

Research articles

The development of participation model among family and community in oral health promotion at primary school in Pho Yai subdistrict, Warinchamrap district, Ubonratchathani province

Wanpen Somhom

Master of Science
(Biopharmaceutical Sciences),
Ubon Ratchathani University

Anuvadh Vadhapijyakal

Ph. D., Faculty of Pharmaceutical
Sciences,
Ubon Ratchathani University

Krishana Wuttisin

Ph. D., Faculty of Public Health,
Kalasin University.

Abstract

The objective of this action research was to develop the participatory model among family and community in oral health promotion at primary school, Pho Yai subdistrict, Warinchamrap district, Ubonratchathani province. The samples were 45 participants selected by the purposive method. Data were collected by the questionnaire, dental plaque records, interview, observation, focus group discussion. Statistical analyses consisted of percentage, mean, standard deviation and t-test, using 0.05 significant level

The study results show that after using Appreciation-Influence – Control (AIC), family and community set oral health promotion project in primary schools and implemented it under oral health promotion policy by Local Health Insurance Fund Committees. The development of participatory model had two characteristics; formal and informal. The formal development of participatory model was in vertical direction from top to bottom and bottom to top, from operation level and public level. The formal development of participatory model was in horizontal direction. The tasks were coordinated by everyone in order to build interpersonal rapport, to solve problems, to share information and to resolve conflicts. The developed the participatory model was PARDO MODEL. The processes comprised 4 steps: (1) participating in defining a problem and identifying the causes of problem by using AIC (2)

participating in defining the approach and implementation method by using AIC (3) participating in acting (A). (4) participating in observing (O) and reflecting (R). The overall and individual aspects of opinion levels in participation were at the good level. Three-dimension evaluation of the development of participatory model showed that after training, the students and village health volunteers got the posttest scores more than the pretest scores, resulting in the improvement of their oral hygiene. The mean scores of dental plaque decreased significantly at .05 level ($p < 0.001$) after the development of participatory model.

Keywords: model; participatory model; participatory community; oral health promotion; primary school

บทความวิจัย (Research article)

**การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริม
ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่
อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**

วันเพ็ญ สมหอม

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการ
บริหารบริการสุขภาพ
คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล

ปรด. คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กฤษฎณา วุฒิสินธุ์

ปรด. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา
รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริม
ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ให้
ข้อมูลและมีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 36 คน โดยใช้การคัดเลือก
แบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถาม แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ แบบ
สัมภาษณ์ แบบสังเกต และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และการทดสอบค่าที่ (t) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุป
ประเด็นโดยการพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการประชุมแบบมีส่วนร่วม
(AIC) โดยครอบครัวและชุมชน พบว่า ขั้นตอนการวางแผนมีการ
ค้นหาปัญหาและระบุปัญหา พบปัญหาโรคฟันผุ (ร้อยละ 57.1)
เป็นปัญหาสำคัญที่สุด และจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ
ภายใต้นโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพของท้องถิ่น ลักษณะ
เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ อยู่ในแนวคิด ทิศทางจาก
บนลงล่างและล่างขึ้นบน มีระดับผู้ปฏิบัติอยู่ล่างสุดและ
ผู้กำหนดนโยบายอยู่บนสุด ส่วนในแนวระนาบเดียวกันจะมีการ
แบ่งงานและความรับผิดชอบกัน 3 กลุ่มหลัก 7 กิจกรรม เป็นผล
พัฒนาได้รูปแบบ PARDO MODEL ได้แก่ (1) ร่วมค้นหาปัญหา
และระบุปัญหา และกำหนดแนวทาง (Participation Planning ;
P) (2) ร่วมปฏิบัติการ (Acting ; A) (3) ร่วมสังเกตการณ์
(Observing ; O) (4) ร่วมสะท้อนคิด (Reflecting ; R) และการ

พัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง Development ; D และภาพรวมระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.9, S.D. = 0.1) ภายหลังการใช้รูปแบบ มีการประเมินผล 3 มิติ พบว่า ด้านผลผลิต ภายหลังการอบรม เด็กนักเรียนประถมศึกษา มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติทางทันตสุขภาพ เพิ่มขึ้น และ ครอบครัวและชุมชน มีการปฏิบัติทางทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กนักเรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอนามัยช่องปากที่ดีขึ้น ส่วนด้าน ประสิทธิภาพได้รับการสนับสนุนและ อนุมัติงบประมาณโดย อบต. ร้อยละ 100 และ ด้านผลลัพธ์ทางทันตสุขภาพเพื่อควบคุม แผ่นคราบจุลินทรีย์ในการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบ จุลินทรีย์ เท่ากับ 2.02 (S.D. = 0.45) อยู่ในระดับมาก หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 (S.D. = 0.63) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังเด็กนักเรียนมีปริมาณแผ่นคราบ จุลินทรีย์ ลดลงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.001$)

คำสำคัญ : รูปแบบ; รูปแบบการมีส่วนร่วม; การมีส่วนร่วมของชุมชน; ทันตสุขภาพ; โรงเรียนประถมศึกษา

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี เป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญ มีปัจจัยร่วมที่สนับสนุน อันเนื่องมาจากการพัฒนาด้านโครงสร้างประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตกลายเป็นสังคมเมืองและการใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรมมาก

ขึ้น ทำให้ผู้ปกครองมีความสนใจในการดูแลเด็ก ลดลง ซึ่งเด็กต้องอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย แทน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แป้งชั้น โดยจะมีผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก ได้แก่ ความเจ็บปวด การติดเชื้อ และปัญหาด้านการบดเคี้ยว ผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโต และผลต่อบุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศอีกด้วย ทำให้เสียเวลาและการขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นของประเทศ¹ ผลการสำรวจระดับประเทศครั้งที่ 2 - 7 ในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า ฟันแท้ผุ ร้อยละ 45.8, 49.2, 53.9, 57.3, 56.9 และ 53.6 ตามลำดับ ที่มีค่าที่สูงค่อนข้างคงที่ ร้อยละ 41.7 ปวดฟันเนื่องจากฟันผุ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 48.7 เคยปวดฟันจากฟันผุ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมแปรงฟันและบริโภคอาหารที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ การแปรงฟันของเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.6 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 57.8 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 17.8 ที่ยังแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่บ้านทุกวัน และด้านการบริโภคอาหารขนมถุงหรือเครื่องดื่มที่มีผลต่อการเกิดโรคที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.9 ดื่มน้ำอัดลมเป็นบางวัน ร้อยละ 9.6 ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำทุกวัน มีเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้นที่ไม่ดื่มน้ำอัดลมเลย และการบริโภคขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 38.9 บริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน² และปัญหาโรคฟันผุโรงเรียนบ้านโพธิ์ ปีการศึกษา 2558 มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 67.7 และฟันแท้ผุ ร้อยละ 41.3³ ถึงแม้การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ปีการศึกษา

2556 อย่างต่อเนื่องตลอดมา โดยมีการอบรมให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่ครูอนามัย และครูอนามัย ให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียน ร้อยละ 100 และการจัดกิจกรรมการแปรงฟันที่โรงเรียน ร้อยละ 100 แต่ก็ยังขาดความต่อเนื่องโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทั้งที่โรงเรียนและชุมชนในรูปแบบเชิงรุกที่เหมาะสม² จากรายงาน ทส. 002 รพ. สต. โพธิ์ใหญ่ พ.ศ. 2556 พบว่า พื้นที่ที่ยังไม่เคยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ยังไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะขณะที่อยู่ที่บ้าน ร้อยละ 3.73 มีค่าแผ่นคราบจุลินทรีย์ ต่ำกว่าร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่เด็กมักจะแปรงฟันด้วยลำพังตัวเองและทำความสะอาดในช่องปากที่ยังไม่ค่อยดี ส่วนด้านการบริโภคอาหารและการตรวจสุขภาพในช่องปากแก่เด็ก ผู้ปกครองยังมีบทบาทอยู่ในระดับต่ำ โดยจะเตือนบางครั้งและไม่ได้เตือนเลย ด้านความรู้ของผู้ปกครอง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 71.0 ทักษะคิดและการปฏิบัติตน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0 และร้อยละ 63.0) ซึ่งตัวผู้ปกครองเองอาจจะต้องเอาใจใส่กำกับดูแลฝึกฝนให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดการปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัย และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร่วมด้วย ส่วนด้านความรู้ของ อสม. อยู่ในระดับสูง ส่วนทัศนคติและการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.8 และร้อยละ 56.8) และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.6 ในปัจจุบันทั้งทันตบุคลากรและครูอนามัยเป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่มีความร่วมมือการมีส่วนร่วมและร่วมสนับสนุนทางสังคมตามนโยบายของหน่วยงานอยู่แล้ว แต่ความสำคัญยังคงขาดความต่อเนื่องและขาดชัดเจน ได้แก่ ขาดการดูแลเด็กขณะที่อยู่บ้านโดยผู้ปกครอง ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน ผู้ปกครองถือเป็นแห่งแรกสุดที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ที่ต้องคอย

ช่วยให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพทั้งตนเองและครอบครัว และขาด อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุขจากปัญหาดังกล่าวสามารถนำไปเชื่อมโยงกับปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงองค์กร ตั้งแต่ค้นหาสภาพปัญหาและการระบุปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และประเมินผล ภายใต้การปรับเปลี่ยนสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย โดยควรเริ่มต้นที่ระดับครอบครัวและระดับชุมชนที่จะต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญสุด ที่มีความรักความผูกพันกับตัวเด็กเป็นพื้นฐานที่สำคัญในสังคมไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นแนวคิดอันจะสนับสนุนความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคฝ่ายให้เห็นความสำคัญและความตระหนักอันจะทำให้บรรลุเป้าหมายให้นักเรียนประถมศึกษาที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันต

สุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3) เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ โรงเรียนบ้านโพธิ์ และชุมชนบ้านโพธิ์ออก หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งหมด 36 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ (1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในองค์กรภาครัฐระดับผู้กำหนดนโยบายของท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล (2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในองค์กรภาครัฐในโรงเรียนและรพ.สต. ได้แก่ ผู้บริหารและครูอนามัย และทันตบุคลากร (3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับปฏิบัติในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ผู้นำหรือแกนนำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 18 คน และตัวแทนผู้ปกครองเด็กนักเรียน 12 คน

เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการสังเกต และแบบสัมภาษณ์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการให้ทันตสุขภาพแก่เด็ก การอบรมแก่ อสม. การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดบริการทันตกรรมแก่เด็ก การเยี่ยมบ้าน และการให้ทันตสุขภาพโดย อสม. พร้อมสื่อและวัสดุอุปกรณ์

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t - test โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการการทดลองภายในกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่แบบพรรณนา

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการป้องกันและคุ้มครองการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากที่ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามรวมถึงชี้แจงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรว่าการตอบแบบสอบถามของงานวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลใด ๆ ซึ่งผู้ตอบไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุล ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมและหากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามสามารถที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสำคัญเน้นในมุมมองการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพที่มีปัจจัยร่วมหลาย ๆ ปัจจัย

โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนและทุกขั้นตอน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับชุมชน ทำให้มีการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหที่สอดคล้องสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ส่วนระดับผู้ปฏิบัติหรือผู้รับผิดชอบในทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาดตรงตามวัตถุประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและเกิดการพัฒนา โดยเฉพาะผู้ปกครองเริ่มมีบทบาทดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น โดยการพัฒนาแบบ PARDO MODEL จากระดับผู้ปฏิบัติล่างสุดขึ้นไปสู่ระดับผู้กำหนดนโยบายบนสุด ได้แก่ (1) ร่วมวางแผนในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และกำหนดแนวทางโดยใช้กระบวนการ AIC (Participation Planning; **P**) (2) ร่วมปฏิบัติการ (Acting; **A**) (3) ร่วมสังเกตการณ์ (Observing; **O**) (4) ร่วมสะท้อนคิด (Reflecting; **R**) และการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Development ; **D**) ได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. ปัญหาโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการตามบริบทของชุมชน พบว่า มีโรคฟันแท้ผุ ร้อยละ 57.1 ซึ่งนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมด้วย แล้วจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ AIC โดยมีปัจจัยร่วมหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ด้านบุคคล ชุมชน และองค์กร โดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีเวลาดูแลเด็กลดลง อันเนื่องจากการออกไปประกอบอาชีพในสังคมที่รีบเร่งและแข่งขันกับเวลา ผู้ที่จะทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็ก ๆ ที่บ้านแทนก็มักจะเป็นปู่ ย่า ตา ยาย การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาสังคม

และเศรษฐกิจ ประชาชนยังมีความเข้าใจว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของภาครัฐเท่านั้น และที่สำคัญขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ไม่มีความชัดเจนต่อเนื่อง

2. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้พัฒนาเป็นรูปแบบ PARDO MODEL เป็นรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ดังนี้ (1) รูปแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นทางการ ทิศทางจากล่างขึ้นบน และบนลงล่าง ลักษณะอยู่ในแนวตั้ง ประกอบด้วย ระดับผู้ปฏิบัติที่อยู่ล่างสุด และระดับผู้กำหนดนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดย อบต. เป็นหน่วยงานภาครัฐที่อยู่บนสุด ที่มีการจัดสรรตามสัดส่วนที่เหมาะสม มีขั้นตอน ได้แก่ ร่วมวางแผนในการค้นหาปัญหาและความต้องการของพื้นที่ แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การสร้างกลวิธีหรือแนวทางและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก 3 กลุ่มหลัก โดยครอบครัวและชุมชนร่วมเลือกแก้ไขปัญหาระดับชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขและป้องกันได้ง่ายกว่าปัญหาอื่นๆ ร่วมกำหนดและคัดเลือกกลวิธี และแนวทางการแก้ไขปัญห โดยครอบครัวและชุมชนจัดทำโครงการบ้านโพธิ์ ฟันสวย ยิ้มใส ชุมชนห่วงใยสุขภาพ ช่องปาก แล้วร่วมนำเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และได้รับการอนุมัติตามมติการมีส่วนร่วม ร่วมปฏิบัติการตามหน้าที่และความรับผิดชอบ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนคิดที่มีการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (2) รูปแบบการมีส่วนร่วมที่ไม่เป็นทางการ ลักษณะเป็นแนวนอนและอยู่ในระดับเดียวกัน ที่มีการแลกเปลี่ยนการให้ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารภายในกลุ่ม มีความสัมพันธ์ภายในกัน มีการ

แบ่งงานกันและความรับผิดชอบกันในขั้นตอนการวางแผนเป็นการนำกิจกรรมมาสู่ปฏิบัติการโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวความคิดส่งเสริมสุขภาพ 3 กลุ่ม ผู้รับผิดชอบหลักได้แก่ 1) รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดยครูอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักที่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ด้านสาธารณสุขเพื่อสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร และด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การแปรงฟันหลังอาหารทุกวันในโรงเรียน การให้ความรู้ทางทันตสุขภาพแก่เด็ก และการตรวจสุขภาพช่องปาก การจัดระบบส่งต่อและแจ้งผลรายบุคคลให้แก่ผู้ปกครองทุกคน 2) รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดยครอบครัว ชุมชน ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่สอดคล้องกับนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่ การให้ความรู้ทางทันตสุขภาพ และการออกเยี่ยมบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ 3) รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดยทันตบุคลากรใน รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ที่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ทางทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนและ อสม. และการปรับเปลี่ยนงานในเชิงรุกในชุมชนและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในทุก ๆ ฝ่าย ในการสร้างเครือข่ายสุขภาพทั้งภายในและภายนอก และระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.9, S.D. = 0.1)

3. ผลจากการใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วม มีการประเมินผลจากการใช้รูปแบบ 3 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้านผลผลิตภายหลังการดำเนินโครงการ พบว่า (1) ผลการตรวจอนามัยช่องปากเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินโครงการ ระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.7) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.3) ภายหลังสิ้นสุดโครงการ อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 52.7) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.3) ภาพรวม ระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ลดลง เมื่อเทียบก่อนดำเนินโครงการ ภายหลังสิ้นสุดโครงการ (2) ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา และครอบครัวและชุมชนที่มีต่อการดูแลทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่า 1) ก่อนดำเนินโครงการ ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5, ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 76.8) ภายหลังสิ้นสุดโครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 66.0, ร้อยละ 66.0 และร้อยละ 58.0) ภาพรวม ระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางทันตสุขภาพ เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบก่อนดำเนินโครงการ 2) ก่อนดำเนินโครงการ ระดับการปฏิบัติตนทางทันตสุขภาพของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อการดูแลทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7) ภายหลังสิ้นสุดโครงการ อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 83.3) ภาพรวม ระดับการปฏิบัติทางทันตสุขภาพ เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ

3.2 ด้านประสิทธิภาพ พบว่า ด้านทรัพยากรมีความครอบคลุม ร้อยละ 100 โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3.3 ด้านผลลัพธ์ทางทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6 เพื่อควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ในการป้องกันโรค ฟันผุ ก่อนและหลังการภายในกลุ่ม พบว่า ก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์เท่ากับ 2.0 (S.D. = 0.4) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 57.1) หลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.2 (S.D. = 0.6) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.1) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติภายหลังการทดลอง เด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่า ก่อนทดลองใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เด็กนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 และชั้นปีที่ 6 โรงเรียนบ้านโพธิ์ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ	ระดับ ช่วงชั้นคะแนน	ก่อนทดลอง (n = 49)			หลังทดลอง (n = 49)			T	P - value
		ร้อยละ	Mean	S.D.	ร้อยละ	Mean	S.D.		
น้อย	0.1 - 1.0	0.0	2.02	0.45	42.9	1.16	0.63	7.04	.001*
ปานกลาง	1.1 - 2.0	42.9			57.1				
มาก	2.1 - 3.0	57.1			0.0				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1) ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า PARDO MODEL เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นแบบทางการจากระดับล่างสุดไปสู่ระดับบนสุด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ร่วมวางแผนโดยการใช้ขบวนการ AIC มีการค้นหาปัญหาและระบุปัญหาตามความต้องการของพื้นที่ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ต่อมา ร่วมสร้างกลวิธีและกำหนดกลวิธีแก้ไขปัญหา และแบ่งงานความรับผิดชอบกัน ร่วมปฏิบัติการ ร่วมสังเกตการณ์ และร่วมสะท้อนคิด ซึ่งครอบครัวและชุมชนได้พบปัญหาโรคฟันแท่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด แล้วจัดทำโครงการบ้านโพธิ์ ฟันสวย ยิ้มใส ชุมชนห่วงใยสุขภาพช่องปาก และมีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพจำนวน 7 กิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคฝ่ายและทุกขั้นตอน จากระดับล่างสุดไปสู่นบนสุด ร่วมค้นหาปัญหาและระบุปัญหา กำหนดแนวทางหรือกลวิธี และดำเนินการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครอบครัวและชุมชนเกิดความตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา วรรณดี จันทศิริ⁴ พบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องที่ผสมผสานกับการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ตามความต้องการของชุมชน ทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริง และสามารถกำหนดแนวทางตอบสนองความต้องการของตนเอง และชุมชนได้ตามศักยภาพในบริบทของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ⁵ พบว่า องค์ประกอบหนึ่งที่กำหนดผลสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วม คือ มีการนำเสนอปัญหาสู่กลุ่ม

บุคคลที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลในชุมชน ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมกำหนดบทบาทและแนวทางในการดำเนินงาน และร่วมลงมือปฏิบัติ บนฐานความเป็นไปได้ในชีวิตจริงที่มีกระบวนการเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาความต้องการของตนเองและชุมชนแล้วจึงนำสู่การปฏิบัติ

2) ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า PARDO MODEL เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ไม่เป็นทางการ และมีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพจำนวน 7 กิจกรรม ที่สอดคล้องตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 กิจกรรมได้แก่ (1) กิจกรรมการฝึกอบรมและการให้การศึกษา ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา แก่ อสม. แก่ผู้ประกอบการ และชุมชน (2) กิจกรรมการสาธิตโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ การตรวจฟัน การบริการรักษา ส่งเสริมและป้องกันทางทันตกรรม (3) กิจกรรมการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. (4) กิจกรรมการสร้างเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก (5) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน (6) กิจกรรมการตรวจสมรรถภาพทางกายสม่ำเสมอ ได้แก่ การตรวจฟันและจัดระบบส่งต่อผล โดยในขั้นการวางแผนได้มีการแบ่งงานหรือกิจกรรมตามความรับผิดชอบ แล้วจึงนำกิจกรรมสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา มาตุพร พลพงษ์ และคณะ⁶ พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชน 2) การออกกฎเกณฑ์

ของชุมชน 3) การมีผู้นำที่เข้มแข็งและกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน 4) การประชาสัมพันธ์ 5) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 6) ชุมชนมีความตระหนัก

3) ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ผลจากการใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วม ด้านมิติผลผลิตในพฤติกรรมช่องปากของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ภาพรวมระดับปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ลดลง เมื่อเทียบก่อนดำเนินโครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.7) ภายหลังสิ้นสุดโครงการ อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 52.7) โดยระดับโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา ร่วมกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพตามนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดลย์ เพชระ⁷ พบว่า โรงเรียนผ่านการประเมินมาตรฐานโรงเรียนเด็กไทยทำได้ ได้รับการรับรองเป็นโรงเรียนแกนนำเครือข่ายเด็กไทย ฟันดี ได้รับเกียรติบัตรรางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1 การดำเนินงานเครือข่ายเด็กไทยฟันดี จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงเรียนปรับปรุงการดำเนินงาน ได้มาตรฐาน “อาหารสะอาด ปลอดภัย” โรงเรียนมีห้องสุขาที่สะอาดเพียงพอ ปลอดภัยและมีสุขอนามัย ได้มาตรฐาน “สุขาหน้าใช้ในโรงเรียน” โดยปรับปรุงพื้นปูด้วยกระเบื้องและทาสี โรงเรียนมีสถานที่แปรงฟันและนักเรียนมีอนามัยช่องปากที่ดี ไม่มีปัญหาฟันผุ สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้

4) ผลจากการศึกษาวิจัย ผลจากการใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วม ด้านประสิทธิภาพ พบว่า อบต.โพธิ์ใหญ่ ยอมรับนโยบายของโรงเรียนประถมศึกษาและให้การสนับสนุน

งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยครอบครัวและชุมชนจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับล่างขึ้นสู่ระดับบนสุด เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้กำหนดนโยบายท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและมีการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษา ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์⁸ พบว่า ในพื้นที่แรกและพื้นที่สอง ผู้นำชุมชนได้ร่วมกันวางแผนและดำเนินงานสร้างเสริมทันตสุขภาพในชุมชนของตนเอง โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) ผลจากการศึกษาวิจัย ผลจากการใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วม ด้านมิติผลลัพธ์ทางทันตสุขภาพ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยระดับโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา ร่วมกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพตามนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษา วิมลสิริ พรหมมูล⁹ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมมีผลทำให้ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง และช่วยลดอัตราการเกิดโรคฟันผุลดลงด้วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษามาปรับใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก ในการส่งเสริมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างจริงจัง กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนบ้านที่ควรบูรณาการผสมผสานกับภูมิปัญญาไทยท้องถิ่น หรือการ

จัดตั้งชมรมต่าง ๆ หรือการสร้างเครือข่ายหรือครอบครัวต้นแบบ หรืออสม. ต้นแบบ หรือส่งเสริม อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนการเสริมสร้างร่วมกับวัดที่เป็นสถาบันศรัทธารวมจิตใจที่จะสอดคล้องตามสังคมและวัฒนธรรมในชุมชน เพื่อการสร้างความตระหนักในปัญหาทันตสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งในระดับครอบครัว และชุมชนต่อไป

2. จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในรายชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ควรให้ทันตบุคลากรส่งเสริมการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชน และกระตุ้นการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพเพิ่มพลังงานอำนาจทั้งในกลุ่มแกนนำหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มประชาชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนรับรู้ปัญหา และร่วมมือในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพของที่เหมาะสมในทุก ๆ ระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม ได้แก่ การศึกษาดูงาน บุคคลต้นแบบ อสม.ต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชุมชนใกล้เคียง การพัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพเพิ่มพลังงานอำนาจในระดับครอบครัวและชุมชน และการสร้างเสริมแรงจูงใจการทำงานเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบขยายผลลงไปในกลุ่มอื่น ๆ และขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่เป็นเซกเตอร์หรือขอบข่ายทั้งหมด เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ทั้งใน

ระดับครอบครัวและชุมชน และการสร้างเครือข่ายทางสังคมแบบบูรณาการ และควรใช้เวลาในการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มากขึ้นเพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนและความต่อเนื่องโดยใช้เวลาประมาณ 3 - 5 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะครูและผู้บริหารโรงเรียนบ้านโพธิ์ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.โพธิ์ใหญ่ ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ปกครอง บ้านโพธิ์ออก ตลอดจน คณะผู้บริหารเจ้าหน้าที่ อบต.โพธิ์ใหญ่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ ปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุในฟันน้ำนม. **วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2549**; ฉบับพิเศษ 11, 1-2 (มกราคม - ธันวาคม): หน้า 2
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7**. เอกสารอัดสำเนา. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2556.
3. จักรวรรดิ กุลละ และคณะ. **ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพและศึกษาสภาวะทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรงเรียนประถมศึกษาที่มีสัญญาความร่วมมือ (MOU) กับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารไม่ตีพิมพ์; 2558.
4. วรณดี จันทศิริ. **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่าอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี**. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 ชลบุรี; 2545.
5. สุณี วงศ์คงคาเทพ. **นวัตกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวเพื่อลดการบริโภคหวานของเด็ก**. กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ออเนปรีนซ์ออฟ; 2550
6. มาธูพร พลพงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 2560; ปีที่ 4 ฉบับพิเศษ เมษายน 2560: หน้า S243-S259.
7. นพดลย์ เพชร. **การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ในการดำเนินงานโครงการเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนวัดโคกทราย ปีการศึกษา 2551**. 2560 [อ้างเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2560] จาก <https://www.gotoknow.org/>
8. ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์. **การสร้างเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กประถมศึกษา**. 2550 [อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2560] จาก <https://www.icoh.anamai.moph.go.th/thai/files/Night%20Safari/06.ppt>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

9. วิมลสิริ พรหมมูล. *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน ประถมศึกษาโรงเรียนบ้านปราสาท กิ่งอำเภอบ้านด่าน ตำบลปราสาท จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.