

Research article

Development of oral health promotion model for preschool children by the people participation in child development centers of Muenwai Subdistrict Administration Organization, Muenwai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province.

Panitan Sonpanao

Master Degree of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Santisith Khiewkhern

Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Supatra Watthanasoen

Lecturer, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province

Abstract

This action research aimed to study the development of oral health promotion model for preschool children by the people participation in child development center of Muenwai Subdistrict Administration Organization, Muenwai Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Data were collected from 114 participants using quantitative and qualitative methods regarding questionnaires, group discussions, interviews and observations. Descriptive statistics were analyzed by frequency, percentages, means, standard deviations, minimum and maximum. In addition, an inferential statistics as a Paired sample t-test was also performed.

The finding revealed that the development of oral health promotion model for preschool children by the people participation arose from the participation of the community idea. Parents and networks participation in the research involved eight stages of development including: 1) Study community context 2) Analyze problems and workshop together 3) Construct action Plan 4) Implement the plan 5) Observe, monitor and evaluate the plan 6) Compare the results 7) Summarize the results and 8) Reflect the results. The results showed that after the development, there was an increase in the mean score of

Corresponding author:

Panitan Sonpanao

E-mail : panitanpage@gmail.com

Received date: 4 September 2018

Revised date: 18 October 2018

Accepted date: 2 November 2018

knowledge, attitude, practice, Participation and activity satisfaction , and the scores of Plaque Index (PI) for children improved significantly ($p\text{-value}<0.001$). In addition, the Child Development Center passed the criteria for evaluating the quality of the child center, both in terms of activities and outcomes. The result also showed that preschoolers increased cavity free.

In summary, this model was created to community context. The key success factors comprised the community participation in activities that operated in the area, good techniques to empowerment of parents' recognition of the importance of oral health, including the continuous activity and emphasis with stakeholders in community.

Keywords: development; participation; pre-school children.

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ปณิธาน สนพะเนา

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สันติสิทธิ์ เขียวเขิน

อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สุพัตรา วัฒนเสน

วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
ด้านการสอน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนาในชุมชน จำนวน 114 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็ก ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติ Paired sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนครั้งนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานทุกขั้นตอนร่วมกันตามที่กำหนดไว้ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินการตามแผน 5) สังเกต ติดตามและประเมินผล 6) เปรียบเทียบผล 7) สรุปผล และ 8) สะท้อนผลลัพท์ร่วมกัน พบว่าภายหลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อีกทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ปณิธาน สนพะเนา

อีเมล : panitanpage@gmail.com

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 4 September 2018

วันที่แก้ไขบทความ: 18 October 2018

วันตอบรับบทความ: 2 November 2018

ประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพทั้งด้านการดำเนินงานและด้านผลลัพธ์และพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น

โดยสรุปการดำเนินงานนี้ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และเกิดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ โดยปัจจัยที่ทำให้สำเร็จได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนทุกกระบวนการที่ผู้ปกครองเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากเด็กและการที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การมีส่วนร่วม; เด็กก่อนวัยเรียน

บทนำ

ในวัยเด็ก การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะมีผลเสียต่อบุคลิกภาพการบดเคี้ยว การเจริญเติบโตของขากรรไกรตลอดจนการเรียงตัวของฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่และจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเด็ก การที่เด็กมีปัญหาฟันผุแม้จะไม่อันตรายถึงแก่ชีวิตแต่ก็ทำให้เด็กเจ็บปวดทรมาน เสียสุขภาพ และยังส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก และยังพบอีกว่าการมีฟันผุหลายซี่ในปากมีความสัมพันธ์กับภาวะแคระแกร็นของเด็กด้วย¹

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555 ด้านสภาวะโรคฟันผุและการสูญเสียฟัน พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน คือ โรคฟันผุ ซึ่งในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ที่ใช้เป็นตัวแทนในการติดตามการเกิดโรค ฟันผุในฟันน้ำนม พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 51.8 มีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (decayed missing filled teeth : dmft) 2.7 ซี่ต่อคน แม้จะเพิ่มมีฟันน้ำนมขึ้นครบ แต่ร้อยละ 3.2 ของเด็ก เริ่มมีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว นอกจากนี้พบว่า ในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์โรคฟันผุนั้นเกือบทั้งหมดจะเป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา คือ ร้อยละ 50.6 หรือเฉลี่ย 2.6 ซี่ต่อคน²

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการสำรวจดังกล่าวพบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปีมีร้อยละการปราศจากโรคฟันผุ เท่ากับ 50.8 และ 23.8 ตามลำดับ มีร้อยละของการสูญเสียฟันน้ำนม เท่ากับ 2.4 และ 10.1 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.4 และ 4.3 ซี่ต่อคนตามลำดับ² และจากการสุ่มสำรวจทันตสุขภาพ ปี 2558 ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 49.45 และ 17.87 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.09 และ 4.67 ซี่ต่อคนตามลำดับ³ จากการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวยพบว่ามีปัญหาในด้านฟันน้ำนมผุเป็นอย่างยิ่ง โดยมีเด็กมีโรคฟันผุถึงร้อยละ 84.00 ซึ่งมีค่าสูงกว่าผลจากรายงานจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก

ระดับประเทศครั้งที่ 7 ในระดับประเทศ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและในจังหวัดนครราชสีมา (ตัวชี้วัดเด็กอายุ 3 ปี ในระดับประเทศ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในจังหวัดนครราชสีมา มีสภาวะโรคฟันผุ ร้อยละ 51.80, 49.20 และ 50.55 ตามลำดับ) รวมทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ยังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งในด้านการดำเนินกิจกรรมและด้านผลลัพธ์ (เกณฑ์ด้านผลลัพธ์ คือ เด็กมีฟันน้ำนมผุ ไม่เกินร้อยละ 57) อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ทางฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย มาตั้งแต่ปี 2557 ทั้งกิจกรรมตรวจฟันเด็ก กิจกรรมให้ความรู้ ผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก การออกหาฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุในเด็ก เป็นต้น แต่ยังคงพบว่าปัญหาของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คือ ร้อยละของโรคฟันผุที่สูง ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ตั้งแต่ในปี 2557-2560⁴ เป็นการสะท้อนถึงผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่ผ่านมาว่าไม่ประสบความสำเร็จด้านการป้องกันโรคฟันผุ จึงทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาค้นฟันผุในเด็กได้ทั้งนี้การแก้ปัญหาทันตสุขภาพในชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจระบบสุขภาพโดยรวม จึงจะสามารถกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆได้ มิใช่เพียงการใช้ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขเข้าไปแก้ไขปัญหานั้น แต่ต้องนำความสำคัญของทุกภาคส่วนที่ความเกี่ยวข้องกับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ควรมีการระดมความคิด ร่วมวางแผนและร่วมแก้ไขปัญหานี้ไปพร้อมกันด้วย รวมถึงการให้ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เพื่อให้การดูแลนั้นมีความสอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบทต่างๆ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวคิดการพัฒนางานทันตสาธารณสุขโดยให้ชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยในขั้นตอนของการวางแผน (Planning) ร่วมกันเพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ทำให้ผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขในเด็กก่อนวัยเรียน⁶

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และพบว่าปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกันของคนในชุมชนจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพได้ เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาในเด็ก เพราะปัญหานี้ไม่สามารถแก้ไขได้จากผู้ปกครองฝ่ายเดียวหรือเพียงจากบุคคลบางกลุ่ม จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของแนวคิด Kemmis&McTaggart¹⁰ เนื่องจากเป็นรูปแบบการวิจัยที่

เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อที่จะได้ทำการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน ให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานและส่งเสริมให้เด็กก่อนวัยเรียนมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาประชากรในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านทันตสุขภาพเด็ก จำนวน 114 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 50 คน 2) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 50 คน (ผู้ปกครอง 1 คน ต่อเด็กในปกครอง 1 คน) และ 3) กลุ่มร่วมพัฒนา จำนวน 14 คน ได้แก่ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 2 คน, คณะกรรมการบริหารศูนย์เด็กเล็กจำนวน 1 คน, กำนันตำบลหมื่นไวยจำนวน 1 คน, ผู้ใหญ่บ้านเขตพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย จำนวน 1 คน, ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน จำนวน 3 คน, นายก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวยจำนวน 1 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 4 คนและนักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.โพธิ์สูงจำนวน 1 คน ระยะเวลาในการวิจัยในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 โดยทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) การเสนอโครงการ การดำเนินกิจกรรมจากแผนงานที่วางไว้ รวมทั้งประเมินผล สรุปผล และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็ก ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และเนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประชากรทั้งหมดของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา ในช่วงปีการศึกษา 2560 ทั้งนี้เพื่อต้องการทราบแนวโน้มของข้อมูลในปีการศึกษาถัดไป ผู้วิจัยจึงใช้สถิติอนุมานเพื่อคาดการณ์ประชากรหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยใช้สถิติ Paired sample t-test ในส่วนของแบบทดสอบวัดความรู้ได้ทำการวัดค่าความเชื่อมั่นด้วย KR20 ได้เท่ากับ 0.807 ส่วนในด้านเจตคติ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.810, 0.753, 0.703 และ 0.731 ตามลำดับ ในการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ได้ทำการปรับมาตรฐานในการตรวจ ได้ค่าความพ้อง (Kappa) ระหว่างผู้ตรวจ (Inter-Examiner Reliability) เท่ากับ 0.82 และค่าความพ้อง (Kappa) ภายในผู้ตรวจ 1 คน (Intra-Examiner Reliability) เท่ากับ 0.83 โดยมีเกณฑ์การประเมินผลในการแบ่งระดับของความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁸ แบ่งเป็นระดับสูง (13 – 16 คะแนน) ปานกลาง (10 – 12 คะแนน) และต่ำ

(0 – 9 คะแนน) ส่วนระดับด้านเจตคติและพฤติกรรม ใช้เกณฑ์ของ Best⁹ จำแนกเป็นระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66) ด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์ของ Best⁹ เช่นกัน จำแนกเป็นระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66) ด้านเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์จำแนกเป็นไม่มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ (คะแนนเฉลี่ย 0.00) มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.10 – 1.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.10 – 2.00) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.10 – 3.00) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีเลขที่การรับรอง PH 047/2561 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษาบริบทของชุมชน สถานศึกษา ถึงปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน การปรับมาตรฐานของผู้วิจัยในการตรวจช่องปาก และสำรวจสภาพทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน และการกำหนดสถานศึกษา การติดต่อประสานงานกับทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ผู้ปกครอง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

2. ระยะดำเนินการ โดยกระบวนการทั้งหมดดำเนินการวิจัยทำภายใต้แนวคิด Kemmis&McTaggart¹⁰ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นดำเนินการตามแผน (Action) 3) ขั้นสังเกตและประเมินผล (Observe) 4) ขั้นสะท้อนข้อมูล (Reflection) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Planning ประกอบไปด้วย 1) ประชุมคุณครูผู้ดูแลเด็ก กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านทันตสุขภาพ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อมูลสู่ชุมชน และร่วมกันวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C และ 3) กำหนดแนวทางการพัฒนาร่วมกันถึงวิธีการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 Action ได้แก่ การปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ร่วมกันในขั้น Planning

ขั้นตอนที่ 3 Observe ประกอบไปด้วย 1) สังเกตการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกระบวนการดำเนินงาน 3) สรุปผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 Reflection ประกอบไปด้วย 1) สรุป วิเคราะห์ผลจากการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นที่ 1 - 3 2) ร่วมกันถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม 3) เปรียบเทียบผลจากก่อนการพัฒนาและสะท้อนผลการดำเนินงาน 4) ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาวิธีปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ระยะหลังการดำเนินการ ภายหลังจากการดำเนินงาน 3 เดือน ผู้วิจัยได้ประเมินผลในเรื่องการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนาโดยทั้งผู้วิจัยและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาได้ทำการประเมินผลในภาพรวมเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนและผลการพัฒนาร่วมกัน

ผลการศึกษา

จากกระยะดำเนินงานขึ้นวางแผน พบว่าข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของผู้ปกครอง จำนวน 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 และเพศชาย ร้อยละ 22.00 อายุของผู้ปกครองเฉลี่ย 41.38 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.68 ปี) อายุเฉลี่ยของเด็กส่วน 3.27 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50ปี) อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นพ่อ แม่ ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 28.00 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 72.00 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ทั้งครอบครัวเฉลี่ย 19,180.00 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,040.47 บาท) เงินค่าขนมที่ให้เด็ก ต่อวันเฉลี่ยวันละ 14.90 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.34 บาท) รายละเอียดดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (n=50)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	22.00
หญิง	39	78.00
อายุของผู้ปกครอง (ปี)		
24 - 39	24	48.00
40 - 54	20	40.00
55 - 68	6	12.00
$\bar{X}$ =41.38 ปี, S.D.=10.68, Min.= 24, Max.= 68		
อายุของเด็กในปกครอง (ปี)		
2	4	8.00
3	26	52.00
4	20	40.00
$\bar{X}$ =3.27 ปี, S.D.= 0.50, Min.=2 , Max.= 4		
ความสัมพันธ์กับเด็กในปกครอง		
พ่อ แม่	24	48.00
ลุง ป้า น้า อา	12	24.00
ปู่ ย่า ตา ยาย	14	28.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	21	42.00
มัธยมศึกษา	20	40.00
ปริญญาตรี	9	18.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะของผู้ปกครอง(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (n=50)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ	2	4.00
รัฐวิสาหกิจ	2	4.00
ค้าขาย	36	72.00
ธุรกิจส่วนตัว	10	20.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งครอบครัว (บาท)		
10,000 – 20,000	33	66.00
20,001 – 30,000	15	30.00
มากกว่า 30,000	2	4.00
$\bar{X}$ = 19,180.00 บาท, S.D.=6,040.47, Min.=10,000, Max.=35,000		
เงินค่าขนมที่ให้เด็กต่อวัน (บาท)		
10 – 15	36	72.00
16 – 21	12	24.00
22 – 25	2	4.00
$\bar{X}$ = 14.90 บาท, S.D.= 4.34, Min.= 10, Max.=25		

จากนั้นได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ค้นข้อมูลสู่ชุมชน และร่วมกันวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C จากการวิเคราะห์ส่วนใหญ่เห็นว่าโรคฟันผุเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครองเด็กที่ยังขาดความรู้ ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพบุตรหลานของตนเอง เด็กไม่ยอมแปรงฟัน หรือมีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน เด็กชอบทานขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม สภากาแฟดื่มน้ำในชุมชนมีร้านค้าที่ขายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังขาดสื่อการเรียนการสอนด้านทันตสุขภาพและเกณฑ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านสุขภาพช่องปากยังไม่ผ่านจึงได้ร่วมกันวางแผนโครงการในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ร่วมกันได้ 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการหนุนช่วยฟันสวย ยิ้มสดใส ใส่ใจสุขภาพช่องปากโดยกิจกรรมประกอบด้วยตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันแก่เด็กใน ศพด.ทุกคนการวัดความสะอาดเด็กช่องปากในการให้เคียวเม็ดสีย้อมฟัน การอุดฟันเด็กที่มีปัญหาฟันผุ 2) โครงการอบรมความรู้แก่คุณครูและผู้ปกครองเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ในด้านการดูแลทันตสุขภาพในเด็กเล็กการฝึกทักษะในการตรวจฟันให้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กการปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกันและทำการวัดผลผู้ปกครองในด้านความรู้เจตคติและพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน 3)โครงการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในชุมชน โดยประกาศเสียงตามสายในการให้ความรู้ทันตสุขภาพในชุมชนบ้านโนนตาสุก ม.3 ใน

ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 – 17.30 น. (เนื่องจากชุมชนเสนอว่าเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลิกจากการทำงานแล้ว) และ 4) โครงการพัฒนาสถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งภายหลังการดำเนินงานพบว่าสามารถทำได้ 3 โครงการ ยกเว้นโครงการพัฒนาสถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม (Pre-test และ Post-test ห่างกัน 3 เดือน) พบว่า ภายหลังการพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกิจกรรม ($p\text{-value}<0.001$) ส่วนเด็กก่อนวัยเรียน มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เช่นกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความพึงพอใจต่อกิจกรรม และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมก่อน และหลังการพัฒนา

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D. $\bar{d}$	95 % CI	t	p-value
ความรู้ (ผู้ปกครอง n=50)							
ก่อนพัฒนา	8.38	1.96	4.72	2.65	3.96- 5.47	12.55	<0.001
หลังพัฒนา	13.10	1.84					
เจตคติ (ผู้ปกครอง n=50)							
ก่อนพัฒนา	2.30	0.22	0.36	0.31	0.27- 0.45	8.19	<0.001
หลังพัฒนา	2.67	0.24					
พฤติกรรม (ผู้ปกครอง n=50)							
ก่อนพัฒนา	2.24	0.27	0.40	0.33	0.31- 0.50	8.54	<0.001
หลังพัฒนา	2.65	0.24					
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม (ผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนา n=64)							
ก่อนพัฒนา	1.79	0.30	0.96	0.33	0.88- 1.04	23.34	<0.001
หลังพัฒนา	2.76	0.19					
ความพึงพอใจต่อกิจกรรม (ผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนา n=64)							
ก่อนพัฒนา	2.18	0.19	0.53	0.22	0.47- 0.59	18.79	<0.001
หลังพัฒนา	2.71	0.15					
ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ (เด็ก n=50)							
ก่อนพัฒนา	2.13	0.46	1.19	0.41	1.07- 1.31	20.50	<0.001
หลังพัฒนา	0.93	0.31					

บทวิจารณ์และสรุปผล

จากการลงความเห็นของชุมชนว่าควรให้แก้ไขปัญหาคัดฟันมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ยังไม่ผ่าน เนื่องจากเกณฑ์ดังกล่าวอาจเอื้อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีได้ โดยพบว่าภายหลังการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพทั้งด้านการดำเนินกิจกรรมและด้านผลลัพธ์ โดยก่อนการพัฒนา มีเกณฑ์ด้านการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ยังไม่ผ่าน 4 ข้อ ได้แก่ 1) เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากฟันผุเดือนละ 1 ครั้งโดยครูผู้ดูแลเด็ก 2) มีการแจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูพร้อมให้คำแนะนำ 3) ครูผู้ดูแลเด็กตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟันทุกวันและ 4) เด็กทุกคนมีแก้วน้ำแปรงสีฟันผ้าเช็ดหน้ามีการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งและมีการจัดเก็บที่สะอาดปลอดภัย ในภายหลังการพัฒนา ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงและแก้ไขร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กได้ผ่านทุกข้อ ส่วนเกณฑ์ด้านผลลัพธ์กำหนดว่าเด็กต้องมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57 แต่พบว่าก่อนพัฒนาเด็กมีปัญหาฟันผุร้อยละ 84.00 (ผุ 42 คน จาก 50 คน) ทางผู้วิจัยและผู้ร่วมพัฒนาจึงได้วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยกิจกรรมอุดฟันในที่ที่มีปัญหาและอยู่ในขอบเขตการรักษาของผู้วิจัย โดยมีเด็กได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง จำนวน 16 คน แบ่งเป็นได้รับการรักษาจากผู้วิจัย จำนวน 14 คน และจากคลินิกทันตกรรมเอกชน จำนวน 2 คน ทั้งนี้เด็กทุกคนยังได้รับทันตกรรมป้องกันตามปกติจากผู้วิจัย ได้แก่ การตรวจฟัน การทาฟลูออไรด์วานิชและการให้ทันตสุขศึกษา ซึ่งภายหลังการดำเนินงานพบว่าเด็กฟันผุร้อยละ 52 จากการดำเนินงานครั้งนี้ทำให้ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการอุดฟัน ดังความคิดเห็นที่ว่า “...การให้การรักษาดูว่าดีกับลูกมาก เพราะก็ไม่ค่อยมีเวลาพาออกไปหาหมอเท่าไร อยากให้หมอมาทำให้บ่อยๆ เลย...” (ผู้ปกครอง, สัมภาษณ์, 2561) หรือที่ว่า “...ถือว่าดีมากเพราะเด็กจะได้เรียนรู้การทำฟัน จะได้ใกล้ชิดกับหมอฟันมากขึ้น จะได้ไม่กลัวหมอฟัน...” (อสม., สัมภาษณ์, 2561).

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มาจากการระดมสมองของชุมชนที่เห็นว่าปัญหาเด็กเล็กฟันผุนั้นมีได้มีสาเหตุมาจากผู้ปกครองหรือตัวเด็กเองเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่มาจากสภาพแวดล้อมโดยรวมรอบตัวเด็ก ดังนั้นในการแก้ปัญหานี้จึงไม่สามารถทำกับเพียงกลุ่มผู้ปกครองหรือเด็กได้ ต้องมาจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทั้ง 14 คน ในการแก้ไขปัญหานั้นที่แท้จริงของฟันผุในเด็กด้วยโดยจากขั้นตอนในการวางแผน (Planning) พบว่าได้กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยทำภายใต้กิจกรรมที่มาจากกระบวนการระดมความคิดของชุมชนใน 4 โครงการ ได้แก่ โครงการหนุนช่วยฟันสวย ยิ้มสดใส ใส่ใจสุขภาพช่องปาก, โครงการอบรมความรู้แก่คุณครูและผู้ปกครองเด็ก, โครงการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในชุมชนและโครงการพัฒนาสถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากโครงการดังกล่าวเป็นโครงการที่ได้จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ซึ่งทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้าน ทันตสุขภาพในชุมชนมาร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทำให้แต่ละกิจกรรมในโครงการทุกโครงการ มีความเหมาะสมกับสภาพบริบทในพื้นที่ รวมทั้งทุกคนได้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนร่วมกัน ทำให้สามารถดำเนินโครงการครั้งนี้เสร็จสิ้นไปได้ 3 โครงการ ส่วนโครงการพัฒนา

สถานที่แปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากกำลังดำเนินการของงบประมาณ และการวางแผนเพิ่มเติมจากหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ในปีงบประมาณ 2562 ต่อไป ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา ทั้งนี้พบว่า ก่อนการพัฒนามีเด็กฟันผุร้อยละ 84 โดยเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ปกครองก่อนการพัฒนาที่พบว่าผู้ปกครองมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งเจตคติและพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กยังไม่ดีเท่าที่ควรคืออยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ส่งผลให้เด็กในปกครองมีร้อยละการเกิดโรคฟันผุที่สูง ในภายหลังการดำเนินการอุดฟันเด็ก ก่อนวัยเรียนพบว่าเด็กมี Cavity free เพิ่มขึ้น (ก่อนพัฒนามี Cavity free ร้อยละ 16.00 และหลังพัฒนามีร้อยละ 48.00)

ในด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมของผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจากก่อนการพัฒนา เนื่องจากได้เน้นไปที่ผู้ปกครองโดยตรงทั้งด้านการอบรมให้ความรู้ การเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพเด็กร่วมกันในชุมชนที่มากขึ้น อีกทั้งเมื่อทำการวัดผลด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในผู้ปกครองและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาพบว่าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$ ในทุกด้าน)รวมทั้งปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็กก่อนวัยเรียนจากระดับมากลดลงเหลือระดับน้อยเมื่อวัดผลภายหลังการพัฒนา โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เช่นกัน ดังตารางที่ 2

ทำให้ได้รูปแบบในการพัฒนาที่มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ตำบลหมื่นไวย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครองและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ซึ่งรูปแบบได้พัฒนาขึ้นจากก่อนการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการพัฒนาทั้งก่อนและหลังการพัฒนา เทียบตามเกณฑ์กิจกรรมการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้แนวคิด Kemmis&McTaggart¹⁰ พบว่าจากการดำเนินงานได้กิจกรรมการดำเนินงานทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.หมื่นไวย ทั้งหมด 16 ขั้นตอน ประกอบด้วย Planning 3 ขั้นตอน (P1 - 3), Action 9 ขั้นตอน (A1 - 9), Observation 2 ขั้นตอน (O1 - 2) และ Reflection 2 ขั้นตอน (R1 - 2) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

เกณฑ์กิจกรรมการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานเดิม	รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานใหม่
1.ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ตรวจฟัน ให้ทันตสุขศึกษา แก่ปัญหารอยโรคที่พบในช่องปากร่วมกับครูพี่เลี้ยง เด็กและผู้ปกครอง	1.มีการตรวจฟัน คัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ให้ทันตสุขศึกษา โดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง 2.ไม่มีการจัดกิจกรรมรักษาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน	1.มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาซึ่งมาจากการระดมความคิดเห็นของผู้ปกครอง และกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาทุกท่าน โดยมีผลการตรวจฟันในเด็กเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการแก้ไขปัญหา (A2) 2.มีการให้บริการเชิงรุกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการนัดเด็กที่มีปัญหาในช่องปากมาทำการรักษาที่ รพ.สต.โพธิ์สูง (A5) 3.มีระบบการให้บริการเด็กที่มีปัญหาในช่องปาก โดยหากเกินขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ก็ได้มีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนมารับ (A6) 4.เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากครู เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีแบบบันทึกการตรวจฟันเด็ก รวมทั้งแบบบันทึกการแปรงฟันทุกวันที่บ้านสำหรับผู้ปกครอง (A7)
2.ประสานงานโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดการฝึกอบรมครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้ทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	ไม่มีการประสานงานหน่วยงานในการจัดการฝึกอบรมครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็ก	1.มีกิจกรรมที่กลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาได้ร่วมพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยน และร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเด็กร่วมกัน (A1) 2.มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการดูแลช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รวมถึงการพัฒนาทักษะการปฏิบัติและการแยกแยะประเภทอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสุขภาพช่องปากในเด็ก (A3)

ตารางที่ 3 กิจกรรมเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
รูปแบบเดิมและ รูปแบบใหม่(ต่อ)

เกณฑ์กิจกรรมการ ดำเนินงานทันต สาธารณสุขในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	รูปแบบกิจกรรมการ ดำเนินงานเดิม	รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานใหม่
		3.มีการทดสอบระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนาเพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชนได้ทราบ (O2)
3.สนับสนุนให้ครูพี่เลี้ยง เด็กจัดกิจกรรมส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัย เรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้น กิจกรรม (1) จัดเมนูอาหารและจัด อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ เหมาะสมต่อเด็กรวมทั้งดื่ม นมจืด งดการใช้ ชาวดนม (2) จัดสภาพแวดล้อมของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เอื้อ ต่อการมีทันตสุขภาพที่ดี	1.มีการเน้นให้ครูผู้ดูแล เด็กจัดเมนูอาหารและจัด อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ เหมาะสมต่อเด็ก เช่น ให้ดื่ม นมจืดและใช้นโยบายงดการ ใช้ชาวดนมในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก แต่ภายในศูนย์เด็ก ยังขาดสื่อการเรียนการสอน ที่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพ ที่ดี	1. จัดทำสื่อการสอนและมุมให้ความรู้ ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งมีการให้เสียงตามสายความรู้ด้าน ทันตสุขภาพทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 – 17.30 น. (A8) 2. มีการสร้างข้อตกลงร่วมกันในกลุ่ม ของผู้ปกครองในการไม่ให้นม/น้ำอัดลม แก่เด็กมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วย และ ในกลุ่มร้านค้าในการลดการนำขนม กรุบกรอบหรือน้ำอัดลมมาขาย (A9)
4.การจัดกิจกรรมเคลือบ ฟลูออไรด์วานิชป้องกัน ฟันผุ	มีการจัดกิจกรรมเคลือบ ฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกัน ฟันผุปีละ 1 ครั้ง โดย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข	1.มีการเคลือบฟลูออไรด์วานิชในเด็ก ก่อนวัยเรียนปีละ 2 ครั้ง (6 เดือนต่อครั้ง) (A4) 2.มีการวัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็ก ก่อนวัยเรียน เพื่อคืนข้อมูลให้ผู้ปกครองได้ ทราบสภาวะความสะอาดของช่องปากเด็ก ในปกครองของแต่ละคน (O1)
5.ประเมินสภาพแวดล้อม ศูนย์เด็กเล็ก	มีการประเมิน สภาพแวดล้อมศูนย์เด็กเล็ก ตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ โดยเจ้าหน้าที่ ทันตสาธารณสุข	1.มีการสะท้อนผลของการเทียบการ ประเมินของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. หมื่นไวย กับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ชุมชนรับทราบ (R1)

ตารางที่ 3 กิจกรรมเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน
รูปแบบเดิมและ รูปแบบใหม่(ต่อ)

เกณฑ์กิจกรรมการ ดำเนินงานทันต สาธารณสุขในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	รูปแบบกิจกรรมการ ดำเนินงานเดิม	รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานใหม่
6. สรุปวิเคราะห์ผลการ ตรวจข้อ 1 และ 5 สรุป นำเสนอองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เพื่อการ พิจารณาตัดสินใจจัดทำ แผนพัฒนาสู่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กน่ายอยู่ และตาม เกณฑ์ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และสิ่ง สนับสนุนกิจกรรม เสริมสร้างทันตสุขภาพ ได้แก่อุปกรณ์การแปรงฟัน อาหารส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นต้น	มีการสรุปและวิเคราะห์ผล ตามเกณฑ์กิจกรรมการ ดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งข้อ 1 และ 5 โดยเจ้าหน้าที่ ทันตสาธารณสุข แต่ไม่ได้มี การสะท้อนผลโดยนำเสนอ ต่อองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นให้รับทราบ	1. มีการศึกษาบริบทการดำเนินงานทันต สาธารณสุข รวมทั้งสถานการณ์โรคฟันผุ เด็กก่อนวัยเรียน และคืนข้อมูลผลการ ตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของเด็กทุก คนให้ผู้ปกครองและผู้ร่วมพัฒนาทราบถึง สภาวะช่องปากเด็กแต่ละคน (P1) 2. มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วนในชุมชนที่มีส่วนในการดูแล ทันตสุขภาพในเด็กเล็ก โดยอาศัย กระบวนการ A-I-C (P2) 3. มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน ทิศทางการดำเนินงาน การประเมินผล ร่วมกันทุกกระบวนการ (P3) 4. มีการวิเคราะห์และสรุปผลการ ดำเนินงาน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ การถอดบทเรียนร่วมกันของผู้ปกครองและ กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาในทุกกิจกรรม (R2)

ผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นนี้มาจากการร่วมมือกันของชุมชน ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่าง
เต็มกำลัง ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหาหารือร่วมกัน การวิเคราะห์สถานการณ์โรคฟันผุร่วมกัน ไปจนถึง
การลงมือทำและการประเมินผลร่วมกัน โดยภายหลังการดำเนินงานผู้วิจัยได้ทำการถอดบทเรียน
ร่วมกันกับผู้ปกครองและกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาได้ตัวอย่างความคิดเห็นที่ว่า “...หากผู้ปกครองสามารถ
แยกแยะและรู้จักเลือกอาหารที่ดีกับฟันให้กับเด็ก ไม่ให้กินของไม่ดี ก็มีผลให้เด็กฟันดีขึ้นได้...” (ครู
ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์, 2561)หรือที่ว่า “...ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแบบนี้ถือว่าเป็นการทำงานที่ดี ทุกคน
เห็นภาพชัดเจนดี ว่ามันเป็นปัญหาจริง ๆ ทำให้เด็กฟันผุน้อยลง...” (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์, 2560)
จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกันโดยชุมชนเสนอไว้ 5 ประเด็น คือ 1)ด้านการมีส่วนร่วม
ในชุมชน 2)ด้านความต่อเนื่องของกระบวนการ 3)ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กที่บ้าน 4)ด้านการ
เลือกบริโภคสิ่งที่เอื้อต่อทันตสุขภาพที่ดี และ5)ด้านความตระหนักในการพบทันตบุคลากรเป็นประจำ

ทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพเด็กเล็กในชุมชน คือ CHILD Model ดังรายละเอียดต่อไปนี้

C คือ Community หมายถึง การที่ชุมชนทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วม มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา จนถึงการประเมินผลลัพธ์ และมีการลงมือปฏิบัติในทุกกระบวนการดำเนินงานของการแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างเต็มที่

H คือ Home หมายถึง การดูแลทันตสุขภาพที่บ้านของผู้ปกครองหรือผู้ที่ดูแลเด็กในด้านทันตสุขภาพโดยตรง มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี มีการตรวจฟันเบื้องต้นเพื่อประเมินฟันที่บ้านให้แก่เด็กได้

I คือ Identify หมายถึง การที่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก สามารถจำแนกแยกแยะประเภทอาหารขนม และเครื่องดื่มที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในเด็ก และสามารถเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพฟันให้เด็กบริโภคได้

L คือ Lasting หมายถึง ความต่อเนื่อง ยั่งยืนของการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในชุมชน มีการกระตุ้น หนุนเสริมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อไม่ให้ปัญหาโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเป็นเรื่องที่ถูกมองข้าม เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงผลเสียของการเกิดโรคในช่องปาก และให้การดำเนินกิจกรรมในชุมชนมีความคงทนถาวร

D คือ Dental Education หมายถึง การที่ผู้ปกครองและทุกภาคส่วนมีความตระหนักว่าฟันมีความสำคัญต่อเด็กเป็นอย่างยิ่ง และการที่พาเด็กไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้นให้แก่เด็ก และสามารถเสริมสร้างความคุ้นชินของการพบทันตบุคลากรให้กับเด็กได้

โดยสามารถสรุปได้ว่าการดำเนินงานในครั้งนี้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกกระบวนการสามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่ดีขึ้น เด็กมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ลดลง และค่า Cavity free เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนา และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพทั้งด้านการดำเนินกิจกรรมและด้านผลลัพธ์โดยได้รูปแบบที่สามารถทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นได้จากการลงมือทำร่วมกันทุกภาคส่วนอย่างสุดความสามารถ คือ CHILD Model ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ปกครองตระหนักถึงการดูแลฟันในเด็ก รวมทั้งสามารถแยกแยะ/เลือกอาหารที่ดีให้เด็กรับประทานที่บ้านได้ โดยการดำเนินงานทันตสุขภาพของเด็กเล็กต้องมีชุมชนและผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการดำเนินงานอย่างเต็มกำลังความสามารถโดยทำไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกกระบวนการขั้นตอนการวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างเต็มที่ และขอขอบพระคุณบุคลากร รพ.สต.โพธิ์สูง ที่ได้ให้กำลังใจและคอยสนับสนุนช่วยเหลือในงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุข พ.ศ.2551**. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 28 ธันวาคม 2559]จาก http://www.anamai.ecgates.com/news/download_all.php.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายการผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
3. ศิริรัตน์ รัชมีโสรัจ. **เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มศักยภาพทันตบุคลากรในการบูรณะฟันน้ำนมด้วยวัสดุอุดฟันชนิด Glass Ionomer แบบ SMART TECHNIC**. โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ประจำปี 2559.; 2559:หน้า 3-5.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง. **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ทส.003**.งานทันตสาธารณสุข. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา; 2560.
5. จอนสัน พิมพิสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อำเภอโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. **ว.ทันตสาธารณสุข** 2551.;13(3):72-80.
6. หุทัย สุกเจริญโกศล. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจจัยของผู้ปกครองปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 4-5 ปี ในอบต. ดอนกลางกิ่ง อำเภอแม่อน จ.เชียงใหม่**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาทันตกรรมป้องกันบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
7. AllPsych [homepage on the Internet]. Chapter 9.1: **Inferential Statistics**. [cited 2018 Jan 4]. Available from: from <https://allpsych.com/researchmethods/inferentialstatistics/>
8. Bloom.B.S. Mastery learning. **UCLA – CSEIP Evaluation Comment** .Losangeles: University of California; 1968.
9. Best J.W. & Kanh J.V. **Research in Education (6th ed.)**. New Delhi: Plentice-Hall; 1989.
10. Kemmis, K. & McTaggart, R. **Participatory action research. Handbook of qualitative research**. London: SAGE; 2000.