



มกราคม – ธันวาคม 2568

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

เว็บไซต์: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์บทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา: การวิจัยแบบผสมผสานในโรงเรียนบ้านห้วยส้ม จังหวัดเชียงใหม่
ทัศนีย์ สลัดยะนันท์¹ ปิยพร จันทร์คำ²

¹ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง ต.ยูหว่า อ.สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 50120

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยส้ม ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 50120

คำสำคัญ

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา
เด็กต่างด้าว
ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
เด็กวัยเรียน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา โดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในโรงเรียนประถมศึกษาบ้านห้วยส้ม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565 ซึ่งมีสัดส่วนนักเรียนไทยต่อต่างด้าว 1.8:1 คน เก็บข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนและการจัดการด้านสุขภาพช่องปากในโรงเรียนโดยการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและครูใช้แบบสอบถามผู้ปกครองเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมเมื่ออยู่ที่บ้านและใช้แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลายเพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า หลังจากปิดโรงเรียนด้วยสถานการณ์โควิด-19 ทั้งเด็กไทยและต่างด้าวมีอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้น เด็กร้อยละ 23 ไม่แปรงฟันก่อนนอนและร้อยละ 72 รับประทานนมกรุบกรอบเป็นประจำ แต่เมื่ออยู่ในโรงเรียนเด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน สม่่าเสมอและโรงเรียนมีการจัดการเรื่องอาหารและของว่างเพื่อสุขภาพ รวมถึงมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีระดับความรู้ผ่านเกณฑ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ($\bar{X} = 21.5 \pm 2.96$) สรุปบทบาทของโรงเรียนได้ดังนี้ 1) ระดับบุคคล คือ การมีหลักสูตรและโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 2) ระดับระหว่างบุคคล คือ การเน้นบทบาทของครูในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็ก 3) ระดับองค์กรและระดับนโยบาย คือ ผู้นำและครูให้คุณค่ากับสุขภาพช่องปากและมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารจัดการและดำเนินการตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 4) ระดับชุมชน คือ การประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่นเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้กับเด็กทุกคน และประเด็นหลักในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวคือการให้โอกาสเด็กทุกคนได้มีสุขภาพช่องปากที่ดีโดยเท่าเทียมกัน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

อีเมล: saladyanantT@gmail.com

doi: 10.14456/thdentphj.2025.2



January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

Homepage: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo>

Original Article

The Analysis of School's Roles on the Oral Health of School Students in Mixed Thai-migrant Primary School under the Concept of Ecological Model: A Mixed-method Study at Ban Hauy-Som School, Chiang Mai

Thatsanee Saladyanant¹ Piyaporn Jankham²¹Dental Department, Sanpatong Hospital, Yuwa, Sanpatong, Chiang Mai 501202²Bann Hauy-Som Subdistrict Health Promotion Hospital, San Klang, Sanpatong, Chiang Mai, 50120

KEYWORDS

Ecological model
Migrant student
Oral health literacy
Oral health promotion
School student

ABSTRACT

The study objective is to describe the school's roles in students' oral health under the Ecological model. In the school year 2022, a cross-sectional mixed-method study was performed at Ban Huay-Som Primary School, Sanpatong district, Chiang Mai, where the ratio of Thai to migrant students was 1.8:1. The school director and teachers were interviewed for student's oral health behaviors and school management information while student's parents were asked to answer the questionnaire about their children's behaviors at home. The Functional Oral Health Literacy Test was administered to 67 students in grades 4-6. Oral health records showed an increased caries rate in Thai and migrant students compared to the pre-COVID-19 period. Even though 23% of students neglected to brush before bed and 73% frequently consumed unhealthy snacks at home, 100% of them kept brushing their teeth at school every day after lunch, and the oral health literacy score was adequate ($\bar{x}=21.5 \pm 2.96$). Results from the content analysis showed the school's roles in students' oral health as follows; 1) at an individual level, manipulating oral health projects to improve oral health literacy and oral health behavior, 2) at an interpersonal level, motivating teachers' awareness on students' oral health, 3) at an organization and policy level: giving precedence to school health promotion policies, 4) at a community level: cooperating with local organizations for oral health services. In conclusion: schools should equally give an opportunity to maintain good oral health for every student.

Received date

14 June 2024

Revised date

6 February 2025

Accepted date

28 February 2025

Corresponding author

Thatsanee Saladyanant

E-mail address: saladyanantT@gmail.com

doi: 10.14456/thdentphj.2025.2

บทนำ

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุในช่วง 6 - 12 ปี ที่อยู่ในช่วงวัยของการเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการที่รวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม การเจริญเติบโตของเด็กในทุก ๆ ด้านได้รับอิทธิพลโดยตรงจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเด็กในระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 6 - 9 ปี จะมีรูปแบบพฤติกรรมตามการเลี้ยงดูของครอบครัวและเมื่อเติบโตสู่ระดับประถมศึกษาตอนปลายที่เด็กมีอายุในช่วง 10 - 12 ปี จะเป็นช่วงที่มีพัฒนาการทางด้านสังคมมากขึ้น อิทธิพลของเพื่อนและสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างมากต่อรูปแบบพฤติกรรมของเด็กในช่วงวัยนี้^{1, 2} พฤติกรรมทันตสุขภาพก็เป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่เพิ่งเริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กเพราะเป็นวัยที่เริ่มมีฟันถาวรขึ้นและมีฟันผุหรือเหงือกอักเสบได้หากไม่ทำความสะอาดอย่างถูกวิธีหรือจากการที่เด็กได้รับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุบ่อย ๆ^{3, 4} การที่บุคคลจะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีหรือไม่เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงสังคม ปัจจัยเชิงสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพช่องปากของเด็ก ยกตัวอย่างเช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว การจ้างงาน สถานที่ตั้งที่อยู่อาศัย สถานะทางการเงินของครอบครัว เชื้อชาติ สิทธิในการรักษา เป็นต้น⁵⁻⁸

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมในสังคมทั้งปัจจัยในระดับใกล้ตัว ระดับโครงสร้างและระบบที่ครอบคลุมสังคมนั้น ๆ ไว้⁹ ปัจจัยแวดล้อมในเชิงบวกจะส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล (Individual level) เช่น ความรู้ ทักษะ และทักษะต่าง ๆ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal level) เช่น เครือข่ายความสัมพันธ์ในสังคม ครอบครัว กลุ่มเพื่อน 3) ปัจจัยระดับองค์กร (Organization level) เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 4) ปัจจัยระดับชุมชน (Community level) และความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และ 5) ปัจจัยระดับนโยบาย (Policy level) ทั้งนโยบายทางการเมือง กฎเกณฑ์และกฎหมายที่ต้องปฏิบัติร่วมกันในระดับชุมชน ระดับเขตและ

ระดับประเทศ^{10, 11} ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของเด็กในวัยเรียนคือ ครอบครัวและโรงเรียน ที่ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ จะได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในชุมชน รวมถึงนโยบายสุขภาพในขณะนั้น^{6, 7, 12}

นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion school) เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกรมอนามัยที่ตั้งขึ้นตามแนวคิดของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็กนักเรียน มีวัตถุประสงค์ให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดีควบคู่ไปกับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียน กิจกรรมส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นที่การสร้างหลักสูตรให้เด็กได้มีความรู้และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ในสังคม ภายใต้แนวคิดที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็กมีผลลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในอนาคต¹³ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้รับการผนวกให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์แปรงสีฟันยาสีฟัน อ่างล้างน้ำ แปรงฟัน การจัดสิ่งแวดล้อมในและนอกโรงเรียนและการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ในปัจจุบันได้เพิ่มการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) เพื่อให้เด็กมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของสังคมและข้อมูลข่าวสารจากสื่อที่หลากหลาย รวมไปถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เด็กเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน เด็กที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากที่ดีจะสามารถตัดสินใจในเรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและยังสามารถบอกต่อไปยังกลุ่มเพื่อนของตนได้อีกด้วย^{14 - 16}

นอกจากนี้การสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวกในโรงเรียนยังมีส่วนช่วยลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันในเชิงโครงสร้างของเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละครอบครัว^{7, 16, 17} เนื่องจากในปัจจุบันมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวจำนวนมากเข้าสู่ประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดที่ติดกับเขตชายแดนประเทศดังเช่นจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อยู่ในวัยแรงงานเหล่านี้มักพาลูกหลานซึ่งอยู่ในวัยเรียนเข้ามาอยู่ด้วยจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของสังคมไทยที่จะให้โอกาสเด็กเหล่านี้ได้เข้าสู่ระบบการเรียนรู้ตามปกติ เพื่อไม่ให้เด็กต้องขาดโอกาสใน

การเรียนรู้หนังสือหรือถูกบังคับให้เข้าสู่ตลาดแรงงานตั้งแต่วัยเด็กซึ่งขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนและอาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมเมื่อเด็กเติบโตขึ้น ในปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการได้ส่งเสริมให้เด็กต่างด้าวได้เข้าสู่ระบบการศึกษาปกติตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตราเดียวกับที่จัดสรรให้เด็กไทย^{18, 19} การจัดบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพรวมถึงสุขภาพช่องปากจึงเป็นอีกหนึ่งนโยบายสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการดำเนินการร่วมกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนทุกคน

เป้าหมายของงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2565 คือเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 71.0 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 82.0 ไม่มีรูผุ (Cavity free) เด็ก ร้อยละ 50.0 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันแท้และมีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากระดับพื้นฐาน (Basic or Functional Health Literacy) ที่เพียงพอ²⁰ ในขณะที่ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด 1.4 ซึ่งต่อคน มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 เด็กที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีเพียงร้อยละ 44.7 และอัตราเด็กที่รับประทานนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ลูกอมและน้ำหวาน เพิ่มสูงขึ้น²¹ การทำงานทันตสาธารณสุขจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียนได้จำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทและกลไกของปัจจัยแต่ละระดับที่อยู่รอบตัวเด็ก รวมทั้งเข้าใจการปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเด็กและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากในแต่ละช่วงเวลาซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการของเด็กและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กวัยเรียนทุกคนกับปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกันคือ โรงเรียน โดยโรงเรียนเป็นตัวกลางในการเชื่อมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากเข้ากับตัวเด็ก การวิเคราะห์บทบาทของปัจจัยแต่ละระดับในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกผ่านการถอดบทเรียนจากโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ โรงเรียนที่นำมาศึกษาเป็นโรงเรียนที่มีทั้งเด็กนักเรียนชาวไทยและเด็กต่างด้าวเรียนร่วมกันตามหลักสูตรปกติ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในบทบาท

ของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและเด็กต่างด้าวเรียนร่วมกัน เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional mixed-method study) ในโรงเรียนบ้านห้วยส้ม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 149 คน เป็นเด็กไทย 97 คน เด็กต่างด้าว 52 คน เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 67 คน และมีครูจำนวน 14 คน ทำการศึกษาระหว่าง เมษายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จัดการประชุมชี้แจงวิธีการวิจัยให้กับคณะครูในโรงเรียนและขอความยินยอมจากผู้อำนวยการและครูผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ มีการชี้แจงการวิจัยในที่ประชุมผู้ปกครองรวมถึงส่งจดหมายแสดงรายละเอียดงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเริ่มการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า

1) ผู้อำนวยการและครูอนามัยประจำโรงเรียน ที่สอนประจำในโรงเรียนบ้านห้วยส้มอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี

2) ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนบ้านห้วยส้มที่เข้าใจภาษาไทยและ/หรือมีผู้ที่อ่านแบบสอบถามภาษาไทยให้

3) นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 และไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เกณฑ์คัดออก

1) นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2) นักเรียนที่ย้ายเข้าในภาคเรียนที่ 2

เกณฑ์ขอยกเลิกจากการศึกษา ครูหรือผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่ต้องโยกย้ายไปยังสถานศึกษาอื่น

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาผู้อำนวยการและครูประจำชั้นทุกคนทำงานในโรงเรียนแห่งนี้มากกว่า 3 ปี มีครูอนุบาล 6 คน ครูประถมศึกษา 6 คนและครูที่ทำงานบริหาร 1 คน สัมภาษณ์ครูอนุบาล 2 คนและครูประถมศึกษา 4 คนซึ่งเป็นครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1, 3, 4, 6 จนกระทั่งข้อมูลซ้ำและไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 2

และ 5 กล่าวว่ามีข้อมูลเหมือนกับครูท่านอื่นและไม่มีอะไรเพิ่มเติม จึงยุติการสัมภาษณ์ไว้ที่ครู 6 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและส่งแบบสอบถามผู้ปกครองในช่วงภาคการศึกษาที่ 1 และทำการสัมภาษณ์ครูในช่วงภาคการศึกษาที่ 2 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ทส. 001 ประจำปีการศึกษา 2563, 2565, 2566 (ปี 2564 ไม่มีการเก็บข้อมูลเนื่องจากโรงเรียนปิดด้วยสถานการณ์การระบาดของโควิด - 19) ทส. 001 เป็นข้อมูลที่เก็บในทุกๆต้นปีการศึกษา

2) แบบสอบถามผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 เรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนระหว่างอยู่ที่บ้าน ประกอบไปด้วยคำถาม 4 หัวข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันของเด็ก ชนิดของอาหารหรือขนมที่เด็กรับประทานขณะอยู่ที่บ้าน การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เก็บข้อมูลในช่วงก่อนเปิดปีการศึกษา

3) ข้อมูลระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย (Test of Functional Oral Health Literacy in Dentistry for Primary School Children; P-TOFHLID)²² ซึ่งจะวัดทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและ 1 เดือนหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

4) ข้อมูลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียน นโยบาย โครงการและการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ ครูอนามัยโรงเรียน และครูประจำชั้น โดยมีแนวคำถามตามกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ได้แก่ 1.1) ระดับบุคคล - ถามครูประจำชั้น: เด็กแต่ละชั้นดูแลทำความสะอาดช่องปากกันอย่างไร? เด็กมีอุปกรณ์พร้อมหรือไม่? ใครเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์ให้? เด็กรับประทานขนมและอาหารอะไร อย่างไร เมื่ออยู่ที่โรงเรียน? เด็กมีความรู้ในการดูแลช่องปากถูกต้องหรือไม่? อย่างไร? ใครเป็นผู้สอนหรือผู้ดูแล? เด็กต่างตัวกับเด็กไทยมีพฤติกรรมต่างกันหรือไม่? 1.2) ระดับระหว่างบุคคล - ถามครูประจำชั้นและครูอนามัย: ครูประจำชั้นมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน? ครูรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพช่องปากของเด็ก? เด็กต่างตัวมีปัญหาในการดูแลมากกว่าเด็กไทยหรือไม่ อย่างไร? ครูอนามัยมีบทบาทหน้าที่อย่างไร?

พ่อแม่ผู้ปกครองมีบทบาทหน้าที่อย่างไร? 1.3) ระดับองค์กรและนโยบาย - ถามผู้อำนวยการและครูอนามัย: โรงเรียนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือไม่? นโยบายด้านสุขภาพของเด็กไทยและเด็กต่างตัวมีความแตกต่างกันหรือไม่? โรงเรียนแห่งนี้มีกิจกรรมด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากอะไรบ้าง? มีวิธีการดำเนินการอย่างไร? ใครบ้างที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมและเกี่ยวข้องอย่างไร? มีวิธีการคิด แนวทาง การจัดการกิจกรรมอย่างไร? ผู้อำนวยการมีความรู้สึกอย่างไรกับเรื่องสุขภาพช่องปากของนักเรียนและมีแนวคิดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร? งบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีเพียงพอหรือไม่อย่างไร? มีการจัดการสิ่งแวดล้อมตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างไร? ครูและนักเรียนมีความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปากมากน้อยแค่ไหน? ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีหรือไม่ อย่างไร? 1.4) ระดับชุมชน - ถามผู้อำนวยการและครูอนามัย: องค์กรอื่น ๆ ในชุมชนมีบทบาทอย่างไรในเรื่องสุขภาพช่องปากของนักเรียน? การสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเป็นอย่างไร? โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและทันตภิบาลเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง? เก็บข้อมูลปลายปีการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ครูในโรงเรียนจะได้รับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตทั้งหมดมาสรุปเป็นหัวข้อสำคัญ (Topics) ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนภายใต้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาและนารายละเอียดทั้งหมดมาวิเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Theme) ซึ่งเป็นแกนกลางในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นทั้งหมดในโรงเรียนแห่งนี้ ส่วนข้อมูลสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากแบบสอบถามผู้ปกครองจะถูกนำเสนอโดยใช้คำร้อยละ 2) ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนจะถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยใช้ค่าสถิติ Paired t - test เพื่อวิเคราะห์ความสำคัญของการจัดกิจกรรมและวิเคราะห์หาประเด็นความรู้

ที่จะต้องพัฒนาเพิ่มเติม การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่ 003/2565 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 เมษายน 2566

ผล

ข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน

โรงเรียนบ้านห้วยส้มเป็นโรงเรียนประจำตำบลที่เปิดรับนักเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2565 มีจำนวนนักเรียนระดับประถมศึกษาทั้งหมด 149 คน เป็นเด็กไทยร้อยละ 65.0 และเด็กต่างด้าวร้อยละ 35.0 โรงเรียนดำเนินการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติไม่ได้แยกเด็กไทยและต่างด้าว แต่ละชั้นมีเด็กประมาณ 20 - 30 คน มีครูประจำชั้นอนุบาลห้องละ 2 คนและประถมศึกษาห้องละ 1 คน โดยเด็กส่วนใหญ่ทั้งเด็กไทยและต่างด้าวเริ่มเข้าเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาล เด็กต่างด้าวจึงไม่มีปัญหาในการใช้ภาษาไทยเพราะเริ่มต้นเรียนตั้งแต่เล็กและพูดภาษาถิ่นเฉพาะตอนอยู่ที่บ้านเพราะที่โรงเรียนครูให้ใช้แต่ภาษาไทยอย่างเดียว เมื่ออยู่ระดับประถมศึกษาจึงสามารถใช้ภาษาไทยได้เหมือนกับเด็กไทย ชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนเกษตรกรรม ผู้คนส่วนใหญ่ทำอาชีพทางด้านเกษตรและอาชีพรับจ้าง มีโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์การเกษตรและอาหารขนาดใหญ่ซึ่งมีการจ้างแรงงานทั้งชาวไทยในพื้นที่และชาวต่างด้าวเป็นจำนวนมาก พ่อแม่ผู้ปกครองในวัยทำงานจึงนำลูกหลานย้ายตามและเข้ามาเรียนในโรงเรียนบ้านห้วยส้มเนื่องจากอยู่ใกล้โรงงาน หากผู้ปกครองต้องย้ายที่ทำงานเด็กก็ต้องย้ายโรงเรียนระหว่างชั้นปีเพื่อติดตามผู้ปกครองไปยังพื้นที่ทำงานแห่งใหม่ด้วย

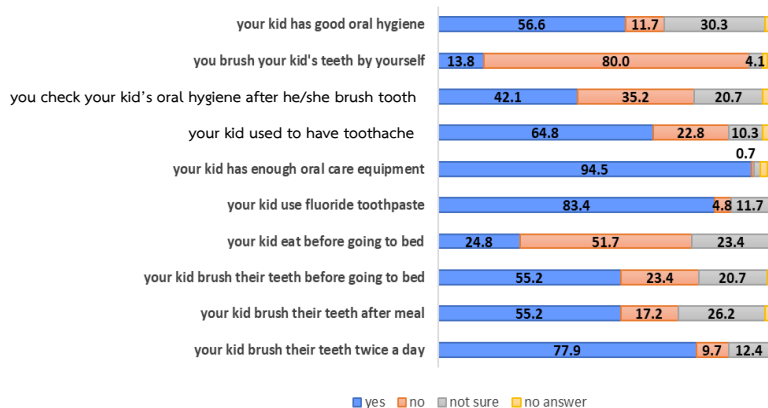
ผลจากแบบสอบถามข้อมูลผู้ปกครองและข้อมูลพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน จำนวน 145 ชุดจากทั้งหมด 149 ชุด ร้อยละ 97.3 ได้ผลสรุปดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 เพศชาย ร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.8 โสด ร้อยละ 14.5 และมีพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 11.0 ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มผู้ปกครองมีความหลากหลายในเรื่องการศึกษาค่อนข้างมาก โดยพบมีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือในระบบสูงถึง ร้อยละ 37.2 ผู้ที่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 54.5 ส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงมีเพียง ร้อยละ 7.6 ส่วนในเรื่องสถานะทางการเงินนั้น ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.6 ตอบว่าเพียงพอและมีเงินออม ร้อยละ 32.4 ตอบว่ามีรายได้พอ ๆ กับรายจ่ายและไม่มีเงินออมและมีผู้ปกครอง ร้อยละ 17.9 ที่ตอบว่ามีหนี้สินและร้อยละ 74.5 ของผู้ปกครองตอบว่ามีอาชีพรับจ้างทั่วไป

พฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน มีผู้ปกครอง ร้อยละ 77.9 ที่ตอบว่าเด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและ ร้อยละ 55.2 แปรงฟันก่อนเข้านอน มีเด็ก ร้อยละ 23.4 ที่ไม่แปรงฟันก่อนเข้านอนและอีก ร้อยละ 20.7 ที่ผู้ปกครองไม่แน่ใจว่าลูกแปรงหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีเด็ก ร้อยละ 24.8 ที่รับประทานขนมหรืออาหารก่อนเข้านอนโดยไม่แปรงฟัน ผู้ปกครองร้อยละ 64.8 ตอบว่าบุตรหลานเคยมีอาการปวดฟัน ส่วนเรื่องอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 94.5 ตอบว่ามีอุปกรณ์แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เพียงพอ ร้อยละ 83.5 ตอบว่าเด็กใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน ร้อยละ 42.1 ของผู้ปกครองตอบว่าตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กหลังจากที่เด็กแปรงฟันแล้วและมีเพียง ร้อยละ 13.8 ที่ยังคงแปรงฟันให้เด็ก เมื่อถามว่า คิดว่าบุตรหลานมีสุขภาพฟันดีหรือไม่ ผู้ปกครองร้อยละ 56.7 ตอบว่าดี ร้อยละ 11.7 ตอบว่าไม่ดีและร้อยละ 30.3 ไม่แน่ใจ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของเด็กนักเรียนแจกแจงตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่ออยู่ที่บ้าน

Chart 1: Students' oral health behaviours at home. Present in percentage. (n = 145)

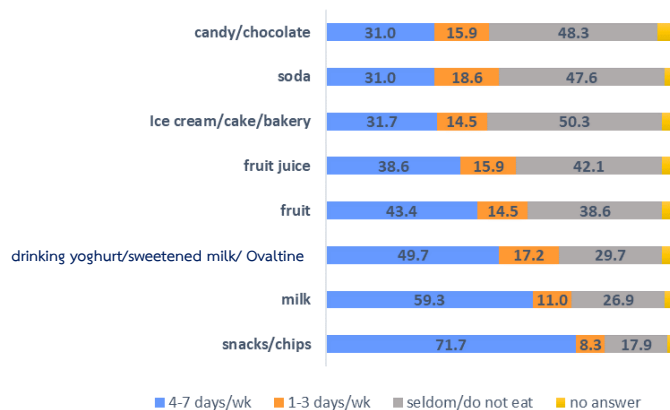


อาหารและขนมที่เด็กรับประทานเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ปกครองของเด็กร้อยละ 71.7 ตอบว่าเด็กรับประทานขนมกรุบกรอบสัปดาห์ละ 4 - 7 วันและมีเด็ก ร้อยละ 49.6 ที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานประเภท นมเปรี้ยว นมหวาน โอวัลติน เป็นประจำ ในขณะที่ ร้อยละ 31.0 รับประทานไอศกรีม เบเกอรี่ น้ำอัดลม ลูกอม อมยิ้ม ช็อคโกแลต บ่อยถึงสัปดาห์ละ 4 - 7 วัน

แต่ก็ยังมีเด็กกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับประทานขนมหรือเครื่องดื่มรสหวานเหล่านี้ บ่อยนักเพียงแต่นาน ๆ ที่รับประทาน มีผู้ปกครองที่ตอบว่าเด็กรับประทานผลไม้เป็นประจำเพียงร้อยละ 43.0 อย่างไรก็ตามมีเด็กกว่า ร้อยละ 60.0 ดื่มนมรสจืดเป็นประจำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กแจกแจงตามความถี่ของการรับประทานขนมและเครื่องดื่มที่บ้าน

Chart 2: Frequency of snack and beverage consumption at home. Present in percentage. (n = 145)



จากแบบรายงานสภาวะช่องปากของนักเรียนในงานเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากระดับโรงเรียน (ทส. 001) ในปีการศึกษา 2563, 2565, 2566 พบว่าเด็กมีฟันผวนที่ซี่ที่ไม่ได้รับการอุดร้อยละ 22.5, 27.5, 14.3 ตามลำดับ

(ปี 2564 ไม่มีการสำรวจเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19) อัตราการผุในเด็กต่างด้าวสูงกว่าเด็กไทยและเด็กประถมศึกษาตอนปลายมีอัตราฟันผวนมากกว่าเด็กประถมศึกษาตอนต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาวะฟันผุที่ยังไม่ได้รับการอุดของนักเรียนจากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพระดับโรงเรียนในปีการศึกษา 2563, 2565, 2566

Table 1: Untreated dental caries status in permanent teeth of school students. Data retrieved from the school's oral surveillance annual reports, academic years 2020, 2022, and 2023.

Academic year	2563			2565			2566		
Number of students	Thai	non-Thai	total	Thai	non-Thai	total	Thai	non-Thai	total
total	105	37	142	97	52	149	108	66	174
tooth decay	22	11	32	27	14	41	10	15	25
caries rate (%)	20.9	29.7	22.5	27.8	26.9	27.5	9.2	22.7	14.3
By grade									
Grade 1-3									
total	56	22	78	45	37	82	45	43	88
tooth decay	7	5	11	9	5	14	3	8	11
caries rate (%)	12.5	22.7	14.1	20.0	13.5	17.0	6.6	18.6	12.5
Grade 4 - 6									
total	49	15	64	52	15	67	63	23	86
tooth decay	15	6	21	18	9	27	7	7	14
caries rate (%)	30.6	40.0	32.8	34.6	60.0	40.3	11.1	30.4	16.2

ประเด็นสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้รับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มตามประเด็นของปัจจัยแต่ละระดับตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ได้เป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล: หลักสูตรและโครงการต่าง ๆ ในโรงเรียนช่วยสร้างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพให้กับเด็กทุกคน

- โรงเรียนจัดหลักสูตรให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก ในชั้นเรียนปกติ ครูประจำชั้นใช้เวลาชั่วโมงโฮมรูมในการให้ความรู้กับเด็กนักเรียนทั้งชั้นอนุบาลและประถมศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยครูประจำชั้นจะเป็นผู้สอนและควบคุมการแปรงฟันของนักเรียนในชั้นเรียนของตน ในทุก ๆ ปีโรงเรียนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะจัดโครงการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากให้กับครูและ

นักเรียนทุกระดับชั้น โดยในปีงบประมาณ 2565 ทาง รพ.สต. บ้านห้วยส้มได้จัดการจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูและนักเรียนในเรื่องการลดอาหารหวาน - มัน - เค็มและทันตภิบาลร่วมกับทันตแพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอมาร่วมจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียน ทำให้เด็กได้รับความรู้ที่จะนำไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากของตนเองไปพร้อม ๆ กันด้วย ทันตภิบาลเล่าว่า “ท่านผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมาก โรงเรียนกับ รพ.สต. มีโครงการร่วมกันอยู่เสมอและโรงเรียนก็ให้ความสำคัญเมื่อวัดผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในเด็กประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 67 คน พบว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากแล้ว เด็กนักเรียนมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์เพียงพอโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 21.5 \pm 2.96$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรอบรู้ทางทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

Table 2 Test of Functional Health Literacy scores compared before and after oral training (n = 67)

Contents	Full scores	Before training Mean (SD)	After training Mean (SD)	95% CI		p-value
				upper	lower	
Part 1: Digestive organs & function	7	6.5 (0.98)	6.6 (0.69)	-0.46	0.16	0.32
Part 2: Dental caries	6	5.0 (0.97)	5.3 (0.83)	-0.56	0.04	0.08
Part 3: Oral care	7	5.0 (1.39)	5.7 (1.28)	-1.14	-0.19	0.01*
Part 4: Caries risk food-beverage	6	3.3 (1.22)	3.9 (1.41)	-1.05	-0.14	0.01*
Total scores	26	19.9 (3.04)	21.5 (2.96)	-2.77	-0.59	0.003*

*Significant level $p < 0.05$

- โรงเรียนจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อเพิ่มประสบการณ์ให้นักเรียน เนื่องจากกระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้มีการเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตและให้เพิ่มเวลาเรียนวิชาชีวหรือการเรียนรู้นอกหลักสูตรให้มากขึ้น ทางโรงเรียนจึงจัดให้กิจกรรมชุมนุมต่าง ๆ ขึ้น 4 ชุมนุม หนึ่งในนั้นคือชุมนุมทำอาหารซึ่งมีครูอนามัยเป็นที่ปรึกษา เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้วิธีการทำอาหารเมนูต่าง ๆ โดยครูกับนักเรียนจะช่วยกันคิดเมนู ครูช่วยคำนวณแคลอรีและควบคุมให้เด็ก ๆ ทำอาหารที่ไม่หวาน ไม่มัน และไม่เค็มเกินไป คุณครูประจำชั้นป.6 เล่าว่า “เด็ก ๆ ชอบวิชาชุมนุมมากค่ะ ทุกครั้งก็จะเอาวัตถุดิบจากที่บ้านมาช่วยกันทำ คนไหนเอาน้ำมันน้อยแล้วเอามาทำที่โรงอาหาร พอบ่ายวันศุกร์ก็เอามาขายให้เพื่อน ๆ ให้คุณครูกันเองนี่แหละค่ะ” เด็กนักเรียนที่เข้าชุมนุมจึงได้เรียนรู้เรื่องสูตรอาหารที่ไม่หวาน และไม่เค็มแต่ก็ยังอร่อยและมีสีสันสวยงามน่ากิน

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล: บทบาทของครูในการสนับสนุนดูแลการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก

นอกจากการสอนทันตสุขศึกษาตามหลักสูตรในช่วงเวลาโฮมรูมแล้ว ครูประจำชั้นตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 หน้าที่ในการดูแลเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กนักเรียนและตรวจสอบอุปกรณ์การแปรงฟันว่ายังมีสภาพดีใช้งานได้ ครูอนุบาลจะดูแลการ

แปรงฟันของเด็กอย่างใกล้ชิดและแปรงให้เด็กบางคนที่ไม่แปรงไม่สะอาด ส่วนครูระดับประถมศึกษาจะดูแลให้นักเรียนในห้องให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยตนเอง และกำชับให้เก็บอุปกรณ์ของตนเองให้ดีเพื่อให้เด็กได้รับรู้ว่าครูให้ความสำคัญกับเรื่องการแปรงฟันมาก ครูทุกคนตอบว่าให้ความสำคัญในการดูแลเด็กไทยและเด็กต่างด้าวเท่า ๆ กัน เด็กทุกคนมีความใกล้ชิดและเชื่อฟังครูเหมือน ๆ กัน โดยครูอนามัยได้เขียนโครงการของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อเบิกอุปกรณ์ที่ใช้ประจำวันให้กับเด็กทั้งเด็กไทยและต่างด้าวคนละ 1 ชุดต่อปี ประกอบด้วยถุงผ้า ซ้อน ส้อม แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน กระบอกรับน้ำหรือแก้วส่วนตัว ครูให้ชื่อชุดอุปกรณ์นี้ว่า “ถุงยังชีพ” อุปกรณ์นี้เด็กทุกคนทั้งไทยและต่างด้าวได้รับเหมือนกัน ครูอนามัยเล่าว่า “ให้เด็กทุกคนมีไว้กับตัวคนละ 1 ชุดค่ะ ให้ใส่ทุกอย่างที่เป็นของใช้ส่วนตัวเด็กจะได้รู้จักดูแลข้าวของของตัวเองด้วย พอติดกับว่ามีโรคโควิดเข้ามา เราจะได้ควบคุมป้องกันการใช้ของร่วมกันด้วยค่ะ แล้วก็พอดีมีโครงการ ลด - แยกขยะเข้ามาที่โรงเรียนด้วย เราก็ฝึกให้เด็กใช้แก้วส่วนตัวสร้างนิสัยลดขยะด้วยค่ะ” แต่เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลอนุมัติงบประมาณให้ซื้อแปรงสีฟันยาสีฟันเพียง 1 ชุดต่อปี เมื่อยาสีฟันหมดหรือแปรงสีฟันใช้ไม่ได้แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองที่

ต้องหาซื้อมาเพิ่มเติมให้เด็กเองผู้อำนวยการเล่าว่า “ส่วนใหญ่ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีครับ พอครูประจำชั้นแจ้งไป ผู้ปกครองก็จะจัดหาแปรงสีฟันยาสีฟันมาเติมให้ แต่ถ้าคนไหนไม่มีจริง ๆ โรงเรียนหรือ รพ.สต. ก็จะช่วยจัดหาให้ บางปีถ้า รพ.สต. เขียนโครงการอบรมให้ความรู้ผ่านทางงบท้องถิ่นก็อาจจะได้เพิ่มเติมมาอีกครั้ง” แต่ครูสังเกตว่าเมื่ออยู่ที่บ้านเด็กอาจไม่ได้ทำเหมือนอยู่ที่โรงเรียน โดยครูประจำชั้นทุกคนเห็นว่าหลังจากเปิดเทอมหลังโควิดใหม่ ๆ เด็ก ๆ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปและมีฟันผุเพิ่มขึ้น ครูประจำชั้นป.1 และป.3 เล่าตรงกันว่า “พอเปิดโรงเรียนหลังปิดโควิดมานานก็ต้องมาเริ่มใหม่กันหมดเลยคะ เด็ก ๆ ฟันผุเยอะ กินขนมเยอะ ตัวอ้วนขึ้นหลายคนแถมยังทำอะไรช้า ๆ พุดอะไรก็ไม่ค่อยฟังต้องย้ำบ่อย ๆ ก็ต้องมาจัดการกันใหม่หมดเลยคะ”

3. ปัจจัยระดับองค์กรและระดับนโยบาย: ผู้อำนวยการและครูให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของเด็ก มีทัศนคติที่ดีต่องานส่งเสริมสุขภาพและจัดให้มีการดำเนินงานตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- นโยบายแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยเปอร์เซ็นต์ ในแต่ละวันครูประจำชั้นจะเน้นย้ำให้เด็กทุกคนทั้งชั้นประถมศึกษาและอนุบาลแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกคนทุกวัน และเมื่อถึงเวลาอาหารกลางวันเด็กนักเรียนจะนำถุงยังชีพของตนติดตัวมาเพื่อใช้อุปกรณ์ช้อน ส้อม กระบอกล้างน้ำในการรับประทานอาหารและใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำส่วนตัวในการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน หลังใช้เสร็จแล้วเด็กทุกคนมีหน้าที่ในการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ส่วนตัวแล้วเก็บใส่ถุงกลับบ้าน

- นโยบายโรงอาหารอบอุ่น นโยบายโรงเรียนปลอดขนมหวานและน้ำอัดลม โรงอาหารของโรงเรียนผ่านเกณฑ์สุขภาพโรงเรียน มีการจัดอาหารกลางวันให้กับเด็กทุกคน ครูอนามัยเป็นผู้จัดเมนูอาหารรายสัปดาห์และมีการจัดป้ายให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม มีป้ายแสดงปริมาณแคลอรีของอาหารแต่ละชนิดไว้รอบ ๆ โรงอาหาร ครูอนามัยเล่าว่า “เราก็จัดให้มีอาหารครบทุกหมู่ในแต่ละมื้อคะ มีข้าว ผัก เนื้อสัตว์ และก็ผลไม้ทุกมื้อ ในโรงอาหารไม่มีการตั้งเครื่องปรุงรสไว้เลยคะ” “ครูหรือแม่ครัวเป็นคนตักให้ เพราะฉะนั้นทุกคนก็ต้องกินเหมือน ๆ กัน จะเลือกไม่ได้

แต่จะให้เติมได้คะ” ที่โรงเรียนไม่มีร้านค้าจึงไม่มีการขายน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ

- การเหลื่อมเวลาอาหารกลางวันเพื่อความเพียงพอของสถานที่แปรงฟัน ทางโรงเรียนได้รับงบประมาณในการก่อสร้างไม่เพียงพอที่จะสร้างอ่างแปรงฟันให้เพียงพอกับจำนวนเด็ก โดยโรงเรียนมีอ่างล้างมือที่ใช้สำหรับการแปรงฟันของเด็กประถมจำนวน 8 อ่าง และมีบริเวณล้างหน้าแปรงฟันของเด็กอนุบาลที่มีความสูงและขนาดที่เหมาะสมกับเด็กเล็กอีก 2 อ่าง จึงต้องมีการจัดสรรเวลาเพื่อให้เด็กทุกคนได้แปรงฟันหลังอาหาร อีกทั้งโรงอาหารมีขนาดเล็กเมื่อเกิดสถานการณ์โควิดเด็กต้องเว้นระยะห่างระหว่างรับประทานอาหาร ทำให้สถานที่ไม่เพียงพอที่จะให้เด็กทั้งโรงเรียนมารับประทานอาหารกลางวันพร้อมกันได้ ทางโรงเรียนจึงจัดให้มีการเหลื่อมเวลาในการรับประทานอาหารกลางวัน ผู้อำนวยการเล่าว่า “พอโควิดมาก็ต้องเว้นระยะห่างตอนกินอาหาร เลยจัดให้เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 เลิกเรียนคาบเช้าก่อนเวลาเล็กน้อยและเข้ามารับประทานอาหารกลางวันในโรงอาหารก่อน หลังจากเด็กกลุ่มนี้รับประทานอาหารเสร็จก็จะไปแปรงฟันซึ่งก็จะเป็นเวลาที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 เลิกเรียนคาบเช้าแล้วมากินอาหารกลางวัน พอเด็กโตกินข้าวเสร็จก็ไปล้างภาชนะของตัวเองแล้วก็แปรงฟัน ก็จะพอดีกับที่นั่ง ๆ แปรงฟันเสร็จแล้ว พี่ ๆ ก็จะได้แปรงต่อได้ ไม่ต้องแย่งอ่างล้างหน้าแปรงฟันกัน ก็จะพอดี ๆ ครับ” “ส่วนน้อง ๆ อนุบาลก็แยกแปรงตรงหน้าห้องอนุบาลเลย มีอ่างไว้ให้ต่างหาก อ่างเตี้ย ๆ ให้เด็ก ๆ แปรงถึง มีกระจกให้ส่องด้วย คุณครูอนุบาลก็จะยืนดูและช่วยเด็ก ๆ แปรงอยู่ตรงอ่างนี่”

- สหกรณ์อบอุ่น ทางโรงเรียนกำลังจะจัดตั้งสหกรณ์ร้านค้าขึ้นในช่วงปลายปี 2566 เพื่อให้เด็กนักเรียนได้เรียนรู้หลักการทำงานของสหกรณ์ ผู้อำนวยการคิดว่าหากมีสหกรณ์เด็กจะได้รู้จักเรื่องการลงทุนและเรื่องเงินปันผล อีกทั้งจะให้เด็ก ๆ ได้นำผลิตภัณฑ์จากที่บ้านของตนเองมาวางขายให้เด็กคนอื่นซื้อในราคาถูกกว่า นอกเหนือจากนี้จะให้นักเรียนที่อยู่ในชุมชนมาทำเมนูอาหารว่างหวานน้อยมาตั้งขายในสหกรณ์แห่งนี้ด้วย

- อาหารว่างอบอุ่น ครูประจำชั้นสังเกตเห็นว่าเด็กบางคนนำขนมกรุบกรอบใส่กระเป๋ามารับประทานที่

โรงเรียน เมื่อสอบถามไปยังผู้ปกครองครูจึงได้ทราบว่า เนื่องจากโรงเรียนไม่มีร้านขายขนมและไม่อนุญาตให้รถเข็นขายขนมหรือเครื่องดื่มใด ๆ มาตั้งขายทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียน อีกทั้งผู้ปกครองของเด็กบางคนต้องรีบไปทำงานไม่มีเวลาทำอาหารเช้าให้เด็กจึงทำให้ต้องซื้อขนมให้เด็กมารับประทานแทนอาหารเช้า เมื่อทราบดังนี้ผู้อำนวยการจึงนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมครูและในที่สุดมีข้อตกลงว่าห้ามไม่ให้ผู้ปกครองนำขนมใส่กระเป๋ามาให้เด็ก แต่ทางโรงเรียนจะจัดขายอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพไว้ในราคาที่ถูกลงแทน คุณครูประจำชั้นอนุบาลเล่าว่า “พ่อแม่เด็กหลายคนทำงานโรงงานตอนเช้าออกแต่เช้า ไม่มีเวลาเตรียมอาหารเช้าให้ลูกแต่ก็กลัวลูกจะหิวก็เลยเอาขนมถุงใส่กระเป๋ามาให้กินแทนอาหารเช้า บางคนก็เอานมหวานใส่กระเป๋ามาให้กินเด็กติดกินนมหวานบางคนไม่ยอมกินนมโรงเรียนซึ่งเป็นนมจืดเลยด้วยซ้ำ” ผู้อำนวยการเสริมว่า “เข้าใจว่าเด็กชอบกินขนม เคยมีผู้ปกครองที่ขับรถขายขนมขับรถเข้ามาในโรงเรียนเพื่อรับลูกเค้าไม่ได้เข้ามาขายขนมนะครับเค้ามารับลูก แต่พ่อแม่ ๆ เห็นรถขายขนมเท่านั้นก็วิ่งกรูกันเข้าไปซื้อ พอถามว่าจะไปซื้ออะไร เด็กบางคนยังตอบว่าไม่รู้ว่าจะซื้ออะไรครับ รู้แต่ว่าตรงนั้นมีขนม” ผู้อำนวยการมีความคิดเห็นว่า “ขนมเป็นความสุขอย่างหนึ่งของเด็กและก็เป็นความสุขของผู้ปกครองที่ได้ให้กับเด็ก แทนที่เราจะดึงขนมออกจากมือเด็ก ผมคิดว่าเราทำให้ขนมที่ดีต่อสุขภาพของเด็กจะดีกว่า เราจัดอาหารว่างที่ไม่หวานไม่เค็มไม่มันให้เด็กในราคาแค่ 5 บาท ถูกลงถ้าเทียบกับขนมถุงที่ราคา 20 - 30 บาท เด็ก ๆ ก็จะได้กินอาหารเช้าที่ดี ผู้ปกครองก็ไม่ต้องกังวลว่าลูกจะหิว อย่างนี้ผู้ปกครองก็จะให้ความร่วมมือกับเราแบบเต็มใจด้วย” ครูประจำชั้นป.1เสริมว่า “แค่ 5 บาท ได้อาหารว่าง 1 ชิ้นกับน้ำ 1 แก้ว อย่างวันนี้เป็นแซนวิชกับนมแคนตาลูปคะ เด็ก ๆ ต่อแถวกันยาวทุกวัน” เงินที่ได้ก็นำมาสนับสนุนซื้อของให้ชุมชนต่าง ๆ ในโรงเรียนต่อไป

4. ปัจจัยระดับชุมชน: โรงเรียนประสานองค์กรในท้องถิ่นเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้กับเด็กนักเรียนทุกคน โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเชื้อชาติ

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่จัดสรรงบประมาณให้ทั้งเด็กไทยและเด็กต่างด้าวทุกคนที่มาเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ทั้งเพื่อการจัดซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและ

สนับสนุนการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยในแต่ละปีงบประมาณก่อนเริ่มเปิดปีการศึกษาของโรงเรียนครูอนามัยโรงเรียนบ้านห้วยส้มและบุคลากรใน รพ.สต. บ้านห้วยส้มจะช่วยกันเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและเมื่อโครงการได้รับการพิจารณาจนผ่านแล้ว ผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้อำนวยการ รพ.สต. จะร่วมกันวางแผนและมอบหมายให้ครูและทันตภิบาลร่วมกันดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้การรักษาตามความเหมาะสมกับเด็กทุกคนโดยไม่มีการแบ่งแยกตามเชื้อชาติหรือสิทธิในการรักษา

จากผลการศึกษาสรุปเป็นประเด็นหลักในเรื่องบทบาทของโรงเรียนต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวได้ว่า “บทบาทของโรงเรียนคือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมโดยไม่มีการแบ่งด้านเชื้อชาติ ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้และการสร้างทักษะในการดูแลตนเองให้กับนักเรียนและการดำเนินนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ”

วิจารณ์

โรงเรียนนับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีบทบาทต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนทั้งในระดับบุคคล - ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร - นโยบายและระดับชุมชน บทบาทในทุกระดับมีความเชื่อมโยงต่อกันและส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียน ในโรงเรียนมีเด็กหลากหลายวัยที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่แตกต่างกัน ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมและความเชื่อเรื่องสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนจะต้องเข้าใจบทบาทของโรงเรียนภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงเวลา การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการสร้างความเข้าใจในบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กนักเรียนไทยและต่างด้าวผ่านการวิเคราะห์ตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา

ในส่วนปัจจัยระดับบุคคลนั้น เด็กวัยเรียนควรมีความรู้ทางสุขภาพช่องปากที่เพียงพอและมีทักษะในการทำ ความสะอาดช่องปากตามพัฒนาการทางร่างกายอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาขึ้นตามระดับ

เชาว์ปัญญา (Cognitive) ของเด็ก ดังนั้นจึงมีการวัดระดับเฉพาะในเด็กประถมศึกษาตอนปลายซึ่งมีระดับเชาว์ปัญญาที่เหมาะสมและสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้ว^{15, 16, 22} ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเด็กมีความรอบรู้ในประเด็นโครงสร้างฟัน กระบวนการเกิดฟันผุและการทำความสะอาดฟันในระดับที่เพียงพออยู่แล้ว ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรและกิจกรรมการอบรมที่เกิดขึ้นประจำทุกปี แต่เด็กมีคะแนนความรอบรู้ในประเด็นเรื่องอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุในระดับที่ต่ำ สอดคล้องไปกับรายงานสถานการณ์ระดับประเทศที่เด็กไม่สามารถตอบคำถามในเรื่องอาหารก่อโรคได้มากพอโดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับประเทศที่ 3.9 คะแนน²⁰ แสดงให้เห็นว่าควรมีการเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุและเสริมทักษะในการเลือกอาหารให้กับเด็ก เช่น การฝึกอ่านฉลากโภชนาการ การแสดงปริมาณน้ำตาลในเมนูเครื่องดื่ม การแจกแจงปริมาณแคลอรีและระดับความเค็ม ความหวานของรายการอาหารในแต่ละมื้อ เป็นต้น โดยในการศึกษารุ่นนี้เด็กมีคะแนนในหัวข้อนี้ดีขึ้นหลังผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ จึงควรมีการออกแบบหลักสูตรให้มีความครอบคลุมในเรื่องอาหารเสี่ยงฟันผุเพิ่มขึ้น

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยสังคม (Social Learning Theory) ของ Albert Bandura²³ พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และลอกเลียนแบบในสังคม บุคคลเมื่ออยู่ในสังคมจะเกิดการรับรู้ถึงพฤติกรรมผู้อื่นและจะเกิดการปฏิบัติตามโดยเฉพาะพฤติกรรมที่สังคมให้คุณค่าและความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องไปกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการเรียนรู้ในสังคมและเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยในระดับต่าง ๆ¹⁰ ดังนั้น การสร้างนโยบายทันตสุขภาพในโรงเรียนจึงควรอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมคุณค่าของพฤติกรรมเป้าหมาย โดยถือว่าโรงเรียนเป็นองค์กรที่มีสังคมเฉพาะตัวที่รวบรวมเด็กนักเรียนที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่หลากหลายทั้งที่แตกต่างกันในเรื่องเชื้อชาติ ความเชื่อและวัฒนธรรมให้เข้ามามีส่วนร่วมกันในสังคมโรงเรียน¹³ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กแต่ละคนเมื่ออยู่ที่บ้านอาจแตกต่างกันไปตามวิถีการดำเนินชีวิต

ประจำวันของแต่ละครอบครัว²⁴ แต่การที่เด็กได้มาใช้ชีวิตในโรงเรียนที่ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพช่องปากที่ีร่วมกับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย การจัดสรรสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่จะทำได้ การที่คณะครูแสดงออกให้เด็กเห็นถึงความใส่ใจในเรื่องการแปรงฟันของเด็ก การสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในหลักสูตรและในกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์นอกห้องเรียน การสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากรจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและ รพ.สต. เพื่อให้การส่งเสริมและรักษาทางทันตกรรมโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเชื้อชาติหรือด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลล้วนช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของตน ดังนั้น โรงเรียนจึงเป็นองค์กรที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพช่องปากให้กับเด็ก

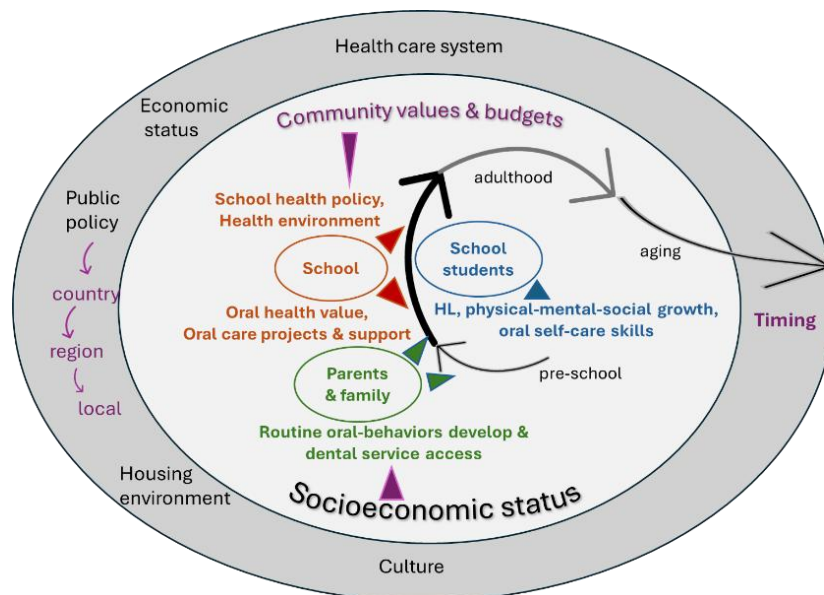
อย่างไรก็ตาม การที่เด็กยังคงชอบที่จะรับประทานขนมที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน เช่น นมเปรี้ยวและขนมกรุบกรอบเป็นประจำในแต่ละวันและอาจจะเลยที่จะทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักที่ก่อโรคฟันผุ^{21, 25} จากข้อมูลการผุของฟันถาวรที่ไม่ได้รับการอุดหลังมีการปิดโรงเรียน พบว่าเด็กมีฟันผุเพิ่มจาก ร้อยละ 22.6 ในปีพ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 27.5 ในปีพ.ศ. 2565 แต่หลังจากเปิดโรงเรียนและมีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันและให้การรักษาทางทันตกรรมตามปกติพบว่ามีฟันถาวรผุที่ยังไม่ได้รักษาลดลงเหลือร้อยละ 14.4 สอดคล้องไปกับผลการสำรวจระดับประเทศที่มีระดับฟันผุลดลงหลังการเปิดภาคเรียนปกติ²⁰ ทั้งนี้ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครองแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเด็กกว่าร้อยละ 22.0 ไม่มีสิทธิในการรักษาใด ๆ และเด็กส่วนใหญ่ได้รับการบริการทางทันตกรรมจากทันตภิบาลใน รพ.สต. ในช่วงเวลาเปิดเทอม¹⁷ การปิดโรงเรียนจากสถานการณ์โควิดที่ทำให้เด็กต้องอยู่ที่บ้านนาน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กบางคนเปลี่ยนไปจากเมื่ออยู่ที่โรงเรียนและส่งผลกระทบต่อปริมาณฟันผุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลทั้งหมดบ่งชี้ถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและการให้การรักษาทันตกรรมในช่วง

เปิดทอมต่อการลดปัญหาฟันผุในเด็กนักเรียน ทั้งนี้ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก⁶⁻⁹ การจัดการในระดับนโยบายด้านสุขภาพช่องปากของเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมกันจะช่วยลดช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดจากสถานะครอบครัวของเด็กลงได้^{6, 12} ดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้ที่มีนักเรียนที่มาจากทั้งครอบครัวไทยและต่างด้าวแต่เด็กทุกคนได้รับการรักษาและป้องกันทางทันตสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันจนมีแนวโน้มที่เด็กทั้งสองกลุ่มจะมีฟันแท้ที่ไม่ได้รับการรักษา น้อยลง ช่วยลดภาระของผู้ปกครองและช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่องปากของเด็กที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ปกครองลงได้ ปัจจัยในระดับนโยบายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยสร้างโอกาสในการเข้าถึงการส่งเสริมป้องกันและรักษาทางสุขภาพช่องปากให้กับเด็กวัยเรียนทุกคนในชุมชน

เมื่อโรงเรียนมีบทบาทในหลายระดับเช่นนี้ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนจึงควรให้ความสำคัญกับบทบาทในทุกระดับไปพร้อม ๆ กันมากกว่าที่จะส่งเสริมด้านความรู้ทางสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นแนวทางที่ทุกโรงเรียนสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของตนเองได้^{12, 26, 27}

สรุป

การวิเคราะห์ตามแนวทางนิเวศวิทยาแสดงให้เห็นบทบาทที่หลากหลายของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนโดยมีศูนย์กลางคือเด็กนักเรียน ในระดับบุคคล หลักสูตรและโครงการต่าง ๆ ในโรงเรียนช่วยสร้างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพและทักษะในการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพให้กับเด็ก ในระดับระหว่างบุคคล ครูมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่โรงเรียนและแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลช่องปาก ในระดับองค์กรและนโยบาย ทิศนคติของผู้นำและการบริหารจัดการตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและการที่ครูให้คุณค่ากับสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน การได้รับความร่วมมือและการได้รับความสำคัญจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมทางทันตสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากปัจจัยด้านเชื้อชาติและเศรษฐฐานะของครอบครัวของเด็ก ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดผนวกกับการทบทวนเอกสารและนำเสนอเป็นแนวคิดเพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนต่อไปตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 บทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา โรงเรียนมีบทบาทหลายระดับตั้งแต่ 1) ระดับบุคคล ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปาก สร้างพัฒนาการตามวัย ให้ทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก 2) ระดับระหว่างบุคคล บทบาทของครูและผู้ปกครองในการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพที่บ้านและที่โรงเรียน ที่จะช่วยลดอิทธิพลจากเศรษฐฐานะของครอบครัว 3) ระดับองค์กรและนโยบาย การบริหารจัดการตามนโยบายโรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพช่องปาก โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและการสร้างคุณค่าของสุขภาพช่องปาก 4) ระดับชุมชน การประสานงานเพื่อจัดการด้านงบประมาณและนโยบายสนับสนุน โดยปัจจัยทุกระดับอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยระดับมหภาค

Figure 1: The school's roles in the oral health of school students based on the Ecological model.

Multilevel roles include 1) Individual level: provide oral health literacy, physical-mental-social growth, oral self-care skills; 2) Interpersonal level: teachers' and parents' roles on students' oral health behaviour development to overcome the influence of family's socioeconomic status; 3) Organization & policy level: school health policy management, healthy environment, oral care project & support, oral health value; 4) Community level: cooperate with community organizations for policy support & budget allocation. All factors operated under the dynamic of the macro system.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการนำปัจจัยในแต่ละระดับไปศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบค่าน้ำหนักความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัวและนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ทั้งเด็กวัยเรียนและผู้ปกครองควรได้รับความรู้เพิ่มเติมในเรื่องอาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุและทักษะในการเลือกรับประทานอาหารและการทำความสะอาดช่องปากเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและภาครัฐควรร่วมมือกันกำหนดนโยบายที่ชัดเจนทั้งเรื่องการจัดการโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดงบประมาณที่ตรงตามความต้องการของโรงเรียน

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการและคณะครูโรงเรียนบ้านห้วยส้มที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย รวมถึงขอบคุณผู้ปกครองนักเรียนที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ห้วยส้มและบุคลากรฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสันป่าตองที่ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับเด็กนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Keawkwangwan S. Lifespan human development. 6th ed. Bangkok: Thammasat Prining house; 1995. p. 199-255. (in Thai)

2. Bureau of Mental Health Academic Affairs. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Mental Health care in school age manual. 3rd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Office of Printing; 2002. (In Thai)
3. Pitts NB, Zero DT. White Paper on Dental Caries Prevention and Management: A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. FDI World Dental Press Ltd, 2016. 59 p.
4. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental Caries. Lancet. 2007;369:51-9.
5. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28(6):399-406.
6. Jenny J. Preventing dental disease in children: An ecological approach. Am J Public Health. 1974;64(12):1147-55.
7. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. Pediatrics. 2007;120(3):e510-20.
8. Folayan MO, Tantawi ME, Virtanen JI, Feldens CA, Rashwan M, Kemoli AM, et al. An ecological study on the association between universal health service coverage index, health expenditures, and

- early childhood caries. BMC Oral Health. 2021;21(1):126.
9. Do LG, Song YH, Du M, Spencer AJ, Ha DH. Socioecological determinants of child oral health- A scoping review. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(5):1024-36.
10. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988;15(4):351-77.
11. Supachai K. Ecological Model: An Intervention model addressing factors influencing health behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2016;3(1):17-27. (In Thai)
12. Thanarat MCB, Katiya I. Oral Health Status and Associated Ecological Factors in Mixed Dentition among Early Primary School Students, Nonthaburi Province, Thailand. Thai Journal of Public Health. 2020;50(3):306-22.
13. Bureau of Health Promotion. Department of Health. Ministry of Public Health. Health promotion school operation manual. 3rd ed. Bangkok: Office of Silpakorn University Academic Services; 2515. (In Thai)
14. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC Oral Health. 2018;18(1):172.
15. Department of Health. Ministry of Public Health. Health literacy school. 1st ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Office of Printing; 2020. (In Thai)
16. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promot Int. 2001;16(2):197-205.
17. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in Access to Oral Health Care. Annu Rev Public Health. 2020;41:513-35.
18. Chakkaphark R, Neawheangtham RK. The development of an educational management model for migrant children. JSRR. 2016;2:177-218. (In Thai)
19. Rodpaiboon N, Chaimadan C. The implementation of educational management policies on migrant children in Sa Kaeo province. Papojournal. 2020;1:22-43. (In Thai)
20. Bureau of Dental Health. Department of Health. Ministry of Public Health. The 9th National survey of dental health report, Thailand, 2023. Nontaburi. Samchareon Phanich (Bangkok) Co.,LTD, 2018. (In Thai)
21. Bureau of Dental Health. Department of Health. Ministry of Public Health. The 8th National survey of dental health report, Thailand, 2017. Nontaburi. Samchareon Phanich (Bangkok) Co.,LTD, 2018. (In Thai)
22. Wanichsaithong P, Prasertsom P. Development and Validation of an Oral Health Literacy Measurement for Primary School Children in Thailand. Int J Dent. 2022;7:1-8.
23. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1977.
24. Hunt SM, Macleod M. Health and behavioural change: some lay perspectives. Community Med. 1987;9(1):68-76.
25. Philip N, Suneja B, Walsh LJ. Ecological Approaches to Dental Caries Prevention: Paradigm Shift or Shibboleth? Caries Res. 2018;52(1-2):153-65.
26. Gargano L, Mason M, Northridge M. Advancing Oral Health Equity Through School-Based Oral Health Programs: An Ecological Model and Review. Frontiers in Public Health. 2019;7:359.
27. Vichayanrat T, Steckler A, Tanasugarn C, Lexomboon D. The evaluation of a multi-level oral health intervention to improve oral health

practices among caregivers of preschool children.
Southeast Asian J Trop Med Public Health.
2012;43(2):526-39.