

บทวิทยากร

# รายงานการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ สร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก

ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา บ้านนาฝาง ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน

มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ\* ท.ป.

## บทคัดย่อ

จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาที่ผ่านมามากจะดำเนินการเฉพาะในโรงเรียน ทำให้บางปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากในชุมชนบ้านนาฝาง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน จึงร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกันกำหนดมาตรการชุมชนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและสุขภาพช่องปาก และร่วมกันปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กในชุมชน ผลการประเมินภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนบ้านนาฝางพบว่า มีน้ำหนัก 2548 (ก่อนดำเนินกิจกรรม) กันยายน 2548 และกันยายน 2549 พบเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 3.33 และร้อยละ 2.13 ตามลำดับ แม้ว่าผลการเปลี่ยนแปลงนี้ อาจจะไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนเพียงอย่างเดียวเพราะอาจมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่ชุมชนก็มีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมเพราะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมกันดูแลการปฏิบัติตามแนวทางที่ชุมชนกำหนด และทำให้มีความเข้มแข็งในการร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในประเด็นสุขภาพอื่นๆต่อไป

**คำสำคัญ :** การมีส่วนร่วม, ชุมชนเข้มแข็ง

\* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน

## บทนำ

ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของจังหวัดน่านในปี 2544<sup>1</sup> พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีโรคฟันผุร้อยละ 64.5 (เฉลี่ย 3.2 ซี่/คน) เด็กอายุ 5-6 ปี มีฟันผุร้อยละ 81.8 (เฉลี่ย 4.8 ซี่/คน) ซึ่งปัญหาโรคฟันผุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของประชาชน ตลอดจนสื่อโฆษณาชวนเชื่อมีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารมาก<sup>2</sup>

ในแวดวงวิชาการด้านสาธารณสุขได้ยอมรับกันว่าการบริโภคแป้งและน้ำตาลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคฟันผุและปัญหาโภชนาการ โรคฟันผุ นับเป็นภัยจากความหวานที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นและเห็นชัดกว่าโรคอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคน้ำตาลกับการเกิดโรคฟันผุ<sup>3</sup> ในประเทศนอร์เวย์ พบว่าการเกิดฟันผุของฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอายุ 7 ปี จะต่ำสุดเมื่อบริโภคน้ำตาล 14.6 กิโลกรัม/คน/ปี ขณะที่ในญี่ปุ่น การเกิดฟันผุลดลงอย่างมากถ้าการบริโภคน้ำตาลลดลงต่ำกว่า 15 กิโลกรัม/คน/ปี และพบว่ามีสภาพฟันดีในคนที่บริโภคน้ำตาลต่ำกว่า 10 กิโลกรัม/คน/ปี Streebny<sup>4</sup> ได้เสนอว่าการบริโภคน้ำตาล 18 กิโลกรัม/คน/ปี เป็นระดับน้ำตาลสูงที่สุดที่ปลอดภัยต่อการเกิดฟันผุ เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ องค์การอนามัยโลก แนะนำให้บริโภคน้ำตาลได้ประมาณ 8-11 ช้อนชาต่อวัน เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานแนะนำบริโภคได้ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน เพราะหักปริมาณน้ำตาลที่มีอยู่ในอาหารออก การศึกษาของฉลองชัย สกลสวัสดิ์<sup>5</sup> พบว่าผู้ปกครองมีทัศนคติว่า ขนมเป็นสิ่งคู่กับเด็ก ร้านขนมมีอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่ายผู้ปกครองปล่อยให้เด็กเลือกขนมเอง ก็ยังทำให้การบริโภคขนมและ

เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาลสูงเพิ่มมากขึ้น ขนมกรุบกรอบนอกจากจะมีแป้งและน้ำตาลสูงแล้ว ยังมีสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบในส่วนผสมที่ทำให้ขนมมีรสชาติอร่อย ได้แก่ กลีโกลและผงชูรส ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค<sup>6</sup> นอกจากนี้ขนมเหล่านี้จะมีผลต่อฟันผุแล้ว ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ เพราะการกินขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมากในเด็กอาจทำให้เด็กอ้วนและไม่รู้สึกลอยากกินอาหารอื่นซึ่งนำไปสู่การขาดอาหารที่จำเป็นได้ จึงถือได้ว่าขนมเหล่านี้เป็นอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ<sup>7</sup> และนพ.จิตติวัฒน์ สุประสงค์สัน นักรวิชาการโครงการเด็กไทยไม่กินหวานกล่าวว่า เด็กที่กินยากอยู่แล้วจะผอมลงเพราะความหวานจะไปกระตุ้นร่างกายให้สร้างฮอริโมนบางตัวไปยับยั้งความอยากอาหารให้น้อยลง ส่วนในเด็กที่อ้วนอยู่แล้ว เมื่อทานอาหารที่มีรสชาติหวานก็จะยิ่งอ้วนมากขึ้น เนื่องจากฮอริโมนยับยั้งไม่อยู่<sup>8</sup> เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพและสุขภาพช่องปากก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพด้านอื่นๆ เป็นอันมาก เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา, สูญเสียรายได้ เวลา, การประกอบอาชีพ, บุคลิกภาพ เป็นต้น

ในอดีตพบว่าการพัฒนาต่างๆ ไม่ยั่งยืน เป็นเพราะประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา<sup>9</sup> ต่อมาเมื่อประเทศไทยมีแผนนโยบายแห่งรัฐด้านการพัฒนาสุขภาพ สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health For All 2000) เริ่มมีกลวิธีที่จะกระตุ้นให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การทำงานให้ประชาชนมีอำนาจในการดำเนินงานตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ตรวจสอบได้ แต่อย่างไรก็ตามประสบการณ์การมีส่วนร่วมของประชาชนก็มีความหลากหลาย Arnstein ได้จัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ<sup>10</sup> คือ ระดับที่ 1 ระดับ

การไม่มีส่วนร่วม (Degree of non participation) ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of tokenism) ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power) การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal :PRA)<sup>11</sup> เป็นเทคนิคการทำงานกับชุมชนวิธีหนึ่งที่เป็นช่องทางและวิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถเห็นคุณค่าของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ การวิเคราะห์ภาวะชีวิตของชุมชน การวางแผน และการดำเนินการโดยชุมชนเอง โดยคนนอก เช่น นักวิจัย นักวิชาการมีบทบาทช่วยแนะวิธีการเทคนิคต่างๆ เพื่อให้กระบวนการเป็นไปอย่างมีส่วนร่วม

จากการสำรวจสถานะช่องปาก เด็กอายุ 3 ปี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่ปราศจากโรคฟันผุร้อยละ 22.97, 31.18 และ 19.22 ในปี 2545, 2546 และ 2547 ตามลำดับ<sup>12</sup> และปัญหาการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กในอำเภอปัว มีแนวโน้มที่สูงขึ้นตามการเข้าถึงขบวนการเสี่ยงที่ง่ายขึ้นและความเจริญที่มีมากขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายที่มากขึ้นตามมา จึงควรจะมีการแสวงหาแนวร่วมจากชุมชน ระดมความคิด สร้างแนวทางส่งเสริมป้องกันในระดับพื้นที่ และสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป ชุมชนบ้านนาฝาง ตำบลสถาน อำเภอปัว เป็นพื้นที่ที่ผู้ศึกษาได้เลือกเพื่อทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน และหารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย

**บริบทและภูมิหลังพื้นที่ศึกษา**

ตำบลสถาน อำเภอปัว อยู่ห่างจากอำเภอปัว 6 กิโลเมตร ประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน ประชาชน

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 86.65 บางส่วนไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัด มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย อยู่กันแบบเครือญาติเหมือนกันทั้งตำบล แต่ละหมู่บ้านมีสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากสถานที่ตั้งของหมู่บ้าน คือ หมู่บ้านนาฝาง เป็นหมู่บ้านเดี่ยว ใกล้เชิงเขา ในขณะที่หมู่บ้านอื่นๆ อาณาเขตบ้านติดต่อกันเป็นกลุ่มหมู่บ้าน

**ลักษณะพื้นฐานหมู่บ้านนาฝาง**

**ด้านสังคมและวัฒนธรรม** ลักษณะวัฒนธรรมประเพณีในชุมชนเป็นแบบท้องถิ่นดั้งเดิม ที่คนในชุมชนมีความสัมพันธ์อันดี และร่วมแรงร่วมใจในการร่วมช่วยงานประเพณีต่างๆ อาทิ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น รวมถึงการช่วยในด้านแรงงานในการทำไร่ทำนาที่เรียกว่า “การลงแขกหรือการเอาแรง” ลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ ทุกคนในชุมชนรู้จักกันหมด ลักษณะของคนในชุมชนมีอัธยาศัยดี มองโลกในแง่ดี รักสงบ มีน้ำใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

**ด้านเศรษฐกิจ** ฐานะของคนในชุมชนส่วนใหญ่ค่อนข้างยากจน แต่ก็พออยู่พอกินไม่อดอยาก อาชีพโดยส่วนใหญ่คือ รับจ้างทั่วไปซึ่งมีถึงร้อยละ 60 ของจำนวนคนในหมู่บ้าน เนื่องจากไม่มีที่ดินทำกิน มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่มีที่ดินเป็นของตนเอง ทำอาชีพเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว ทำไร่ข้าวโพด ฝ้าย ไบยาสูบ ถั่วเหลือง พืชผักสวนครัว เป็นต้น บางส่วนก็เลี้ยงสัตว์ เช่น ไก่ หมู วัว ควาย ส่วนใหญ่เลี้ยงเอาไว้ใช้งานหรือเป็นอาหาร

**ด้านการศึกษา** ระดับการศึกษาของคนในชุมชนส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ มีบางส่วนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คนในชุมชนจึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจทำให้ไม่ตระหนักหรือไม่เห็นความ

สำคัญในเรื่องสุขภาพเท่าใดนักเมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องของปากท้อง

**ด้านสภาพภูมิศาสตร์กายภาพทั่วไป** หมู่บ้านนาฝางมีทั้งหมด 152 หลังคาเรือน 184 ครอบครัว ตำแหน่งของหมู่บ้านเป็นชุมชนที่เป็นกลุ่มบ้านห่างจากหมู่บ้านอื่น จึงได้รับอิทธิพลจากภายนอกน้อย ในหมู่บ้านมี วัด 1 แห่ง ศูนย์เด็กเล็ก 1 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนบ้านนาฝาง ก่อตั้งมา 26 ปี ปัจจุบันทำการเปิดสอนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 63 คน และมีครู 5 คน นักการภารโรง 1 คน

**ภาวะสุขภาพของเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านนาฝาง** มีการตรวจสุขภาพของเด็ก โดยมีการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง การตรวจเล็บ ตรวจผม โดยครูอนามัย ซึ่งปัญหาคือเด็กผู้หญิงในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นเหา ภาวะเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนในเรื่องของสุขภาพของปากนั้นมีการประสานงานกับสถานีอนามัย โดยมีการตรวจฟันประจำปีที่โรงเรียน ปีละ 2 ครั้ง เด็กที่มีปัญหาก็นัดให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล โรงเรียนมีกิจกรรมให้เด็กแปรงฟันในตอนกลางวันทุกวันก่อนที่จะเข้าเรียน เด็กทุกคนต้องมีแก้วน้ำและแปรงสีฟันประจำที่โรงเรียน ระหว่างการแปรงฟันมีการเปิดเพลงประกอบ เด็กทุกคนรู้หน้าที่ครูไม่ต้องมาควบคุมแต่ให้เด็กดูแลกันเอง

### ลักษณะของผู้นำชุมชน

**ผู้นำแบบเป็นทางการ(ผู้ใหญ่บ้าน)** เป็นที่ยอมรับนับถือของคนในชุมชน คนในชุมชนเชื่อฟัง เป็นผู้คอยไกล่เกลี่ยเวลาคนในชุมชนมีความขัดแย้งกัน มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับผู้ใหญ่บ้านคนก่อน ทำให้เรียนรู้งานได้เร็วและทำงานต่อเนื่องได้ มีการถามความคิดเห็นจากชาวบ้านก่อนดำเนินโครงการต่างๆ มีความเสียสละเพื่อส่วนรวมทำงานเพื่อชุมชน มีบุคลิกเจียมใจไม่ค่อมพุด ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น

**ผู้นำแบบไม่เป็นทางการ (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)** ทำหน้าที่หลายๆ อย่าง ในหมู่บ้านคือ เป็นเลขานุการประชาคมหมู่บ้าน ผู้ประกาศข่าวกระจายเสียงในทุกๆ เรื่องของหมู่บ้าน ลูกจ้างชั่วคราวสถานีอนามัย หัวหน้าหมวด ผู้ประสานงานกับหน่วยงานของส่วนกลางและเป็นกรรมการของหมู่บ้าน มีความขยัน อดทน มีความคิดที่จะพัฒนาหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้การยอมรับ นับถือ และมองว่าเป็นคนทำงานเก่ง เป็นตัวแทนของชาวบ้านได้มีชาวบ้านบางคนยกย่องให้เป็น “ว่าที่ผู้ใหญ่บ้านคนต่อไป”

**การรวมกลุ่มและกองทุนต่างๆ ในหมู่บ้าน** ชาวบ้านมีการรวมตัวกันจัดตั้งกองทุนต่างๆ ขึ้น เนื่องจากมีความสนใจตรงกัน มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน การจัดการกองทุนจะมีการตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ มีข้อตกลงของกลุ่มในการปฏิบัติ มีการประชุมกลุ่มปรึกษากันและมีกิจกรรมสม่ำเสมอ การรวมกลุ่มในหมู่บ้าน มีอยู่ 10 กลุ่ม เช่น กลุ่มไร่ข้าวโพด, กลุ่มไร่ฝ้าย, กลุ่มชาวนา, กลุ่มออมทรัพย์เกษตรพัฒนา, กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ระบบสุขภาพในหมู่บ้านเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เข้มแข็ง ทำหน้าที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชน ลักษณะของการทำงานมีการแบ่งพื้นที่กันรับผิดชอบโดยอสม. 1 คน จะดูแลพื้นที่ครอบคลุม 10-15 หลังคาเรือน จะขึ้นตรงต่อสถานีอนามัย ตำบลสถาน และสมาชิกอสม.บางคนได้เป็นสมาชิกของคณะกรรมการหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องอื่นๆ ของหมู่บ้านด้วย

**การเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาร่วมกันของชุมชน** ชุมชนเคยประสบปัญหาเรื่องยาเสพติดในหมู่บ้าน มีการขายและติดยาเสพติดกันมาก ได้แก้ปัญหาโดยการกำหนดข้อตกลงกันภายในชุมชน คนในชุมชน ถ้าความผิดรุนแรงก็จะถูกไล่ออกจากหมู่บ้าน

เป็นลักษณะการลงโทษตามวิถีชุมชนและประสาณงานกับศูนย์ขวัญซึ่งเป็นทีมงานของทางจังหวัดน่านที่ให้ความดูแลและบำบัดเยาวชนที่ติดยา

**การมีส่วนร่วมของชุมชน** การพัฒนาหมู่บ้านที่เป็นเรื่องใหญ่ ก็จะมีการจัดประชุมหมู่บ้านที่ทุกคนในหมู่บ้านต้องเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้มติของชุมชนออกมาตัวอย่างที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่ผ่านมาก็คือ การร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้าน จนตอนนี้ปัญหาในเรื่องนี้ลดลงไปมาก

**การสื่อสาร** มีการประกาศเสียงตามสายในตอนเช้าซึ่งได้ผลดีในการกระจายข่าวสารต่างๆ เนื่องจากเป็นหมู่บ้านขนาดเล็กจึงติดต่อสื่อสารกันง่าย มีการประชุมหมู่บ้านเมื่อมีเรื่องที่ต้องการการแสดงความเห็นของชาวบ้าน โดยอย่างน้อยแต่ละครอบครัวต้องมีตัวแทน 1 คนมาร่วมประชุมและจะมีการแบ่งพื้นที่ของหมู่บ้านเป็นส่วนๆ เรียกแต่ละส่วนว่าหมวดและมีผู้รับผิดชอบแต่ละหมวดซึ่งเรียกว่า “หัวหน้าหมวด” เพื่อช่วยต่อการประสานงาน ควบคุมดูแลในเรื่องต่างๆ ของชุมชน

**การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก** ในเรื่องของ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางด้านสุขภาพ จะได้รับจากสถานีอนามัยตำบลสถานและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

**ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและสุขภาพอนามัยช่องปากของเด็กในหมู่บ้านนาฝาง** มีร้านค้าในหมู่บ้าน 4 ร้าน ซึ่งทุกร้านขายอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เช่น ขนมกรุบกรอบ ลูกอม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป น้ำหวานใสสี เช่นเดียวกับ ในสหกรณ์โรงเรียนก็มีการขายขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ลูกอมรสต่างๆ มีเด็กในโรงเรียนนำหวานเย็นจากบ้านมาขายที่โรงเรียนเป็นประจำ ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของฟันน้ำนม จึงปล่อยให้ผุ เพราะคิดว่าไม่สำคัญ เพราะฟันน้ำนมหลุดแล้วฟันแท้ก็ขึ้นมาแทน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการ

แปรงฟันของเด็กจึงปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง เด็กบางคนแปรงฟันที่บ้านเฉพาะตอนเช้าเท่านั้น

## ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participation Action Research: PAR)<sup>13</sup> ดำเนินการศึกษาในช่วง ตุลาคม 2547 - ตุลาคม 2549

## ประชากรเป้าหมายและกลุ่มประชากรที่ศึกษา

**กลุ่มประชากรเป้าหมาย** ได้แก่ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนบ้านนาฝาง

**กลุ่มประชากรที่ศึกษาในกระบวนการมีส่วนร่วม** ได้แก่ ชุมชนบ้านนาฝาง คณะครูโรงเรียนบ้านนาฝาง

**ชุมชนบ้านนาฝาง** หมายถึง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ปกครองเด็กนักเรียนประถมศึกษา ผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้าน

**การมีส่วนร่วมของชุมชน** หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในชุมชนร่วมกันกำหนดแนวทาง ร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus group interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory observation)

## วิธีดำเนินการ

การดำเนินการในครั้งนี้นี้ยึดหลักปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามกลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter For Health Promotion)<sup>12</sup> ได้แก่ การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม,

การเอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ และเป็นสื่อกลางการประสานงาน ดังนี้

1. ทันตบุคลากร นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยตำบลสถาน ดำเนินการศึกษาและทำการวิเคราะห์วิถีชุมชนในกลุ่มต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับคนในชุมชน โดยใช้เวลาประมาณ 1 เดือน

2. ทันตบุคลากรเก็บข้อมูลการบริโภคของเด็กนักเรียนชุมชนบ้านนาผางโดยการสัมภาษณ์ตามแบบฟอร์มที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัวพัฒนาขึ้น และสังเกตพฤติกรรม การเลือกซื้อขนมของเด็กที่ร้านค้าในชุมชนบ้านนาผาง

3. เริ่มต้นการก่อกระแสในกลุ่มที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพของคนในชุมชน คือ กลุ่มอสม. และผู้นำชุมชน โดยทีมงานทันตบุคลากร นำเสนอข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง สภาวะช่องปาก และพฤติกรรมบริโภคอาหาร ขนม ของเด็กนักเรียน ข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ของประชากรในชุมชนนาผาง ตำบลสถาน (ข้อมูลจากคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว) เพื่อให้แกนนำในชุมชนเกิดความตระหนัก

4. แกนนำและตัวแทนประชาชนในหมู่บ้าน ประมาณ 50 คนเดินทางไปศึกษาดูงานหมู่บ้านน้ำคา ตำบลพญาแก้ว อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานลดการบริโภคอาหารเสี่ยง จนสามารถแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารได้<sup>14</sup> โดยการศึกษาดูงานเป็นรูปแบบชาวบ้านคุยกันเองระหว่าง 2 หมู่บ้านถึงวิธีการดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน

5. การประชุมกลุ่มทุกครั้งยึดหลักการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน ทันตบุคลากรเป็นเพียงผู้กระตุ้น และให้ความรู้ทางวิชาการที่ชุมชนต้องการ เวลาที่ใช้ในการประชุมขึ้นกับความ

สะดวกของคนในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นช่วงกลางคืน ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 2-3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 1 ประชุมกลุ่มชาวบ้าน ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหลังคาเรือน ทีมงานทันตบุคลากรนำเสนอข้อมูลภาวะสุขภาพเด็กบ้านนาผาง (ข้อมูลชุดเดียวกันกับนำเสนอให้แกนนำหมู่บ้าน) จากนั้นแพทย์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จะให้ความรู้ถึงผลกระทบของภาวะสุขภาพดังกล่าว ต่อความเจ็บป่วยของเด็ก ที่จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ครั้งที่ 2 ประชุมกลุ่มผู้ปกครองเด็ก ครูใหญ่ ครูอนามัยและแกนนำในหมู่บ้าน ทีมงานทันตบุคลากร นำเสนอข้อมูลภาวะสุขภาพเด็กบ้านนาผาง จากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมมีการประชุมกลุ่มย่อย 5 กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ หาสาเหตุ และร่วมกันกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 สนทนากลุ่มในเจ้าของร้านค้าในชุมชน 4 ร้าน ร่วมกับแกนนำในหมู่บ้าน คือ ผู้นำชุมชน ประธานแม่บ้าน อสม.ทุกคน ถึงแนวทางที่เป็นไปได้ และได้ร่วมกำหนดมาตรการของหมู่บ้านในการงดการจำหน่ายอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพ

6. คณะกรรมการหมู่บ้าน ทีมอสม.ร่วมกับทีมทันตบุคลากร ดำเนินการซื้ออาหารเสี่ยงที่มีจำหน่ายอยู่จากร้านค้าในชุมชน

7. คณะกรรมการหมู่บ้านดำเนินการเผาอาหารเสี่ยง เหน้้อดลม น้ำหวาน ในงานวันพัฒนาหมู่บ้าน ท่ามกลางประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อยืนยันและเริ่มมาตรการของชุมชน

8. โรงเรียนบ้านนาผาง ได้งดการจำหน่ายอาหารเสี่ยงในสหกรณ์โรงเรียนและมีการให้ความรู้เรื่องโทษของอาหารเสี่ยงแก่เด็กนักเรียน โดยจัดนิทรรศการ และให้สุศึกษาารยกลุ่มโดยทันตบุคลากร และดำเนินกิจกรรมทันตสุขภาพตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ คือมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

โดยการควบคุมของผู้นำนักเรียน และตรวจสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายโดยครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย มีการให้บริการทันตกรรมโดยทันตบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปีโป๊ะ 2 ครั้ง

## ผลการศึกษา

กระบวนการมีส่วนร่วมในหมู่บ้านนาฝางเกิดการปรับเปลี่ยนในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนดังนี้

**เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากร** การทำงานของเจ้าหน้าที่ในรูปแบบเดิมมีการแยกส่วนกันทำงาน เช่น การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นบทบาทของทันตบุคลากร การดูแลเรื่องสุขภาพร่างกายเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ต่างคนต่างนำโครงการไปให้ผู้เกี่ยวข้อง (เช่นครู อสม.) ดำเนินกิจกรรมตามที่เจ้าหน้าที่แต่ละงานมอบหมายมา จนรู้สึกเป็นภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของชุมชนและโรงเรียน โดยที่ไม่ได้มีส่วนร่วมกันคิด วางแผน รวมถึงการมองความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงของปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับเด็ก ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกัน เช่น ปัญหาภาวะโภชนาการกับปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักคือการรับประทานอาหารเหมือนกัน นอกจากนี้ยังขาดการเชื่อมโยงถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น การแก้ปัญหาในกลุ่มเด็ก ก็มุ่งไปที่โรงเรียน แต่ไม่ได้มองถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทำให้ปัญหาต่างๆยังไม่สามารถแก้ได้อย่างยั่งยืน ในการดำเนินงานที่ชุมชนบ้านนาฝางนี้ เจ้าหน้าที่ได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการทำงานโดยเป็นเพียงผู้กระตุ้น และให้ข้อมูลทางวิชาการบางอย่างที่ชุมชนต้องการทราบ โดยการทำงานเป็นทีมสหสาขาทั้งแพทย์ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. แกนนำชุมชน และครูอนามัยโรงเรียน ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเด็กร่วมกัน ที่สำคัญต้องหาบุคคลหรือตัวแทนใน

ชุมชนที่มีศักยภาพที่จะเป็นผู้คอยกระตุ้น ติดตามการดำเนินงานในชุมชน โดยการดำเนินงานครั้งนี้ คือ ประธานอสม. ซึ่งมีภาวะผู้นำสูง และได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน

**บทบาทของชุมชน** เนื่องจากชุมชนได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ สุขภาพช่องปากและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับคนของชุมชน เป็นข้อมูลของเด็กรายบุคคล ซึ่งแต่เดิมอาจไม่ได้สนใจและไม่คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน จากการสังเกตและสนทนากลุ่มกับผู้ปกครองเด็ก พบว่าผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ตกใจไม่คิดว่าฟันของลูกตัวเองจะผุมากขนาดนี้เพราะ “ไม่เคยเปิดปากลูกดูมาก่อนเลย เลยไม่ทราบว่าลูกมีฟันผุเห็นทานอาหารได้ วิ่งเล่นได้ไม่เคยปน เมื่อผลการตรวจฟันจึงพบว่าลูกมีฟันผุตั้ง 18 ซี่ จากฟันที่ขึ้น 20 ซี่ “และ เมื่อทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพอื่นๆและพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะอาจกระทบต่อการเล่าเรียนและสติปัญญา ผู้ปกครองจึงเกิดกระแสความสนใจ ตื่นตัวกันทั้งชุมชน และเมื่อเห็นตัวอย่างหมู่บ้านที่มีปัญหาภาวะโภชนาการและสุขภาพช่องปากที่คล้ายกัน(บ้านน้ำคา) สามารถร่วมมือกันดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวสำเร็จก็เกิดแรงบันดาลใจมีพลังที่จะหาทางแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง และมีความคิดว่าชุมชนเองมีศักยภาพ ในการร่วมมือกันดำเนินการกิจกรรมการแก้ปัญหา ควบคุม กำกับดูแลกันเองจนประสบความสำเร็จ

## การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ชุมชนบ้านนาฝาง ร่วมกันกำหนดมาตรการของหมู่บ้าน ดังนี้

- ร้านค้าขายอาหารเสี่ยงประเภทที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นการแบ่งประเภทอาหารเสี่ยงที่ทางทีมทันตบุคลากรจังหวัดน่านพัฒนาขึ้นเอง เพื่ออำนวยความสะดวกทำความเข้าใจต่อชุมชนดังนี้ อาหารเสี่ยงประเภท 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงได้แก่ ลูกอม อมยิ้ม

ลูกกวาด หมากฝรั่ง, ประเภท 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุปานกลางได้แก่ ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม น้ำเชื่อม, ประเภท 3 อาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุต่ำ ได้แก่ ไอศกรีม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน, ประเภท 4 อาหารที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ ผัก ผลไม้

- ร้านค้าขายน้ำหวานและน้ำอัดลมทุกชนิด ยกเว้นช่วงเทศกาล หากร้านใดฝ่าฝืนคณะกรรมการหมู่บ้าน จะปรับมากกว่าทุน 2 เท่า

จากการติดตามเป็นระยะโดยอสม. พบว่าร้านค้าในชุมชนบ้านนาผาง ไม่มีการขายอาหารเสี่ยงตามมาตรการของหมู่บ้าน ขายเฉพาะผลไม้ตามฤดูกาล และขนมที่ชาวบ้านทำขาย การกำหนดมาตรการนี้ไม่เกิดการขัดแย้งใดๆ เพราะเป็นการกำหนดมาตรการร่วมกันของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นมติจากตัวแทนทุกหลังคาเรือน จากการประเมินผลความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องพบว่า

“เมื่อหมู่บ้านอื่น(บ้านน้ำคา)เขาทำได้ ก็ทำได้ แม้รายได้จะลดลงบ้างแต่ก็ขายอย่างอื่นแทน เอามาขายลูกและหลานเราก็กินเหมือนกัน เมื่อเป็นมติหมู่บ้านก็ยินดีปฏิบัติตาม” ความคิดเห็นเจ้าของร้านค้าผู้หนึ่ง

“ดีมากเลยเพราะแม้โรงเรียนจะกวาดขนมนำอยู่ตลอดเรื่องการเลือกซื้อขนมที่มีประโยชน์ สหกรณ์โรงเรียนก็ไม่ขายมาตั้งนานแล้ว พอเลิกเรียนหรืออยู่บ้านก็ยังกินตลอด โครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันก็ทำมาตลอดแต่เด็กก็ฟันไม่สะอาด และผูกใจทุกคนเพราะเด็กบางคนอยู่บ้านแทบจะไม่แปรงเลยมันต้องร่วมกันทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน” ความคิดเห็นของครูอนามัยโรงเรียนบ้านนาผาง

“ถ้าไม่มีวางขายล่อตาก็ไม่รบเร้าซื้อ เพราะบางที่ไม่ซื้อให้ ก็ร้องไห้อายเขาจำเป็นต้องซื้อเพราะรู้ว่าขนมใส่สีอันตรายแต่จำใจต้องซื้อ แต่พอร้านค้าขายผลไม้ซื้อให้ลูกลูกก็ดีใจ แล้วได้ของดีไม่ติดมือฝากลูก” ความคิดเห็นของคุณแม่ที่มาซื้อกับข้าวที่

ร้านค้า

**พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กบ้านนาผาง** ปรับเปลี่ยนจากเดิม เด็กทุกคนจะได้รับเงินมาโรงเรียนโดยเฉลี่ยคนละ 5-10 บาทและจะซื้อขนมหวานใส่สีใส่ด ลูกอม ขนมกรุบกรอบราคาถูกลงละ 2-3 บาทและทานขนมเสี่ยงเหล่านั้นก่อนไปโรงเรียนในตอนเช้าและตอนกลับมาหลังเลิกเรียน เพราะในโรงเรียนได้ดำเนินการให้ปลอดขนมเสี่ยงและควบคุมการทำงานขนมโดยครู แต่ถ้าเป็นวันหยุดเด็กก็จะซื้อขนมเหล่านั้นทานได้ตลอดเวลา เกิดการปรับเปลี่ยนโดยผู้ปกครองจะเป็นคนเลือกซื้อขนมให้เด็ก ซึ่งเป็นขนมที่บ้านที่ทำขายในชุมชน เช่น กล้วยทอด กล้วยปิ้งและควบคุมให้ทานหลังมีอาหารซึ่งจะทำให้เด็กทานอาหารอิ่มก่อน จึงทานขนมได้น้อยลง เด็กซื้อขนมเองน้อยลง แข่งกันออมเงินมากขึ้นและคนในชุมชนสามารถเตือนหรือแนะนำเด็กในชุมชนในการเลือกซื้อขนมเหมือนลูกหลานของตนเอง (จากการสัมภาษณ์ยายที่เลี้ยงหลาน “หลานกินข้าวได้มากขึ้น กินขนมน้อยลง เพราะว่าหลานเชื่อฟังอสม. ซึ่งคอยมาแนะนำบ่อยๆ ดีแท้โครงการนี้” ร้านค้าก็จะเปลี่ยนเป็นขายผลไม้แทนขนม จากการสังเกตพบว่าขยะที่เป็นถุงขนมในชุมชนจะลดลงอย่างเห็นได้ชัดและ ผู้ใหญ่ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่าง โดยงดเลี้ยงน้ำอัดลม ลูกอมในงานเลี้ยงต่างๆเช่นงานศพ งานลงแขก เป็นต้น “ถึงแม้ฟันเหาะจะไม่ดีแล้วถอนไปหมดแล้วหมู่เขาก็ควรจะทำให้เป็นตัวอย่างแก่เด็ก เด็กจะได้เห็นว่าของเหล่านี้ไม่มีประโยชน์จริง และงานเลี้ยงช่วยประหยัดไปได้มากเพราะเลี้ยงแต่น้ำเปล่า เป็นข้อตกลงของชุมชนไม่มีใครว่าเราชี้เหนียวเพราะทุกบ้านทุกงานทำเหมือนกันหมดไม่ว่าจะรวยจะจน” ความคิดเห็นของพ่อบ้านท่านหนึ่ง

**ผลการประเมินภาวะสุขภาพในเด็กนักเรียน** จากการตรวจโดยครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ตัวชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1วัน-



ตารางที่ 1 ผลการตรวจ/ประเมินภาวะโภชนาการ ของนักเรียนประถมศึกษา

Table 1 Number of Malnourished Children in Primary School Students

โรงเรียน	ปี 2548 (มีนาคม)			ปี 2548 (กันยายน)			ปี 2549 (กันยายน)		
	จำนวนเด็ก (คน)	ปกติ (คน)	ต่ำกว่าปกติ (คน)	จำนวนเด็ก (คน)	ปกติ (คน)	ต่ำกว่าปกติ (คน)	จำนวนเด็ก (คน)	ปกติ (คน)	ต่ำกว่าปกติ (คน)
บ้านนาฝาง	63	56	7	60	58	2	47	46	1

19 ปี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 ตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ)

จากตารางที่ 1 การประเมินภาวะโภชนาการ เด็กนักเรียนเมื่อเริ่มดำเนินการ (มีนาคม 2548) และภายหลังกำหนดมาตรการและแนวทางของชุมชน บ้านนาฝาง(เมื่อ กรกฎาคม 2548) โดยการประเมินเมื่อ กันยายน 2548 และกันยายน 2549 พบการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ คือ จากน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.1 เป็น ร้อยละ 3.33 และร้อยละ 2.13 ตามลำดับ

เมื่อนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์เทียบกับกฎบัตรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa charter)<sup>13</sup> พบว่าการศึกษาคั้งนี้ทำให้เกิดกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. **สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** มีการสร้างกฎของหมู่บ้าน ให้ร้านค้าทุกร้านงดจำหน่าย ขนมกรุบกรอบ ลูกอม ลูกกวาด หมากฝรั่ง ร้านค้าไหนฝ่าฝืนปรับ เป็น 2 เท่าของราคาทุน มีข้อตกลงร่วมกันไม่เลี้ยงลูกอม น้ำอัดลมในงานต่างๆเช่น งานศพ งานลงแขก ฯลฯ

2. **สร้างสรรคสังแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** สหกรณ์โรงเรียน และร้านค้าในหมู่บ้านทุกร้านงดขายอาหารเสียด ขยายผลไม้และขนมพื้นบ้านแทน จากการสอบถามร้านค้า “แม้จะนำขนมไทย เช่น ขนมกล้วย กล้วยทอดมาขาย พบว่ายอดขายก็ตกลงเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กไม่ค่อยกินขนม คุกกี้บอกลูกนี้เด็กจะนำเงินไปฝากกับครูประจำชั้นแข่งกัน

ออมเงินมากขึ้น ถึงแม้ยอดขายจะลดลงแต่ก็ไม่เป็นไรเพื่อลูกหลานเพราะเราก็มีหลานตัวเล็กๆเหมือนกัน”

3. **พัฒนาทักษะส่วนบุคคล** เด็กไม่ไปซื้อขนมทานเอง ผู้ปกครองจะเลือกขนมที่มีประโยชน์และให้ทานหลังมื้ออาหาร ดูแลเด็กให้แปร่งฟันมากขึ้น ผู้ใหญ่ไม่เลี้ยงลูกอม น้ำอัดลมในงานต่างๆ เช่น งานศพ งานลงแขก ฯลฯ เพื่อจะได้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน

4. **สร้างพลังความเข้มแข็งในชุมชนให้ดำเนินการด้วยตนเองได้** โครงการนี้เกิดขึ้นจากการที่ทันตบุคลากรนำเสนอข้อมูลปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กบ้านนาฝาง จากนั้นให้ชุมชนร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไขให้เหมาะสมแก่ชุมชนเอง นำแนวทางมาปฏิบัติและควบคุมประเมินผลซึ่งกันและกันเองในชุมชนตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ชุมชนยังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมาเชิญทันตบุคลากรไปให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นครั้งคราว เช่น เรื่องการเลือกรับประทานอาหารอย่างไรให้สุขภาพดีในที่ประชุมหมู่บ้าน นอกจากนั้นยังเกิดกิจกรรมอื่นๆในระยะต่อมา เช่น การทำนมถั่วเหลืองแจกเด็กในชุมชนโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน นอกจากนี้แกนนำหมู่บ้านยังร่วมกับร้านค้าร่วมกันกำหนดมาตรการห้ามขายบุหรี่ปริในชุมชนด้วย เพื่อเป็นต้นแบบให้เด็กได้เห็นถึงความตั้งใจในการเลิกบริโภคอาหารเสียดต่อสุขภาพในชุมชน

5. **การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข** การทำงานของเจ้าหน้าที่ในรูปแบบเดิมมีการแยกส่วนกันทำงานโดยการทำงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งแพทย์ ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สถานีนามัย อสม. แกนนำชุมชน และครูอนามัยโรงเรียน ร่วมกันในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เจ้าหน้าที่ได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการทำงานโดยเป็นเพียงผู้กระตุ้น และให้ข้อมูลทางวิชาการบางอย่างที่ชุมชนต้องการทราบ

## บทวิจารณ์

การมีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากในชุมชนบ้านนาฝาง ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ชุมชนยังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องโดยทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแค่ที่ปรึกษาทั้งนี้เกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

**ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน** ที่ชุมชนบ้านนาฝาง ทีมงานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ชุมชนได้ตระหนักถึงผลกระทบของการบริโภคอาหารเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ผู้ปกครองเด็ก โรงเรียน และร้านค้าในชุมชน จนก่อให้เกิดการร่วมตัดสินใจ วางมาตรการของชุมชน ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมของบ้านนาฝาง จัดเป็นระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง<sup>9</sup>

**การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** ในบ้านนาฝาง การกำหนดมาตรการให้ร้านค้าทุกร้านในชุมชนไม่มีการจำหน่ายอาหารเสี่ยง เนื่องจากบ้านนาฝางเป็นชุมชนขนาดเล็ก อยู่ใกล้เชิงเขา ห่างไกลจากหมู่บ้านอื่นๆซึ่งถือว่าเป็นลักษณะด้านสภาพภูมิศาสตร์กายภาพทั่วไปที่ได้เปรียบ เหมือนกับการศึกษาของนายแพทย์กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ<sup>14</sup> ปัจจัยเรื่องสภาพแวดล้อมของชุมชน อาณาเขตของชุมชน มีผลต่อความสำเร็จในการกำหนดมาตรการชุมชน

**แกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง** บ้านนาฝาง มีแกนนำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประธานอสม. ได้มีการแบ่งอสม. รับผิดชอบในการดูแลร้านค้าในชุมชน และ

คอยแนะนำการบริโภคอาหารและขนมแก่เด็กๆ ในเขตรับผิดชอบ

**บริบทชุมชน** จากความเป็นชุมชนเล็กๆ ที่มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย คนในหมู่บ้านเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อยู่กันแบบพี่น้อง จึงสามารถดูแลซึ่งกันและกันได้ เช่น เด็กมาซื้อขนม เจ้าของร้านค้า หรือผู้ปกครองคนอื่นในชุมชนก็สามารถแนะนำกันได้เหมือนลูกหลานของตน จากการสัมภาษณ์เจ้าของร้านค้าคนหนึ่ง บอกว่า “เวลาเด็กมาซื้อขนมก็จะคอยบอกว่าขนมชนิดไหนมีประโยชน์โดยเฉพาะนม จะแนะนำให้ซื้อมากกว่าขนมและควรเป็นนมจืดซึ่งเดี๋ยวนี้เด็กก็มักจะซื้อตามที่เรานำ ลูกคนอื่นก็เหมือนหลานตนเอง”

## ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. การสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ควรมีการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองเด็ก โรงเรียน ให้รับรู้ถึงผลกระทบต่อเด็กและชุมชนเพราะสุขภาพเป็นเรื่องที่เจ้าตัวและผู้คนรอบข้างต้องรับรู้ และเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่ร่วมรับทราบปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผนร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านอาหาร ควรสร้างในทุกส่วนที่เด็กมีโอกาสเข้าถึงอาหารได้ ถ้าดำเนินการเฉพาะส่วน เช่น เฉพาะที่โรงเรียน แต่ในชุมชนยังมีจำหน่าย ก็อาจยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง

3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในช่วง ตุลาคม 2547 - ตุลาคม 2549 การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่พบการเปลี่ยนแปลงคือผลการตรวจภาวะโภชนาการ (ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักเด็กเกิดขึ้นได้ง่ายและชัดเจนกว่า การเปลี่ยนแปลงเรื่องโรคฟันผุหรือภาวะ

สุขภาพช่องปาก ซึ่งต้องการเวลายาวนานพอสมควรกว่าจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลง ควรมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป แต่ก็พบว่าเกิดกระแสสังคมในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองของเด็กมากขึ้น จากการที่ผู้ปกครองสนใจพาเด็กมารับบริการทันตกรรมมากขึ้นและพบว่าพี่ๆ หรือผู้ปกครองจะควบคุมดูแลเด็กให้แปรงฟันที่บ้านโดยเฉพาะก่อนนอน ซึ่งแต่เดิมจะแปรงฟันเฉพาะตอนตื่นนอนเท่านั้น

4. ควรมีการเผยแพร่ผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ อาจด้วยการศึกษาดูงานชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการแล้ว รวมทั้งควรมีการเผยแพร่ ประกาศคุณงามความดีชุมชนที่สามารถดำเนินการสำเร็จ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนอื่น ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนนั้นมีความภาคภูมิใจและแรงขับเคลื่อนให้มีความเข้มแข็งใน

การร่วมกันส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพในประเด็นสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมงานทันตบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว เจ้าหน้าทีสถานีอนามัยตำบลสถาน แกนนำชุมชนตำบลสถาน ผู้บริหารโรงเรียนทั้งสามแห่ง แกนนำและชาวบ้าน บ้านนาฝาง ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ นอกจากนี้ขอขอบคุณชุมชนบ้านน้ำคา อำเภอเขียงกลาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาดูงาน นายแพทย์กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ อาจารย์ทันตแพทย์ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สุณี วงศ์คงคาเทพ, ศรีสุดา ลีละศิธร. สภาพและแนวโน้มปัญหาทันตสาธารณสุขในประเทศไทย, วราภรณ์ จิระพงษา, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ปิยะดา ประเสริฐสม, กุญแจสู่ความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พิมพ์ครั้งที่ 1, บริษัท ออลพรีนซ์ออฟ จำกัด, 2545 17-42
2. [http://www.dmh.go.th/\\_libnews/news/view.asp?id=5877](http://www.dmh.go.th/_libnews/news/view.asp?id=5877)
3. ฤดี สุราษฎร์, อาหารกับการเกิดโรคฟันผุ, วราภรณ์ จิระพงษา, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ปิยะดา ประเสริฐสม, กุญแจสู่ความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พิมพ์ครั้งที่ 1, บริษัท ออลพรีนซ์ออฟ จำกัด, 2545 43-68
4. Sreebny L.M., Sugar and caries ; a review.J. Hum .Nutr 1982, 31,45-52
5. ฉลองชัย สกลवलันต์. บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมป้องกันมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547
6. <http://www.childthai.org/cicc981.htm>
7. ลันติ จิตระจินดา. เด็กไทยรู้ทัน: ต่อต้านโฆษณาหลอกลวงเด็ก ข้อเรียกร้อง 12 ประการ: การสัมมนาระดับชาติ “เด็กไทยรู้ทัน” 10 มีนาคม 2547 ณ หอประชุมใหญ่ ศูนย์วัฒนธรรมแห่งประเทศไทย

### เอกสารอ้างอิง

8. [http://www.ecurriculum.mv.ac.th/library/2/clinic/clinic 2/child-obese 002-1.htm](http://www.ecurriculum.mv.ac.th/library/2/clinic/clinic%20child-obese%20002-1.htm)
9. อุทัยวรรณ กาญจนกามล. การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนในหนังสือคู่มือการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาทันตแพทย์ปีที่6 ประจำปีการศึกษา 2548 กระทบวงวิชาทันตกรรมชุมชนปฏิบัติ (DCOP 602) ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548
10. Arnstain S., Eight rung on the ladder of citizen participation ,in Cahn ,E.S. and Passett, b.a.(eds),Citizen participation: effecting community changes, Praeger publisher, New York, 1971.
11. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.คู่มือ การศึกษาแนวทางการส่งเสริมทันตสาธารณสุขแนววัฒนธรรมชุมชน.ในเทคนิคการทำงานอย่างมีส่วนร่วม PRA:เอกสารประกอบการเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกภาคสนามของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 กระทบวงวิชาทันตกรรมชุมชนปฏิบัติ (DCOP602) ปีการศึกษา 2543.
12. ศูนย์ทันตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน .รายงานการสำรวจสภาวะช่องปากกลุ่มอายุ 3,5,12,60-74 ปี จังหวัดน่าน พ.ศ 2550
13. อุทัยวรรณ กาญจนกามล. การศึกษาอย่างมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก: วราภรณ์ จิระวงษา, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ปิยะดา ประเสริฐสม : กุญแจสู่ความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก: พิมพ์ครั้งที่ 1: ออลพรีนซ์ออฟ จำกัด ;2545:132-157
14. กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ. ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาภาวะเด็กขาดสารอาหารและเด็กฟันผุ อำเภอเขียงกลาง, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;2:129-137



Original Article

# Community Participation in Health and Oral health Promotion

in Primary School Students,  
Ban Nafang, Tambon Satharn, Amphure Pua, Nan

MAYURES KASETSINSOMBAT\* D.D.S.

## Abstract

Health and oral health promotion in primary school students had been conducted in schools only. It was found that there were some health problems which could not be solved. The objective of this study was to study community participation which impacted in health and oral health promotion in Ban Nafang. The study was conducted as Participation Action Research (PAR). The results of the study showed that, the community concerned in health and oral health problems of children and tried to find out for solution of the problems. The community had its health policies to create appropriate environment and helped the children to develop their health behaviors. The malnourished children in March 2005, September 2005 and September 2006 in Ban Nafang school were decreased from 11.1% to 3.33 % and 2.13 % respectively. Since, there may be many relevant factors which could not be identified from this study. The community participation was one of those related impacted factors. However, this particular study has initiated the community to be proud of its involvement in all the relevant steps: problem investigating, finding a solution and following up health care procedures which were adopted by team and would strengthen community in order to promote any other health issues concerned.

**Keyword :** *Community Participation, Strengthen community*

---

\* Pua Hospital, Nan Province