



Effect of a Family Participation Promotion Program on Family Practice of Dental Care Among Preschool Children*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัว
ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน*

ไพไลวรรณ	พิชัยรัตนวงศ์**	Pilaiwan	Pichairattanawong**
วิลาวณีย์	เดือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat***
ศิวัพร	อึ้งวัฒนา****	Sivaporn	Aungwattana****

Abstract

Encouraging parental participation in dental health for preschool children will aid in the prevention of tooth decay problems. This quasi-experimental, two-group, pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a family participation promotion program on families' dental care practice for their preschool children. The participants, 36 parents of preschool children in a child development center, were assigned by simple random sampling to one of two groups of 18. One group received the program, and one did not. The sample group was selected under purposive sampling criteria. The research tools consisted of the family participation enhancement program devised by the researcher based on community participation and lasting for 8 weeks. It consisted of instructional plans, a family participation promotion manual, slide-show media, video instructors, a family participation promotion kit, and LINE apps. The data collecting instrument consisted of a questionnaire on family practices regarding the dental health care of their preschool children with a Pearson's product moment correlation coefficient of .94. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The results indicated that the group receiving the program had a higher average score for family practice in the dental health care of their preschool children after receiving the program (Mean = 23.17, SD = 0.92) than before (Mean = 17.94, SD = 2.94) with a statistically significant difference ($t = -9.085$, $p < .001$). After receiving the program, the group who had received the program had a higher average score for family practice in the dental health care of their preschool children (Mean = 23.17, SD = 0.92) than the group not receiving the program (Mean = 19.11, SD = 3.35) with a statistically significant difference ($t = 4.940$, $p < .001$).

The results from this study show that the family participation promotion program on family practice of dental care among preschool children can be used to promote the dental health care of preschool children.

Keywords: Encouraging parental participation; Dental health; Preschool children

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: moeily.pp@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทคัดย่อ

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาฟันผุได้ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 ราย เป็นบิดาหรือมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวนกลุ่มละ 18 ราย เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัทซอพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้ คู่มือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อนำเสนอภาพนิ่ง สื่อวีดิทัศน์ ชุดอุปกรณ์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่า Pearson's product moment correlation coefficient ได้เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 23.17, SD = 0.92) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 17.94, SD = 2.94) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.085, p < .001$) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน (Mean = 23.17, SD = 0.92) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 19.11, SD = 3.35) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.940, p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สุขภาพฟัน เด็กวัยก่อนเรียน

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: moeily.pp@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อย มีแนวโน้มการเกิดโรคที่รุนแรง จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า โรคฟันผุเป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวดและการสูญเสียฟันน้ำนม ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี พบมีปัญหาฟันผุมากกว่าร้อยละ 50 โดยพบผู้ปราศจากโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี คือ ร้อยละ 47.1 และร้อยละ 24.4 ตามลำดับ (Bureau of Dental Health, 2018) ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่กำหนดตัวชี้วัดว่า เด็กอายุ 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ (caries free) ร้อยละ 73 (Bureau of Dental Health, 2021)

ในภูมิภาคเขตภาคเหนือของประเทศไทย สถานการณ์ฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ จากรายงานสถานการณ์ฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 ปี จังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1 ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี คือ ร้อยละ 22.5, 36.36, 31.72, 28.88 และ 27.31 ตามลำดับ (Bureau of Dental Health, 2018) ซึ่งยังพบว่า มีอัตราการเกิดความชุกของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่อง และจากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 3-6 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชวโมง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 72 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และจำนวน 76 ราย ในปี พ.ศ. 2564 พบเด็กวัยก่อนเรียนมีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 34.72 และร้อยละ 38.16 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนในตำบลชวโมงเกี่ยวกับปัญหาฟันผุ จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ปกครองยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพฟันเด็ก และยังมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลฟันของเด็กวัยก่อนเรียนไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ผู้ปกครองไม่มีการตรวจความสะอาดในการแปรงฟันภายหลังเด็กแปรงฟันเสร็จและการแปรงฟันไม่ถูกวิธี 2) การให้เด็กรับประทานอาหารหรือขนมหวานโดยขาดการควบคุม และ 3) ผู้ปกครองไม่ได้พาเด็กไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน เกิดขึ้นทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว สำหรับตัวเด็กหากไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีอาการปวดฟันมาก (Khammarit, 2020) อาการฟันผุลุกลามจนไม่สามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟัน จำเป็นที่ต้องรักษาด้วยการถอนฟัน ส่งผลให้เด็กมีการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร (Watyota & Wanaratwicht, 2019) มีปัญหาการบดเคี้ยว รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน (Sankumlue, 2012) ส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว คือ การที่เด็กฟันผุและมีอาการปวด จำเป็นต้องได้รับการรักษา ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร เนื่องจากการรักษาฟันในเด็กเล็กมีความยุ่งยากในการให้บริการ และการจัดการพฤติกรรมของเด็ก เพราะเด็กวัยนี้จะกลัวคนแปลกหน้า ทำให้แนวทางการรักษาไม่ได้ช่วยในการเก็บฟันได้ ทำให้มีโอกาสสูญเสียฟันน้ำนมเร็วกว่ากำหนด (Sankumlue, 2012) ทั้งนี้ การมีฟันน้ำนมอยู่ครบและโยกหลุดตามธรรมชาติจะทำให้เด็กมีการบดเคี้ยวที่ดี สนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ ได้แก่ ช่วยให้เกิดการออกเสียงได้ชัดเจน การใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารเป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกรของเด็กเติบโตสมส่วน ฟันถาวรขึ้นได้ตรงไม่ซ้อนเก และฟันดีจะสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภท ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public health, 2012)

ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ปกครอง จากการขาดความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครอง โดยให้เด็กวัยก่อนเรียนบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ส่งผลให้เกิดฟันผุได้ (Suwonnoparat, 2019) จำนวนและความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม การให้เด็กกินนมระหว่างมื้อมากกว่าวันละ 2 ครั้ง (Bureau of Dental Health,



Department of Health, Ministry of Public health, 2012) ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้บิดามารดา/ผู้ปกครองทราบถึงความรุนแรงของโรคและมีวิธีที่ป้องกันฟันผุ รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ (Manratohl et al., 2021) และปัจจัยด้านพฤติกรรมกรดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน จากการขาดความรู้และความเอาใจใส่ในการทำ ความสะอาดช่องปากและฟันเด็กวัยก่อนเรียนอย่างเหมาะสมของผู้ปกครอง (Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public health, 2012) และจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน แต่พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.1 ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง และเมื่อเด็กโตขึ้นพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปีถูกปล่อยให้แปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ (Bureau of Dental Health, 2018) และ 2) ปัจจัยด้านตัวเด็ก ในด้านทักษะการแปรงฟันของเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่มีดีพอ เนื่องจากเด็กวัยนี้กล้ามเนื้อยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพฟันของตนเองได้ดีเท่าที่ควร (Thai Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand, 2017) ดังนั้น เด็กวัยก่อนเรียนจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำ ความสะอาดช่องปากและฟันจากบิดามารดาเป็นประจำทุกวัน ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดฟันผุได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้ปกครองมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดบทบาทการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสม (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) แต่ยังคงพบอัตราการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนและยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องทุกปี ทั้งนี้ การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ภายใต้บทบาทการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือได้ว่าเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง มีบทบาทในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน สอดคล้องกับหลักการดำเนินงานการบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนตามระบบปกติ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (Thongsri & Chiangkhong, 2018) เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน ดังนั้น การป้องกันปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนจึงควรดำเนินการควบคุมป้องกันโรคฟันผุโดยได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย โดยเฉพาะกลุ่มบิดามารดา เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด และมีอิทธิพลต่อการป้องกันฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน (Yopinta, 2012) เนื่องด้วยเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และดูแลความสะอาดช่องปากและฟันได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นหลัก

ในการจัดการของครอบครัวต่อปัญหาฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียนนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาในรูปแบบของการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างหลากหลาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทฤษฎีที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมได้อย่างครอบคลุม และเกิดผลดีต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพในระดับครอบครัว คือ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) มาใช้ในการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพฟันเด็กวัยก่อนเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมมากขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Ponmark et al., 2019) ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยทำให้เด็กวัยก่อนเรียนมีสุขภาพฟันที่ดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วม



ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และคาดว่าจะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัว หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) มาเป็นกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย คือ ขั้นริเริ่มตัดสินใจ ขั้นการดำเนินการตัดสินใจ และขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยในขั้นริเริ่มตัดสินใจ เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา ร่วมกันระบุความต้องการแก้ไขปัญหา เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจต่อไป ในขั้นการดำเนินการตัดสินใจ เป็นการร่วมกันหาวิธีการดำเนินการที่สอดคล้องกับความต้องการและลำดับความสำคัญของการแก้ไขปัญหา และในขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ เป็นการร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน 2) ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Participation in implementation) โดยการจัดกิจกรรมตามแผน และสนับสนุนการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนในด้านทรัพยากร ด้านการเข้าร่วมในการบริหาร และด้านการประสานขอความร่วมมือ 3) ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Participation in benefit) เป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงาน ด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านบุคคล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและยั่งยืน และ 4) ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) โดยให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความคาดหวัง และความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อบกพร่อง ร่วมกันแก้ไขการดำเนินงาน เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ในด้าน 1) การจัดอาหารที่เหมาะสม 2) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน 3) การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre test – post Test)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดาหรือมารดาของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) อำเภอบางอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่มา 2 อำเภอ จาก 25 อำเภอ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย ตำบลในอำเภอสารภีจาก 12 ตำบล มา 1 ตำบล ได้ตำบลข่วง ให้เป็นตำบลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และทำการสุ่มอย่างง่าย ตำบลในอำเภอหางดงจาก 11 ตำบล มา 1 ตำบล ได้ตำบลขุนคอง ให้เป็นตำบลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าการ ได้แก่ 1) ผู้ปกครองมีความสามารถในการพูด อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดในทุกขั้นตอน 3) สามารถติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ โคเฮน (Cohen, 1992) กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบสมมติฐานชนิด (one tail test) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen (1977) กำหนดไว้ ชนิด difference between two mean เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้ (Polit & Hungler, 1999) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $G * power$ ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 14 ราย เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 20 (20% dropout rate) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) ประกอบด้วย

1.1 แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ครอบครัว ได้แก่ ด้านการจัดอาหารที่เหมาะสม ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และด้านการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟัน สื่อวีดิทัศน์ และการสาธิตวิธีการแปรงฟันและสาธิตย้อนกลับ

1.2 คู่มือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปฏิบัติดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 3 ด้านและแบบบันทึกการปฏิบัติ 3 ด้าน สำหรับการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสม 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟัน 3) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และ 4) แบบบันทึกการปฏิบัติของครอบครัว 3 ด้าน โดยประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันเสาร์)

1.3 สื่อนำเสนอภาพนิ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนและสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ครอบครัวทั้ง 3 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม



1.4 ชุดอุปกรณ์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เบอร์โทรศัพท์ของบิดาและมารดา

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

3. แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การจัดอาหารที่เหมาะสม 2) การดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และ 3) การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด ให้เลือกคำตอบ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนการปฏิบัติ ดังนี้ ถ้าตอบปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และ ถ้าตอบไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .98 และ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการคำนวณค่า Pearson product moment correlation coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 2566-EXP004 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บอย่างมิดชิด ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขุนคอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวฯ และมอบชุดอุปกรณ์ ให้ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และทำการนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไปอีก 7 สัปดาห์ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขุนคอง ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง 15 นาที

สัปดาห์ที่ 8: ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติฯ มอบคู่มือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ แนะนำการใช้คู่มือ นำเสนอสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน 3 ด้าน ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างบริเวณห้องประชุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข่วงมุง ใช้เวลาดำเนินการ 4 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1. ขั้นริเริ่มตัดสินใจ ในกิจกรรม “เปิดปากกว้าง ส่องฟันลูกน้อย” โดยผู้วิจัยนำเสนอสนทนาภาพนิ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทยและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสาเหตุการเกิดปัญหาฟันผุ ส่งมอบข้อมูลปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนของแต่ละครอบครัวแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ปัญหาฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียน และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาฟันผุ สาเหตุ บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน



การปฏิบัติการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดอาหารที่เหมาะสม ด้านการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน และด้านการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาและบทบาทที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการริเริ่มตัดสินใจด้วยความสนใจในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

2. ขั้นตอนการดำเนินการตัดสินใจ ในกิจกรรม “ร่วมรู้ สู้ฟันสวยด้วยครอบครัว” โดยผู้วิจัยมอบคู่มือฯ และชุดอุปกรณ์ฯ นำเสนอสื่อวีดิทัศน์ฯ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมโดยครอบครัว ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ ได้แก่ 1) โรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดอาหารที่เหมาะสม 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน 4) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และ 5) วิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การจัดอาหารที่เหมาะสม การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน และการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public health, 2012; Department of Health, Ministry of Public health, 2017) สาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการดูแลความสะอาดช่องปากและฟันที่ถูกวิธี และประเมินการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสม ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน และนำเสนอความคิดเห็นถึงแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

3. ขั้นตอนตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยกิจกรรม “ร่วมใส่ใจดูแลฟันลูกน้อย” โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันออกแบบ และจัดทำแผนร่างการจัดกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดอาหารมื้อหลักและอาหารมื้อว่างที่ดีต่อสุขภาพ การกำหนดเวลาในการรับประทานอาหาร และการกำจัดปริมาณอาหารหวาน 2) ด้านการดูแลสุขภาพฟัน ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ในการแปรงฟัน และการแปรงฟันที่ถูกวิธี 3) ด้านการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพฟัน ได้แก่ การตรวจสุขภาพฟันโดยบิดาหรือมารดา และการตรวจสุขภาพฟันโดยทันตบุคลากร จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอร่างแผนกิจกรรมฯ ที่ได้จัดทำขึ้นในแต่ละด้าน และร่วมกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อสรุปการตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามร่างแผนกิจกรรมฯ ร่วมกัน และสอบถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็นการตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามแผนร่างฯ อีกครั้ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างยกมือ เพื่อยืนยันว่าครอบครัวตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามร่างแผนฯ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินงานในครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยนำร่างแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ไปจัดทำแผนกิจกรรมฯ ฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ผ่านทางกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันในสัปดาห์ต่อไป (สัปดาห์ที่ 2) หลังจากนั้นให้ครอบครัวนำแผนกิจกรรมไปปฏิบัติกับเด็กวัยก่อนเรียน และบันทึกการปฏิบัติของครอบครัวในคู่มือฯ

สัปดาห์ที่ 2-7: ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที ดังนี้

1. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร โดยผู้วิจัยมอบชุดอุปกรณ์และมอบคู่มือฯ และ QR Code สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ครอบครัว

2. ด้านการเข้าร่วมในการบริหาร โดยนำแผนร่างกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนมาจัดทำเป็นแผนกิจกรรมฯ และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพิจารณาแผนกิจกรรมฯ ฉบับสมบูรณ์ และยืนยันการตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามแผนกิจกรรมฯ ฉบับสมบูรณ์ผ่านในไลน์กลุ่ม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ ฉบับสมบูรณ์ บันทึกและประเมินการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแล



สุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ทั้ง 3 ด้านในคู่มือ ในสัปดาห์ที่ 2-7 โดยประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันเสาร์) และส่งภาพถ่ายการปฏิบัติ และผลการประเมินการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนในคู่มือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันเสาร์) เพื่อร่วมตรวจสอบการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันเด็กวัยก่อนเรียน

3. ด้านการประสานขอความร่วมมือ โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม สอบถาม บิดาหรือมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ปัญหา อุปสรรค ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งหาแนวทางในการจัดการปัญหา รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำการนัดหมายการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันอาทิตย์)

สัปดาห์ที่ 8: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 บริเวณห้องประชุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชวโมง เพื่อดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนฯ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านบุคคล ใช้เวลาดำเนินการ 30 นาที และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความคาดหวัง และวิเคราะห์ข้อดีข้อจำกัดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ใช้เวลาดำเนินการ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของครอบครัว ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า บิดาหรือมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน มีอายุเฉลี่ย 34.33 ปี (SD = 7.26) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50 และในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อายุเฉลี่ย 31.33 ปี (SD = 6.21) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน บิดาหรือมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและไม่ได้รับโปรแกรมฯ มีความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียน โดยเป็นมารดามากที่สุด คือ ร้อยละ 83.33 และ 88.89 ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน มีอายุเฉลี่ย 4.11 ปี (SD = 0.75) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.44 และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ มีอายุเฉลี่ย 3.56 ปี (SD = 0.70) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.56

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ มีดังต่อไปนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.085, p < .001$) (ดังตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 18)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ฟันของเด็กวัยก่อนเรียน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-Value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	17.94	2.94	23.17	0.92	-9.085	< .001
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ	18.28	3.51	19.11	3.35	-1.282	.217

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กก่อนเรียน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวฯ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.940$, $p < .001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน
ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n = 18) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
(n = 18)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ฟันของเด็กวัยก่อนเรียน	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ		t	p-Value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.94	2.94	18.28	3.51	-.309	.379
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	23.17	0.92	19.11	3.35	4.940	< .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน โดยโปรแกรมฯ มีการดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประสบผลสำเร็จ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนย่อย คือ

1. ขั้นริเริ่มตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่ริเริ่มให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา บทบาทหน้าที่และความต้องการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน (Cohen & Uphoff, 1986) ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจปัญหาและนำไปสู่ความร่วมมือในการหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์จะส่งผลให้ครอบครัวเข้าใจและร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาโดยวิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ร่วมกัน (Muangseengarm et al., 2020) และเน้นย้ำถึงบทบาทครอบครัวที่สำคัญ ซึ่งหากครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ความรับผิดชอบในการดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม



2. ขั้นการดำเนินการตัดสินใจ ผู้วิจัยให้ครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาความต้องการถึงแนวทางในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาฟันผุ โดยดำเนินกิจกรรมนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมโดยครอบครัว ซึ่งสื่อการให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่ต้องการและมีความน่าเชื่อถือ ทำให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจน (Chantana & Wijitjammaree, 2022) ทำให้ครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากการที่ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสาธิตการปฏิบัติในการแปรงฟันที่ถูกวิธีและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งเป็นการฝึกฝนและพัฒนาทักษะการปฏิบัติทำให้ครอบครัวเกิดความเชี่ยวชาญและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Simpson, 1972, as cited in Rueangko, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ผลมาก และคณะ (Ponmark et al., 2019) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติและเกิดการดำเนินการตัดสินใจมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อีกทั้งการอบรมให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและสามารถนำแนวทางไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ซึ่งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมฯ โดยการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตรวจสอบ จะทำให้ครอบครัวรู้สึกเป็นเจ้าของแผนกิจกรรมและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง (Arsathong & Palapol, 2022) และนำร่างแผนกิจกรรมฯ ไปจัดทำเป็นแผนกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ในรูปแบบภาพอินโฟกราฟิก ประกอบไปด้วยข้อความและรูปภาพ เป็นรูปแบบที่น่าสนใจ ชัดเจน ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและจดจำได้เป็นอย่างดี (Netrabukkana, 2022) ส่งผลให้ครอบครัวสามารถศึกษาและทบทวนแผนกิจกรรมฯ ได้ง่ายและสะดวก อีกทั้งยังสนับสนุนให้ครอบครัวเกิดการปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ

1. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน (Cohen & Uphoff, 1986) โดยมอบคู่มือฯ เพื่อให้ครอบครัวนำความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการศึกษาคู่มือไปใช้กับตนเอง และถ่ายทอดให้กับสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี (Geerativara, 2003) และมอบสื่อวีดิทัศน์ฯ ซึ่งการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ประกอบไปด้วยเสียงและภาพเคลื่อนไหว ที่ดึงดูดความสนใจ ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย สามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอด ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างถูกต้อง (Jaikaew et al., 2022) อีกทั้งผู้วิจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยมอบชุดอุปกรณ์ ได้แก่ แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งการที่ครอบครัวมีอุปกรณ์ที่เหมาะสม จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและช่วยส่งเสริมการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างถูกต้อง

2. ด้านการเข้าร่วมในการบริหาร โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนตามแผนกิจกรรมฯ ที่ร่วมกันออกแบบ ซึ่งการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากแผนกิจกรรมฯ เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมที่มีเนื้อหาสาระครบถ้วนและครอบคลุมแนวปฏิบัติ อีกทั้งครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและจัดทำแผนร่างการจัดกิจกรรมฯ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนกิจกรรมฯ ที่ได้มีส่วนร่วมในการคิด



ออกแบบ เพื่อนำสู่การลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีสุขภาพฟันที่ดี (Wiangdindam, 2021)

3. ด้านการประสานขอความร่วมมือ เป็นการดำเนินงานของครอบครัวโดยนำแผนกิจกรรมฯ ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนในสัปดาห์ที่ 2-7 และผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ซึ่งการติดตามการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ ของครอบครัวจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวในการดูแลและร่วมแก้ปัญหา ทำให้ครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการช่วยกระตุ้นย้ำเตือนให้ครอบครัวมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ส่งสติ๊กเกอร์หรือข้อความให้กำลังใจและชมเชยแก่ครอบครัวที่มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มและส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยให้ครอบครัวร่วมกันสะท้อนคิดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ โดยใช้ใบงานสะท้อนคิด ทำให้ครอบครัวมีอิสระในการคิดทบทวนและพิจารณาไตร่ตรองข้อดีข้อเสียการปฏิบัติของครอบครัว อีกทั้งการสะท้อนคิดร่วมกันจะทำให้เกิดมุมมองและแนวคิดใหม่ นำไปสู่ความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น (Chaisa & Janwijit, 2020) สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้ในอนาคต โดยร่วมกันประเมินการรับผลประโยชน์ 3 ด้าน คือ ด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านบุคคล

ในด้านวัตถุ เป็นการลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจรักษาปัญหาสุขภาพฟัน โดยผู้วิจัยได้สนับสนุนอุปกรณ์ฯ ได้แก่ แปรงสีฟันที่เหมาะสมและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งพบว่าอุปกรณ์มีความเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับด้านสังคม เป็นการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ครอบครัวดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ ซึ่งช่วยให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวในการร่วมกันดูแลเอาใจใส่สุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ในส่วนด้านบุคคลจากการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่า การได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ รวมถึงครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ส่งผลต่อการลดการเกิดปัญหาฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียนได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยร่วมกันค้นหาและวิเคราะห์จุดติดขัดของการดำเนินงานเพื่อประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานและหาแนวทางสำหรับการดำเนินงานต่อไปให้มีประสิทธิภาพสูงสุด (Cohen & Uphoff, 1986) โดยครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมฯ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ความพึงพอใจ พบว่า ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อแผนกิจกรรมฯ ในระดับมากที่สุด เนื่องด้วยแผนกิจกรรมฯ มาจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างแท้จริง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามแผนกิจกรรมฯ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้ต่อไป 2) ความคาดหวัง พบว่า การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนจะช่วยส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนมีสุขภาพฟันที่ดี โดยความคาดหวังนี้จะทำให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจและความพยายามในการปฏิบัติ



เพื่อบรรลุเป้าหมายต่อไป ซึ่งหากมีความคาดหวังสูงก็จะยิ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติสูงขึ้นตามไปด้วย (Thipsung, 2023) และ 3) ความคิดเห็น พบว่า ครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ข้อดีจากการดำเนินงานตามแผน กิจกรรมฯ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น รวมถึงอุปกรณ์และคู่มือฯ มีความเหมาะสม สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อันเนื่องมาจาก กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนตามระบบปกติ ภายใต้บทบาทการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยมีบทบาทในส่วนงานอนามัยโรงเรียนร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังขาดการให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและรับรู้บทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนไม่ได้เป็นหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพฟันที่ดีและพัฒนาการสมวัย (Thojsampa, 2019) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานโดยเฉพาะครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) โดยมีการนำขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนมาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เป็นระบบ มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม ในการคิดค้นปัญหา วิเคราะห์อุปสรรคปัญหาที่เกิดในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสวิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเอง จากนั้นนำมาสู่การร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างแท้จริง

กล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) โดยมีขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สามารถส่งเสริมการเรียนรู้และส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณศรี กัญวศเรษฐ และคณะ (Kanwaset et al., 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยปฐมวัย โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านภาษา ค่าสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ผลมาก และคณะ (Ponmark et al., 2019) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพัฒนาการเด็กหลังการใช้รูปแบบมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ความรู้และส่งเสริมการลงมือปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพฟัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขก่อนนำโปรแกรมฯไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียนให้เหมาะสมกับบริบท
2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมของครอบครัวในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน เช่น ประเมินผลที่ 6 เดือนขึ้นไป
2. ควรศึกษาวิจัยประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพฟันของกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนในระยะยาว ต่อไป

References

- Arsathong, P., & Palapol, T. (2022). Development models to promote executive functions of early childhood with participation of families and communities in Roi Et Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(2), 266-282.
- Bureau of Dental Health. (2018). *Report on the results of the 8th national oral health survey, Thailand, 2017*. Samchareon Phanich.
- Bureau of Dental Health. (2021). *Guidelines for the operation of dental public health, 2021*. <https://dental.anamai.moph.go.th/th>
- Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public health. (2012). *Oral care... the gateway to good health*. The Printing Office to Assist Veterans Organization.
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Guidelines for the development of sub-districts to promote children 0-5 years old, good height, proportional, no tooth decay, age-appropriate development, 2017*. The Agricultural Cooperative Federation of Thailand.
- Chaisa, P., & Janwijit, S. (2020). The effects of reflective thinking skill promoting based learning and instruction on reflective thinking behaviors among nursing students. *Journal of Education Studies Chulalongkorn University*, 48(1), 266-282.
- Chantana, S., & Wijitjammaree, N., (2020). New media communication strategies of the Public Health Ministry and public trust during the Covid-19 pandemic. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(5), 570-584. (in Thai)
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). *World Development*. McGraw-Hill.



Effect of a Family Participation Promotion Program on Family Practice
of Dental Care Among Preschool Children
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัว
ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน

- Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *The 12th of development of a health and environmental promotion system according to the National Health Development Plan during National Economic and Social Development Plan, 2017-2021*.
<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0000/00000894.PDF>
- Geerativara, S. (2003). *The development of parent's participation handbook towards the early childhood education* [Unpublished master's thesis]. Silpakorn University.
- Jaikaew, W., Tanjeang, J., & Phalaphon, K. (2022). Effects of dental health promotion program on snack foods and oral health among school children in grades 4-6 in Chonnabot District, Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal*, 5(3), 193-201. (in Thai)
- Kanwaset, A., Chaiphibalsarisdi, P., & Kruachottikul, S. (2018). Effect of participation in supporting language development program towards knowledge and self-efficacy of pre-school care giver. *Vajira Nursing Journal*, 20(1), 40-53. (in Thai)
- Khammarit, S. (2020). Parents' roles in caring for dental caries among preschool children. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 257-268. (in Thai)
- Manratohl, S., Palanukunwong, O., & Nawsuwan, K. (2021). Factors related to the prevalence of dental caries in preschool children in the child development center Khuanniang District, Songkhla Province. *Thai Dental Nurse Journal*, 32(1), 103-114. (in Thai)
- Muangseengarm, O., Tuntiwongwanich, S., & Kiddee, K. (2020). Development of analytical thinking by problem-base learning with E-Learning on Two-dimensional array for vocational certificate students. *Journal of Industrial Education*, 19(3), 11-20. (in Thai)
- Netrabukkana, P. (2022). Development of fables infographic and mapping activities package to enhance English reading comprehension of primary VI student. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 8(2), 98-108. (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott.
- Ponmark, J., Thisara, P., Weiangkham, D., & Duangpanya, A. (2019). Development of a family participation model for promoting child development: A case study of Ban Sanpamuang Child Care Center, Mueang District, Phayao Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 241-250. (in Thai)
- Rueangko, P. (2018). *Developing web-based instruction using an instructional model of Simpson's theory for improving practice skills and creative thinking skills of 9th grade student* [Unpublished master's thesis]. Rajabhat Maha Sarakham University.
- Sankumlue, D. (2012). *The effectiveness of reinforcement on the development of brushing teeth disciplinary before bed time among pre-school children of early childhood development center in Sungment District, Phrae Province* [Unpublished master's thesis]. Phayao University.



- Suwonnoparat, N. (2019). Situation of dental caries and periodontal disease of people who get services in Kongkrais Hospital, Sukhothai Province. *Rajabhat Chiang Mai Research Journal*, 28(1), 23-33. <https://doi.org/10.14456/rcmrj.2019.163643> (in Thai)
- Thai Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand. (2017). *A guide for parents to disseminate knowledge on child care and development in preschool age 3-6 years*. <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/3-6-80919677>
- Thipsung, N. (2023). *The expectations of people for the development policies and public participation in Khohong Municipality, Khohong District, Songkhla Province* [Unpublished master's thesis]. Prince of Songkhla University.
- Thojampa, S. (2019). *School health*. Naresuan University Publishing House.
- Thongsri, P., & Chiangkhong, A. (2018). Community health nurse's roles in school health service. *Journal of Public Health Nursing*, 32(2), 203-222. (in Thai)
- Watyota, K., & Wanaratwichit, C. (2019). Effectiveness of an oral health promotion program on oral health behavior among 12 year-old students in Kosamphi Nakhon District, Kamphaeng Phet Province. *Chiang Mai Dental Journal*, 40(1), 81-96. (in Thai)
- Wiangdindam, W. (2021). Development of oral health promotion model for preschool children by family and community participation in Khampom Child Care Center, Phra Yuen District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 3(1), 117-130. (in Thai)
- Yopinta, S. (2012). *The effectiveness of a dental health education program on knowledge perception and dental caries prevention behavior among guardian's preschool children in Huanum Child Development Centre Maemok Subdistrict Thoen District, Lampang Province* [Unpublished master's thesis]. Phayao University. (in Thai)