่งแนวทางปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.1 1.ดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อดำเนินกิจกรรมตามแผนการรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1.ดำเนินกิจกรรมตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. ที่ได้วางไว้	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 -สิงหาคม 2566 **สถานที่** ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. เครือข่ายชุมชนผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 3.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ -เด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. -ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน	1.การสังเกต 2.การซักถาม 3.การบันทึกการประชุม	1.แบบบันทึกการประชุม 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบสังเกตการมีส่วนร่วม	1.เครือข่ายมีการดำเนินงานตามแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1.สรุปผลการดำเนินงานตามแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.1 1.สังเกต ติดตามการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อติดตามการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1.ติดตามการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 -สิงหาคม 2566 **สถานที่** ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. เครือข่ายชุมชนผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1.การสังเกต 2. การซักถาม 3. การสัมภาษณ์	1.สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 5.แบบสังเกตการมีส่วนร่วม	1.ทราบถึงสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	1.สรุปผลการสังเกต ติดตามการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. 2.สรุปผลการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.2 1.ประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 2.ประเมินปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1. เก็บข้อมูลความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบฯ 2.ตรวจฟันเพื่อเก็บข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนารูปแบบฯโดยทันตบุคลากร	**ระยะเวลา** เมษายน 2566 -สิงหาคม 2566 **สถานที่** 1.ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2.กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ -เด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. -ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน	1.บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรม2. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.แบบสอบถามความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง 2.แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.ทราบระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง 2.ทราบระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน	1.ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบฯ 2.ระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนารูปแบบฯ

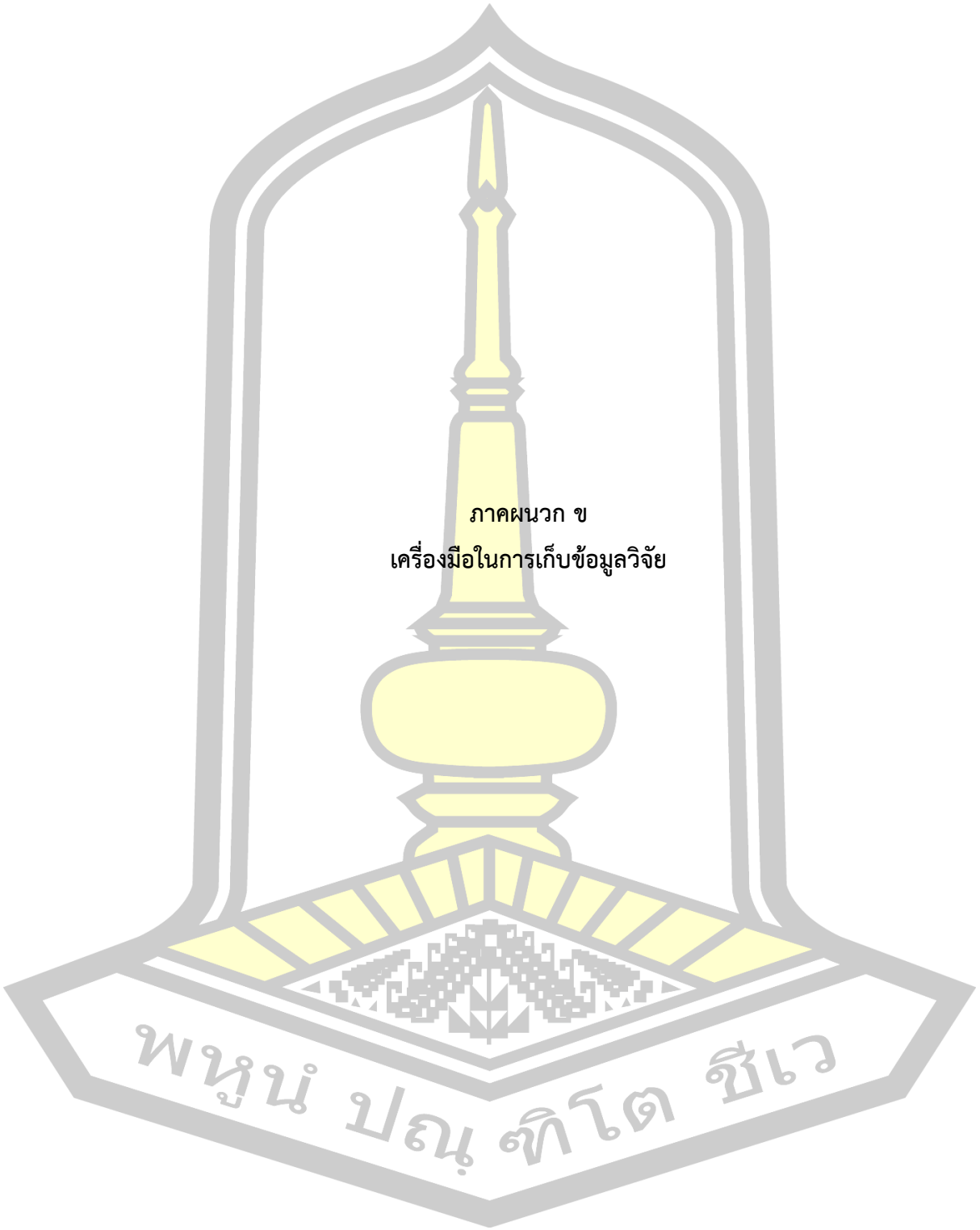
ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ 1.เพื่อเก็บข้อมูลคะแนนความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 2.เพื่อเก็บข้อมูลระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน							

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.1 1.สรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด. องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์	1.จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.	กันยายน 2566 **สถานที่** อบต.สมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. เครือข่ายชุมชนผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1.การสังเกต 2.การซักถาม 3.การสัมภาษณ์ 4.การบันทึกการประชุม	1.สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 5.แบบบันทึกการประชุม	1.ทราบผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์	1.สรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ 2.สรุปการประชุม

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
2. ประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์							
กิจกรรมที่ 4.2 1.จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อคืนข้อมูลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกับผู้เกี่ยวข้อง	1.จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์	**ระยะเวลา** กันยายน 2566 **สถานที่** อบต.สมเด็จ	1. ผู้วิจัยและทีมงาน 2. เครือข่ายชุมชนผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	1.การสังเกต 2.การซักถาม 3.การสัมภาษณ์ 4.การบันทึกการประชุม	1.สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3.กล้องถ่ายรูป 4.แบบบันทึกการประชุม	1.เครือข่ายชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์	1.สรุปประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศพด.องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์



ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม .....

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล .....

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงโดยผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ไม่นำเสนอข้อมูลรายบุคคล จะวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาแบบภาพรวม
3. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 8 ข้อ

ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวนิศามณี มะโนขันธ์
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	สำหรับผู้วิจัย
คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง	
1.ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เต็ม)	AGE ( )
2.เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	SEX ( )
3.สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย / หย่า / แยก	STATUS ( )
4.การศึกษาสูงสุดของท่านคือข้อใด ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี	EDU ( )
5.อาชีพ ☐ 1. เกษตรกรรม/ประมง ☐ 2. รับจ้างทั่วไป ☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ 4. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 6. อื่นๆ(ระบุ).....	OCCU ( )
6.ท่านมีรายได้ต่อเดือนเป็นจำนวน.....บาท	INCOME( )
7.ความสัมพันธ์กับแด็กก่อนวัยเรียน ☐ 1. บิดา มารดา ☐ 2. ปู่ ย่า ตา ยาย ☐ 3. ลุง ป้า น้า อา ☐ 4. อื่นๆ(ระบุ).....	RELATION( )
8.ท่านเป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหรือไม่ ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่ (ไม่ต้องตอบข้อ 9)	ORAl ( )
9.กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. แปรงฟันให้วันละ 2 ครั้ง ☐ 2. ตรวจความสะอาดช่องปากเด็ก ☐ 3. ควบคุมการใช้ขวดนม (เลิกใช้ขวดนมแล้ว) ☐ 4. ดูแลการรับประทานขนมหวาน ☐ 5. พาไปรับการรักษาทางทันตกรรม	ORAl1-5 ( )

10.ท่านเคยมีประสบการณ์การสูญเสียฟันแท้หรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี 11.ช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางทันตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. โทรทัศน์ ☐ 2. วิทยุ ☐ 3. เสียงตามสายในชุมชน ☐ 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ 5. อาสาสมัครสาธารณสุข ☐ 6. ครอบครัว ☐ 7. อินเทอร์เน็ต ☐ 8. อื่นๆ(ระบุ).....	EXT ( ) INF 1-8( )

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นข้อความที่ถูกต้อง

ข้อคำถามความรู้	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1.การรับประทานแป้งและน้ำตาลจะทำให้ฟันแข็งแรง			K1( )
2.อาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย			K2( )
3.เด็กควรเลิกขวดนมเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน			K3( )
4.ยาสีฟันที่ดี คือยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบ			K4( )
5.ปริมาณยาสีฟันสำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี คือบีบเต็มขนแปรงสีฟัน			K5( )
6.ฟันผุระยะเริ่มต้น คือ รอยขาวขุ่นบริเวณคอฟัน			K6( )
7.โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อ สามารถถ่ายทอดได้ทางน้ำลาย			K7( )
8.ฟันน้ำนมมีจำนวน 32 ซี่			K8( )
9.ฟันผุระยุเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการแปรงฟันและเคลือบฟลูออไรด์			K9( )

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

มาก หมายถึง เห็นด้วยมาก

ปานกลาง หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

น้อย หมายถึง เห็นด้วยน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อคำถามเจตคติ	เห็นด้วย					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1.หากรับประทานอาหารรสหวาน เหนียวติดฟัน ทำให้ฟันผุได้ง่าย						A1( )
2.หากมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีด้วย						A2( )
3.การแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้งจะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น						A3( )
4.ผู้ปกครองควรแปรงฟันซ้ำให้เด็กจนเด็กอายุ 6 ปี						A4( )
5.ฟันผุในเด็กเป็นเรื่องปกติที่เกิดได้ ไม่จำเป็นต้องทำการรักษา						A5( )
6.การไปรับบริการทางทันตกรรมเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา						A6( )
7.เด็กที่มีฟันน้ำนมผุ จะมีความเสี่ยงให้ฟันแท้ผุได้ง่ายขึ้น						A7( )
8.ฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญเท่าฟันแท้						A8( )
9.ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเฉพาะเมื่อแปรงสีฟันเดิมพังแล้ว						A9( )
10.การเคี้ยวอาหารป้อนบุตรหลานไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ						A10( )
11.การอมข้าวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อฟันผุ						A11( )

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงตามความการปฏิบัติของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์

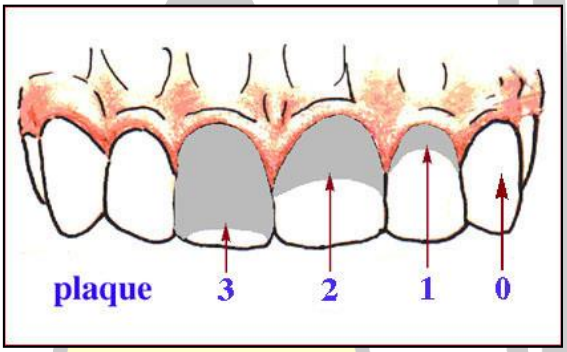
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย	
1.ท่านแปรงฟันซ้ำให้บุตรหลานอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-ก่อนนอน						P1( )
2.ท่านตรวจดูความสะอาดฟันของบุตรหลานหลังแปรงฟัน						P2( )
3.ท่านให้บุตรหลานทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น ผักและผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวาน						P3( )
4.ท่านพาบุตรหลานไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน						P4( )
5.ท่านอนุญาตให้บุตรหลานใช้ขวดนมได้						P5( )
6.ท่านแปรงฟันให้บุตรหลานแม้บุตรหลานจะไม่ให้ความร่วมมือ						P6( )
7.ท่านให้บุตรหลานดื่มนมโดยใช้หลอดดูดหรือแก้วน้ำ						P7( )
8.ท่านให้บุตรหลานนอนหลับคาขวดนม						P8( )

แบบบันทึกการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันในเด็กก่อนวัยเรียน

Plaque index (PI)

55	51	65
B	La	B
B	La	B
85	71	75



เกณฑ์การให้คะแนนดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์

คะแนน	ความหมาย
0	ไม่มีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน
1	มีคราบจุลินทรีย์จับเป็นแผ่นบาง ๆ มองไม่เห็นแต่สังเกตได้จากการลาก probe ผ่านผิวฟัน
2	มองเห็นด้วยตาเปล่า มีคราบจุลินทรีย์บริเวณขอบเหงือกความหนาน้อยถึงปานกลาง
3	มีการสะสมของคราบจุลินทรีย์มาก มีความหนา 1- 2 มม. ทั้งบนฟัน และขอบเหงือก ค่าคะแนนโรคเหงือกอักเสบ

แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	จำนวนฟัน(ซี่)	จำนวนฟันผุ (ซี่)	ลักษณะฟันผุ (ซี่)				เคยรักษาแล้ว (ซี่)		จำเป็นต้องรักษา(ซี่)				หมายเหตุ
					ฟันหน้า			ฟันหลัง	อุด	ถอน	ฟันหน้า		ฟันหลัง		
					ขาวขุ่น	เป็นรู	ตอฟัน				อุด	ถอน	อุด	ถอน	

ผู้ตรวจ.....

(.....)

วันที่ตรวจ.....

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์ .....

ผู้สัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์	สำหรับผู้วิจัย
คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง	
1.ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เต็ม)	AGE ( )
2.เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	SEX ( )
3.สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย / หย่า / แยก	STATUS( )
4.การศึกษาสูงสุดของท่านคือข้อใด	EDU ( )
☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา	
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	
☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี	
☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี	OCCU ( )
5.อาชีพ	
☐ 1. เกษตรกรรม/ประมง ☐ 2. รับจ้างทั่วไป	
☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ 4. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	
☐ 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 6. อื่นๆ(ระบุ).....	ROLE ( )
6.ตำแหน่งหน้าที่หรือบทบาทหน้าที่ของท่านในปัจจุบัน	
☐ 1. ผู้ปกครอง ☐ 2. อสม.	
☐ 3. ครูผู้ดูแลเด็ก ☐ 4. ทันตบุคลากร รพ.สมเด็จ	
☐ 4. ผู้บริหาร อบต.สมเด็จ ☐ 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.	

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

1.ในมุมมองของท่าน คิดว่าการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนควรเป็นหน้าที่ของใคร เพราะอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.ท่านคิดว่าบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนควรส่งเสริมด้านใดบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.ในมุมมองของท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนและท่านคิดว่าจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ในมุมมองของท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ในการประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนควรจะดำเนินการอย่างไร

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

5.ในมุมมองของท่านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมีปัจจัยด้านใดบ้าง และควรมีวิธีการดำเนินการอย่างไร

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

6.ท่านคิดว่าข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรเป็นอย่างไร

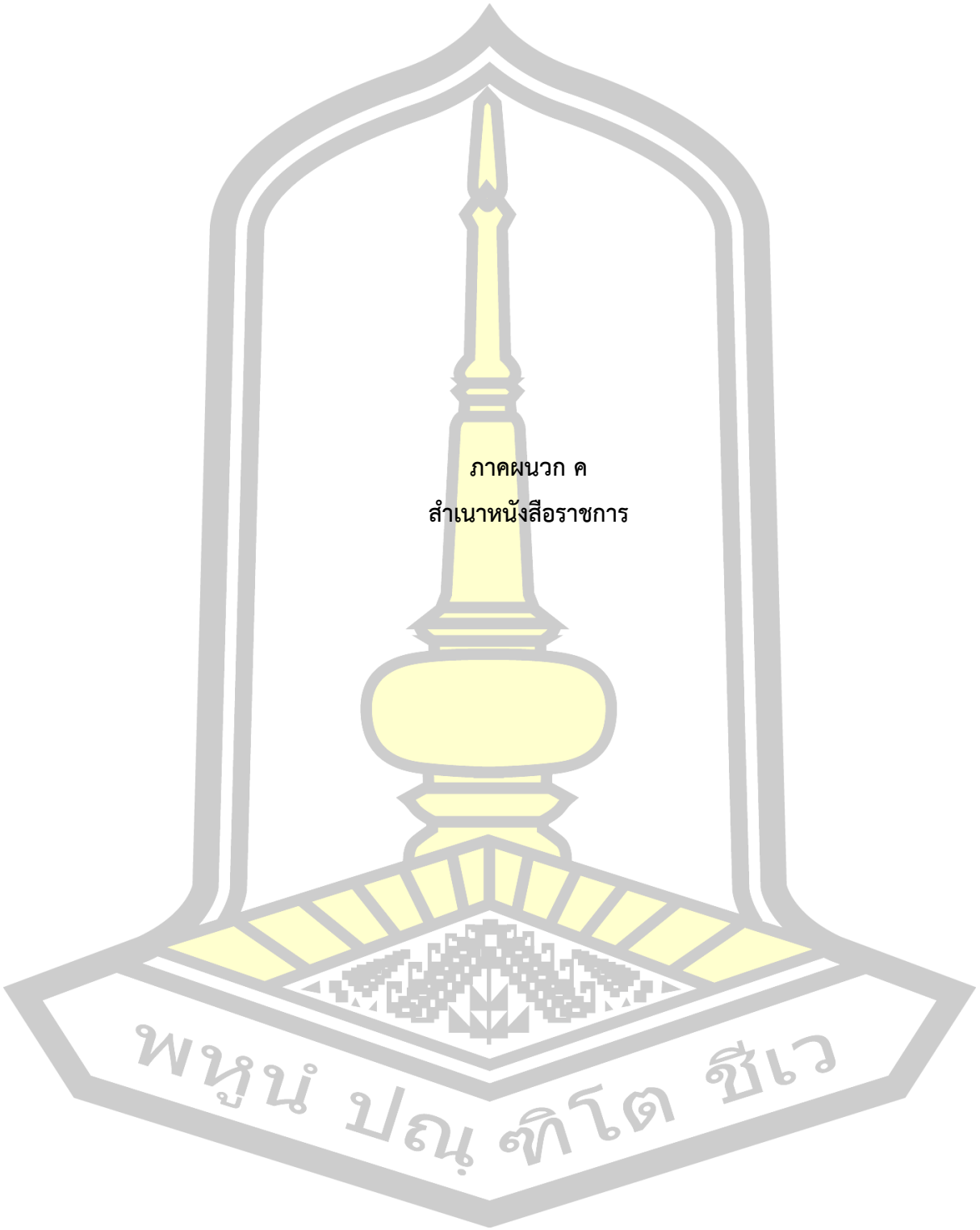
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แบบสังเกตตามกระบวนการวิจัยทางปฏิบัติการ

ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียด
กระบวนการวางแผน (Planning)	การประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบ
การเสนอแนะข้อคิดเห็น	.....
การร่วมอภิปราย	.....
การวิเคราะห์ปัญหา	.....
การสรุปประเด็นสำคัญ	.....
กระบวนการปฏิบัติตามแผน (Action)	
ลักษณะการดำเนินกิจกรรม	.....

ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียด
กระบวนการสังเกต (Observation)	
การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วม.....คน ประเภทผู้เข้าร่วม -ผู้ปกครอง.....คน -เด็กก่อนวัยเรียน.....คน -ครูผู้ดูแลเด็ก.....คน
กระบวนการสะท้อนผล (Reflection)	
การสรุปผลและถอดบทเรียน	....
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

สำเนาหนังสือราชการ



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว ๒๕๐๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียน อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

1 ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ

ด้วย นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.เขมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ทพ.ชวิน อำไท ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดกลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนิสิตรายนี้ ทั้งนี้นิสิตจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิด้วยตนเอง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ โทร 095 950 1142



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๔/ ๗๒๕๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียน อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ด้วย นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.เชมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.สุพัตรา วัฒนเสน วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนิสิตรายนี้ ทั้งนี้นิสิตจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิด้วยตนเอง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณ์ ชัยเรือน)
รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ โทร 095 950 1142



ที่ อว 0605.18/378

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียน อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

16 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน

ด้วย นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.เจมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการเก็บข้อมูลกับเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชีรัตน์ ยังชีน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวนิศามณี มะโนชันธ์ โทร 093-0756396



ภาคผนวก ง

บันทึกลงนามข้อตกลง นโยบาย และภาพกิจกรรม

ข้อปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

1. **ศพด.อ่อนหวาน** มีการเตรียมอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นผลไม้และขนมรสหวานน้อยให้เด็ก งดนำขนมมาเอง
2. **ศพด.ปลอดขวดนม** ซึ่งจะอนุโลมให้เด็กที่เข้าใหม่ที่อายุไม่เกิน 2 ปี 6 เดือน ใช้ขวดนมใน ศพด. ได้ไม่เกิน 1 เดือน
3. **ศพด.ดื่มนมจืด** ให้เด็กดื่มนมจืดทุกวัน งดนำนมเปรี้ยวและนมหวานมาเอง เนื่องจากมีน้ำตาลสูงเสี่ยงต่อฟันผุ
4. **ศพด.ฟันสวย** มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยเปลี่ยนแปรงสีฟัน เทอมละ 1 ด้าม
5. **ศพด.ใกล้หมอ** มีกิจกรรมการตรวจฟันเคลือบฟลูออไรด์ โดยทันตบุคลากรทุก 6 เดือน อุดฟันอย่างง่ายไม่ทำให้เจ็บในศพด. ปีละ 1 ครั้ง และส่งต่อเข้ารับการรักษา

ท่านมีส่วนช่วยในการการดูแลช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน ร่วมกันสร้างประสบการณ์ การทำฟันที่ดีให้แก่บุตรหลาน

(นายทองจันทร์ เหล่าลุมพุก)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

(นายสมานมิตร อัฐนาค)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ

มาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1. **ศพด.อ่อนหวาน** ทาง ศพด.มีการเตรียมอาหารว่างวันละ 1 มื้อ เป็นผลไม้และขนมรสหวานน้อย ให้เด็ก งดนำขนมมาเอง
2. **ศพด.ปลอดขวดนม** ซึ่งจะอนุโลมให้เด็กที่เข้าใหม่ที่อายุไม่เกิน 2 ปี 6 เดือน ใช้ขวดนมในศพด. ได้ไม่เกิน 1 เดือน และผู้ปกครองงดให้เด็กนำขวดนมมาใช้ที่ ศพด.
3. **ศพด.ดื่มนมจืด** ทาง ศพด.ได้จัดเตรียมนมจืดให้เด็กดื่มทุกวัน งดนำนมเปรี้ยวและนมหวานมาเอง เนื่องจากมีน้ำตาลสูงเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
4. **ศพด.ฟันสวย** มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยเปลี่ยนแปรงสีฟันเทอมละ 1 ด้าม โดยได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟันจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น
5. **ศพด.ใกล้หมอ** มีกิจกรรมการตรวจฟันเคลือบฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากรทุก 6 เดือน อุดฟันอย่างง่าย (SMART technique) เป็นเทคนิคการอุดที่ใช้เวลารวดเร็ว ไม่ทำให้เจ็บ โดยอุดในศพด. ปีละ 1 ครั้ง และส่งต่อเข้ารับการรักษาโดยมีแบบแจ้งผลการตรวจฟันให้ผู้ปกครอง พาเข้ารับการรักษาที่ รพ.สมเด็จหรือสถานพยาบาลใกล้บ้านต่อไป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
เป็นผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ. .....
ได้รับทราบมาตรการในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วน ตำบลสมเด็จ ตามแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติแล้ว และพร้อมให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามเพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีให้แก่บุตรหลาน

ลายมือชื่อผู้ปกครอง.....
(.....)
วันที่.....

แบบประเมินการจัดกิจกรรมด้านทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศพด..... ตำบล..... อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

จำนวนเด็กก่อนวัยเรียน.....คน จำนวนครูผู้ดูแลเด็ก.....คน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่เลือก

กิจกรรม	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
กิจกรรมแปรงฟัน **วัสดุอุปกรณ์** ● เด็กทุกคนมีแปรงสีฟันใช้งานเป็นของตัวเอง ● แปรงสีฟันของเด็กอยู่ในสภาพที่ดีเก็บอย่างถูกต้อง **สถานที่** ● มีสถานที่และน้ำสำหรับใช้แปรงฟันอย่างเพียงพอ **การดำเนินกิจกรรม** ● เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน			*สังเกต สอบถาม *สังเกต เก็บในที่อากาศถ่ายเท เก็บแยกแต่ละคน *สังเกต *สอบถามเด็ก และดูบันทึกกิจกรรม
การจัดอาหาร ● เด็กได้รับอาหารว่างที่ถูกหลักโภชนาการและไม่ทำให้ฟันผุ			*อาหารว่างควรเป็นผลไม้ นมจืด ขนมรสไม่หวานจัด
การตรวจสุขภาพช่องปาก ● เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากร ทุก 6 เดือน ● เด็กได้รับการตรวจความสะอาดของช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็ก ● เด็กได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทาง ทันตกรรม			*ดูบันทึกสมุดสุขภาพเด็ก *สอบถาม ดูจากแบบบันทึกกิจกรรม *ดูจากแบบบันทึกกิจกรรม
การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ● มีกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง			*ดูบันทึกสมุดสุขภาพเด็ก

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

(.....)

วันที่ประเมิน.....

ผู้ประเมิน

พหุน ปณ ศิโต ชีเว

กิจกรรมการประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง







กิจกรรมการอบรมครูผู้ดูแลเด็ก







กิจกรรมการอบรมผู้ปกครอง





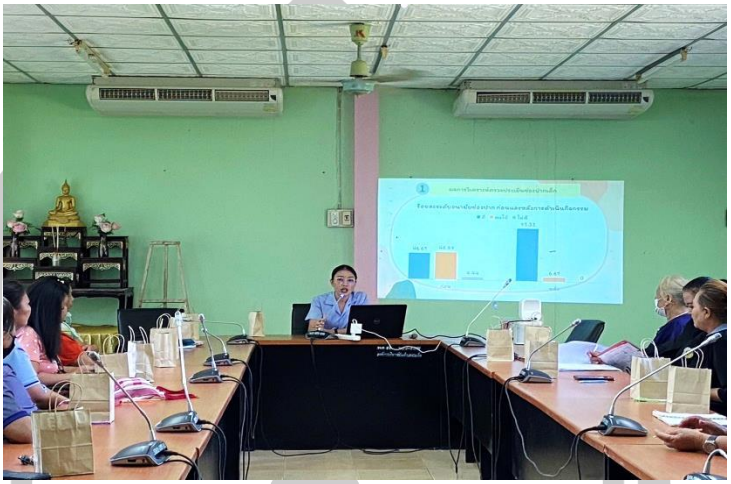
การประเมินการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากใน ศพด.





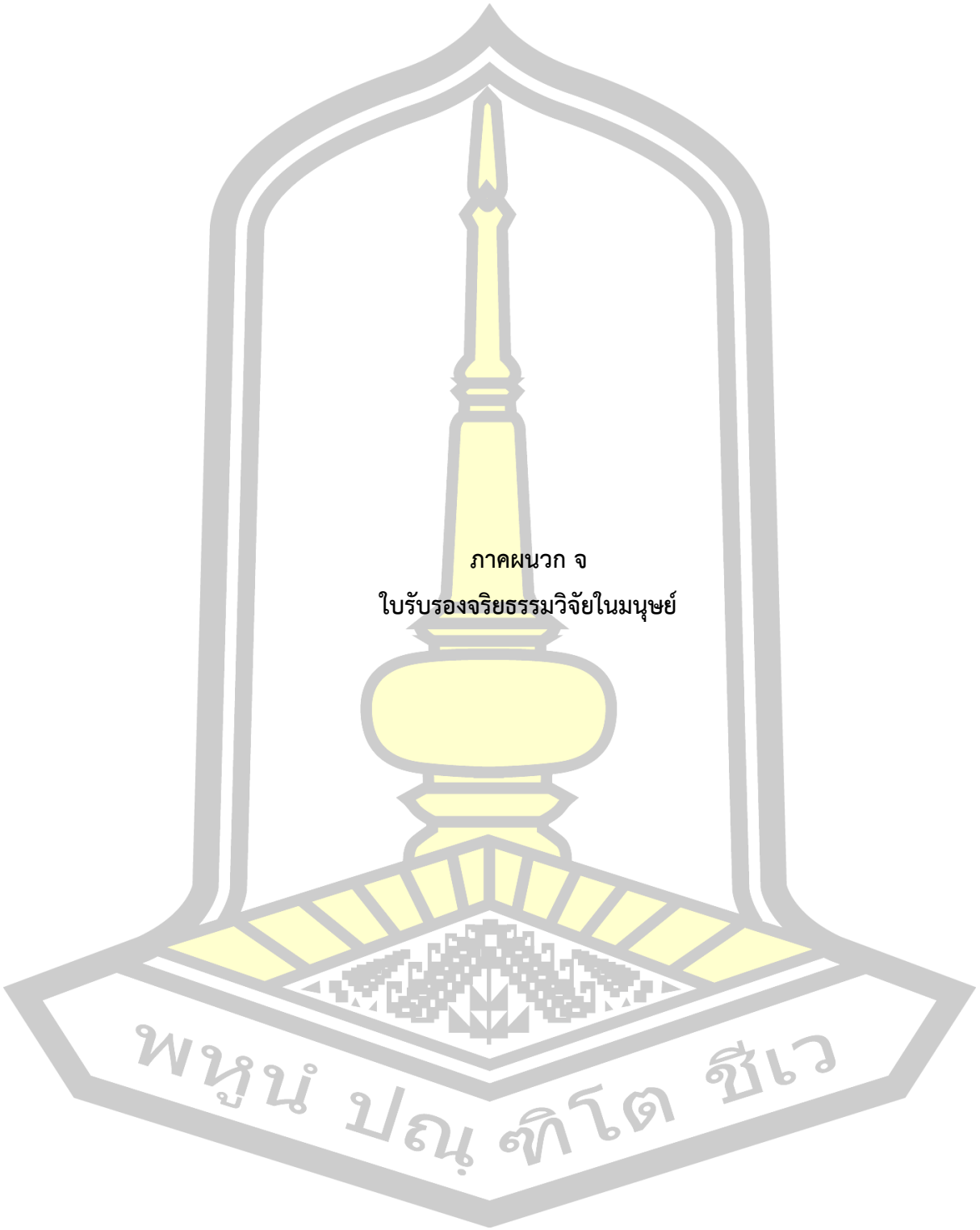


กิจกรรมการประชุมคืนข้อมูล









ภาคผนวก จ

ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 158-119/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development of an Oral Health Care Model for Preschool Children Child Care Center , Somdet District , Kalasin Province.

ผู้วิจัย : นางสาวนิตามณี มะโนชันธ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 3 พฤษภาคม 2566 **วันหมดอายุ** : 2 พฤษภาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
	หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย (Certificate of Approval)
หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 47/2566 ชื่อโครงการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์	
ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิศามณี มะโนชัน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สังกัด ฝ่ายทันตกรรมสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการทบทวน (Reviewed Method): การพิจารณาโดยคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมาย
(Expedited review)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้วิจัย :

1 แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Submission form for Ethical Review)
2 แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย (Self-Assessment Form for Principle Investigator)
3 โครงร่างงานวิจัย (Proposal)

อื่นๆ :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ ประกาศเฮลซิงกิ แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดีและรายงานเบลมองต์

Kalasin Provincial Public Health Office Research Ethics Committee has exempted the above research protocol which has been reviewed and approved based on international guidelines for human research projection including the Declaration of Helsinki, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) and The Belmont Report.

ลงนาม.....
(นายพรพัฒน์ ภูนากลม)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม:
วันออก:วันที่ 2 พฤษภาคม 2566 วันหมดอายุ:วันที่ 1 พฤษภาคม 2567
Date of approval: 2 MAY 2023 Date of expiration: 1 MAY 2024

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนิศามณี มะโนขันธ์
วันเกิด	วันที่ 2 เดือนมีนาคม พ.ศ.2539
สถานที่เกิด	อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 361 หมู่ 8 ตำบลกุดหว้า อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46150
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบัวขาว จังหวัดกาฬสินธุ์
	พ.ศ. 2558 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย มุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร
	พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
	พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว