

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ตุลาคม-ธันวาคม 2550

VOL.12 NO.3 OCTOBER-DECEMBER 2007

บทความวิชาการ

- การพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน
ในโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน จังหวัดนครราชสีมา
- ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลหนองบุญมาก
จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2549
- สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2550
- การประเมินผลโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2546-2548
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย
- สภาวะสุขภาพร่างกาย และสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม
ในโรงพยาบาลอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- การจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลประจำปี 2549
- การยึดติดแน่นของสารเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ ที่ 1 ในระยะเวลา 2 ปี
โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ภายใต้ โครงการยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี (พ.ศ. 2548-2550) จ. สุโขทัย

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

DENTAL HEALTH DIVISION
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

การพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพ สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

ในโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน จังหวัดนครราชสีมา

พรรณณี ผานิดานันท์ *

ท.บ., ส.ม., อ.ท.ทันตสาธารณสุข

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนสังกัด ภาครัฐบาลและเอกชน 4 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 4 ขั้นตอนโดยใช้กระบวนการ AIC ประกอบด้วย 1) การเก็บข้อมูลพื้นฐาน 2) การพัฒนาเครือข่าย 3) ติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยโรงเรียนรัฐและเอกชน 4 แห่ง ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้เกี่ยวข้องเป็นเครือข่ายประกอบด้วย ครู 20 คน ผู้ปกครอง 103 คน และทันตบุคลากร 2 คน ระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างเดือน ธันวาคม 2548 ถึงเดือนมีนาคม 2550 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบภาวะช่องปากเด็ก สัมภาษณ์ครูและผู้ปกครองตามแบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลมีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และการดำเนินงานด้วยกระบวนการ AIC ทำให้เกิดเครือข่ายในโรงเรียนทั้ง 4 แห่งที่ศึกษา เครือข่ายสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพพื้นฐาน ทำให้เด็กกลุ่มเป้าหมายมีภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ แปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.5 เป็น 63.5 รับประทานขนมกรุบกรอบลดลงจากร้อยละ 93.0 เป็น 84.0 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานลดลง จากร้อยละ 75.0 เป็น 64.0 โรงเรียนลงทุนด้านสิ่งแวดล้อมโดยทำสถานที่แปรงฟันที่ถูกสุขลักษณะ ผู้ปกครองสนับสนุนการดื่มนมจืด สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดเครือข่ายและทำงานร่วมกันได้มาจาก 1. การมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกันของทุกฝ่าย 2. การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถอธิบายปัญหาและสาเหตุได้ชัดเจน 3. การมีส่วนร่วมในแนวระนาบ แต่ละภาคีรับรู้บทบาทของตนเองและเป็นบทบาทที่สามารถทำได้ 4. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการบริหารและดำเนินการโดยกลุ่มเอง 5. มุ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาหรือเป้าหมาย 6. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 7. มีทีมที่ปรึกษาด้านวิชาการจากสาธารณสุขที่ไปให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้มีข้อเสนอว่าควรมีการศึกษาต่อเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความยั่งยืนของโครงการ

คำสำคัญ : การพัฒนาเครือข่าย, การส่งเสริมทันตสุขภาพ, เด็กก่อนวัยเรียน

บทนำ

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการจัดระบบการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2545 มุ่งเน้นให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน โดยยึดหลักการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การจัดบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา แล้วร่วมกันดำเนินงาน และร่วมกันประเมินผล ในรูปของชมรมสร้างสุขภาพ นับได้ว่าเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ด้านสร้างสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตั้งแต่เด็กก่อนวัยเรียน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุเด็กกลุ่มอายุ 0-6 ปี ในเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานแบบภาคีเครือข่าย

โรคฟันผุเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางทันตสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน (0- 5 ปี) โดยพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ขวบ มีความชุกของโรคฟันผุสูงร้อยละ 58.1 และ 70.1 ในปี 2537 และ 2544 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน และอุด (dmft) ประมาณ 3 ซี่ / คน (บัญชา ตั้งสกุล)⁴ และจากการสำรวจสภาวะโรคฟันผุ กลุ่มอายุ 0-3 ปี พ.ศ. 2548 และ 2549 จังหวัดนครราชสีมา⁵ พบว่ามีฟันผุลดลงเล็กน้อยเท่านั้นคือ ร้อยละ 64.3 และ 58.1 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่ารับประทานทุกวัน ร้อยละ 18.9 รับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 24.7 และรับประทาน 1-3 วัน / สัปดาห์ ร้อยละ 42.3 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่า ดื่มทุกวัน ร้อยละ 26.4 ดื่ม 4-6 วัน /

สัปดาห์ ร้อยละ 15.5 และดื่ม 1-3 วัน / สัปดาห์ ร้อยละ 33.0 และมีพฤติกรรมการเล่นฟัน ตอนเช้า ร้อยละ 58.8 และก่อนนอน 32.0 การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา พบว่า งานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพจะเป็นหน้าที่ของครู การศึกษาทางทันตกรรมเป็นหน้าที่ของทันตบุคลากร ส่วนผู้ปกครองหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่เพียงให้การสนับสนุนอุปกรณ์การแปรงฟัน ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา)⁵

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า โรคฟันผุเริ่มต้นและเป็นปัญหาตั้งแต่เด็กก่อนวัยเรียน แต่การแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปยังกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา จึงไม่ครอบคลุมการเกิดโรคที่เริ่มตั้งแต่อนุบาล เด็กเล็กทั้งในโรงเรียนของรัฐบาลและเอกชน จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ควรดำเนินการควบคุมป้องกันโรคฟันผุตั้งแต่เริ่มแรก โดยต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองและครูผู้เลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กเล็ก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งที่จะพัฒนาการทำงานแบบเครือข่าย และศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย ในกลุ่มภาคีที่มีส่วนรับผิดชอบต่อสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นฟันและการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองและ/หรือผู้เลี้ยงดูให้เหมาะสม โรงเรียนและทันตบุคลากรมีส่วนร่วมในบทบาทสนับสนุนต่างๆ ก่อเกิดเครือข่ายการดูแลทันตสุขภาพโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือเสริมแรงเพื่อแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลวิธีการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย ซึ่งคาดว่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นทันตสุขภาพให้เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนของรัฐและ เอกชน เขตอำเภอเมือง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนสังกัดของรัฐและเอกชน เขตอำเภอเมือง

นิยาม เครือข่าย หมายถึงผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียน เป้าหมาย 4 แห่ง ประกอบด้วยผู้ปกครอง ครู และทันตบุคลากรที่รับผิดชอบพื้นที่ปฏิบัติการ

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัย เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเงื่อนไขว่า ผู้บริหาร ครูอนามัยและครูประจำชั้นเด็กก่อนวัยเรียน และผู้ปกครอง ยินดีให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

เป็นการศึกษาเพื่อเตรียมข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการตรวจสอบสถานะฟันผุในเด็กกลุ่มตัวอย่าง และสัมภาษณ์ผู้ปกครองด้วยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของเด็ก พฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล รวมทั้งพฤติกรรม การยอมรับการรักษาของเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการคำนวณค่าความถี่ และ ร้อยละ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาเครือข่าย

ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลพื้นฐานจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และนำเสนอต่อที่ประชุมเครือข่าย เพื่อให้สมาชิกเครือข่ายรับทราบปัญหาเชิงประจักษ์ นำไปสู่การร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง มีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การสร้างความตระหนักและหาสมาชิกเครือข่ายในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence and Control) ในการสร้างความตระหนักในปัญหา โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ก่อกกระแส (Advocate) ซึ่งให้เห็นถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อมูลเบื้องต้นที่รวบรวมได้ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีมาตรการแก้ไขป้องกัน หากทุกคนที่เกี่ยวข้องไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน (A : Appreciation) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เปิดรับสมัครสมาชิกเครือข่าย และให้สมาชิกเครือข่ายคัดเลือกกรรมการเพื่อดำเนินการพัฒนาเครือข่ายต่อไป

ขั้นที่ 2 กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเมื่อได้สมาชิกเครือข่าย จากขั้นที่ 1 แล้ว ได้ร่วมกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดเป็นกลยุทธ์ แผนงานโครงการ และมีผู้รับผิดชอบชัดเจน (I: Influence) ผู้วิจัยทำหน้าที่เอื้ออำนวย เกื้อกูลให้เกิด (Enable) โดยการกระตุ้นเครือข่ายให้คิด ให้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่และเปิดโอกาสให้เครือข่ายได้เลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนด้านวิชาการ

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานของเครือข่าย

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สมาชิกเครือข่ายนำเอากลยุทธ์ แผนงานโครงการที่กำหนด

ขึ้นไปลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินผล แกไขอุปสรรค ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ (C : Control) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่ โกล่เกลี่ยประสาน (Mediate) โดยการช่วยเป็นสื่อกลางในการประสาน ทั้งภายในเครือข่าย และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดทั้งให้ความรู้ วิชาการ เพื่อเติมเต็มส่วนขาดให้ เครือข่าย หากสมาชิกเครือข่ายร้องขอ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีหน้าที่ประเมินการดำเนินงานของเครือข่ายในระหว่างดำเนินการ โดยใช้วิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึก

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลเครือข่าย

การประเมินผลการพัฒนาเครือข่าย มีการประเมินทั้งก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ ประเด็นที่ประเมินประกอบด้วย กระบวนการเกิดขึ้นของเครือข่าย การบริหารจัดการและการดำเนินการ เครือข่าย ผลผลิต (Outcome) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเครือข่าย โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม แบบสำรวจ และแบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

โรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 4 โรงเรียน เป็นโรงเรียนสังกัดภาครัฐ 2 โรงเรียน สังกัดเอกชน 2 โรงเรียน มีเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 209 คน ผู้ปกครองที่สมัครเป็นสมาชิกเครือข่าย จำนวน 103 คนคิดเป็นร้อยละ 49.3 โรงเรียนอนุบาล-สายทิพย์ เป็นโรงเรียนเดียวที่ผู้ปกครองสมัครเข้าร่วมโครงการทุกคน โรงเรียนรวมมิตรวิทยามีผู้ปกครองสมัครเป็นสมาชิกเครือข่ายน้อยที่สุด คือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20 (ตารางที่ 1)

สภาวะโรคฟันผุและพฤติกรรมทันตสุขภาพ จากการสำรวจสภาวะโรคฟันผุและสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ในเรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพ พบว่าเด็กที่ได้รับการตรวจทั้งหมด 209 คน ก่อนการดำเนินการ เด็กที่มีฟันผุยังไม่ได้การรักษา มีร้อยละ 80 โดยโรงเรียนรวมมิตรวิทยามีมากที่สุดถึงร้อยละ 92.6 หลังการดำเนินงานเครือข่าย พบว่าเด็กได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการผุโดยไม่ได้รับการรักษาลดลงในทุกโรงเรียน โดยในภาพรวม ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 51.5

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียน นักเรียน ครู และผู้ปกครอง ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน อ.เมือง จ.นครราชสีมา

Table 1 Number of schools, students, school teachers and parents who attended oral health promotion network in pre-school children, in Muang District, Nakorn Rajchasi Province.

โรงเรียน/สังกัด	เด็กก่อนวัยเรียน/ ครูทั้งหมด(คน)	ผู้ปกครองทั้งหมด (คน)	ผู้ปกครองที่สมัครเป็นสมาชิกเครือข่าย	
			คน	ร้อยละ
เทศบาล 1 / รัฐบาล	82 / 3	82	50	60.9
เทศบาล 3 / รัฐบาล	58 / 4	58	20	34.5
รวมมิตรวิทยา / เอกชน	45 / 9	45	9	20.0
อนุบาลสายทิพย์ / เอกชน	24 / 4	24	24	100
รวม	209 / 20	209	103	49.3

พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนและหลังดำเนินการ มีเด็กแปรงฟันเพิ่มมากขึ้น ทั้งตอนเช้าตื่นนอน และ ก่อนนอน โดยตอนเช้าเด็กแปรงฟันร้อยละ 90.2 และ 97.2 ก่อนและหลังดำเนินการตามลำดับ ส่วนการ แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 54.5 และ 63.5 ก่อน และหลังการดำเนินการตามลำดับ พฤติกรรมการ บริโภคขนมกรุบกรอบ และการดื่มเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล พบว่าลดลงหลังการดำเนินการ โดยการบริโภค ขนมกรุบกรอบ พบร้อยละ 93.0 และ 84.0 ในก่อน และหลังดำเนินการ การดื่มเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลพบ ร้อยละ 75.0 และ 64.0 ในก่อนและหลังการดำเนินการตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการยอมรับการรักษา ทางทันตกรรม วัดโดยการประเมินความร่วมมือของเด็กในด้านการยอมให้ตรวจและยอมให้รักษา ด้วยการเคลือบฟลูออไรด์ อุดฟัน หรือถอนฟัน พบว่า เพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังการดำเนินการ โดยมีพฤติกรรม การยอมรับการรักษาร้อยละ 49.0 และ 50.5 ก่อนและ หลังดำเนินการตามลำดับ

2. การพัฒนาเครือข่าย

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายที่ดำเนินการ มี 2 ขั้นตอน ซึ่งสรุปผลการดำเนินการดังนี้

1. การสร้างความตระหนักและรับสมัคร สมาชิกเครือข่าย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ในการสร้างความตระหนักในปัญหา โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ก่อกองแอส (Advocate) ซึ่งให้เห็นถึงประเด็น ปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อมูลเบื้องต้นที่รวบรวมได้ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นหาก ไม่มีการจัดการแก้ไขป้องกัน หากทุกคนที่เกี่ยวข้องไม่ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเกิดการยอมรับ ซึ่งกันและกัน (A: Appreciation) เปิดรับสมัคร สมาชิกเครือข่าย และให้สมาชิกเครือข่ายคัดเลือก กรรมการเพื่อดำเนินการพัฒนาเครือข่ายต่อไป โดย ดำเนินการแยกเป็นรายโรงเรียน โรงเรียนละ 1 วัน พบว่ามีผู้ปกครองและครูสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิก เครือข่ายทั้ง 4 โรงเรียน จำนวน 103 คนคิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 2 สภาวะโรคฟันผุและพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการดำเนินงาน

Table 2 Oral status and risk behaviors of the pre-school children, before and after developing oral health promotion network

โรงเรียน	ตรวจ (คน)	ฟันผุ (%)		การแปรงฟัน (%)				พฤติกรรมทันตสุขภาพ (%)					
				ตอนเช้า		ก่อนนอน		ขนม		เครื่องดื่ม		ยอมรับการรักษา	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
เทศบาล 1	77	89.6	54.5	91.6	100	62.4	70.1	97.4	90.9	84.4	75.3	51.9	40.3
เทศบาล 3	58	74.1	65.5	87.5	96.1	50.0	56.9	86.2	72.4	68.9	51.7	43.1	55.2
รวมมิตรวิทยา	41	92.6	48.8	89.2	92.6	43.9	48.7	100	97.6	85.4	73.2	70.7	78.0
อนุบาลสายทิพย์	24	41.7	12.5	96.3	100	62.5	83.3	83.3	66.7	41.7	41.7	16.7	25.0
รวม	200	80.0	51.5	90.2	97.2	54.5	63.5	93.0	84.0	75.0	64.0	49.0	50.5

หมายเหตุ - ฟันผุ หมายถึงฟันที่มีรูผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษา (Active caries) ฟันที่ได้รับการรักษาแล้ว เช่น อุด ครอบ หรือ ถอน ไม่นับว่าเป็นฟันผุ

- ตรวจครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2549 ตรวจครั้งที่ 2 กุมภาพันธ์ 2550

49.3 โดยโรงเรียนอนุบาลสายทิพย์มีผู้ปกครองสมัครเป็นสมาชิกเครือข่าย ร้อยละ 100 ตามด้วยโรงเรียน เทศบาล 1, เทศบาล 3 และ โรงเรียนรวมมิตรวิทยา ร้อยละ 60.9, 34.5 และ 20 ตามลำดับ (ตาราง ที่ 1)

2. กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เมื่อสมาชิกเครือข่ายได้รับทราบบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบแล้ว ได้ร่วมกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดเป็นกลยุทธ์ แผนงานโครงการ และมีผู้รับผิดชอบชัดเจน (I: Influence) ผู้วิจัยทำหน้าที่เอื้ออำนวย เกื้อกูลให้เกิด (Enable) โดยการกระตุ้นเครือข่ายให้คิด ให้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ และเปิดโอกาสให้เครือข่ายได้เลือกทางเลือกที่มีคุณภาพ และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนด้านวิชาการ ในขั้นตอนนี้พบว่า ทุกเครือข่ายได้มองเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและ เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และ การส่งเสริมให้เด็กได้แปรงฟันถูกรวีอย่างสม่ำเสมอ โดยทุกเครือข่ายได้กำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ดังนี้

- กำหนดเป็นนโยบายของโรงเรียนในเรื่อง การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ให้ดื่มนมรสจืดแทนนมที่มีการเติมน้ำตาล และห้ามเด็กไม่ให้นำขนมกรุบกรอบมาจากบ้าน
- จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยจัดทำสถานที่แปรงฟันเป็นสัดส่วน ถูกสุขลักษณะ จัดหาอุปกรณ์การแปรงฟัน และจัดกิจกรรมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ หลังอาหารกลางวันทุกวัน
- จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้การส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนและสมาชิกเครือข่าย

โดยการจัดห้อง หรือมุมการเรียนรู้ในห้องเรียน รวมทั้งการจัดทำสื่อที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ปกครองและเด็ก

- ฝึกทักษะการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และตรวจประเมินความสะอาดการแปรงฟัน ฝึกการแปรงฟันในเด็กที่แปรงฟันไม่ถูกต้อง

3. ผลการดำเนินงานของเครือข่าย

เมื่อแต่ละเครือข่ายกำหนดยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการแล้วได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมไปดำเนินการ (C : control) โดยก่อนการนำแผนไปปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมทันตบุคลากรได้จัดอบรมความรู้เรื่องทันตสุขภาพให้สมาชิกเครือข่ายทุกคน 1 ครั้ง โดยเริ่มการนำแผนงานโครงการลงสู่การปฏิบัติในเดือน มิถุนายน 2549 ผลการดำเนินการดังสรุปไว้ในตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 พบว่าทุกโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีการบริหารจัดการเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม โดยประชุมภาคี 2 ครั้ง ทุกโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานได้แก่ การแปรงฟัน การดื่มนมจืด จำกัดการนำขนมมาโรงเรียน และมีการจัดมุมให้ความรู้ ทุกโรงเรียนมีการประเมินผล 2 ครั้ง โรงเรียนรวมมิตรวิทยา ยังไม่สามารถดำเนินงานตามแผนที่กำหนดทุกกิจกรรม เนื่องจากเป็นโรงเรียนเอกชนขนาดใหญ่ มีนักเรียนจำนวนมาก ตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลจนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 และโรงเรียนยังไม่เคยจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพมาก่อน นอกจากนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็น พ่อค้า แม่ค้า มีเวลาเอาใจใส่ดูแลลูกน้อย ต่างจากโรงเรียนเทศบาล 1 และโรงเรียนเทศบาล 3 ถึงแม้จะเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่มีนักเรียนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 เช่นกัน แต่ทั้ง 2 โรงเรียนมีกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพ มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของ

ตารางที่ 3 การบริหารจัดการเครือข่าย และผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

Table 3 Process and outcome of oral health promotion network to support oral health activities in pre-school children

โรงเรียน	รูปแบบการบริหาร	รูปแบบการจัดกิจกรรม
เทศบาล 1/ เทศบาล 3	1. มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม	1. มีการจัดประชุมเครือข่าย 2 ครั้ง
	2. ดำเนินงานตามแผน/กิจกรรมที่วางไว้	2. เด็กทุกคนแปรงฟันพร้อมกัน ในสถานที่แปรงฟัน
	3. มีการจัดสถานที่ปฏิบัติงานกลุ่ม	3. เด็กทุกคนตื่นนอนจิต และไม่นำขนมมาจากบ้าน
	4. จัดแหล่งเรียนรู้ทางทันตสุขภาพ	4. มีการจัดมุมการดูแลทางทันตกรรมในห้องเรียน
		5. การประเมินผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง
รวมมิตรวิทยา	1. มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม	1. มีการจัดประชุม 2 ครั้ง
	2. ไม่สามารถดำเนินการทุกกิจกรรมตามแผน/กิจกรรมที่วางไว้	2. เด็กไม่สามารถแปรงฟันได้ครบทุกคน ไม่มีสถานที่แปรงฟัน
	3. มีการจัดสถานที่ปฏิบัติงานกลุ่ม	3. เด็กส่วนมากตื่นนอนจิต จำกัดการนำขนมมาจากบ้าน
	4. จัดแหล่งเรียนรู้ทางทันตสุขภาพ	4. จัดสื่อทางทันตกรรมเสริมในห้องสื่อ
		5. มีการประเมินผล 2 ครั้ง
อนุบาลสายทิพย์	1. มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม	1. มีการจัดประชุม / ประสานผู้ปกครอง 3 ครั้ง
	2. ดำเนินงานตามแผน/กิจกรรมที่วางไว้	2. เด็กทุกคนแปรงฟัน ในสถานที่แปรงฟัน
	3. จัดสถานที่ปฏิบัติงานกลุ่ม	3. เด็กทุกคนตื่นนอนจิต จำกัดการนำขนมมาจากบ้าน และฝึกให้เด็กตื่นนอนจากแก้ว
	4. จัดแหล่งเรียนรู้ทางทันตสุขภาพ	4. จัดมุมการดูแลทางทันตกรรมในห้องเรียน
		5. มีการประเมินผล 2 ครั้ง

เด็กประถมศึกษา และมีสถานที่แปรงฟันอยู่แล้ว ทำให้การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กอนุบาลเกิดขึ้นได้ง่าย และครอบคลุมเด็กทุกคน นอกจากนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่สามารถจัดสรรเวลาในการดูแลทันตสุขภาพของลูก และสมัครเป็นสมาชิกเครือข่าย ส่วนโรงเรียนอนุบาลสายทิพย์ เป็นโรงเรียนเอกชนขนาดเล็ก มีเฉพาะนักเรียนชั้นอนุบาล ทำให้สามารถดำเนินการได้สะดวก ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง โดยสมัครเป็นสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด จัดกิจกรรมได้ครบทุกแผนงานโครงการที่วางแผนไว้

4. ผลการประเมินการดำเนินงานของเครือข่าย
การประเมินผลการดำเนินงานของการพัฒนาเครือข่าย มีการประเมินทั้งก่อน ระหว่าง และ

หลังการดำเนินการ โดยประเมินในประเด็น การเกิดขึ้นและคงอยู่ของเครือข่าย การบริหารจัดการ การดำเนินการ และผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเครือข่าย โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม แบบสำรวจ และแบบสัมภาษณ์

จากการประเมินผลพบว่า แม้เครือข่ายที่เกิดขึ้นจะเริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตบุคลากรเข้าไปกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในปัญหาและการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาในลักษณะของเครือข่าย แต่เมื่อเกิดเป็นเครือข่ายขึ้นแล้ว สมาชิกเครือข่ายสามารถจัดโครงสร้างการบริหารเครือข่ายกันเอง รวมถึงการติดตามควบคุมให้เกิดกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ ช่วย

สนับสนุนข้อมูลและวิชาการ เป็นสื่อกลางประสาน เอื้ออำนวยให้เกิด ทำให้เครือข่ายสามารถ ดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการ กำหนดนโยบายโรงเรียน เกิดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพนักเรียนอนุบาลอย่างเป็นรูปธรรม ในส่วน ของทันตบุคลากรที่รับผิดชอบพื้นที่ สามารถให้บริการด้านการรักษาทางทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ สภาวะโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็น 51.5 นอกจากนี้ยังทำให้พฤติกรรม ทันตสุขภาพเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นใน ทุกเครือข่าย

การประเมินความเห็นของภาคีเครือข่าย ได้ข้อสรุปว่า การที่จะเกิดเครือข่ายขึ้นมีปัจจัยที่สำคัญคือ 1. การมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกันของทุกฝ่าย 2. การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถอธิบายปัญหา และสาเหตุได้ชัดเจน 3. การมีส่วนร่วมในแนวระนาบ แต่ละภาคีรู้บทบาทของตนเองและเป็นบทบาทที่สามารถทำได้ 4. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการบริหาร และดำเนินการโดยกลุ่มเอง 5. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาหรือเป้าหมาย 6. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 7. มีทีมที่ปรึกษาด้านวิชาการจากสาธารณสุขที่ไปให้ คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ

อภิปรายผล

สถิติการเกิดปัญหาฟันน้ำนมผุจากฐานข้อมูล ขององค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นว่า ความชุก ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กวัย 5-6 ปี ค่อนข้าง สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคอื่นทั่วโลก การเกิดโรคในเด็กไทย นับว่าสูงมากเช่นกันเมื่อ เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์)¹ การศึกษาหลายฉบับ พบอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรม การเลี้ยงดูและการดูแลอนามัยช่องปากเด็กโดยผู้ ปกครองมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก การจัดการ

เรื่องฟันผุในฟันน้ำนมจะยุ่งยากมากกว่าเด็กในวัยเรียน เนื่องจากเด็กยังคงอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง มาตรการหลักที่ผ่านมาจึงใช้กระบวนการให้ทันตสุข ศึกษ ซึ่งไม่ประสบผลเท่าไรนัก เนื่องจากทันตบุคลากร จะแนะนำในประเด็นที่มักไม่ได้รับการยอมรับ และ ไม่ได้รับความร่วมมือจากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากไม่เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นและแบบแผน การเลี้ยงดูเด็กของคนส่วนใหญ่ (Philip Weinstein)⁶

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ ในกฎบัตรรอตตาวา จึงมีผู้ให้ความสำคัญกับการทำงาน เป็นเครือข่ายมากขึ้น อาทิเช่น สุวรรณี ดวงรัตน์พันธ์ (2540)⁷ ได้เสนอแนวทางการดำเนินงานในชุมชน โดยเน้นให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน วางตัวให้เป็นผู้มีส่วนร่วม สอดคล้องไปกับชุมชน ไม่ควรวางตัวเป็นผู้นำ กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ และใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาของ ชุมชนเองอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์² พบว่า กระบวนการแก้ ปัญหาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยการเปิดโอกาสให้ ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารการดำเนินงาน ส่งเสริมทันตสุขภาพตามหลักอริยสัจสี่หรืออย่าง เท่าเทียมกัน ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ นอกจากนี้ไพฑูรย์ สายสงวนลัตย์ และคณะ (2542)⁸ ได้ดำเนินการ ทันตสาธารณสุขแบบผสมผสาน โดยดำเนินงานใน ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 25 ศูนย์ 957 คน ให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กเล็กได้ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็ก พบว่า ส่งผลให้ เด็กขาดสารอาหารลดลง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ เกิดโรคฟันผุลดลง ผู้ปกครองดูแล แปรงฟันให้เด็ก มากขึ้น

การทำงานด้วยรูปแบบเครือข่าย ได้รับการ ยอมรับว่าทำให้งานมีประสิทธิภาพ หากมีการบริหาร

จัดการที่ดี จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตามศักยภาพหลักของภาคี ทำให้เกิดการร่วมลงทุน ร่วมลงแรง และร่วมรับความสำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มารตี วิทยาดำรงชัย และ วิรติ ปานศิลา³ ซึ่งพบว่า กระบวนการการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือเสริมแรง เพื่อแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของเด็ก ทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลวิธีการดำเนินงานระหว่าง เครือข่าย และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการทำงานร่วมกัน ระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในปัญหาทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน การมีข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ มีการประชุมตกลง กันแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการปรับปรุง ข้อจำกัดต่างๆในระหว่างดำเนินการวิจัย ทำให้เกิด การทำงานในรูปแบบเครือข่ายตามคำนิยามดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยาม “เครือข่าย” ซึ่งนายแพทย์ ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า เครือข่าย หมายถึง ขบวนการ ทางสังคม อันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ โดยมี วัตถุประสงค์เดียวกัน และเป็นเอกเทศ เครือข่าย เน้นความสมัครใจ ไม่เน้นการใช้อำนาจ นอกจากนี้การ ที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีโครงสร้างและกฎระเบียบเครือข่าย และการ บริหารที่ดี

การดำเนินงานเครือข่ายจากการศึกษาในครั้งนี้ แม้จะในช่วงเวลาสั้นๆ เพียงประมาณ 1 ปี (มิถุนายน 2549 ถึง มีนาคม 2550) แต่สามารถดำเนินการ แก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ มีการประชุมเครือข่าย อย่างต่อเนื่องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนด นโยบายของโรงเรียนในการควบคุมการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ มีการจัด สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมทันตสุขภาพเช่นการจัดทำสถานที่แปรงฟัน

การจัดมุมเรียนรู้ทันตสุขภาพ ฝึกปฏิบัติให้นักเรียน สามารถแปรงฟันได้สะอาดและถูกวิธี ซึ่งสอดคล้อง กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ประกาศไว้ ในกฎบัตรรอตตาวา ปี 2529 ส่งผลให้เด็กได้รับการ รักษาทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น เด็กแปรงฟันก่อนนอน เพิ่มขึ้น เด็กมีพฤติกรรมกรับโภชนาการครบรอบ และเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลลดลงซึ่งนับเป็นความสำเร็จ ขั้นต้นของการดำเนินงานเครือข่าย อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินการอาจปรับเปลี่ยนไปตามสภาพ แวดล้อม และบริบทของโรงเรียน และชุมชน

การศึกษาครั้งนี้เป็นตัวอย่างการแก้ไขปัญหา ทันตสุขภาพรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นเพียงกรณีศึกษา ของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่สังกัดทั้งภาครัฐบาล และเอกชนเพียง 4 โรงเรียน เท่านั้น การแก้ปัญหา และส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ยังมีรูปแบบแนวทางอื่นๆอีกหลากหลายที่ทันตบุคลากร จะนำไปใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองโดยเน้น เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก เนื่องจาก ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาที่แท้จริง การส่งเสริมและ ป้องกันด้านทันตสุขภาพเป็นงานที่มีความสำคัญที่ ทันตบุคลากรควรให้ความตระหนัก ดังข้อเสนอของ อภิศักดิ์ จึงพัฒนาวดี (2548)⁹ ได้กล่าวว่า บทบาท ของทันตบุคลากรมิใช่การนำเอามาตรฐานสุขภาพ ช่องปากที่ดีตามแนวคิดของตนไปบอกหรือสั่งให้ผู้อื่น ทำตาม หากแต่จะต้องทำหน้าที่รับฟังและทำความเข้าใจทัศนคติของผู้อื่น ให้ข้อมูลในทัศนคติของตน ทำการ เจรจาตอรอง และเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อกำหนดความ หมายของสุขภาพช่องปากที่ดีในทัศนคติของทุกฝ่าย ใน ขณะที่ไม่ใช่ปล่อยให้สุขภาพช่องปากที่ดีนั้นเป็นไป ตามความต้องการของคนไข้ ชาวบ้าน หรือชุมชน อย่างอิสระ โดยที่ไม่ทำอะไรเลย การทำงานแบบมี ส่วนร่วมนี้เองที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพิ่มพูนศักยภาพด้านสุขภาพให้กับสังคม ชุมชน และปัจเจกบุคคลในที่สุด

สรุปและเสนอแนะ

การที่จะเกิดเครือข่ายขึ้นมีปัจจัยที่สำคัญคือ 1. การมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน 2. การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ 3. การมีส่วนร่วมในแนวระนาบ 4. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการบริหารและดำเนินการโดยกลุ่มเอง 5. มุ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาหรือเป้าหมาย 6. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การที่เครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพจะดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น จะต้องมีการดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน มีศูนย์การทำงานของ

กลุ่มเครือข่าย และมีศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน ประสานเชื่อมโยงให้เกิดการเรียนรู้ในรูปของเครือข่าย มีกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ และมีความต่อเนื่อง จึงจะส่งผลให้ได้ภัยก่อนเรียนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่สำคัญดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาเพียง 10 เดือน จึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุในฟันน้ำนม.ว.ทันต.สธ 2549;11: 9 -14
2. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. ประสิทธิผลของการบริหารการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยตามหลักอริยสัจสี่. จังหวัดนครราชสีมา, อัดสำเนา; 2549.
3. มารตี วิทยาดำรงชัย.กระบวนการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้าน หลักศิลาเหนือจังหวัดนครพนม. อัดสำเนา ; 2549.
4. ปัญญา ตั้งสกุล. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5: การสำรวจสถานะทันตสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2537 และ2544 อัดสำเนา
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. จังหวัดนครราชสีมา, อัดสำเนา; 2548, 2549.
6. Philip Weinstein.Public health issue in early childhood caries. Community Dentistry and Oral Epidemiology, copy. 1998
7. สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์. ทันตกรรมป้องกันสำหรับฟันผุนิดเนิสซิ่ง เชียงใหม่ : เชียงใหม่ทันตแพทยสาร; 2540
8. ไพฑูรย์ สายสงวนลัทยและคณะ. รูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแบบผสมผสานในศูนย์พัฒนาเด็ก. เชียงราย, อัดสำเนา; 2542
9. อภิศักดิ์ จิงพัฒนาวดี. แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จากกฎบัตรรอดดาวาสู่กฎบัตรกรุงเทพ และข้อเสนอเบื้องต้นต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, เชียงใหม่ทันตแพทยสาร; 2548



Original Article

Oral health promotion network development in pre-school children in 4 schools In Muang District, Nakorn Rajchasi Province

Pannee Phanidanant*

D.D.S., M.P.H., Diplomate in Dental Public Health

Abstract

Objectives The objective of this action research was to learn the process and outcome of developing oral health promotion network to support oral health activities in pre-school children. The study was done in 4 schools in Muang District, Nakorn Rajchasi Province.

Methods There were 4 steps of network development as followed the AIC process ; 1) Collecting of baseline data 2) Development of network 3) Monitoring / coaching the process of network development 4) Evaluation of outcome. The partners in network consist of 20 school teachers, 103 parents and 2 dental personnel. This group worked together for 16 months during December 2005 - March 2007.

Results Based on the evidence based of oral status and risk behaviors of the children, and the AIC process of action, the network can be formed in those 4 schools. Working together as a network, the result showed the better oral status and the reduction of risk behaviors. It was concluded that 7 factors that helped network formulation were 1) A common and clear objective 2) Evidence based data, both oral status and risk behaviors 3) Clear rolls & functions of each partner 4) Ownerships 5) Understanding knowledge on this issue 6) Effective communication 7) Technical coaching. It was suggested that further study to understand the factors effected to long lasting of this program is needed.

Key words : *oral health promotion network, pre-school children*

* Provincial Health Office, Nakorn Rajchasi Province