

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการด้วยกระบวนการ
สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง ปี 2556-2559ณัฐกฤตา ผลอ้อ^{(1)*}, อรวรรณ งามสะอาด⁽²⁾, ศุจินธร ศรียา⁽¹⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 23 มีนาคม 2561

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 17 สิงหาคม 2561

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

(โทรศัพท์: 081-4712350

e-mail: pholoro@gmail.com)

(2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวใหญ่

จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

ปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สมองเด็กพัฒนาได้มากที่สุดหากได้รับสารอาหาร การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดูที่ดีซึ่งควรเริ่มตั้งแต่คุณแม่ตั้งครรภ์ ทั้งนี้ สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการได้รับอาหารที่ดี การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จากเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ภาคีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข 40 คน บุคลากรจากส่วนท้องถิ่น 3 คน บุคลากรสาธารณสุข 8 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 17 คน ตัวแทนผู้ปกครอง 20 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 6 คน คณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในตำบล 15 คน ผู้อำนวยการโรงเรียน 5 คน และครูอนามัย 5 คน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย 449 คู่ วิธิตำเนินการศึกษา: เริ่มจากศึกษาสถานการณ์เพื่อนำเข้ากระบวนการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวทางของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอน คือ PAOR ได้แก่ (1) PLAN การกำหนดแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กโดยภาคีที่เกี่ยวข้อง (2) ACT การปฏิบัติตามแผนที่ได้ (3) OBSERVE การสังเกตกิจกรรมปฏิบัติที่ได้ดำเนินการ แล้วนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (4) REFLECT การสะท้อนผล โดยได้ประชุมภาคีที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบผลและปรับแผนการปฏิบัติในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแผนที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ผลการพัฒนา ได้แก่ 1) ได้วิสัยทัศน์เครือข่าย 2) เกิดแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างบูรณาการ 3) เกิดคณะทำงาน 4) เกิดรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยที่บูรณาการร่วมกัน โดยเริ่มจากการปรับระบบการให้บริการในหญิงตั้งครรภ์และในคลินิกเด็กดี การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. ในเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงร่วมกับกระตุ้นผู้ปกครอง เล่านิทาน บันทึกพฤติกรรมและสภาวะช่องปากเด็ก จัดอบรมเพิ่มทักษะครู ปรับแบบบันทึกกิจกรรมพัฒนาศูนย์เด็กตามการสะท้อนข้อมูลของคณะกรรมการ จัดห้องสมุดนิทาน ติดป้ายให้ข้อมูลกระตุ้นกิจกรรมดูแลเด็กโดยบูรณาการทั้งการกิน กอด เล่น แปร่งฟัน เล่านิทาน มีรถรับส่งเด็ก เพิ่มการให้บริการทันตกรรมป้องกันในศูนย์เด็ก จัดประกวดการแปร่งฟัน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแปร่งฟันอย่างไรให้ลูกฉลาดแก่ผู้ปกครองและ อสม. ด้านผลลัพธ์ พบว่า เด็ก 3 ปี ที่ไม่มีฟันผุเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.61 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 61.61 ในปี 2556, ร้อยละ 79.88 ในปี 2557, ร้อยละ 70.09 ในปี 2558 และร้อยละ 71.81 ในปี 2559 ฟันผุเฉลี่ยจาก 4.03 ซี่ต่อคน เป็น 3.85, 3.41, 3.16 และ 2.8 ซี่ต่อคนตามลำดับ นอกจากนี้ ศูนย์เด็กได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนการพัฒนาต่อเนื่อง เกิดนโยบายสาธารณะ “ตำบลงานบุญปลอดน้ำอัดลม” และขยายผลการทำแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากไปทุกกลุ่มวัย

คำสำคัญ: การดูแลทันตสุขภาพ, เด็กปฐมวัย, การมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ, ภาคีเครือข่าย

Original Article

Development of Early Childhood Dental Health Promotion Model by Integrated Participatory Network, Bua Yai Subdistrict, Namphong District, Khon Kaen Province, 2013-2016

Nattakitta Pholor^{(1)*}, Orawan Ngamsaad⁽²⁾, Suchinthon Sriya⁽³⁾

Received Date: March 23, 2018

Accepted Date: August 17, 2018

Abstract

* Corresponding author

(1) Nam Phong Hospital, Khon Kaen,
Thailand

(Tel.: 081-4712350

e-mail: pholoro@gmail.com)

(2) Buayai Sub-district Health Promoting
Hospital, Khon Kaen, Thailand

Early childhood is very important for brain development if the preschool child is carefully nurtured from the date of the mother's pregnancy with nutrition and supportive environment. Fed with proper nutrition in child relates to oral health. This participatory action research (PAR) aimed to investigate situations and to develop model for promoting the oral health in preschool children in Bua Yai Subdistrict, Namphong District, Khon Kaen Province from July 2013 to December 2016. The participatory networks consisted of: 40 public health volunteers; 3 local administrative officials; 8 public health officials; 1 sub-district headman; 17 village leaders; 20 representatives for the parents; 6 teachers; 15 members of the sub-district committee for development of children; 5 school directors; and 5 sanitary teachers. Four hundred and forty-nine pairs of parents and children were recruited. Kemmis and McTaggart's spiral model comprising four steps: plan, act, observe and reflect (PAOR) were performed. Firstly, 'PLAN' was done by related networks which developed program for the oral health promotion. Secondly, 'ACT' was achieved through the implementation as previously planned. Thirdly, 'OBSERVE' was observation of the activities performed. Then, qualitative data was analyzed and interpreted using content analysis, while quantitative data was analyzed using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation. Fourthly, 'REFLECT' aimed at the result reflection. Meetings were held among relevant networks for acknowledgement of the results and improvement of action plans in the cycles of the action research. The results were 1) network vision; 2) oral health development for the pre-school age children through integration process; 3) working groups; 4) pattern for the oral health promotion for the pre-school age children through integration process. Starting from service improvement for pregnant women and in well child clinics, visits were jointly provided by the public health officials and the public health volunteers for children at high risks, while parents were encouraged to tell tales. The targeted children's oral conditions and behavior were recorded. Teachers were trained and activity record forms were improved in child centers where, at the same time, were developed following the committee's result reflection. Besides, libraries of tales were established and boards were posted with information which encouraged all integrated activities, spanning from eating, hugging, playing, brushing teeth, telling tales to cars for children, for children. Oral protective services were enhanced in the child centers. Tooth brushing contests were arranged, while tooth brushing workshops were held for the parents and public health volunteers. With regard to the results, cavity free in children aged three years old was increased from year 2012 to 2016 (from 55.61% to 61.61%, 79.88% 70.09% and 71.81% respectively). Mean decayed teeth showed decreasing trend (from 4.03 to 3.85, 3.41, 3.16 and 2.8 teeth per child, respectively). Besides, the child centers earned the quality standard and sub-district administrative organizations also continuously supported leading to the public policy-so-called "Tambon Ngan Boon Plod Nam Adlom," or carbonated beverage-free sub districts. In addition, the oral health development plan was extended to all age ranges.

Keywords: oral health care, early childhood, integrated participatory, network

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่สมองพัฒนาได้มากที่สุด หากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ และได้รับสารอาหารที่ดีซึ่งควรเริ่มตั้งแต่คุณแม่ตั้งครรภ์ด้วย เด็กในวัยนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ แม้ชุมชนมีทุนมีศักยภาพแต่การสร้างความรู้ความตระหนักและกระตุ้นให้พ่อแม่ ผู้ปกครองชุมชนมีส่วนร่วม ต้องการข้อมูลและเวทีสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างเรียนรู้ร่วมกัน การที่เด็กจะได้รับอาหารที่ดีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ฟันที่ผุยังเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคซึ่งสามารถกระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้เป็นโรครุมิแพ้อหวน กินไม่ได้/นอนไม่หลับ ร่างกายสร้าง Growth hormone ลดลง เหนื่อยล้าพลังงานมากขึ้น อารมณ์ไม่ดีจากความเจ็บปวด และไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ (สุณี วงศ์คงคาเทพ & ศรีสุตา ลีละสิธร, 2557) ข้อมูลฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีของอำเภอ น้ำพองในช่วงปี 2552-2555 สูงถึงร้อยละ 83.56 73.51 75.45 และ 70.9 ตามลำดับ (ณัฐกฤตา ผลอ้อ, 2555) ดังนั้น การป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ผู้ปกครองต้องมีความรู้ความเข้าใจ การควบคุมและดูแลเรื่องบริโภคอาหาร ฝึกทักษะในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย อย่างบูรณาการด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) (พันธทิพย์ รามสูตร, 2540) พื้นที่ดำเนินการและประชากร ได้แก่ พื้นที่ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ภาคีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 40 คน ตัวแทนบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 3 คน บุคลากรสาธารณสุข 8 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 17 คน ตัวแทนผู้ปกครอง 20 คน ครูผู้ดูแล

เด็ก 6 คน คณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในตำบล 15 คน ผู้อำนวยการโรงเรียน 5 คน และครูอนามัย 5 คน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัย จำนวน 449 คู่ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ (Pre-action phase) เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทแวดล้อมเงื่อนไขของชุมชนที่ส่งผลต่อเด็กปฐมวัยในชุมชนก่อนการดำเนินการ เช่น การส่งเสริมทันตสุขภาพ สภาวะทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัย การจัดการอาหารว่างและเครื่องดื่มในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนและชุมชน การเล่านิทาน เป็นต้น

2) ระยะดำเนินการ (Action phase) ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการและขั้นตอนตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) โดยกำหนดหนึ่งวงจร (Spiral) 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observe) และ การสะท้อนผล (Reflect)

2.1) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543) ในกระบวนการวางแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากโดยภาคีที่ร่วมทำแผนประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ปกครอง ครูจากโรงเรียนประถมศึกษา และครูพี่เลี้ยงเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บุคลากรสาธารณสุข

2.2) การปฏิบัติตามแผนฯ โดยผู้ปกครอง ชุมชน เครือข่ายทุกภาคส่วน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษา (เน้นชั้นอนุบาล) หน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวใหญ่และโรงพยาบาลน้ำพอง

2.3) การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนฯ โดยการสังเกตและประเมินกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติตามแผนงานโครงการต่างๆ ที่ได้จัดทำ ทั้งในหน่วยบริการ (รพสต. บัวใหญ่ และ รพ. น้ำพอง) และชุมชน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครอง สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

2.4) การสะท้อนผลการปฏิบัติตามที่ได้จากข้อ 2.3) โดยผู้วิจัยและภาคีที่มีส่วนร่วมได้ร่วมประเมินและสะท้อนผลในลักษณะ “เวทีประชุมติดตามการดำเนินงาน” และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ใช้เกณฑ์

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่าย้อย (กรมอนามัย, 2553) และเกณฑ์ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ (กรมอนามัย, 2553) ของ กรมอนามัย (2553) เป็นแนวทางในการสังเกตประเมิน และสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้ รับทราบความก้าวหน้าและร่วมกันเสนอการปรับปรุง แผนปฏิบัติการเครือข่ายให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

3) ระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-action phase) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมจากข้อมูลการประเมินศูนย์เด็กเล็กที่ใช้การ ประเมินตามเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่าย้อย และเกณฑ์ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพของกรมอนามัย สมุดบันทึก ข้อมูลพฤติกรรม การแปรงฟันและกินอาหารว่างสำหรับผู้ปกครอง แบบบันทึก แบบตรวจสภาวะช่องปากเด็กใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การเก็บข้อมูลสภาวะ ช่องปากใช้เกณฑ์การตรวจที่ดัดแปลงจากเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก โดยระบุให้ฟันผุคือฟันที่มีรอยผุ ชัดเจนที่ด้านใดด้านหนึ่งบนตัวฟัน ดำเนินการตรวจด้วย ตาเปล่าภายใต้แสงสว่างตามธรรมชาติให้เด็กเล็กนอนบน โต๊ะอำปากไปทิศที่มีแสงธรรมชาติส่องให้เห็นฟันได้ ชัดเจน ผู้ตรวจนั่งเก้าอี้แล้วตรวจด้วยกระจกส่องปาก ผู้ตรวจคือทันตบุคลากร 1 คน ซึ่งปรับมาตรฐานการ ตรวจ (calibration) โดยตรวจจากภาพสไลด์ 27 จุด ตรวจเทียบกับผู้ตรวจมาตรฐานของชุดมา ไตรรัตน์วรกุล ได้ค่า percent agreement เท่ากับ 85.18

ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากข้อมูลการ สะท้อนผลของคณะกรรมการพัฒนาและประเมินศูนย์ เด็กเล็กอำเภอน้ำพองที่สะท้อนผ่านเวทีการประชุม สะท้อนผลหลังการประเมิน แบบสำรวจสถานการณ์การ จัดอาหารว่างและเครื่องดื่มในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียนที่ครูเป็นผู้ให้ข้อมูล การสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การบันทึกการประชุมในเวทีการประชุม ติดตามการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์เหตุและผล โดย เก็บรวบรวมจากการจัดกระบวนการในทุกขั้นตอน การ สังเกต การสัมภาษณ์ การทำกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ (Pre-action phase)

บริบทและสภาพปัญหา

ปี 2555 ตำบลบัวใหญ่มี 17 หมู่บ้าน 1,771 ครัวเรือน จำนวนประชากร 8,817 คน เป็นชาย 4,451 คน หญิง 4,366 คน ข้อมูลเด็กปฐมวัย ตำบลบัวใหญ่มี 5 โรงเรียนที่มีชั้นอนุบาล คือ โรงเรียนกุสุมาวดีสามัคคี โรงเรียนบ้านคอกคี่แสนตอ โรงเรียนชุมชนบัวใหญ่ โรงเรียนบ้านคำม่วงดงเย็น โรงเรียนบ้านโนนหัวช้าง มี นักเรียนชั้นอนุบาล 1 รวม 54 คน อนุบาล 2 รวม 65 คน (อายุ 4-6 ปี) มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านนาคำน้อย (รับเด็กอายุ 2.5-5 ปี) รวม 100 คน โดยมีเด็ก ต่ำกว่า 2 ปี จำนวน 2 คน เด็ก 2-3 ปี จำนวน 48 คน เด็ก 3 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน คุณครูจำนวน 6 คน แม่บ้าน 1 คน เมื่อรวมเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดในตำบลมี จำนวน 449 คน

พื้นที่ของตำบลบัวใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประชาชนส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมทั้งทำนา นาปี นาปรัง ไร่ อ้อย ไร่มัน ไร่ ยางพารา ทำสวน สวนผลไม้ ปลุกผัก อย่างไรก็ตาม มี ประชาชนส่วนหนึ่งทำงานโรงงาน พ่อแม่เด็กเล็กบางส่วน ทำงานต่างจังหวัด โดยมีผู้สูงอายุอยู่บ้านดูแลหลาน

ด้านประเพณีวัฒนธรรมประชาชนส่วนใหญ่ ยังคงยึดถือประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ ซึ่งมีกิจกรรม ร่วมกันในชุมชนแทบทุกเดือนตลอดปี และประเพณีนี้ สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติทางพุทธศาสนา เกือบทุกการจัด งานบุญหรืองานรื่นเริงต่างๆ ประชาชนใช้น้ำอัดลมในการ ดื่มน้ำแช่ และมีการใช้จ่ายในการจัดซื้อน้ำอัดลมตั้งแต่ 5,000-40,000 ขึ้นกับจำนวนแขกและระยะเวลาที่จัด งาน เจ้าภาพมีน้ำอัดลมไว้ให้แขกนำกลับบ้านไปฝาก ลูกหลานที่บ้าน ซึ่งผู้ปกครองยังไม่ได้คิดถึงผลเสียของ การดื่มน้ำอัดลม และไม่ได้นึกถึงการติดรสชาติของเด็ก ประชาชนในชุมชนมีความสามัคคีกันลดลงกว่าสมัยก่อน แต่มีการสื่อสารสัมพันธ์กันได้ มี อสม.ร่วมดำเนินงานด้าน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในพื้นที่ 180 คนแต่ยังมี บทบาทไม่ชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อปท. ร่วมสนับสนุนงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่หากเป็นความต้องการของชุมชน เสนอ แผนได้ทันช่วงเวลาและเสียงส่วนใหญ่เห็นว่าควร ดำเนินการผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ได้รับความศรัทธาจาก

ชุมชน และมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพก่อนดำเนินการ (ในปี 2555) จากการตรวจฟันเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล (อายุ 2.5-5 ปี) พบว่า เด็กปราศจากฟันน้ำนมผุร้อยละ 38.46 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนม 3.39 ซี่ต่อคน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล JHCIS ปี 2553-2555 พบว่า เด็ก 0-3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุร้อยละ 76.41, 78.89 และ 68.06 ตามลำดับ มีฟันน้ำนมผุเฉลี่ย 1.44, 1.32, 1.70 ซี่ต่อคน ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่ยังมีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันหลังน้ำนมอยู่เกิน 1 ใน 3 ของตัวฟัน แม่ผู้ปกครองส่วนหนึ่งได้แปรงให้เด็ก

อบต.ได้จัดนมจัดผสมฟลูออไรด์ให้เด็ก แต่เมื่อเด็กอยู่บ้านพบว่า กินร้อยละ 50 เด็กดื่มนมหวานและนมเปรี้ยว พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ได้แก่ เด็กส่วนหนึ่งยังติดนมขวด ชอบกินขนมขบเคี้ยวหวานๆ ผู้ปกครองประมาณกึ่งหนึ่งเป็นปู่ย่าตายาย และคิดว่าเด็กสามารถแปรงฟันได้เองตั้งแต่เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้ปกครองส่วนน้อยไม่ถึงร้อยละ 30 ที่ดูแลแปรงฟันให้เด็ก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีผู้ปกครองนำขวดนมและห่อขนมหวานขนมกรุบกรอบมาให้เด็กทุกวัน โดยเฉพาะในช่วงแรกที่น่าเด็กเข้าสู่ศูนย์ ผู้ปกครองส่วนหนึ่งคิดว่าเด็กฟันผุเกิดจากการอมข้าว การแปรงฟันไม่สะอาด และมีบางส่วนที่คิดว่าถ้าผู้ปกครองดูแลได้ดีเด็กจะไม่มีฟันผุ

จากการสำรวจในโรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง พบว่า มีเด็กปฐมวัยในชั้นอนุบาล ในส่วนของแม่ค้าและผู้ประกอบอาหาร แม่ค้ายังไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในการเตรียมน้ำหวานที่เหมาะสม และไม่มีป้ายแสดงข้อมูลโภชนาการเพื่อให้ข้อมูลกับนักเรียน มี 2 โรงเรียนที่มีพันธสัญญากับแม่ค้าด้านการจำหน่ายอาหาร คือ โรงเรียนคอกคี่แสนตอ และโรงเรียนชุมชนบัวใหญ่

จากการประชุมกลุ่มตัวแทน อสม.และผู้ปกครองอำเภอโนนสูงในปี 2556 พบว่า ชุมชนมีการรับรู้ผลกระทบของการเกิดฟันผุในบุตรหลาน โดยผู้ปกครองสะท้อนว่า “ทำให้เสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล” “ต้องหยุดงานเสียงานเสียรายได้” “มาฮอตแล้วก็ได้ทำโดน” (มาถึงแล้วได้รอนาน) “เด็กน้อยให้ยามมันปวดนอนก็บ่ได้กินก็บ่ได้เหลื่อโดนลูก” (เด็กร้องให้ปวดฟันนอนไม่หลับกินไม่ได้ สงสารเด็ก) เครียดเวลาที่รอ

นาน และผู้ปกครองที่มีประสบการณ์บางคนทราบว่า หากเด็กถูกถอนฟันน้ำนมก่อนเวลาฟันแท้ขึ้น จะทำให้การเรียงตัวของฟันแท้ผิดปกติไป “ขึ้นเขว่น้ำนมผุได้ถอนแล้วแท้ก็ขึ้นบ่งามซ้อนกัน”

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ตำบลบัวใหญ่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในตำบล มีユニットทันตกรรม 1 ยูนิท มีโมบายยูนิท 1 ยูนิท มีทันตภิบาลประจำ 1 คน ตั้งแต่ปี 2554 มีการจัดตั้งกองทุนทันตกรรม และจัดให้มีทันตแพทย์ออกให้บริการที่ รพ.สต. ตำบลบัวใหญ่ 1 วันต่อสัปดาห์

ข้อมูลด้านพฤติกรรมมารดาเด็กปฐมวัยในตำบลบัวใหญ่ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่แปรงฟันให้เด็กวันละครั้งตอนเช้าพร้อมการอาบน้ำ แต่ไม่กล้าแปรงเมื่อเห็นเลือดออกจากเหงือกเวลาแปรง มีผู้ปกครองที่เล่านิทานให้เด็กฟังและมีนิทานติดบ้านไม่ถึงร้อยละ 20 ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กวัยต่ำกว่า 3 ขวบ ใช้สมาร์ทโฟน เด็กเข้าถึงขนมได้ตั้งแต่อายุขวบปีกว่า โดยขนมที่รับประทานเป็นขนมในร้านค้าชุมชนซึ่งส่วนใหญ่มีรสหวานและเนื้อสัมผัสนุ่ม

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสัดส่วนครูต่อเด็กต่ำกว่ามาตรฐาน มีการจัดอาหารว่างที่เป็นผลไม้ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ครูเข้าใจวิธีการเลี้ยงดูเด็กแต่ยังขาดทักษะการตรวจฟันผุระยะยาวขึ้น ปัญหาส่วนหนึ่งของครู คือภาระงานมาก ผู้ปกครองที่เป็นผู้สูงอายุตามใจเด็ก และไม่ปฏิบัติตามที่ครูแนะนำ ที่ศูนย์เด็กเล็กมีนิทานจำนวนมากพอเพียงกับเด็ก แต่ยังไม่ได้ให้ผู้ปกครองยืมไปอ่านที่บ้านเพราะกลัวนิทานขาดหรือชำรุด

2. ระยะดำเนินการ (Action phase)

2.1 การวางแผน (Plan)

การประชุมยกร่างแผนการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (วันที่ 10 กรกฎาคม 2556) โดยเชิญผู้บริหารโรงเรียน 5 คน ครูอนามัย 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตัวแทนแม่บ้านผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข รวม 50 คน เข้าร่วมประชุม ยกร่างแผนฯ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ตำบลบัวใหญ่เข้มแข็งเด็กเล็กฟันดี” โดยประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมมือร่วมใจร่วมดำเนินการอย่างเข้มแข็งเพื่อให้บุตรหลานชาวบัวใหญ่มีสุขภาพช่องปากที่ดีอันนำไปสู่สุขภาพโดยรวมที่ดีต่อไป

ผู้วิจัยเริ่มด้วยการนำไหว้พระสวดมนต์นั่งสมาธิ 5 นาที แนะนำทีมงานทันตบุคลากรที่มาร่วมกระบวนการจาก 5 ตำบล ซึ่งแจ้งที่มาและความสำคัญของเด็กปฐมวัย ค้นข้อมูลที่ได้จากระยะเตรียมการของชุมชนสู่เวทีการประชุม จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้เข้าประชุม 4 กลุ่ม ก่อนให้ผู้เข้าประชุมดูวิดีโอทัศน์ระหว่างดูให้กลุ่มจับประเด็นการเรียนรู้เพื่อนำเสนอหลังการดู

<http://www.youtube.com/watch?v=prieyJaX-Cc> เพื่อเรียนรู้เรื่องความสำคัญของการมีส่วนร่วม (กฤษฎา สมประสงค์, 2555) แล้วจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอสะท้อนความคิดของผู้เข้าประชุม

ช่วงถัดมา คือ การมองภาพที่ต้องการหรือความคาดหวังที่มีต่อเด็กปฐมวัยในตำบล ปัญหาที่ชุมชนหรือตนเองเผชิญในเรื่องสุขภาพช่องปาก เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันของภาคีเครือข่าย แล้วตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ต่อด้วยการปลุกพลังบวกโดยใช้วิธีทัศน์ “ปลุกพลังบวก คนหนึ่งคนทำอะไรได้” (คนหนึ่งคน จะทำอะไรได้, 2554) หลังจากดูวิดีโอทัศน์แล้วได้เสริมพลังให้ผู้เข้าร่วมประชุมโดยเน้นว่าผู้เข้าประชุมทุกคนคือคนสำคัญที่สามารถทำอะไรที่ดีๆ ได้มากมายและทำให้ได้ตามที่คาดหวังตามที่วางเป้าหมายไว้

จากนั้นแบ่งกลุ่มเพื่อยกร่างแผนงานโดยที่ประชุมมีส่วนร่วมเสนอความเห็นในการจัดกลุ่ม แต่ละกลุ่มออกแบบว่า จะทำอะไร อย่างไร โดยใครทำ เริ่มทำเมื่อไหร่ และต้องการการสนับสนุนจากใครหรืองบประมาณจากแหล่งไหนหากจำเป็นต้องใช้เพื่อให้มีความคาดหวังและความต้องการข้างต้นนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ซึ่งแบ่งเป็น

- 1) กลุ่ม อสม. มองบทบาทด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในชุมชนคืออะไร ต้องทำอะไรบ้าง
- 2) กลุ่มตัวแทนผู้ปกครอง
- 3) กลุ่มทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้ปกครอง มองภาพการทำงานของบุคลากรว่าต้องทำอะไรอย่างไบบ้าง
- 4) กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก ครูประถม ผู้นำชุมชน มองเรื่องการจัดการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร อาหารว่าง ขนม น้ำอัดลม

แล้วให้ทุกกลุ่มนำเสนอผลการยกร่างต่อที่ประชุมเพื่อร่วมกันให้ความเห็นหรือเสนอแนะ ซึ่งผลที่ได้คือ

2.1.1 สมาชิกที่เข้าร่วมประชุมทราบสถานการณ์และร่วมกันสอบถามบริบทแวดล้อมเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตนเองที่ผู้วิจัยนำเสนอในที่ประชุม เห็นภาพชุมชนในปัจจุบันได้ชัดเจน, เสนอสิ่งที่ปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากที่แต่ละคนเผชิญอยู่, เห็นความต้องการความคาดหวังของสมาชิกที่ประชุม, เห็นพลังบวกของตนเองชัดเจนขึ้นและได้ร่วมกันร่างแผนฯ “แผนการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ฉบับร่าง”

2.1.2 มีการเสนอชื่อคณะทำงานและแต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบลอำเภอเป็นลายลักษณ์อักษร โดยนายอำเภอลงนาม และร่วมกันจัดทำแผนฉบับร่างเป็นแผนฯ ฉบับจริง เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ และกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันดำเนินการต่อจากการประชุมยกร่าง “**ตำบลบัวใหญ่เข้มแข็งเด็กเล็กฟันดีสุขภาพดีโดยภาคีมีส่วนร่วม**”

2.2 การปฏิบัติตามแผน (Act) ดังนี้

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง อสม.ผู้นำชุมชน “แปร่งฟันอย่างไรให้ลูกฉลาด”

อสม. เยี่ยมบ้านเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับกระตุ้นการเล่านิทานให้เด็กฟัง ชื่นชมและเสริมพลังผู้ปกครองฯ ลงบันทึกในสมุดบันทึกการดูแลเด็กทั้งการกิน กอด แปร่งฟันเป็นการเพิ่มศักยภาพการตรวจและติดตามพฤติกรรมด้วยตนเอง

จัดทำแผนงานโครงการ ตำบลเข้มแข็งเด็กเล็กฟันดีตำบลบัวใหญ่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุน

จัดเวทีประชุมเครือข่ายติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

ภาคีเครือข่ายร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยและบุคลากรสาธารณสุข เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหารว่างและเครื่องดื่มในโรงเรียนและชุมชน

ด้านระบบบริการ ปรับเพิ่มการแก้ปัญหาฟันผุในเด็กเล็ก โดยให้บริการอุดฟันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ตามข้อเสนอของชุมชน) ใช้ซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์ในการยับยั้งฟันผุในเด็ก ทันตบุคลากรทบทวนการให้บริการ

สร้างเสริมสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ (Ante-natal care) คลินิก WCC และปรับกระบวนการให้บริการโดยกำหนดให้บุคลากร ฝึกปฏิบัติจริง (hand on) ให้กับหญิงมีครรภ์ และฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กทุกราย รวมทั้งทำแบบประเมินก่อนหลังการรับบริการตรวจในช่วงการมาฝากครรภ์ จัดประกวดหนูน้อยสุขภาพฟันดีสุขภาพแข็งแรง จัดปี 2558

จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
ทุกโรงเรียนซึ่งรวมชั้นอนุบาล

จัดประกวดภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น ผญา
สรภัญญะ 1 ครั้ง

กำหนดนโยบายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอด
ขนม ลูกอมนมขวด และทำห้องสมุดนิทานให้ผู้ปกครอง
ให้ข้อมูลและความรู้ผู้ปกครองในวันปฐมนิเทศ โดยทันต
แพทย์และทันตภิบาล นักโภชนาการ

เผยแพร่สื่อสารประชาสัมพันธ์ ทำป้ายไ
นิรณรงค์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากโภชนา
กิจกรรม โดยหมุนเวียนป้ายไปตามโรงเรียน (ทำ 1 ชุด)
ติดป้ายที่รถรับส่งเด็กเพื่อกระตุ้นกิจกรรม “แปรงฟัน
อย่างไรให้ลูกฉลาด” เน้นข้อความสื่อสาร บูรณาการทั้ง
การกิน กอด เล่น แปรงฟัน เล่านิทาน (ปี 2559)

จุดประเด็นนโยบายสาธารณะจากเวที
การประชุมติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ “ตำบลงานบุญปลอด
น้ำอัดลม” (เริ่มเดือนธันวาคม 2558)

การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น เกิดการขยายผลการทำแผนพัฒนาสุขภาพช่อง
ปากไปทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม

**2.3 การสังเกต (Observe) และ 2.4 การ
สะท้อนผล (Reflect)** ภาควิชาเครือข่ายประเมินตนเองโดย
วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการพัฒนา (ข้อมูล กรกฎาคม ปี
2556) และหลังพัฒนา (หลังจากกรกฎาคม 2556) เป็น
ต้นไป โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นร่วมกันเป็นแนว
ทางการสรุป พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก
ปฐมวัยฯ มีพัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 1

ด้านผลการให้บริการในหน่วยบริการ มี
การให้บริการคุณภาพที่เน้นการฝึกทักษะกลุ่มเป้าหมาย
เพิ่มขึ้นต่อเนื่องทั้งกลุ่มหญิงมีครรภ์และผู้ปกครองเด็ก มี
การปรับระบบการให้บริการเชื่อมโยงไปถึงศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กเพื่อแก้ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยเพิ่มการเข้าถึง

บริการและเพิ่มวิธีการบูรณะฟันเพื่อยับยั้งฟันผุในเด็ก

ด้านการจัดกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
โดยครู ได้เพิ่มการบริการห้องสมุดนิทานให้ผู้ปกครอง มี
การรักษามาตรฐานการจัดบริการอาหารว่างและการ
แปรงฟันต่อเนื่อง และเพิ่มการคัดกรองความเสี่ยงโรคฟันผุ
ระยะยาวขึ้นโดยครูที่ได้รับการพัฒนาทักษะ (ตารางที่ 2)

ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ ผลการดำเนินงาน
พบว่า เด็ก 3 ปี มีฟันผุดังต่อไปนี้ จากปี 2555-2559 มี
ฟันผุร้อยละ 44.39 38.39 20.12 29.91 และ 28.13
ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ฟันผุเฉลี่ย 4.03 3.85 3.41 3.16
และ 2.8 ชี้อ่อนตามลำดับ (ภาพที่ 2)

บทสรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพ
เด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ด้วยกระบวนการสร้างการมี
ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลบัวใหญ่ อำเภอโนนสูง
ปี 2556-2559 ในครั้งนี้ ส่งผลสามารถลดฟันผุในเด็ก
ปฐมวัยลงจนเหลือน้อยกว่า 4 ชี้อ่อน และช่วยเพิ่ม
ภาวะโภชนาการของเด็กให้ดีขึ้น ซึ่งโภชนาการในช่วงต้น
ของชีวิตมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพระยะยาว
โดยเฉพาะต่อการพัฒนาสติปัญญาของเด็ก การป้องกัน
และแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัยจึงเป็นช่องทางหนึ่งใน
การลดปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กอย่างบูรณาการ
(กันยา บุญธรรม & สุดา ลีละสิริ, 2559) นอกจากนี้
กระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องในเวทีที่จัดขึ้น ทำให้ภาคีที่
เกี่ยวข้องเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสามารถพัฒนางานได้
หลากหลาย ตลอดจนมีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
ในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

การดำเนินงานเริ่มจากการสื่อสารกับคณะ
ทำงานในตำบล การศึกษาบริบทและสถานการณ์ในพื้นที่
และนำเสนอข้อมูลในเวทีประชุมระดับตำบลเพื่อให้ภาคี
ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และมองร่วมกันถึงสิ่งที่คาดหวังเพื่อ
เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาแล้วร่วมออกแบบร่วม
วางแผน ร่วมพัฒนาและประชุมสะท้อนผล รวมทั้ง
ติดตามอย่างต่อเนื่องตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อัน
เป็นกลวิธีที่ดีวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน (จอห์นสัน พิมพิสาร, 2557) และการทำงานแบบ
เครือข่ายเป็นการบูรณาการงานใช้ความรู้มาขับเคลื่อน
เพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขเป้าหมายให้เกิดการ
พัฒนาที่ยั่งยืน โดยสร้างกระบวนการหรือจัดให้ภาคี

เครือข่ายร่วมดำเนินการตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม การนำกระบวนการนี้ไปใช้ในชุมชนหรือเครือข่ายอื่นๆ ผู้วิจัยในพื้นที่นั้นควรเป็นผู้มีความรู้และฝึกทักษะในการเป็นวิทยากรกระบวนการ อดทน เกะติต คิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงเป็นองค์รวมเพราะผลที่เกิดขึ้นขึ้นกับหลายปัจจัยหลายครั้งที่ไม่สามารถคาดเดาผลได้ และต้องทำงานประสานกับผู้คนหลากหลาย (จินดา พรหมทา, 2559) ผู้วิจัยจึงควรต้องมีความยืดหยุ่น ยกย่อง ยอมรับ ให้เกียรติ และเห็นคุณค่าของบุคคลที่ร่วมกระบวนการด้วยทุกระดับ รวมทั้งเรียนรู้ที่จะลดอัตตาในตัวเองซึ่งเป็นหลักการหนึ่งที่นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ให้คำแนะนำไว้ในการทำงานกับสหวิชาชีพและเครือข่าย อันทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ (2551)

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2553). แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายอยู่ กรมอนามัย. ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2554, จาก <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Hr1M0BYrboAJ:hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/child/Data2.doc+&cd=5&hl=en&ct=clnk&gl=th>
- กรมอนามัย. (2557). แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กรมอนามัย. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2556, จาก http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jzFCBYQKanJ:hp.surinpho.go.th/file_news/VWH99AL.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=th
- กฤษฎา สมประสงค์. (2555). THAITOPIC KT5512 กระบวนการและเทคนิคการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน. ค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2556, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=prieyJaX-Cc>
- กันยา บุญธรรม, & สุดา สีสะสิทธิ์. (2559). ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี. วารสารทันตสาธารณสุข, 21(2), 47-52.
- คนหนึ่งคน จะทำอะไรได้. (2554). ค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2556, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=2FCJz4qelrA&t=26s>
- จอนสัน พิมพ์สาร. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตสาธารณสุข, 13(3), 72-79.
- จินดา พรหมทา. (2559). พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา ตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารทันตสาธารณสุข, 21(1), 80-86.
- ณัฐกฤตา ผลอ้อ. (2555). รายงานผลการสำรวจสถานะช่องปาก ท01 ท02 อำเภอโนนพอง 2552-2555.ขอนแก่น: กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลโนนพอง.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. (2551). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ. ค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.gotoknow.org/posts/195870>

ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในแต่ละตำบล และให้เขตบริการสุขภาพจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน เพื่อให้เกิดชุมชนคนทำงานและมีการขยายการทำงานชุมชนเข้มแข็งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ทันตแพทย์สำนักทันตสาธารณสุขทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนพอง สาธารณสุขอำเภอโนนพอง ผู้อำนวยการโรงเรียน อาจารย์คณะครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แม่คำร้นคำ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ทันตบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพโนนพอง และหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งคณะทำงานทุกท่าน ทั้งครอบครัวและกัลยาณมิตร ที่มีส่วนช่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน

พันธ์ทิพย์ งามสูตร. (2540). การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุณี วงศ์คงคาเทพ, & ศรีสุตา ลีละสิธ. (2557). แนวทางการจัดกระบวนการแก้ปัญหาฟันผุและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988) *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.

Warren, J. J., Levy, S. M., & Kanellis, M. J. (2002). Dental caries in the primary dentition: Assessing prevalence of cavitated and noncavitated lesions. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(2), 109–114.

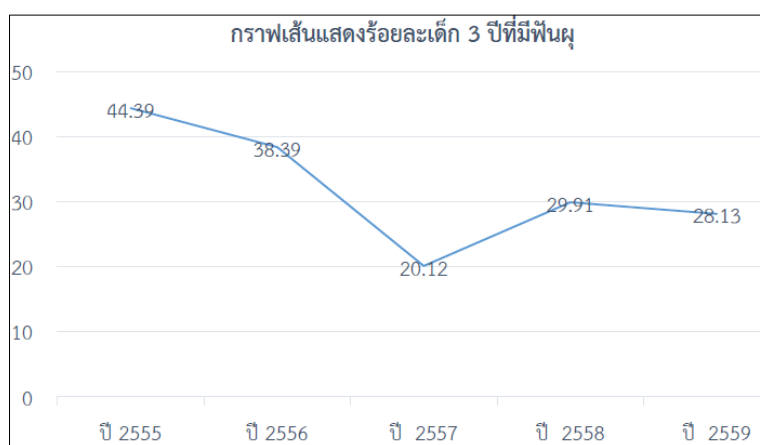
ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาด้านการเกณฑ์การพัฒนาที่กำหนดร่วมกัน

ประเด็น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
เกณฑ์ปัจจัยนำเข้า	มีการทำงานแยกส่วน ไม่มีคณะทำงานไม่มีแผนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง ไม่มีเวทีสื่อสารสะท้อนข้อมูล มีงบประมาณจาก CUP	เกิดคณะทำงานตำบลเข้มแข็งเด็กบัวใหญ่พื้นที่ จาก อบต. สาธารณสุข อสม. แกนนำ ผู้นำ ผู้ปกครอง ร่วมเป็นคณะทำงาน และได้ทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรทั้งระดับตำบลและอำเภอ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลภาคประชาชนในประเด็นการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและขยายทุกวัย และเพิ่มประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเกิดจากการร่วมกันกำหนดแผนงาน โครงการของคณะทำงานโดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการเขียน ทันตบุคลากรปรับมาตรฐานการตรวจ และ คัดกรองโรคฟันผุตั้งแต่ระยะชาวุ่นเพิ่มทักษะให้คุณครูคัดกรองได้ ปรับแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล เพื่อให้เห็นพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินของโรค
เกณฑ์กระบวนการ	การพัฒนาเด็กแยกเป็น หน่วยงาน และกิจกรรมแต่ละ หน่วยงานไม่มีเวทีสื่อสาร ไม่มีการร่วมกำหนดบทบาท ของภาคีที่เกี่ยวข้อง	จัดเวทีให้ภาคีที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัยได้สื่อสาร รับทราบข้อมูลบริบทเรื่อง ไข มองไปข้างหน้า และกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนติดตามการดำเนินงานต่อเนื่อง มีแผนงานโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของภาคีที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินผลงานและสะท้อนผลร่วมกัน ร่วมกันกำหนดบทบาทและสื่อสาร ติดตามความก้าวหน้า

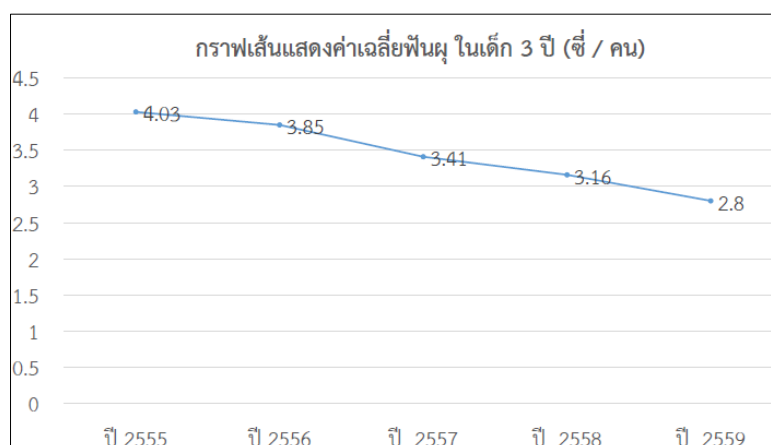
ตารางที่ 2 ผลการพัฒนาการปรับระบบบริการในหน่วยบริการและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประเด็นที่พัฒนาในระบบบริการ	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ร้อยละผลการดำเนินงาน				หมายเหตุ
		56 (N)	57 (N)	58 (N)	59 (N)	
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากและคำแนะนำ	80	100 (29)	100 (28)	100 (26)	100 (47)	
2. หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกแปรงฟันและชุดหินน้ำลาย	20	48.3	57.1	76.92	80.9	
3. เด็กอายุ 9-12 เดือนได้รับการตรวจช่องปาก	80	100 (26)	100 (45)	100 (55)	100 (40)	
4. ผู้ปกครองเด็กอายุ 9-12 เดือนได้รับการฝึกแปรงฟัน	80	62.2	81.8	84.3	90.0	
5. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดให้มี ห้องสมุดนิทานให้ผู้ปกครองยืม	100	0 (1)	0 (1)	100 (1)	100 (1)	
6. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	100	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	
7. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์	80	100	100	100	100	
8. ศพด. ตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูคัดกรองฟันผุระยะชาวุ่นให้เด็ก	ไม่ระบุ	0	0	100	100	

ประเด็นที่พัฒนาในระบบบริการ	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ร้อยละผลการดำเนินงาน				หมายเหตุ
		56 (N)	57 (N)	58 (N)	59 (N)	
9. เด็กใน ศพด.และรร.อนุบาลได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชปีละ 2 ครั้ง (กลุ่มเสี่ยงสูงต่อฟันผุ)	30	100	100	100	100	2ครั้ง/ปี
10. ศพด.ได้รับบริการด้วยซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ให้เด็ก	ไม่ระบุ	0	100	100	100	
11. ศพด.ได้รับบริการออกหน่วยให้บริการที่ศพด.เพื่อบูรณะฟันให้เด็ก หรือนัดมารับบริการที่ รพสต.	ไม่ระบุ	0	100	100	100	



ภาพที่ 1 กราฟเส้นแสดงร้อยละของเด็ก 3 ปี ที่มีฟันผุ



ภาพที่ 2 กราฟเส้นแสดงค่าเฉลี่ยฟันผุในเด็ก 3 ปี