



ชุมชนกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี การศึกษาเชิงปฏิบัติการ  
แบบมีส่วนร่วมในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

**Community and Oral Health Care of Children Aged 0-3 Years:  
a Participatory Action Research in a Muslim Community  
at Yaring District, Pattani Province**

นาริส่า ฮีมสุหรี

Narisa Heemsuree

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Oral Health Sciences  
Prince of Songkla University**

2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      ชุมชนกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี การศึกษาเชิงปฏิบัติการ  
 แบบมีส่วนร่วมในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี  
 ผู้เขียน               นางนาริศา หีมสุหรี  
 สาขาวิชา             วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
.....	.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ถิอชัย ศรีเงินยวง)
	.....กรรมการ
	(ดร.วิรัตน์ เอื้องพุลสวัสดิ์)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา เขียรมนตรี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
 ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

.....  
 (ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ชุมชนกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี
ผู้เขียน	นางนาริศา หีมสุหรี
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก
ปีการศึกษา	2554

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วม ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีของผู้ปกครอง พื้นที่ในการดำเนินการ คือ ชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นชุมชนมุสลิม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง ประเมินระดับการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและแกนนำชุมชนด้วยตนเอง ตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2554 ดำเนินงานวิจัยภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะเวลาเตรียมการวิจัย 2) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3) ระยะเวลาติดตามและประเมินผล โดยมีการประเมินและสะท้อนกลับกับการปฏิบัติเป็นระยะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและนำไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า แกนนำชุมชนและผู้ปกครองเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-3 ปี โดยมีกระบวนการหลักสองส่วนคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัยและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนโดยแกนนำชุมชน โดยทีมวิจัยมีการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน ดังนี้ 1. เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนในเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผ่านการเรียนรู้จากตัวอย่างและฝึกปฏิบัติ 2. พัฒนาทักษะ ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนตามระยะของการทำงาน 3. เสริมสร้างขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แกนนำชุมชนในการทำงานแบบมีส่วนร่วม 4. ส่งเสริมการเรียนรู้

จากการปฏิบัติงานจริง ที่สอดคล้องกับบริบทและมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปแก้ไข และปรับปรุงเป็นระยะ ซึ่งแกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากและการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน ได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและตนเอง การทำงานร่วมกับชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก การทำงานเป็นทีมที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันและการคิดเอง ทำเองได้ โดยแกนนำชุมชนจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีของผู้ปกครองและชุมชน ได้แก่ ให้ความรู้แก่ชุมชน โดยเฉพาะผู้ปกครองตามความต้องการและเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องตามความสะดวกของชุมชนทั้งเวลาและสถานที่ สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นกันเอง เป็นกลุ่มย่อย (4-5คน) และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ โดยสอดแทรกการให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนและประเมินผลในกิจกรรมต่างๆ โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ดังนี้ ผู้ปกครองเกิดความตระหนักและนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและลูกมากขึ้น เช่น การเช็ดเหงือกและฟันให้ลูก การแปรงฟันให้ลูก การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานของลูก เป็นต้น ชุมชนเสนอแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดให้มีคูตะบะห์ (การบรรยายธรรมโดยผู้นำศาสนา) ในช่วงการละหมาดทุกวันศุกร์ที่เกี่ยวกับเรื่องดูแลสุขภาพช่องปาก จัดเสียงตามสายโดยเยาวชนที่บาหลีซาอะ(สถานที่ละหมาดและเรียนศาสนา) จัดณรงค์ เรื่องฟัน ปิละ 1 ครั้ง โดยใช้งบประมาณของชุมชน เป็นต้น ผู้ปกครองและแกนนำชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมในระดับที่มากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 85 และร้อยละ 100 ตามลำดับและ ผู้ปกครองและแกนนำชุมชน มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในภาพรวมในระดับที่มากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 83 ตามลำดับ

<b>Thesis Title</b>	Community and Oral Health Care of Children Aged 0-3 Years: a Participatory Action Research in a Muslim Community at Yaring District, Pattani Province
<b>Author</b>	Mrs. Narisa Heemsuree
<b>Major Program</b>	Oral Health Sciences
<b>Academic Year</b>	2011

### **ABSTRACT**

This research aimed to study the participation process of parents for oral health care of children aged 0 – 3 years. The selected area was the Hua Leaw Community, a Muslim community at Tambon Yamu, Yaring district, Pattani. The three main steps of Participatory Action Research (PAR) were applied as community assessment and situation analysis, planning and implementation by community leaders, and evaluation. The self-reflections were subsequently performed through all these steps to improve and adjust activities accordingly. Qualitative data collection methods were employed through questionnaires, in-depth interviews, focus group discussion and participant observations. Triangulation was applied for data quality control. Content analysis was used for data analyzing. Quantitative data was also collected through interviewing, oral examination as well as self-assessment. Frequency distribution was illustrated. The study showed that the process of empowering the community leaders for oral health care of children aged 0 – 3 years under the concept of PAR comprised of improving knowledge and required skills based on PAR-concept as well as towards oral health care for children, providing moral support and encouragement to the community leaders, and last but not least, having flexible activities and response supportively to demands and self-reflections of community leaders as well as that concerning the community context. The community leaders reported their changes and learning in many aspects, for instance, being a role model in taking care of oral health, working with the community and parents based on the participatory approach to improve oral health care of children, and creating teamwork focusing on learning and sharing their experiences and opinions. Thus, the study demonstrated that using the PAR approach in

empowering the community leaders were able to support parents in taking care of oral health of children. The participation process of parents for oral health care of children aged 0 – 3 years used by community leaders included co-operation in planning, implementation, sharing and evaluating the process simply. The parents needed to be continually educated about oral health at a time convenient for them, with friendly communication, easy to understand in small groups (4-5 persons/group) and to practice necessary skills for oral health care under community leaders advice. It also provides home visits to monitor and evaluate performance. Parents reflected that the participation process increased parental awareness and motivation to care for their own oral health as well as their children's, and they applied the knowledge gained by putting into practice routine of oral health care such as children's brushing and controlling their eating sweet foods. Moreover, the local people proposed their own plans for solving the problems of oral health care for instance, incorporating oral health care topics in the Muslim preaching (Khutbah) in every Friday prayer time, broadcasting by local teenagers at Balasah. In addition, they created oral health campaign once a year supported budget by the community themselves. The study demonstrated that parents and community leaders have a high level of participation being 85% and 100%, respectively and parents and community leaders have a high level of participatory satisfaction being 75% and 83%, respectively.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ. ดร.ทพญ. จริญญา หุ่นศรีสกุล และ ทพญ. อัจฉรา วัฒนภา ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เป็นอย่างดียิ่งมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ที่ได้ให้ห้องความรู้และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขอขอบคุณ นายแพทย์สมชัย พงษ์ธัญญะวิริยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะหริ่ง ที่ให้การสนับสนุนโครงการอย่างเต็มที่ ขอขอบคุณ ทีมงานทันตบุคลากร โรงพยาบาลยะหริ่งและสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและเป็นกำลังใจให้เสมอมา และที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณแกนนำชุมชนและสมาชิกชุมชนหัวเลี้ยวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและร่วมเรียนรู้ไปด้วยกัน อย่างดีและมีความสุข สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ โรงเรียนทันตแพทย์สร้างสุข (ทพ.สส.) ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัยในครั้งนี้

ทพญ. นาริศา หีมสุหรี

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(9)
รายการรูป.....	(10)
1.บทนำ.....	1
บทนำต้นเรื่อง.....	1
การทบทวนวรรณกรรม.....	4
วัตถุประสงค์.....	40
2.วัตถุประสงค์ และวิธีการ.....	45
3.ผลการศึกษา.....	59
4.สรุปและวิจารณ์ผล.....	107
เอกสารอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก.....	122
ประวัติผู้เขียน.....	161



## รายการตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงความสัมพันธ์ของวิธีการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูล กับประเภทของข้อมูล.....	55
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย.....	64
ตารางที่ 3	แสดงกระบวนการและแนวคิดในการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน.....	87
ตารางที่ 4	แสดงความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง (n=6).....	93
ตารางที่ 5	แสดงความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของแกนนำชุมชน (n=20).....	97
ตารางที่ 6	แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง (n=20).....	99
ตารางที่ 7	แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง (n=20).....	102
ตารางที่ 8	แสดงทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง (n=20).....	105
ตารางที่ 9	ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุของผู้ปกครอง (n=20)....	106

## รายการรูป

รูปที่		หน้า
รูปที่ 1	แสดงการแบ่งระดับการมีส่วนร่วม.....	25
รูปที่ 2	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	42
รูปที่ 3	แสดงผลของ PAR ในความคิดของแกนนำชุมชน.....	67
รูปที่ 4	แสดงระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในขั้นตอนต่างๆ (n=6).....	94
รูปที่ 5	แสดงความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (n=6).....	94
รูปที่ 6	แสดงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (ร้อยละ).....	96
รูปที่ 7	แสดงความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (ร้อยละ).....	96

# บทที่ 1

## บทนำ

### บทนำต้นเรื่อง

โรคฟันผุเป็นปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญของประชาชนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ในระดับประเทศเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีอัตราการปราศจากฟันผุเท่ากับร้อยละ 38.6 ในภาคใต้ร้อยละ 36.0<sup>1</sup> สำหรับจังหวัดปัตตานีมีอัตราการปราศจากฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ในปี 2548-2549 และ 2551 – 2552 เท่ากับร้อยละ 17.3, 20.8, 26.3 และ 32.9 ตามลำดับ และจากการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กในอำเภอยะหริ่ง ปี 2548-2549 และ 2551– 2552 พบ อัตราการปราศจากฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี เท่ากับร้อยละ 1.9, 2.9, 7.4 และ 13.4 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งนับว่า ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับระดับจังหวัดและประเทศ

โรคฟันผุในเด็กเล็ก (Early Childhood Caries หรือ ECC) มีลักษณะฟันผุหลายซี่ในช่องปากของเด็กเล็ก โดยเฉพาะฟันหน้าบน 4 ซี่<sup>3</sup> Johnsen DV(1994)(อ้างใน จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และปิยะดา ประเสริฐสม(2549))<sup>3</sup> กล่าวว่า ฟันผุในฟันน้ำนมจะลุกลามจนถึงโพรงประสาทฟันได้รวดเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันมีน้อยกว่า และ Tanzer JM (1989) (อ้างใน จันทนา อึ้งชูศักดิ์และปิยะดา ประเสริฐสม (2549))<sup>3</sup> กล่าวว่า ฟันผุเป็นโรคติดเชื้อเนื่องจากสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ โดยสามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กสู่ลูกได้ ผลกระทบของการมีฟันผุในฟันน้ำนม นอกจากจะเกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อและปัญหาการบดเคี้ยวแล้ว ยังมีผลต่อน้ำหนัก และการเจริญเติบโตของเด็ก การขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเอง เด็กที่มีฟันน้ำนมจะมีเชื้อโรคในช่องปากมากกว่าเด็กที่มีฟันไม่ผุ การมีฟันน้ำนมผุจึงอาจมีผลให้ฟันน้ำนมซี่อื่นๆในปากรวมถึงฟันแท้ผุมากขึ้น<sup>3</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในฟันน้ำนม ได้แก่ ตัวฟัน อาหาร และเชื้อจุลินทรีย์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมการเลี้ยงดู การทำความสะอาด พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการกินนมขวด ฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาของพ่อแม่รวมทั้งประวัติการมีฟันผุของคนในครอบครัว<sup>4</sup> จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปีของมารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กไทยมุสลิมที่มารับบริการในคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานีของ นาริศา หีมสุหรี (2550)<sup>5</sup> พบว่า

มารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กมีพฤติกรรมการเช็ดเหงื่อและฟันให้ลูก ร้อยละ 56.7 โดยเช็ดทุกวันเพียงร้อยละ 27.4 เท่านั้น เด็กแปรงฟันทุกวันร้อยละ 35.3 ร้อยละ 18.4 ที่เด็กแปรงฟันเองก่อนแล้วผู้ใหญ่แปรงซ้ำ พฤติกรรมการกินนมขวด พบว่า ร้อยละ 31.9 ของเด็กเคยกินนมขวดเท่านั้นที่ดื่มน้ำตามเป็นประจำ ร้อยละ 32.8 ปล่อยให้ลูกหลับคาขวดนมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.1 เท่านั้นที่เลิกนมมือนอกมือเด็กไม่เกินอายุ 6 เดือน และร้อยละ 17.1 ให้ลูกเลิกนมขวดไม่เกินอายุ 1 ปี

แนวทางที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มนี้ ควรเน้นไปที่การป้องกันการเกิดฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ช่วยให้สามารถเก็บรักษาฟันให้มีสุขภาพดีและใช้งานได้ เด็กก่อนวัยเรียนยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในการพัฒนาด้านใดๆ ก็ตาม ยังต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเป็นอย่างมากจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่และสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่เด็ก

โรงพยาบาลยะหริ่ง ได้มีการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมาตั้งแต่ปี 2536 โดยมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี การตรวจฟันเด็ก รวมถึงการแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนูแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่หนึ่ง เป็นต้น แต่จากผลการสำรวจทันตสุขภาพ ยังพบว่า มีปัญหาฟันผุในเด็กเล็กสูงมากในอำเภอยะหริ่ง ซึ่งสะท้อนว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาได้ ทั้งนี้ จอนสัน พิมพสาร และวิไลวรรณ ทองเกิด (2551)<sup>6</sup> กล่าวว่า การที่จะแก้ปัญหาทันตสุขภาพในระดับชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจระบบสุขภาพโดยรวม วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ ให้ถ่องแท้ จึงจะสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจึงควรให้ความสำคัญกับโลกทัศน์ของตัวบุคคลนั้นๆ และผู้มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเด็ก ดูแลให้เหมาะสมต่อบริบทที่หลากหลาย มิใช่เพียงการใช้มุมมองของทางการแพทย์ รวมถึงการให้ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เป็นแนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยทำให้เกิดการดูแลสุขภาพได้ยั่งยืน เพื่อให้การดูแลนั้นมีความสอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบท ซึ่งบริบทที่สำคัญมิติหนึ่งคือ อิทธิพลทางศาสนา

ร้อยละ 95 ของประชากรอำเภอยะหริ่ง<sup>7</sup> นับถือศาสนาอิสลาม ตามหลักศาสนาอิสลาม มุสลิมมีคัมภีร์อัลกุรอานและอัลหะดีษเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งพระผู้เป็นเจ้าผู้ทรงสร้าง ได้ทรงประทานลงมาให้แก่มวลมนุษยชาติ การยึดมั่นและปฏิบัติตามคำสอนอย่างเคร่งครัดและครบถ้วนสมบูรณ์ จะนำพาให้ชีวิตของมนุษย์ไปสู่ความผาสุกได้โดยแท้จริง มิใช่เฉพาะ ชีวิตในโลกเท่านั้น แต่หมายถึงชีวิตในโลกนี้ (ดุนยา) ด้วยเช่นกัน อิสลามถือว่า “ร่างกายเป็นของขวัญจากพระผู้เป็นเจ้า การรักษาสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) สำหรับมนุษย์” ดังนั้นเมื่อ

เจ็บป่วยจึงต้องรักษาไม่ใช่ปล่อยให้ไปตามยถากรรม ส่วนการหายของโรคนี้ ขึ้นอยู่กับการกำหนด สภาวะการณ์จากพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า กระบวนการรักษาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผลการรักษานั้น การเกิด โรคหรือความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ ทรงกำหนดเพื่อเป็นบททดสอบว่า จิตใจของคนคนนั้นมี ความยึดมั่นในวิถีทางของมุสลิมมากเพียงใด<sup>8</sup> นอกจากนี้อิสลามถือว่า ลูกๆ นั้นเป็นสิ่งทดสอบ จากอัลลอฮ์ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบ(อามานะห์) ของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูก<sup>8</sup> อบรมเรื่อง ศาสนาและดูแลเรื่องสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และทางสติปัญญาควบคู่ไปด้วย รวมถึงการให้ลูกๆ ได้รับอาหารที่ฮาลาล (ฮาลาล) และให้คุณค่าทางโภชนาการ(ดีเยี่ยม) อย่างครบถ้วนก็ถือเป็น หน้าที่ของผู้เป็นพ่อแม่เช่นเดียวกัน<sup>8</sup> อิสลามให้ความสำคัญต่อสุขภาพช่องปาก โดยถือว่า “ปากคือ ประตูแห่งสุขภาพ” หากสุขภาพช่องปากดีจะมีส่วนส่งเสริมให้มีสภาวะร่างกายจิตใจโดยรวมดีไป ด้วย ท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ) กล่าวว่า “แท้จริงฟันนั้น คือ อัญมณีที่ขาวสะอาด มันจะเกิด ความสกปรกด้วยเหตุจากการเคี้ยวอาหาร และด้วยสาเหตุดังกล่าว กลิ่นปากก็จะเปลี่ยนแปลงไป และจะก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นในโพรงจมูก (ประสาทดมกลิ่น) แต่เมื่อนุญญ์แปรงฟัน ความเสียหายดังกล่าวก็จะหมดไป และมันจะคืนสู่สภาพเดิม” และท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ยังกล่าว อีกว่า “ท่านทั้งหลายจงทำความสะอาดฟันเถิด เพราะแท้จริงมันคือส่วนหนึ่งของความสะอาด และ ความสะอาดนั้นคือ ส่วนหนึ่งของความศรัทธา(อีมาน) และความศรัทธานั้นจะอยู่ร่วมกับเจ้าของ ของมันในสวรรค์”<sup>9</sup>

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองต่อเด็กเล็ก ในบริบทของชุมชนมุสลิม ในประเทศไทยมา ก่อน รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอยะหริ่ง ปี 2553 เน้นให้ใช้การมีส่วนร่วมของ ชุมชนและหลักศาสนานำการสาธารณสุขมาใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิด ความยั่งยืนในการดำเนินงาน และส่งผลให้ประชาชนมีสภาวะสุขภาพที่ดีในอนาคต

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะ ศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วม ที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง โดยใช้รูปแบบการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ( Participatory Action Research ; PAR) เนื่องจากรูปแบบ ดังกล่าวเปิดโอกาส ให้ชุมชน/กลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชน/ กลุ่มเป้าหมายด้วยความสมัครใจและมีโอกาสที่จะสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันจะเอื้อให้เกิด การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งได้ต่อไป โดยแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการใหม่ที่ยังไม่เคย นำมาใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก เพราะการแก้ปัญหาที่ผ่านมาล้วนแต่เป็นการ

เนื้องานโดยทันตบุคลากรทั้งสิ้น จึงอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในพื้นที่และขาดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา

### การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 – 3 ปี กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งใน อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและรวบรวมสรุปเป็นหัวข้อต่างๆได้ ดังนี้คือ

1. โรคฟันผุในเด็กเล็กและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก
2. วัฒนธรรมอิสลาม
  - 2.1 วัฒนธรรมอิสลามกับหน้าที่ของพ่อแม่ต่อลูก
  - 2.2 วัฒนธรรมอิสลามกับการบริโภคอาหาร
  - 2.3 วัฒนธรรมอิสลามกับสุขภาพความเจ็บป่วย
  - 2.4 วัฒนธรรมอิสลามกับการดูแลสุขภาพช่องปาก
  - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากตามบริบทวัฒนธรรมอิสลาม
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
  - 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
  - 3.2 ระดับของการมีส่วนร่วม
  - 3.3 วิธีการสร้างการมีส่วนร่วม
  - 3.4 ประเมินผลการมีส่วนร่วม
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ( Participatory Action Research ; PAR)
  - 4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
  - 4.2 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
  - 4.3 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

## 1. โรคฟันผุในเด็กเล็กและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก

โรคฟันผุในเด็กเล็ก ( Early Childhood Caries หรือ ECC) มีลักษณะฟันผุหลายซี่ในช่องปากของเด็กเล็ก โดยเฉพาะฟันหน้าบน 4 ซี่ ซึ่งตรงกับลักษณะการผุของเด็กไทยเป็นส่วนใหญ่<sup>3</sup> Tanzer JM (1989) (อ้างในจันทนา อึ้งชูศักดิ์และปิยะดา ประเสริฐสม (2549))<sup>3</sup> กล่าวว่าฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ สาเหตุของโรคมมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น จุลินทรีย์ อาหาร และฟัน ซึ่งรวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับร่างกายด้วย การเกิดฟันผุเริ่มจากเมื่อรับประทานอาหารแล้ว จะเกิดการครด ในคราบจุลินทรีย์ ซึ่งจะทำให้เกิด กระบวนการสลายแร่ธาตุ (demineralization)และการคืนกลับแร่ธาตุ (remineralization) ของฟันตลอดเวลา ความสมดุลระหว่างการสลายและคืนกลับแร่ธาตุเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการเกิดโรคฟันผุ หากฟันมีกระบวนการสลายแร่ธาตุมากกว่าการคืนกลับ จะส่งผลให้มีการทำลายฟันและก่อให้เกิดรอยโรคฟันผุในระยะเริ่มแรก (initial caries) และถ้าไม่มีการแก้ไขความไม่สมดุลและปล่อยให้มีการสลายแร่ธาตุต่อไปเรื่อยๆ ก็จะมีผลให้มีการสูญเสียแร่ธาตุมากขึ้นจนเกิดเป็นโพรง (cavity) ในทางตรงข้ามหากมีกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุมากกว่าการสลายแร่ธาตุ จะมีผลไม่เกิดฟันผุ หรือทำให้ฟันผุที่เกิดขึ้นไม่ลุกลามเกิดเป็นรอยโรคฟันผุหยุดยั้ง (arrested carious lesion) ทั้งนี้เนื่องจากการซ่อมแซมแร่ธาตุที่สลายไปให้กลับคืนมา<sup>10</sup> การเกิดฟันผุในเด็กเล็กมักเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง<sup>11</sup> Johnsen DV (1994) (อ้างในจันทนา อึ้งชูศักดิ์และปิยะดา ประเสริฐสม (2549))<sup>3</sup> กล่าวว่าฟันผุในฟันน้ำนมจะลุกลามจนถึงโพรงประสาทฟันได้รวดเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันมีน้อยกว่า Ripa LW (1988) (อ้างในจันทนา อึ้งชูศักดิ์และปิยะดา ประเสริฐสม (2549))<sup>3</sup> กล่าวว่า ตำแหน่งของฟันผุในฟันน้ำนมมักเกิดบริเวณฟันหน้าบนก่อน ตามด้วยฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 1 บน และล่าง ฟันเขี้ยว และฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา ภูมาศ (2539)<sup>12</sup> ที่ศึกษารูปแบบของฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี พบว่า ฟันที่มีความชุกในการผุสูงสุด คือ ฟันตัดกลางบน โดยผุสูงในด้านใกล้กลาง และไกลกลาง รองลงมาคือ ฟันกรามซี่ที่สองล่าง และฟันกรามซี่ที่หนึ่งล่าง โดยในฟันกรามมีการผุสูงในด้านบดเคี้ยว ฟันที่มีความชุกของการผุต่ำสุด คือ ฟันเขี้ยวล่างและฟันตัดล่าง ลักษณะการผุของฟันจะมี ความสมมาตรกันระหว่างฟันข้างซ้ายและขวา และระหว่างฟันกรามบนและล่าง การผุที่หลุมร่องฟัน มีความชุกและความรุนแรงสูงสุด ในขณะที่รูปแบบการผุที่ฟันหน้าบนมีการกระจายสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีภาวะโรคฟันผุรุนแรง มีโอกาสเกิดฟันผุ บริเวณด้านประชิดในฟันหลัง มากกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะโรคฟันผุ 9 เท่า<sup>13</sup>

ผลกระทบของการมีฟันผุในฟันน้ำนม นอกจากจะเกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และปัญหาการบดเคี้ยวแล้ว ยังมีผลต่อน้ำหนัก และการเจริญเติบโตของเด็ก การขาดความมั่นใจในตนเองแล้ว เด็กที่มีฟันน้ำนมผุจะมีเชื้อโรคในช่องปากมากกว่าเด็กที่มีฟันไม่ผุ การมีฟันน้ำนมผุจึงอาจมีผลให้ฟันน้ำนมซี่อื่นๆในปากรวมถึงฟันแท้ผุมากขึ้น<sup>3</sup>

**ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กที่พบสอดคล้องกันหลายการศึกษา คือ**

### 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญน้อยลง ต่อการควบคุมดูแลให้เด็กเล็ก กินอาหาร ขนมหอม และผักผลไม้ อย่างเหมาะสม<sup>14</sup> จากการโฆษณาขนมมากขึ้นและการคมนาคมที่สะดวก ทำให้ขนมกระจายสู่ชุมชนเด็กหาซื้อได้ง่าย เด็กส่วนใหญ่จึงกินขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมเป็นประจำมากกว่าผลไม้<sup>15</sup> ผู้ปกครองบางคนจะใช้ของหวานเป็นตัวล่อให้เด็กหยุดร้องหรือชักจูงให้เด็กมาอยู่ที่ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ผู้ปกครองไม่ได้มีการจำกัดหรือเข้มงวดในการรับประทานอาหารหวานของเด็ก<sup>16</sup> จากการศึกษาของ จารุวรรณ ตันกูรานนท์ (2539) (อ้างใน สุดใจ แจ่มเจือ และคณะ (2545))<sup>17</sup> พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองจัดระเบียบให้กินขนมเฉพาะช่วงหลังรับประทานอาหารรวมทั้งจำกัดปริมาณขนม และเข้มงวดเรื่องการแปรงฟันเด็กจะมีประสบการณ์ฟันผุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตพร นิพนธ์กิจ(2550)<sup>18</sup> ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุเรียงจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากไปหาน้อย คือ อนามัยช่องปาก ความถี่ในการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม และการบริโภคนมรสหวานตามลำดับ นอกจากนี้ยังมี การเติมน้ำตาลในกับข้าวเด็กและ พฤติกรรมการกินขนมขณะดูทีวี<sup>19</sup> สำหรับประเภทของอาหารหวานที่เด็กรับประทานบ่อยที่สุด คือ ลูกอม ทอฟฟี่<sup>17</sup> ในขณะที่ Edmonson EMS (1990) (อ้างใน จิตตพร นิพนธ์กิจ (2550))<sup>18</sup> ได้สรุปคุณสมบัติของอาหารที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุ คือ 1) ชนิดและปริมาณของน้ำตาลในอาหาร 2) ความเป็นกรดของอาหาร อาหารที่มีทั้งน้ำตาลและความเป็นกรดสูง 3) ความสามารถในการติดค้างในช่องปากของอาหาร และ 4) ความถี่และลำดับของการบริโภค ดังนั้นการเลี้ยงดูเพื่อป้องกันการติดหวานในระดับครอบครัว ด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้และฝึกทักษะการบริโภคอาหารที่หวานอย่างพอดี ตั้งแต่แรกเกิดรวมถึงการฝึกระเบียบวินัยในการบริโภคอาหารให้กับเด็ก ถือเป็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่สำคัญที่ต้องพัฒนาศักยภาพผู้เลี้ยงดูในอนาคต<sup>18</sup>



## 2. พฤติกรรมการกินนมขวดของเด็ก

การศึกษาศานการณการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ที่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2547 ของ บุษผา ไตรโรจน์<sup>20</sup> พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มเด็กอายุ 1 ปี ได้แก่ การกินนมขวด รสนมที่เด็กกิน และ จากการศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว (2539)<sup>16</sup> พบว่า ผู้ปกครองเด็กที่มีประสบการณ์ฟันผุต่ำ จะไม่ให้ลูกคาขวดนมขณะนอนหลับ และให้มีการดื่มน้ำตามทุกครั้งหากดื่มนมเสร็จ และสำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีประสบการณ์ฟันผุสูง จะให้เด็กดื่มนมขวด จนหลับและให้ขวดนมคาอยู่ในปากขณะหลับ โดยให้เหตุผลว่า เด็กจะนอนหลับได้ง่าย ส่วนใหญ่ละเลยและไม่สนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

## 3. พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันให้เด็ก

การศึกษาของ ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร(2547)<sup>21</sup> พบว่า อายุเฉลี่ยที่เด็กไทยเริ่มได้รับการแปรงฟันคือ  $14.28 \pm 5.35$  เดือน โดยไม่พบความแตกต่างของอายุเฉลี่ยที่เด็กไทยเริ่มแปรงฟันระหว่างกลุ่มที่มีโรคฟันผุและกลุ่มที่ไม่มีโรคฟันผุ แต่กลุ่มไทยมุสลิม ( $15.03 \pm 5.12$  เดือน) จะเริ่มแปรงฟันช้ากว่ากลุ่มไทยพุทธ ( $13.51 \pm 5.49$ เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มไทยมุสลิม ไม่เห็นความสำคัญในการเช็ดเหงือก รวมถึงการแปรงฟันให้ลูก ทำให้เด็กเกิดความเคยชินกับสภาพช่องปากที่ไม่สะอาด และมีความคุ้นเคยกับสภาพการมีเศษอาหารติดฟันหรือมีกลิ่นปากได้ การให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันและสร้างกระแสสังคมให้มารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็กสนใจทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นซี่แรก ถือเป็นหัวใจที่ต้องมีการรณรงค์อย่างจริงจัง

นอกจากนี้ จากการศึกษาของจิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย (2551)<sup>11</sup> พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแปรงฟัน หรือใส่ใจความสะอาดฟันของผู้ปกครอง มีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคขนมของเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับทำให้คุณค่าของผู้ปกครอง และการรักษาสุขภาพเชิงสังคมกับเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชนเดียวกัน

## 4. การมีวินัยของพ่อแม่

การบริการรักษาทางทันตกรรมในเด็กเล็กๆนั้นทำได้ค่อนข้างลำบากและยุ่งยาก

เนื่องจากเด็กเล็กไม่ค่อยให้ความสำคัญร่วมมือในการรักษา ดังนั้นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มนี้จึงควรเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุ<sup>11</sup> ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ซึ่งหากได้รับการดูแลอย่างถูกวิธีจะช่วยให้สามารถเก็บรักษาฟันให้มีสุขภาพดีและใช้งานได้ อย่างไรก็ตามเด็กก่อนวัยเรียน ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ ยังต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนเป็นอย่างมากจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่และสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่เด็ก จากการศึกษาของจูไรรัตน์ คุณะไชยโชติ และอุบลวรรณ ธีระพิบูลย์ (2546)<sup>22</sup> พบว่า การมีวินัยของพ่อแม่ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการให้อาหารและการดูแลสุขภาพช่องปากสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุของลูก ดังนั้นการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็กควรกระตุ้นให้พ่อแม่ดูแลเด็กอย่างมีวินัยตั้งแต่เด็กจนกลายเป็นนิสัยที่ดี เมื่อโตขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอานันตยา พลสักขวา และคณะ (2550)<sup>23</sup> ที่เสนอว่าควรส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้มารดาผู้ดูแลเด็กเห็นความสำคัญ ของการดูแลความสะอาดปาก และฟัน ให้เด็กตั้งแต่ยังเล็กและครอบคลุมกำกับการบริโภคขนมในเด็กร่วมด้วย

## 5. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ด้านระบบบริการทันตกรรม จากการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2548)<sup>24</sup> พบว่า โรงพยาบาลให้บริการทันตกรรมที่อยู่ในรายการของชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ร้อยละ 95 และเป็นบริการด้านส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 16.8 และในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีการใช้บริการทันตกรรม ร้อยละ 8.4 กลุ่มที่ได้รับบริการสูงสุด คือ กลุ่มวัยเรียน ร้อยละ 12.3 และกลุ่มที่ใช้บริการต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 2.1<sup>25</sup>

นอกจากนี้ปัจจัยที่เป็นข้ออ่อนในการดำเนินงานกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี คือ เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญต่องานรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การให้ทันตสุขศึกษาเป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียวและขาดความต่อเนื่อง<sup>26</sup> กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานบริการที่มุ่งเน้นเฉพาะการตรวจสุขภาพและการแจกแปรงสีฟันไม่ค่อยได้ผล ควรมีการมุ่งเน้นในเรื่องการบริโภคของเด็กเพิ่มมากขึ้น เพราะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากกว่า โดยผสมผสานไปกับกิจกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพไปพร้อมกัน<sup>27</sup> นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ ให้เด็กรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันและให้เด็กได้รับฟลูออไรด์เสริมอย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กต่อไป<sup>28</sup> ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครองมากที่สุด คือ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือ การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กจากสื่อมวลชน และปัจจัยการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพด้านการได้รับแจกแปรงสีฟันเด็กตามลำดับ<sup>29</sup>

จากการศึกษาของ น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง(2547)<sup>30</sup> เกี่ยวกับการเกิดโรคฟันผุและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-12 ปี พบว่า ปัจจุบันการใช้มาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพ กิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ลักษณะการให้บริการการทำงานแบบตั้งรับของทันตบุคลากรและการป้องกันโรคที่มีรูปแบบตายตัวและเหมือนกันในทุกพื้นที่ ไม่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้กับประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย และไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของประชาชน ทำให้ประสิทธิผลของโครงการต่างๆ ที่ประเมินผลได้ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใต้วิถีการพัฒนของโลกตะวันตก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมิเพิ่มมากขึ้น เช่น ความหลากหลายของขนม การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมขวด การมีบุตรเมื่ออายุน้อย การประกอบอาชีพ เป็นต้น ขณะเดียวกัน ความเชื่อบางประการที่ฝังตัวอยู่ในระบบวัฒนธรรมไทย เช่น การละเลยการดูแลฟันน้ำนมของเด็กด้วยความเข้าใจว่า อย่างไรเสียฟันน้ำนมก็จะหลุดไปเองตามธรรมชาติ ทำให้เด็กเล็กเป็นจำนวนมากต้องอยู่กับสภาพที่มีเชื้อโรคเต็มปากและไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ความพยายามของบุคลากรสาธารณสุข ที่ให้ทันตสุขภาพศึกษาและสอนให้ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็ก โดยไม่คำนึงถึง ความสามารถและความเป็นไปได้ ในบริบทชีวิตของประชาชน ไม่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ได้

ดังนั้นจากกล่าวได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรมที่แท้จริงของประชาชน ถือเป็นช่องว่างสำคัญของระบบสาธารณสุขที่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาเติมให้เต็ม เพื่อการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับปัญหาของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วรางคณา อินทโลหิต และคณะ (2545)<sup>31</sup> ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ในการให้ทันตบุคลากรที่จะทำงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็ก ได้เข้าใจวิถีชีวิตลักษณะการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ดูแลเด็กว่าเป็นอย่างไร เข้าใจเหตุปัจจัยของการเกิดพฤติกรรมเหล่านั้นจนสามารถปรับข้อมูลข่าวสาร ที่จะสื่อสารได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของชุมชนในแต่ละสภาพพื้นที่ ทำให้ชุมชนสามารถใช้ข้อมูลที่ได้มาประกอบการตัดสินใจในการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ของตนเองอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ นิติโชติ นิลคำแหงและคณะ (2551)<sup>32</sup> กล่าวว่า ปัจจัยความสำเร็จของงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความสามารถในการสร้างความร่วมมือของ

เครือข่าย/ชุมชน ด้วยวิธีการชี้แจงให้เห็นประโยชน์จากการกระทำ การสร้างความเข้าใจและการให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุก ขั้นตอนของกระบวนการตั้งแต่การระดมความคิด การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา ตลอดจนการบริหารจัดการชุมชน จึงจะทำให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งก่อให้เกิดความ ต่อเนื่องและยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาในชุมชน<sup>33</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ฟันผุ เป็นปัญหาสำคัญของเด็กเล็ก โดยมีสาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก พฤติกรรมการกินนมขวด พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันให้เด็ก พฤติกรรมที่ผู้ปกครองตรวจฟันลูก ประสิทธิภาพในการพบทันตแพทย์ของเด็ก การศึกษาของมารดา และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้แนวทางการดำเนินสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา เนื่องจากเน้นให้บริการมากกว่าการส่งเสริมป้องกัน ภายใต้อำนาจในการเข้าถึงบริการ และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่สอดคล้องกับวิถีของประชาชนและบริบทที่หลากหลาย ในขณะที่มีการศึกษา ที่สะท้อนว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน จะมีส่วนช่วย ในการดูแลสุขภาพ(ช่องปาก) ให้เหมาะสมกับบริบทและมีความยั่งยืนได้ โดยเอื้อทั้งการปรับเปลี่ยนปัจจัยจากส่วนบุคคลและจากชุมชนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งการควบคุมปัจจัยทั้งจากภายในและภายนอกที่มีผลต่อสุขภาพ<sup>34</sup>

## 2. วัฒนธรรมอิสลาม

วัฒนธรรมอิสลาม<sup>9</sup> หมายถึง วิถีในการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบแห่งพฤติกรรมของมุสลิมตลอดจนถึงที่สร้างสรรค์ขึ้นมา ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความศรัทธา วัฒนธรรมอิสลาม มีที่มาจากที่สำคัญที่สุด 2 ประการ คือ มาจากพระมหาคัมภีร์อัล-กรุอัน และจากซุนนะหฺ (แนวทางการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่าง)ของท่านศาสดามุฮัมมัด(ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม(ศ็อลฯ)) ; เป็นคำสวดที่ใช้กล่าวหรือเขียนหลังนามของท่านศาสดามุฮัมมัด มีความหมายว่า “ขอความโปรดปรานแห่งอัลลอฮฺ และความสันติจงมีแก่ท่าน”) ฉะนั้นวัฒนธรรมอิสลามจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม หรือค่านิยมของมนุษย์ ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า อัลลอฮฺ(ซุบฮานะฮฺวะตาอาลา(ซุบฮาฯ)) ; เป็นคำสวดที่ใช้หลังพระนามของพระองค์อัลลอฮฺ มีความหมายว่า “มหาบริสุทธิ์ และความสูงส่งยิ่งแก่พระองค์”) สร้างมนุษย์ขึ้นมาประกอบด้วยส่วน 2 ส่วน คือ ร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณนี้เองที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์โลกอื่นๆ ดังนั้น คนมุสลิมจึงให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ที่อยู่ภายในมากกว่าร่างกายภายนอก โดยคนมุสลิมมีความเชื่อว่า ถ้าจิตใจของคนๆ นั้นบริสุทธิ์ และยึดถือในแนวทางของอัลลอฮฺ(ซุบฮาฯ) ย่อมส่งผลให้ร่างกายของคนๆ นั้น แข็งแรงปราศจากโรคตามไปด้วย แต่ถ้าจิตใจของคนๆ นั้นไม่ยึดถือ ไม่ศรัทธาในอัลลอฮฺ(ซุบฮาฯ) ไม่ปฏิบัติตัวตามหลักปฏิบัติของศาสนา ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตามมา<sup>8</sup> ดังนั้นการยึดมั่นและปฏิบัติตามคำสอนอย่างเคร่งครัดและครบถ้วนสมบูรณ์ จะนำพาให้ชีวิตของมนุษย์ไปสู่ความผาสุกได้โดยแท้จริง มิใช่เฉพาะ ชีวิตในปรโลกเท่านั้น แต่หมายถึงชีวิตในโลกนี้ด้วยเช่นกัน<sup>9</sup>

### 2.1 วัฒนธรรมอิสลามกับหน้าที่ของพ่อแม่ต่อลูก<sup>9</sup>

อิสลามถือว่าลูกๆ นั้นเป็นสิ่งทดสอบจากอัลลอฮฺ(ซุบฮาฯ) และเป็นหน้าที่รับผิดชอบ (อามานะห์) ของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกที่มีความยำเกรงต่ออัลลอฮฺ(ซุบฮาฯ) ลูกจะต้องได้รับการอบรมเรื่องของศาสนาให้พร้อม ดังหะดีษ (วจนะของท่านศาสดามุฮัมมัด(ศ็อลฯ)) ที่กล่าวว่า “จงใช้ลูกๆ ของท่านให้ละหมาดเมื่ออายุ 7 ขวบ และให้เขียนตีเมื่ออายุ 10 ขวบ หากว่าพวกเขาละทิ้งการละหมาด” (รายงานโดยติรมีซีย์) นอกจากนี้ลูกๆ จะต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของเขาไม่ว่าสุขภาพทางกาย จิตใจ และทางสติปัญญาควบคู่ไปด้วย การให้ลูกๆ ได้รับอาหารที่ฮาลาล(สิ่งที่ไม่มึนเมาให้ใช้ประโยชน์ได้) และด้อยยิบัน(ดีมีคุณภาพ ให้คุณค่าทางโภชนาการ และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย) อย่างครบถ้วนก็ถือว่าเป็นหน้าที่ผู้เป็นพ่อแม่เช่นเดียวกัน<sup>8</sup> พ่อแม่

จำนวนไม่น้อยเข้าใจว่า ตนมีหน้าที่เพียงการให้อาหาร ให้เครื่องนุ่งห่มและให้การศึกษาให้ลูกได้มีอาชีพที่ดีเท่านั้น ลืมไปว่า วัฒนธรรมของอิสลามที่ตนมีหน้าที่จะต้องปกป้องรักษาไว้และถ่ายทอดให้แก่ลูก เช่น การยึดถืออิสลามเป็นศาสนาและเสริมสร้างให้มีความประพฤดี ให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในศีลธรรมอันดี เหล่านี้เป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติอันสำคัญยิ่งสิ่งหนึ่งของผู้เป็นพ่อ เป็นแม่ และต้องให้ความรัก ความอบอุ่น ความใกล้ชิด ความเข้าใจและการอบรมสั่งสอนอย่างดี ลูกคือของฝากที่พระเจ้าอัลลอฮ์(ซุบฮาน่า) ประทานให้มุสลิมรับผิดชอบดูแลรักษา และวันหนึ่งพระองค์จะต้องเรียกคืนพร้อมกับสอบสวนผู้รับฝาก คือ พ่อ แม่ว่าดูแลรักษาสิ่งนั้นอย่างไร ซึ่งหากพ่อแม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างดียิ่ง ของฝากนั้นไม่เสียหายเขาย่อมได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน หากตรงกันข้ามสิ่งที่ได้รับคือโทษทัณฑ์

## 2.2 วัฒนธรรมอิสลามกับการบริโภคอาหาร<sup>35</sup>

อิสลามได้วางหลักโภชนาการเพื่อสร้างจิตสำนึกและแนวทางให้กับมุสลิม ในเรื่องของการเลือกอาหาร และความผูกพันระหว่างมุสลิมกับพระเจ้าผู้ ซึ่งประทานปัจจัยยังชีพให้กับมนุษย์และความสัมพันธ์ของการบริโภคกับสังคม ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคอาหารของเด็ก ดังต่อไปนี้<sup>35</sup>

### ● เป็นอาหารที่มีคุณภาพ (ตอยยิบัน) และเป็นที่อนุมัติ (ฮาลาล)<sup>35</sup>

มุสลิมจะต้องบริโภคอาหารฮาลาลเท่านั้น ยกเว้นกรณีที่เป็น หากอาหารที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายเป็นอาหารฮารอม(อาหารที่ต้องห้าม/ที่ไม่ได้รับการอนุมัติ) การปฏิบัติศาสนกิจ ตลอดจนงานภารกิจต่างๆ จะแปลเป็นความมลาทินถึงขั้นที่จะไม่ได้รับการตอบสนองจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของด้วยเหตุนี้ที่ให้อาหารฮาลาลเป็นความปรารถนาของชาวมุสลิม

ดังอัลกรุอานซูเราะฮ์อัลบะกอเราะฮ์ โองการที่ 172 (2:172) อัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

ความว่า “โอ้ บรรดาผู้ศรัทธาเอ๋ย สูเจ้าจงบริโภคสิ่งที่ดีจากสิ่งที่เราได้ประทานแก่สูเจ้า และจงขอบคุณต่ออัลลอฮ์ หากสูเจ้าเคารพสักการะแต่เพียงพระองค์”

และ อัลลอฮ์ได้ตรัสในอัลกรุอานซูเราะฮ์อัลบะกอเราะฮ์ โองการที่ 168 (2:168)

ความว่า “โธมัสทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับอนุมัติ (ฮาลาล) และสิ่งที่ดี (ต้อยยิบัน) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าปฏิบัติตามแนวทางของชัยฏอนมารร้ายเพราะมันเป็นศัตรูอันซัดแข็งของพวกเจ้า”

- ปริมาณอาหารที่รับประทาน : รับประทานมากจนเกินไป<sup>35</sup>

การบริโภคเกินความต้องการของร่างกายเป็นปัญหาในสังคม โรคอ้วนบั่นทอนสุขภาพและก่อให้เกิดโรคร้ายนานาชนิด

- สิ่งที่มีโทษและเป็นอันตรายเป็นสิ่งต้องห้าม<sup>35</sup>

อิสลามห้ามไม่ให้มุสลิมกินหรือดื่มสิ่งใดก็ตามที่อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงตาย เช่น ยาพิษ หรือสิ่งอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จิตใจและสมอง นอกจากนี้ อิสลามยังห้ามมิให้กินหรือดื่มสิ่งใด เป็นจำนวนมาก หากว่าการบริโภคในจำนวนมากนั้นจะนำมาซึ่งความเจ็บไข้ได้ป่วย เพราะมุสลิมมิใช่เป็นนายของตัวเองเสียทั้งหมด แต่เขาเป็นส่วนหนึ่งของศาสนาและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้แล้ว ชีวิต สุขภาพ ทรัพย์สิน และทุกสิ่งที่อัลลอฮฺ(ซุบฮาน) ได้ประทานแก่เขา เป็นสิ่งที่เขาได้รับมอบหมายให้มาดูแล ซึ่งเขาไม่ได้รับอนุญาตให้บั่นทอน

- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>35</sup>

ศาสนาอิสลามสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเรียกร้องบรรดาผู้เป็นแม่ทั้งหลายให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 2 ปี สำหรับผู้ที่มีความสามารถจะให้ได้ อัลลอฮฺ(ซุบฮาน) ได้ตรัสไว้ในซูเราะฮฺอัลบะกอเราะฮฺ โองการที่ 233 ซึ่งแสดงถึงการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสองปีเต็ม<sup>35</sup> ดังนี้

ความว่า “และมารดาทั้งหลายนั้น จะให้นมแก่ลูกๆ ของนางภายในสองปีเต็ม สำหรับผู้ที่ต้องการจะให้ครบถ้วนในการให้นม และหน้าที่ของพ่อเด็กนั้น คือปัจจัยยังชีพของพวกนาง และเครื่องนุ่งห่มของพวกนางโดยชอบธรรม ไม่มีชีวิตใดจะถูกบังคับนอกจากเท่าที่ชีวิตนั้นมีกำลังความสามารถเท่านั้น มารดาก็จงอย่าได้ก่อความเดือดร้อน(ให้แก่สามี) เนื่องด้วยลูกของนาง และพ่อเด็กก็จงอย่าได้ก่อความเดือดร้อน(ให้แก่ภรรยา) เนื่องด้วยลูกของเขาและหน้าที่ของทายาทผู้รับมรดกก็เช่นเดียวกัน แต่ถ้าทั้งสองต้องการหย่านม อันเกิดจากความพอใจ และการปรึกษาหารือ

กันจากทั้งสองคนแล้ว ก็ไม่มีบาปใดๆ แก่เขาทั้งสอง และหากพวกเจ้าประสงค์ที่จะให้มีแม่นมขึ้น แก่ลูกๆ ของพวกเจ้าแล้วก็ย่อมไม่มีบาปใดๆ แก่พวกเจ้า เมื่อพวกเจ้าได้มอบสิ่งที่พวกเจ้าให้ (แก่นาง เป็นค่าตอบแทน) โดยชอบธรรม และจงยำเกรงอัลลอฮฺเถิด และพึงรู้ด้วยว่า แท้จริงอัลลอฮฺนั้น ทรงเห็นในสิ่งที่พวกเจ้ากระทำ”

จากการทบทวนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมอิสลามให้ความสำคัญกับการ บริโภคอาหาร โดยจะต้องบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ(ดีเยี่ยม) และเป็นที่ยอมรับ(ฮาลาล) ไม่ รับประทานมากจนเกินไป ห้ามรับประทานสิ่งที่มีโทษและเป็นอันตรายต่อร่างกาย และส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 2 ปี สำหรับผู้ที่มีความสามารถจะให้ได้ ซึ่งหากชาวมุสลิมสามารถ ปฏิบัติตามบทบัญญัติของการบริโภคอาหารในอิสลามได้ ก็คงจะไม่มีโรคร้ายต่างๆ มาเยือน

### 2.3 วัฒนธรรมอิสลามกับสุขภาพความเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา นั้น ย่อมมีวิธีคิด และการแสดงออก ต่อความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการแสดงออก คือ วัฒนธรรม ประเพณี รวมถึงความเชื่อทางศาสนาของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะในสังคมอิสลามที่ความเชื่อและ หลักปฏิบัติทางศาสนา มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวมุสลิมเป็นอย่างมาก เพราะฉะนั้น ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจในหลักความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวข้องกับ สภาวะทาง สุขภาพ และความเจ็บป่วยของชาวมุสลิม จะทำให้ การดูแลรักษา รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างหมอ และผู้ป่วยมุสลิมดีขึ้น<sup>8</sup>

อิสลามถือว่า “ร่างกายเป็นของขวัญจากพระเจ้า” ดังนั้นเพื่อให้บรรลุสู่ความ ดีที่แท้จริง การรักษาสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ (วาญิบ) สำหรับมนุษย์ ดังนั้นเมื่อร่างกายเป็นสิ่งต้อง ดูแลรักษา เมื่อเจ็บป่วยจึงต้องรักษา ไม่ใช่ปล่อยไปตามยถากรรม ส่วนการหายของโรคนั้น ขึ้นอยู่ กับการกำหนดสภาวะการณจากพระเจ้า กระบวนการรักษาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผลการรักษา นั้น มุสลิมยังเชื่อว่า การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อัลลอฮฺ(ซุบฮาน) ทรงกำหนดมา เพื่อ เป็นบททดสอบว่า จิตใจของคนๆ นั้นมีความยึดมั่นในวิถีทางมุสลิมมากเพียงใด ถ้าคนๆ นั้นมี ความอดทน และยึดมั่นต่อองค์อัลลอฮฺ(ซุบฮาน) จนกระทั่งสามารถผ่านพ้นความเจ็บป่วยนั้นไปได้ ก็เปรียบเสมือน เป็นการชำระล้างบาปจากตัวของคนๆ นั้น อย่างไม่รู้ก็ตาม เพราะมนุษย์คือสิ่ง ประเสริฐที่สุดที่องค์พระเจ้าทรงประทานมาให้ ในคำสอนของศาสนาอิสลาม จึงมีคำสอน ด้านการมีพฤติกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในทุกแง่มุมของวิถีชีวิต<sup>8</sup>



## 2.4 วัฒนธรรมอิสลามกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย<sup>36</sup> ได้มีการกำหนดให้ทำความสะอาดร่างกายตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตั้งแต่หัวจนถึงเท้า อิสลามได้พยายามแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาด และสกปรกออกอย่างชัดเจน โดยสิ่งที่สกปรกนั้น อิสลามเรียกว่า“นะญิส”(สิ่งที่ไม่สะอาด ซึ่งจำเป็นต้องชำระล้างให้สะอาด ตามศาสนบัญญัติ อาทิ เช่น เลือด น้ำหนอง น้ำมูก น้ำลาย สิ่งที่มาเจียน น้ำเมือก อสุจิ อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลายสุนัข ซากสัตว์ที่ตายมาเองนำมา เป็นต้น สิ่งใดเป็นนะญิส สิ่งนั้นจะต้องชำระให้สะอาด ซึ่งนะญิสแต่ละอย่าง มีวิธีการในการชำระล้างให้สะอาดตามศาสนบัญญัติแตกต่างกันออกไป) ความสะอาดในศาสนาอิสลามนั้นเทียบเท่ากับความบริสุทธิ์ และในอัลกรุอานได้กล่าวถึงความสะอาดอยู่หลายตอน ท่านนบีมุฮัมมัด(ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

ความว่า *“แท้จริงความสะอาดคือส่วนหนึ่งของความศรัทธา”*

*(มุสลิม, อะหมัด อ่างใน เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535:203)<sup>9</sup>*

ในทางภาษา หมายถึง ความสะอาดและไร้มลทินจากสิ่งสกปรกทั้งหลาย

ในทางศาสนา หมายถึง การชำระให้สะอาดตามศาสนบัญญัติ อันทำให้การละหมาดเป็นที่ถูกต้อง เช่น สะอาดจากสิ่งสกปรก เลือดประจำเดือน เลือดประจำเดือน เลือดจากการคลอดบุตร เป็นต้น ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์ (2515) (อ่างใน มานี ชูไทย (2544))<sup>37</sup>

ศาสนาอิสลาม ได้ให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาดปากและฟัน ท่านศาสดาได้ตระหนักดีว่า ความสะอาดของปากขึ้นอยู่กับความสะอาดของฟันเป็นสำคัญ และปากจะเป็นประตูหนึ่งที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย หากปล่อยให้ปากมีกลิ่นที่ไม่สะอาด ย่อมเป็นที่รังเกียจของคู่สนทนา การแปรงฟันจึงเป็นสิ่งที่ท่านศาสดาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ดังจะเห็นได้จาก การกำหนดให้บ้วนปากและแปรงฟัน ก่อนทำการละหมาดเป็นหน้าที่ ที่ระบุในคัมภีร์อัลกรุอาน การบ้วนปาก 3 ครั้ง เป็นขั้นตอนหนึ่งของการอาบน้ำละหมาด ซึ่งมุสลิมละหมาดวันละ 5 ครั้ง ดังนั้นมุสลิมจึงต้องบ้วนปากวันละ 15 ครั้ง ศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ยังบัญญัติให้ทำความสะอาดฟันใน 5 โอกาส คือ เมื่อฟันกลายเป็นสีเหลือง เมื่อปากมีรสเปลี่ยนไป เมื่อตื่นขึ้นจากที่นอน ก่อนขอพร(ดุอาอฺ)และก่อนชำระล้างร่างกาย สำหรับคนมุสลิมเมื่อเสียชีวิตต้องทำการอาบน้ำศพ การทำความสะอาดช่องปากและฟัน เป็นขั้นตอนหนึ่งในการอาบน้ำศพ ก่อนทำการห่อศพและฝังตามประเพณี (Ring, 1986:71) และส่งเสริมให้บ้วนปากและแปรงฟันในเวลาอื่นด้วย ดังเช่นหะดีษ<sup>9</sup>

**“ท่านทั้งหลายจงแปร่งฟัน ที่จริงสิ่งที่ดีที่สุดคือการแปร่งฟัน มันจะขจัดโรคฟันผุ มันถอนเสมหะ มันทำให้ตาสว่าง มันทำให้เหงือกแข็งแรง ทำให้กลิ่นปากหมดสิ้น มันทำให้กระเพาะดีขึ้น มันเพิ่มพูนตำแหน่งบนสวรรค์ มันทำให้มลาก็จะทำการสรรเสริญ และเป็นเหตุให้อัลลอฮ์ทรงยินดี และทำให้ชีวิตอันโกรธแค้น”**

การแปร่งฟันนั้นถือเป็นหนึ่งจากซุนนะฮ์ฟิฏเราะฮ์(แนวทางตามธรรมชาติซึ่งเป็นส่วนหนึ่งจากซุนนะฮ์หรือศาสนา) เพราะมันเป็นสาเหตุที่จะทำให้ปากสะอาด และสิ่งที่จำเป็นที่ผู้กระทำจะได้รับความพอพระทัยจากพระองค์

ท่านหญิงอาอิชะฮ์ รอฎิยัลลอฮูอันฮา(ภริยาของท่านนบีมุฮัมมัด(ศ็อลฯ)) ได้เล่าจากท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ซึ่งท่านกล่าวว่า

**“การแปร่งฟัน (ถูฟัน) ทำให้ปากสะอาด ทำให้อัลลอฮ์ทรงโปรดปราน”**

บันทึกโดย บุคอรี ซาฟิอีย์ และอันนะสอีย์ (หะดีษศอหิยะฮ์ เล่ม 2 อรุณ บุญชม, มัรวาน สะมะอูน, 2525)

และจากอามิร บิน รอบีอะฮ์ รอฎิยัลลอฮูอันฮู กล่าวว่า

**“...ฉันเห็นท่านนบี (ศ็อลฯ) ถูฟัน ในขณะที่ท่านยังถือศีลอด ฉันไม่ได้นับ และนับไม่ถ้วน”**

รายงานโดย อบูดาวูด บุคอรี และติรมิซีย์ (หะดีษศอหิยะฮ์ เล่ม 2 อรุณ บุญชม, มัรวาน สะมะอูน, 2525)

คือบ่งบอกให้เห็นถึงความกว้างของศาสนบัญญัติโดยไม่ได้เจาะจงเวลาหนึ่งเวลาใด และสภาพใดโดยเฉพาะ มันเป็นส่วนหนึ่งในทุกเวลา ถือเป็นซุนนะฮ์มุอ์กัะดะฮ์ ไม่ใช่เป็นเรื่องที่จำเป็น (วาญิบ) แต่ประการใด

ดังหะดีษจากอบูสุรอยเราะฮ์ เล่าว่า ท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวว่า

**“หากฉันไม่เกรงว่าจะสร้างความลำบากแก่ประชาชาติของฉันจนเกินไปแล้ว ฉันอยากให้พวกเขา (ประชาชน) แปร่งฟันทุกครั้งที่จะต้องละหมาด”**

หะดีษศอหิยะฮุมสลิม เล่ม 1 (จารีก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิบ, 2541)

**“เมื่อท่านรอสูด (ศีล) ลุกขึ้นเพื่อละหมาดตะหัจญุด (ละหมาดกลางคืน) ยามดึก ท่านจะแปรงฟันด้วยไม้สิวาก”(สิวาก หรือมิสวัค (Siwak or miswak) หรือไม้ซูกิ เป็นกิ่งไม้ที่ทำจาก ต้นไม้ชนิดหนึ่งในแถบอาหรับ ใช้ถูหรือแปรง ตามหลักศาสนา คือ ใช้ไม้หรือที่เหมือนกับไม้ ใช้กับ ฟันเพื่อให้ทราบเหลืองๆ และอย่างอื่นหายไปจากฟัน)**

บันทึกโดย กลุ่มผู้บันทึกหะดีษ ยกเว้นอัคติมิมชี หะดีษศอหิยะฮุมสลิม เล่ม 1 (จารีก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิบ, 2541), ศอหิยะฮุมสลิม 45/2 (อิสมาอิล ลุดฟี อับดุลเราะหมาน, 2546)

และเช่นเดียวกัน ได้มีการเน้นให้ แปรงฟันเพื่อจะละหมาด และเมื่อปาก เปลี่ยนแปลงและฟันเป็นสีเหลือง และยังเน้นอีกเมื่อจะอ่านอัลกรุอาน หรือหะดีษ หรือวิชาการทาง ศาสนา หรือเพื่อการระลึกถึงอัลลอฮุ ซุบฮานะฮูวะตะอาลา หรือเพื่อการนอนหรือตื่น หรือเพื่อการ เข้าบ้านและขณะที่ชีวิตจะออกจากร่าง ในเวลาสะฮูรู (เวลาใกล้รุ่ง) เพื่อการกินอาหาร หลังจาก ละหมาดวิตร และสำหรับผู้ถือศีลอดก่อนเวลาซุฮูริ

**“สิ่งแรกทีมนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ปฏิบัติเมื่อเข้าบ้านคืออะไร? อาอิชะฮุ ตอบว่า สิ่งแรกที่ท่านปฏิบัติ คือ การแปรงฟัน”**

หะดีษศอหิยะฮุมสลิม เล่ม 1 (จารีก เซ็นเจริญ, มุหัมมัด บายิบ, 2541)

**“ปรากฏว่าท่านรอสูด (ศีล) จะไม่นอนตอนกลางคืนหรือกลางวัน แล้วท่านตื่น ขึ้น นอกจากท่านได้แปรงฟันก่อนที่ท่านจะอาบน้ำละหมาด”**

บันทึกโดย อะหฺมัด และอบูดาวูด

**“ส่วนหนึ่งจากความดีที่เป็นข้อพิเศษของผู้ถือศีลอดก็คือ การแปรงฟัน”**

บันทึกโดย อิบน์มาญะฮุ รายงานโดยอาอิชะฮุ

**“ฉันได้เห็นท่านนบี (ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม) แปรงฟันนับไม่ถ้วน ขณะที่ท่านถือศีลอด”**

บันทึกโดย อะหฺมัด และอัคติมิมชี โดยกล่าวว่า เป็นหะดีษสะหฺน

บรรดานักปราชญ์ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการแปรงฟัน<sup>36</sup> ว่า การแปรงฟันนั้นจะทำให้ปากสะอาด พระผู้ทรงอภิบาลจะทรงพอพระทัย ฟันจะขาว กลิ่นปากจะดี หลังจะตรง เหงือกจะกระชับ ผมจะงอกงุ้ม อารมณ์จะดี จะฉลาด ผลบุญจะเพิ่มพูน การถอนฟันจะง่าย จะทำให้ระลึกถึงกะลิมะฮุชะฮาคะฮุ (คำปฏิญาณตน) ได้ขณะจะตาย และที่คล้ายๆ กันนั้น ซึ่งมีเกือบ 30 ประการ ที่อัลฮาฟิซ อิบนุฮะญัวร์ ได้กล่าวเอาไว้

ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา เป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อความคิด และความเชื่อตลอดจนการกระทำของมนุษย์ การกระทำต่ออวัยวะของร่างกายคือ ปากและฟัน อาจเป็นผลมาจากการยึดมั่นในคำสั่งสอนตามศาสนา หรืออาจเป็นการนำไปสู่ภาวะอย่างหนึ่งตามความเชื่อแห่งศาสนาและพิธีกรรมได้<sup>38</sup> อย่างไรก็ตาม จุดแข็งที่สำคัญประการหนึ่งของชาวมุสลิม คือ ความเป็นชุมชนนั้นยังมีสูง และด้วยวิถีการดำเนินชีวิตที่มี โตะอิหม่ามประจำชุมชน เป็นเสมือนผู้ใหญ่ในชุมชนที่ทุกคนเคารพนับถือ ดังนั้นการที่จะดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผลดีนั้น การทำความเข้าใจหรือการสนับสนุนให้โตะอิหม่ามเหล่านี้ได้เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงนั้น นับว่าเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญยิ่งในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนมุสลิม<sup>8</sup>

จากการทบทวนข้างต้น จะเห็นได้ว่า อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ตั้งแต่ศรัทธาจนถึงเท่า ความสะอาดจัดเป็นคุณธรรมที่สำคัญซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่นำมาซึ่งความสุข ความจำเริญและความสันติ ความสะอาดในศาสนาอิสลามนั้นเทียบเท่ากับความบริสุทธิ์ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาดปากและฟัน เพราะปากจะเป็นประตูหนึ่งที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย หากปล่อยให้ปากมีกลิ่นที่ไม่สะอาด ย่อมเป็นที่รังเกียจของคู่สนทนา การแปรงฟันจึงเป็นสิ่งที่ท่านศาสดาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากตามบริบทวัฒนธรรมอิสลาม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากตามบริบทวัฒนธรรมอิสลาม มีดังนี้

อนันต์ ดิษฐาภินันท์และคณะ(2551)<sup>39</sup> ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านศาสนา และ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากของชาวมุสลิม บ้านนาคือใต้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องของชาวมุสลิมจัดอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 46.03 มีความรู้ด้านบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า ความรู้

ด้านบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและความคิดเห็นเกี่ยวกับศาสนบัญญัติที่มีผลต่อพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากของชาวมุสลิม และไม่พบว่า การศึกษาสายสามัญ ด้านศาสนา และตำแหน่งทางศาสนามีผลต่อพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากเช่นกัน ในทางกลับกันอาชีพ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก จะเกี่ยวข้องกับประเด็นทางศาสนาอิสลามบางส่วน แต่ก็ไม่เด่นชัด

นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุณิสา วงศ์แสนใหม่(2549)<sup>40</sup> ที่ศึกษาเรื่องกระบวนการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ขวบ ของผู้เลี้ยงดูชาวไทยพุทธและไทยมุสลิม:กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) พบว่า แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักทั้งชาวไทยพุทธและไทยมุสลิม และมีแบบแผนการดูแลเด็กโดยทั่วไปที่เรียกว่า เลี้ยงแบบง่าย ๆ หรือ แบบธรรมชาติ ตามความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติสืบต่อกันมาจากรุ่นแม่สู่รุ่นลูก มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการเลี้ยงดูไปตามเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป การเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมในชุมชนนี้ ไม่แตกต่างกัน แบบแผนที่พบร่วมกัน ได้แก่ 1) แม่ไม่มีเวลาดูแลลูกในช่วงที่ต้องไปทำสวนยาง 2) เด็กเริ่มกินนมตั้งแต่ฟันหน้าเริ่มขึ้น 3) เด็กกินนมเปรี้ยวมากกว่าปริมาณที่ควรกิน เป็นต้น ส่วนแบบแผนที่ต่างกัน ได้แก่ 1) แม่ไทยพุทธเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะสั้นกว่า คือ กินเพียง 20 วัน – 5 เดือน ขณะที่แม่ไทยมุสลิมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนกว่าลูกจะเลิกกินไปเอง( 2-3 ปี) ส่วนนมผสมจะให้ลูกกินเฉพาะที่แม่ไม่สามารถให้นมแม่ได้ และ 2) แม่ไทยพุทธเห็นความสำคัญของการให้ลูกดื่มน้ำตามหลังกินนม มากกว่าแม่ไทยมุสลิม เงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อกระบวนการเลี้ยงดูเด็กที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ได้แก่ คำนิยม “เคารพเชื่อฟังผู้อาวุโส” ส่งผลให้ทั้งแม่ไทยพุทธและไทยมุสลิมเลี้ยงดูตามที่ผู้สูงอายุบอกกล่าวกันมา ความเชื่อเรื่อง “นมข้างขวาเป็นเยื่อ นมข้างซ้ายเป็นน้ำ” ส่งผลให้แม่ไม่ได้ให้เด็กดื่มน้ำหลังดื่มนมแม่ วิธีชีวิตชาวสวนยางส่งผลให้แม่ไม่มีเวลาดูแลให้ลูกแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า ร้านค้าในหมู่บ้านและเครือข่ายศาสนาส่งผลต่อการกินนมกรูบกรอบของเด็ก

และจากการศึกษาของ อัจฉรา วัฒนาภา(2552)<sup>41</sup> เรื่อง ตัวตน และสุขภาพช่องปากในสังคมมุสลิมท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง : กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายของสุขภาพช่องปากและฟัน รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ

ช่องปาก ภายใต้บริบททางสังคม และวัฒนธรรมในชุมชนมุสลิม โดยใช้ วิธีทางชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เพื่อศึกษาความเข้าใจของคนในชุมชนที่มีต่อการให้ความหมายของสุขภาพช่องปาก และฟัน ผ่านแนวคิดเกี่ยวกับตัวตน (Self) โดยการพิจารณาและวิเคราะห์ปรากฏการณ์นี้ในลักษณะที่เป็นพลวัตและแสดงความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขปัจจัยอันเป็นสาเหตุ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน พบว่า หลักการศาสนาอิสลาม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในชีวิตประจำวัน เช่น มีการทำความสะอาดช่องปากก่อนการอาบน้ำละหมาด โดยการแปรงฟันหรือไม้ซูกิ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ทันตบุคลากรและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรตระหนักถึงความรู้ทางชีวการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสุขภาพ ชาวบ้านมีความรู้และตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพเช่นกัน การทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ควรยอมรับความหลากหลายของความคิดของชาวบ้านแต่ละสังคม และศึกษาถึงเงื่อนไขปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมร่วมด้วย

### 3. แนวคิดการมีส่วนร่วม

#### 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา (People Participation for Development) ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนา<sup>42</sup> จากการทบทวนการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายและมีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมองทั้งในแง่ของแนวคิด หลักการ กระบวนการ และวิธีปฏิบัติ<sup>42</sup> ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอสรุปการให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถแบ่งได้ตามประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

1) **ลักษณะการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา** ซึ่งมีผู้ที่ได้ให้ความหมายที่สอดคล้องกันหลายท่าน<sup>42-44</sup> ดังนี้ การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการดำเนินการ การจัดการตามแผน การกำกับติดตามการประเมินผลและการรับประโยชน์จากการพัฒนา โดยถือว่าการพัฒนานั้นเป็นของประชาชน และจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล และวัฒนธรรมของชุมชน<sup>42-43</sup> รวมถึงเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค สมาชิกในชุมชนมีโอกาสค้นหาปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้น<sup>44</sup>

2) **ลักษณะการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการคืนอำนาจแก่ประชาชน** โดย ปารีชาต สถาปิตานนท์และคณะ(2549)<sup>45</sup> กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในมิติใหม่ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ (power) และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relationship) ตลอดจนเป็นการถ่ายโอนอำนาจ (power transfer) จากบุคคลผู้มีอำนาจลงไปสู่สมาชิกในชุมชน ตลอดจนการเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับสมาชิกในชุมชนในการร่วมกันคิด (collective thinking) และร่วมกันตัดสินใจ (collective decision-making) ในเรื่องราวต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน ตลอดจนร่วมปฏิบัติการ (collective action) ในการพัฒนาชุมชนในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ บวรศักดิ์ อูวรรณ โฉม และ ถวิลวดี บุรีกุล (2548) (อ้างใน ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิศา

พงษ์ศักดิ์ศรี (2550)<sup>46</sup> ที่เห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการกระจายโอกาสให้ประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็น ได้ร่วมคิดตัดสินใจปฏิบัติรับผลประโยชน์ และประเมินผลในโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขาเป็นการสอดคล้องกับหลักประชาธิปไตย แบบมีส่วนร่วม

3) **ลักษณะการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ** โดยสุชาดา จักรพิสุทธิ์ (2547) (อ้างในสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร(2552))<sup>43</sup> กล่าวว่า เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจอารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ รวมถึงเกิดการร่วมมือร่วมใจและการประสานงาน<sup>47</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร(2552)<sup>43</sup> ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคม ซึ่งการเร้าให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อสร้างให้บุคคลเกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ

หลักการพื้นฐานสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม<sup>44</sup> ที่ควรคำนึงถึงมีดังนี้ คือ เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและมีศักดิ์เท่าเทียมกัน ทุกคนไม่ได้ชั่วตั้งแต่เกิด ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ เชื่อว่าชาวชุมชนต่างๆมักมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่ง ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสามารถพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ของตนให้ดีขึ้น เชื่อว่า ตนต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อย และชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ไม่มีสิ่งใดได้มาฟรี ต้องแลกเปลี่ยนกัน มีเสียไปบ้างเพื่อจะได้มา การมีส่วนร่วมต้องนึกถึงใจของผู้อื่นให้มาก มิใช่เอาแต่ใจเราฝ่ายเดียว รวมถึงการมีส่วนร่วมยิ่งเพิ่มขึ้น เมื่อมีสภาพที่เหมาะสมต่อไปนี้

- ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้สึกว่า เขาได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง
- ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ ได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม
- ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีความสามารถพอที่จะมีส่วนร่วมด้วยได้
- มีการสื่อสาร 2 ทางเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง



- ประชาชนมีส่วนร่วมรับทราบ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น
- ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้นๆและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย

การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไปจนเกินกว่าผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ และ เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว จะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงานหรือสังคมให้ลดน้อยลง

นอกจากนี้ ทวีศักดิ์ นพเกษร (2540) (อ้างในสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร (2552))<sup>43</sup> กล่าวว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ 1) ชุมชนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรและอย่างไร 2) ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้นและ 3) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนสำเร็จ<sup>48</sup> คือ กลุ่มหรือภาคีที่เข้าร่วมมีความยึดมั่น จริงใจ ในการทำงานร่วมกัน มีความเชื่อในอำนาจขององค์กรประชาชน และมีความพร้อมของทรัพยากรที่จะตอบสนองต่อการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมมีข้อดี<sup>44</sup> ดังนี้คือ 1) ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ทำให้งานที่ยากบางอย่างสำเร็จขึ้นมาได้ 3) ทำให้บุคคลคิดช่วยตนเอง 4) ทำให้ความช่วยเหลือนั้นตรงกับความต้องการ 5) ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ 6) เพิ่มทางเลือกที่ดีเพื่อการตัดสินใจ และ 7) ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง อย่างไรก็ตามก็พบว่า การมีส่วนร่วมมีข้อผิดพลาดที่อาจพบได้<sup>44</sup> มีดังนี้คือ 1) ยึดเอาความสะดวกของทางราชการในการจัดประชุมโดยไม่คำนึงถึงความสะดวกของชาวบ้านทั้งเรื่องเวลาและสถานที่จัดประชุม 2) การมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากความเกรงใจหรือถูกบีบบังคับทางอ้อมจากเจ้าหน้าที่ จึงร่วมแต่กายแต่ใจไม่เข้าร่วม เป็นต้น รวมถึงอาจมีอุปสรรคในการทำงาน<sup>48</sup> เช่น ความยากลำบากในการตัดสินใจว่าใครคือตัวแทนของในท้องถิ่น ใช้ระยะเวลานานกว่าวิธีการอื่นในการบรรลุเป้าหมาย และการเปิดโอกาสสู่ความขัดแย้งที่มากขึ้น เป็นต้น

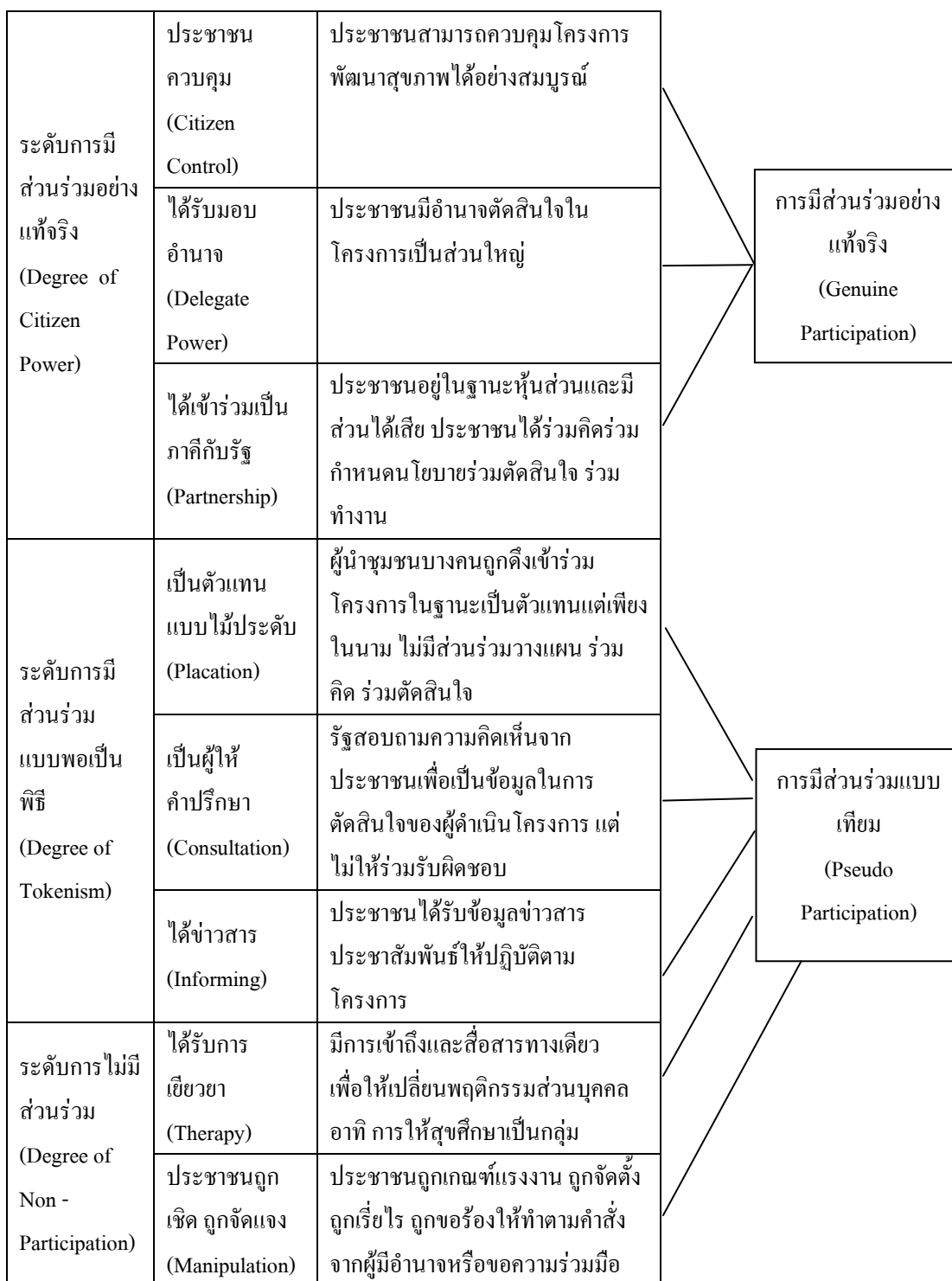
จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วย ความสมัครใจและรู้สึกเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหา ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ โดยร่วมคิดวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหา ร่วมทำหรือดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมถึงร่วมประเมินผลการแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์จากการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมีการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนหรือเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

### 3.2 ระดับของการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดความสามารถของผลสำเร็จของการพัฒนางานนั้นๆ<sup>43</sup> จากการทบทวนระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน มีผู้กล่าวถึงระดับการมีส่วนร่วมไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถแบ่ง ได้ดังนี้

#### 1. แบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหรืออำนาจในการตัดสินใจระหว่างรัฐและประชาชน

โดย ชงชัย ปรีชา (2544)<sup>49</sup> ได้ดัดแปลงจาก Arnstein (1971 )และจัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ 8 ขั้น ดังนี้คือ ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง(Degree of Citizen Power) ระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism) และระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non -Participation) ในขณะที่ มุมมองของ White (1994) (อ้างในปารีชาติ สถาปิตานนท์และคณะ (2549))<sup>45</sup> ได้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (genuine participation) และการมีส่วนร่วมแบบเทียม (pseudo-participation) ซึ่งสามารถเปรียบเทียบได้ดังรูปที่ 1



(ดัดแปลงจาก ชงชัย ปรีชา (2544), Arnstein, 1969 และ White1994)

รูปที่ 1 แสดงการแบ่งระดับการมีส่วนร่วม

2. แบ่งตามความสัมพันธ์เชิงอำนาจ โดย เกลียว บุรีภักดีและคณะ (2545) (อ้างในสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร (2552))<sup>43</sup> กล่าวถึง รูปแบบการมีส่วนร่วม มีลักษณะ ดังนี้ หนึ่ง การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วม ที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ที่ไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า รวมทั้งอาจจะมีทรัพยากรหรือความรู้ที่น้อยกว่า สอง การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย โดยที่รัฐไม่รู้จักความต้องการของชาวบ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมก็เพียงแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น สาม การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการ การตัดสินใจแนวทางการแก้ไขปัญหาและความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

3. แบ่งตามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน โดย อภิญญา กังสนารักษ์ (2544) และ อคิน รพีพัฒน์ (2547) (อ้างในสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร(2552))<sup>43</sup> ได้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ภายในชุมชนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงานรวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอน การดำเนินโครงการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาฯ (อ้างใน ปารีชาติ สถาปิตานนท์และคณะ (2549))<sup>45</sup> โดยที่เพิ่มเติมในขั้นตอน การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์

4. แบ่งตามการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในท้องถิ่น โดย Singhal (2001) (อ้างในปารีชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ(2549))<sup>45</sup> ใช้หลักการ “6 Cs” ซึ่งประกอบด้วย

ก. การร่วมมือ (Co-operation) หรือ การทำงานบนความร่วมมือของคนในท้องถิ่น (working on local people) หลักการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการคัดเลือกตัวแทน ซึ่งบุคคลดังกล่าวมักไม่ใช่บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญได้เป็นอย่างดี หรือเป็นบุคคลที่มีอำนาจในชุมชน

ข. การยินยอม (Compliance) หรือ การทำงานเพื่อคนในท้องถิ่น (working for the local people) หลักการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการมอบหมายภารกิจ/หน้าที่ พร้อมกับ การเสนอสิ่งกระตุ้นเร้าใจต่างๆ อย่างไรก็ตาม บุคคลภายนอกทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดวาระสำคัญและทิศทางการดำเนินกระบวนการต่างๆ

ค. การให้คำปรึกษา (Consultation) หรือ การทำงานเพื่อคนในท้องถิ่นและกับบุคคลในท้องถิ่น (working for the local people and with local people) หลักการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการสอบถามความคิดเห็นต่างๆ ของสมาชิกในชุมชนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม บุคคลภายนอกยังคงทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลและมีอำนาจในการตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ

ง. การให้ความร่วมมือ (Cooperation) หรือ การทำงานกับคนในท้องถิ่น (working with the local people) แนวทางดังกล่าวเกี่ยวกับการที่สมาชิกในชุมชนและบุคคลภายนอกทำงานร่วมกันเพื่อแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม โดยในกรณีนี้บุคคลภายนอกมีบทบาทหน้าที่เฉพาะด้านการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับทิศทางต่างๆ ในการดำเนินการ ในขณะที่บุคคลในท้องถิ่นเป็นผู้ตัดสินใจดำเนินงาน

จ. การเรียนรู้ร่วมกัน (Co-learning) หรือ การทำงานกับบุคคลในท้องถิ่นและโดยบุคคลในท้องถิ่น (working with local people and by the local people) แนวทางดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการที่สมาชิกในชุมชนและบุคคลภายนอกแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจต่างๆ ร่วมกันและทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อช่วยกันกำหนดแผนการดำเนินกิจกรรมโดยบุคคลภายนอกทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกในชุมชน

ฉ. การลงมือกระทำร่วมกัน (Collective action) หรือ การทำงานโดยบุคคลในท้องถิ่น (by the local people) เกี่ยวข้องกับการที่สมาชิกท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดวาระของตน และขับเคลื่อนวาระดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ โดยปราศจากความคิดริเริ่มจากบุคคลภายนอก หรือการสนับสนุนกระบวนการโดยบุคคลภายนอก

5. แบ่งตามโครงการด้านสุขภาพ โดยที่ Rifkin S.B. (1990) (อ้างในพงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข (2541))<sup>50</sup> ได้จัดระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ประชาชนมีส่วนร่วมในประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการด้านสุขภาพ

ระดับที่ 2 ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการด้านสุขภาพ

ระดับที่ 3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

### ด้านสุขภาพ

ระดับที่ 4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพ

ระดับที่ 5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความจำเป็น

นอกจากนี้ ระดับของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน<sup>48</sup> สามารถวัดได้จาก

- ระดับของการให้โอกาสร่วมตัดสินใจและให้คำแนะนำ
- ปริมาณและระยะเวลาที่คนในชุมชนอุทิศให้กับกิจกรรมที่จะมุ่งสู่เป้าหมาย
- การเข้าร่วมของบุคคลที่เป็นตัวแทนหรือผู้นำของกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน
- ระดับของการรับรู้และ/หรือ การบรรลุถึงการเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น
- ความพึงพอใจในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นๆ
- ความยั่งยืนหรือการประสบความสำเร็จในระยะยาว

จากทบทวนแนวคิดดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ระดับการมีส่วนร่วม อาจจัดตามลักษณะความแตกต่างของการมีส่วนร่วม หรือจัดตามระดับการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน เช่น มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ มีส่วนร่วมบางส่วนและไม่มีส่วนร่วม หรือแบ่งแยกให้เห็นว่า เป็นเพียงการมีส่วนร่วมอย่างเทียมหรือแท้จริงโดยสามารถพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมได้หลายรูปแบบ เช่น จากความสัมพันธ์ของอำนาจของประชาชนและรัฐหรือบุคคลภายนอก ในการคิด ตัดสินใจ ดำเนินการ ประเมินผล หรือจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในความเป็นเจ้าของ ความรับผิดชอบต่อโครงการ การร่วมในการได้เสียผลประโยชน์ ความเข้มแข็งในการดำเนินการเองอย่างต่อเนื่อง หรือสามารถพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความพึงพอใจของชุมชนในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นหรือความยั่งยืนของการพัฒนาคนหรือโครงการ ทั้งนี้การจัดระดับการมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งที่จะสะท้อนถึงโอกาสแห่งความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือนำเป็นแนวคิดในการทำงาน และการประเมินผลระดับการมีส่วนร่วมต่อไปได้

### 3.3 วิธีการสร้างการมีส่วนร่วม

จากการทบทวนวิธีการหรือเทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วม นั้น มีผู้กล่าวถึงวิธีการหรือเทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมไว้หลากหลายวิธี โดย ปารีชาติ วลัยเสถียร (2548)<sup>42</sup> ได้เสนอตัวอย่างเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนี้

- การสร้างการเรียนรู้ในขั้นตอนการทำงาน ตั้งแต่ การศึกษาชุมชน การค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการคิด

ตัดสินใจ ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม เช่น การกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ อภิปราย สะท้อนกลับ สรุป นำไปปฏิบัติต่อไปได้

- การทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเน้นสื่อสารสองทาง หลากหลาย ตรงกับเรื่องที่สนใจ สัมพันธ์กับชุมชน เช่น การประชุมนักข่าว Fact sheet แผ่นพับจดหมายข่าว การ์ตูน หอกระจายข่าว วิดีโอ การดูงาน จัดให้สื่อมวลชนดูงาน แลกเปลี่ยนกับผู้รู้
- การพัฒนาผู้นำและเครือข่ายเพื่อให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการทำงาน เช่น การดูงาน การอบรม การแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย
- การจัดการเรียนรู้ในประเด็นต่างๆอย่างมีส่วนร่วม ควรมึลักษณะที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิต การนำไปใช้จริง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และให้คุณค่าแก่ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- เรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม เรียนรู้จากกลุ่ม เช่น เกม บทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง อภิปรายกลุ่ม
- การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ โดยมีลักษณะผู้เรียนต่างกัน แสดงศักยภาพทุกคนช่วยเหลือกัน เช่น การเล่าเรื่องรอบวง มุมสนทนา (Corners) คู่คิด
- การสร้างสรรค์ความรู้ใหม่ ใช้ความรู้เดิม เพิ่มความรู้ใหม่ โดยผ่านการระดมความคิด ทำแผนที่ความคิด

นอกจากนี้ยังมีวิธีการหรือเทคนิคที่มีลักษณะเฉพาะอื่นๆอีก เช่น

**1. เทคนิค AIC ( Appreciation Influence Control )<sup>44</sup>** เป็นเทคนิคที่มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ชาวบ้านแต่ละคน ร่วมกันคิดอย่างเป็นหลักการจากอดีตจนถึงปัญหาปัจจุบัน แล้วสร้างความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขโดยมีโครงการหรือกิจกรรมรองรับ จากนั้นจึงกระตุ้นให้ทุกคนร่วมกันแก้ไขตามแผน โดยภาพที่วาดแสดงความมุ่งมั่นในอนาคตนั้น ควรคิดไว้กระตุ้นเตือนสมาชิกในชุมชน ซึ่ง อรพินธ์ สพโชคชัย (2537) (อ้างในนรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547))<sup>44</sup> กล่าวว่า ข้อดีของเทคนิคนี้ คือ ทำให้ประชาชนตื่นตัว มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านของตน โดยชี้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบครบวงจร มีการติดตามโดยตัวแทนชาวบ้านกลุ่มต่างๆ มาร่วมกันวางแผนอย่างจริงจังทำให้มีประสบการณ์ในการค้นหาปัญหาของชุมชนและวางแผนแก้ไขได้ต่อไป เน้นการวางแผนเป้าหมายการพัฒนาแล้ว รวมพลังการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ ชาวบ้านมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ และมีพลังในการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนา ช่วยให้นักพัฒนา หรือวิทยากรกระบวนการจากภาครัฐที่เข้ามาร่วมงาน ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น เทคนิคนี้ใช้ระยะเวลา 2-3 วัน ในชุมชนก็อาจได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมาใช้แล้ว ทำให้สะดวกทันเวลาที่จะใช้งาน

**2. เทคนิคการมีส่วนร่วมศึกษาชุมชนชนบท (Participatory Rural Appraisal : PRA)<sup>44</sup>** การมีส่วนร่วมศึกษาชุมชนชนบท จะต่างจากการศึกษาชุมชนแบบทั่วไป ที่มักใช้นักพัฒนา นักสำรวจเข้าไปสำรวจชุมชน แล้วก็นำผลที่ค้นพบออกไปวิเคราะห์ วิธีดังกล่าวได้ข้อมูลระดับผิวเผิน ที่อาจเกิดเน้นการเอาใจผู้ถาม หรือปกปิดข้อมูลส่วนลึกๆ อีกมาก ในขณะที่การให้มีส่วนร่วมศึกษาชุมชนชนบท สามารถได้ข้อมูลลึกซึ้ง โดยมีวิธีการ คือชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชนของตัวเอง ผ่านหลากหลายรูปแบบ เช่น การทำประวัติชุมชน การทำภาพร่างแผนที่ การจำแนกสถานภาพคนในชุมชน การจัดลำดับสิ่งต่างๆและการทำปฏิทินเพาะปลูกพืชหรือวิเคราะห์สิ่งต่างๆตามฤดูกาล โดยมีหลักการ ดังนี้คือ 1) สร้างความคุ้นเคยและเรียนรู้จากชาวบ้าน 2) เน้นการใช้การเห็นชาวบ้านเป็นผู้ร่วมดำเนินให้ข้อมูล คือ การทำมิใช่ใช้การตอบคำถาม โดยการพูดคุยเท่านั้น (เปลี่ยนจากการพูดเป็นการเห็น) 3) เน้นการใช้เกณฑ์ของชาวบ้าน (emic perceptions) มิใช่เกณฑ์ของคนภายนอก (etic perceptions) ในการบันทึกแนวคิด หรือการเปรียบเทียบ 4) ไม่สนใจที่จะอยากรู้มากเกินไปแต่ต้องยอมโง่เสียบ้างหรือไม่รู้บ้าง (optimal ignorance) 5) ควรคำนึงถึงความหลากหลายในชุมชนมิใช่จากค่าเฉลี่ย 6)บุคคลภายนอกควรเป็นผู้อำนวยความสะดวกเท่านั้น 7) ต้องแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน 8)ให้ความเคารพภูมิปัญญาพื้นบ้าน (indigenous knowledge) และ 9)ต้องมีจินตนาการและมีทักษะในเครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ อยากรู้ก็ตาม แม้เทคนิคนี้จะมีข้อดีอยู่มาก แต่ก็มีข้อจำกัดที่พึงควรระวัง คือ

- 1) ข้อมูลที่รวบรวมศึกษาของชาวบ้านอาจไม่เป็นจริงเสมอไป แม้จะเป็นข้อมูลของชาวบ้านเอง จึงต้องคำนึงถึงข้อมูลจากหลายกลุ่มมาตรวจสอบซึ่งกันและกัน
- 2) การจัดประชุมเสวนาศึกษาโดยชาวบ้านเข้าร่วมด้วยนี้ ชาวบ้านอาจคิดว่าจะได้รับการช่วยเหลือ จึงต้องอย่าไม่ให้เกิดหวังสูงเกินไป เพราะจะเข้ามาเสริมในสิ่งที่ชาวบ้านต้องช่วยตัวเองเป็นส่วนใหญ่และต้องร่วมกันทำจริงจึงเป็นเวลานาน กว่าความมุ่งหวังของพวกเขาจะสำเร็จ
- 3) การประชุมศึกษาปัญหา และวางแผนชุมชนอาจทำได้ไม่ดีถ้ามีกลุ่มผู้มีอิทธิพลหรือมีกลุ่มผู้ได้ประโยชน์ที่มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นหรือมีสถานะที่เหนือกว่าได้
- 4) เจ้าหน้าที่จากภายนอกจะต้องมีค่านิยมด้านความสุภาพ เสมอภาพ เสรีภาพ ความยุติธรรม จึงจะกระจายบทบาทให้คนในชุมชนได้ดี อันกระตุ้นการร่วมกันวิเคราะห์สภาพชุมชนได้ดีขึ้น

**3. เทคนิคการจัดประชุมและการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม<sup>44</sup>** โดยการฝึกอบรมแตกต่างจากการประชุมในแง่ การฝึกอบรมมักมีช่วงเวลาที่ยาวและมักมีกิจกรรมที่หลากหลายกว่าการประชุม และ มักมีการประเมินผลหลังฝึกอบรมเสร็จ เทคนิคนี้เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ที่อาศัยการประชุมและการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ



ประสบการณ์กับผู้อื่น โดยเน้นความเสมอภาค เพื่อผู้ที่ร่วมประชุมได้เรียนรู้ ความแตกต่าง หลากหลายทางความรู้ ความคิด รู้จักอคติ เมื่อมีผู้ไม่เห็นด้วยกับความคิดและประนีประนอม โดยใช้เหตุผล คือการทราบข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ มิใช่การใช้ความรู้หรืออารมณ์ มาใช้ในการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งรูปแบบการประชุมที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมที่มาก มีดังนี้คือ การระดมพลังสมอง(brainstorming) อภิปรายกลุ่มย่อย(group discussion) ประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การประชุมประชาคม (public forum) เป็นต้น ส่วนรูปแบบการฝึกอบรมที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมที่มาก เช่น ฝึกให้ผู้เข้าอบรมรู้จัก ค้นหาความรู้ด้วยตนเองต่อไปได้ ฝึก“คิดอย่างมีเหตุผล” ฝึกให้ทราบวิธีการทำงานร่วมกับผู้อื่นหรือเรียนรู้โดย “ใช้กระบวนการกลุ่ม” และ ฝึกยอมรับในเหตุผลของกันและกัน เป็นต้น นอกจากนี้ จะให้ความสำคัญต่อการฝึกให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม รู้จักคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น ดังนั้น วิทยากรกระบวนการ (Facilitator) จึงเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความเจริญงอกงามในตนเอง และเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้ คือ ต้องมีความจริงใจ ความไว้วางใจ ความเข้าใจและมีความปรารถนาดีต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต้องพร้อมที่จะเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับผู้เข้ารับการฝึกอบรม และเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้ในทุกๆ ด้าน ทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติ (ทัศนคติ)

**4. เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม<sup>44</sup>** การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มักใช้กับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในสิ่งนั้นๆ มาแล้ว ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์: เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้อบรมด้วยกัน และผู้อบรมกับวิทยากร นำไปสู่การขยายเครือข่ายความรู้ของทุกคนในกลุ่ม

2.การเรียนรู้โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม: ซึ่งจะต้องออกแบบกลุ่มให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยต้องมีการกำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่า จะแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่ออะไร ให้เวลาเท่าใด กำหนดบทบาทสมาชิกในกลุ่มให้ชัดเจน โดยอาจมีใบงานหรือใบชี้แจงคำอธิบายงานที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งสื่อและกิจกรรมที่ใช้ในการอบรมมีดังนี้เช่น การบรรยายประกอบสื่อ ซึ่งเป็นการให้ความรู้ข้อมูล ข่าวสาร เจตคติเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยวิทยากร การระดมพลังความคิด เป็นการแสดงความคิดเห็นอย่างเสรีของผู้เข้ารับการอบรม โดยไม่คำนึงถึงถูกผิด ดีไม่ดี ควรไม่ควร โดยความคิดทุกอย่างจะได้รับทราบการยอมรับจากกลุ่มเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงค่อยมาอภิปรายเลือกเฟ้นเฉพาะความคิดที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสมถูกต้อง สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ วีดิทัศน์ เป็นสื่อที่ใช้เพื่อใช้เป็นสิ่งกระตุ้นและสร้างความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการอบรม กรณีศึกษา เป็นการนำเรื่องราวหรือข้อเท็จจริงที่

เกิดขึ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมวิเคราะห์ อภิปรายและตัดสินใจเสนอแนวทางหรือวิธีการแก้ไข โดยที่ Wentling และ Narinchai (1993) (อ้างในนรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547))<sup>44</sup> กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต้อง 1) ให้เกิด ความรู้ความเข้าใจ แยกแยะหรือวิเคราะห์ให้ได้ แล้วนำมาประกอบรวมหรือสังเคราะห์และประเมินข้อดีข้อเสีย ในแต่ละเรื่องที่ต้องใช้ในการทำงานได้ 2) ให้เกิดแรงจูงใจและจิตสำนึก(เจตคติ) ที่เหมาะสมกับงานนั้นๆ 3) ให้เกิดความสามารถในการลงมือปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ขั้นปฏิบัติ) คือต้องรู้แนวทางปฏิบัติเป็นขั้นตอน แล้วลองทำตาม ซึ่งอาจทำได้บางส่วนโดยไม่ต้องมีแบบอย่าง จากนั้น เชื่อมโยงกิจกรรมที่ทำได้ แล้วทำให้ได้เป็นธรรมชาติและขึ้นต่อมาคัดแปลงสิ่งที่ทำให้ดียิ่งขึ้น

3. เทคนิคการ “เสวนาในหมู่บ้าน” (Village dialogue):<sup>44</sup> การ “เสวนาในหมู่บ้าน” นี้ ตรงกับที่นิยมเรียกกันว่า “เวทีชาวบ้าน” หรือการ “ประชุมประชาคมหมู่บ้าน” โดยการเริ่มจากชาวบ้านเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น โดยเจ้าหน้าที่ของอำเภอฝ่ายต่างๆ เข้าไปรับฟัง แล้วดูพื้นที่ที่จะพัฒนาด้วยกันเพื่อเห็นสภาพปัญหาที่เป็นจริง และหน่วยราชการจัดงบประมาณมาให้ตรงกับที่ชาวบ้านต้องการ การเสวนา แบ่งเป็นขั้นตอน โดยภาพรวม คือ 1) ขั้นรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) ขั้นวางแผนโดยการเสวนาในหมู่บ้าน 3) การติดตามงานว่าแผนที่วางไว้นำไปปฏิบัติเพียงใด ซึ่งข้อดีของการเสวนาในหมู่บ้าน มีดังนี้ เป็นวิธีที่ยืดหยุ่นมาก ทั้งในด้านเวลา ค่าใช้จ่าย กำลังคน และขนาดของโครงการ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างตรงไปตรงมา เป็นการออกแบบที่จะได้ความต้องการโครงการต่างๆ และจัดลำดับความต้องการ เป็นการแสวงหาและการกระตุ้นการมีส่วนร่วมจากประชาชนในทุกระดับ เป็นการนำทรัพยากรของท้องถิ่นเข้ามาร่วมวางแผนตลอดกระบวนการ เป็นกระบวนการที่เกิดผลรวดเร็วสมบูรณ์แบบ

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบที่สนับสนุนประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนคือ เงื่อนไขโครงการพัฒนา และตัวนักพัฒนา ดังที่ ไพบูลย์ เจริญทรัพย์ (2534) (อ้างในปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ(2548))<sup>42</sup> กล่าวว่า โครงการพัฒนาจะต้องมีความเรียบง่าย และมีความสะดวกต่อประชาชนที่จะมาเข้าร่วม รวมทั้งมีการกระจายอำนาจความรับผิดชอบ เพื่อให้ประชาชนร่วมกันเป็นเจ้าของ ในส่วนของนักพัฒนาซึ่งเป็นฝ่ายสนับสนุนประชาชนในกิจกรรมการพัฒนา จะต้อง มีการศึกษาชุมชนร่วมกับประชาชน มีความตั้งใจทำงานพัฒนาและ มีความพร้อมที่จะทำงานกับประชาชน การรับฟังปัญหา และการร่วมทุกข์สุขกับประชาชน ในขณะที่ ยงยุทธ บุราสิทธิ์ (2533) (อ้างในปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548))<sup>42</sup> ได้ กล่าวถึงหลักการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาชุมชนในเชิงจิตวิทยา คือการสร้างแรงจูงใจในสังคม เพื่อให้ชาวบ้านรวมกลุ่มกันทำงาน และการสร้างความภูมิใจให้กับสมาชิก โดยผู้นำต้องให้ความสนใจต่อสมาชิกในกลุ่มเท่าๆ กัน

จากการทบทวนวิธีการหรือเทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมดังกล่าว การที่จะเลือกใช้วิธีการหรือเทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมนั้น ต้องเลือกให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ร่วมดำเนินการ โดยผู้ดำเนินงานควรเข้าใจธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ให้ความเคารพและเชื่อมั่นในศักยภาพของประชาชน สร้างแรงจูงใจให้เกิดพลังทั้งในระดับบุคคล ระดับสังคม นำไปสู่การไว้วางใจ ร่วมกันเรียนรู้ อย่างจริงจัง ด้วยความรู้สึกรักที่เป็นเจ้าของ มีความสุข ในการดำเนินการร่วมกัน และเกิดความภาคภูมิใจในผลงาน

### 3.4 การประเมินผลการมีส่วนร่วม

เรวดี ไชยพาน (2528) (อ้างใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2548))<sup>42</sup> กล่าวว่า ลักษณะและปัจจัยของการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ คือ

1. การมีส่วนร่วมกันอย่างแท้จริงของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโครงการ ครอบคลุม ชาวบ้าน เจ้าหน้าที่โครงการ ผู้ทำการประเมินและผู้ให้การสนับสนุนด้านเงินทุนในการทำโครงการ โดยการมีส่วนร่วมในการประเมินคือการมีส่วนร่วมในการคิด ทำ ประเมินผลในทุกขั้นตอนของการประเมินผลเอง

2. ความต่อเนื่อง การประเมินผลควรมีการทำเป็นระยะตลอดการทำโครงการ และจัดระบบให้มีข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงงานภาคปฏิบัติ

3. การประเมินผลต้องให้ความสำคัญ ทั้งในเรื่องของกระบวนการและเนื้อหาหรือผลกระทบจากผลการทำงานของโครงการ

4. ข้อมูลในการประเมินผลควรมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งเชิงสังคมและทางด้านเทคนิคที่ประเมินเป็นตัวเลขได้ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพทำให้ได้รู้ถึงความคิดเห็นและความรู้สึกของชาวบ้านต่องานโครงการ

5. ระบบข้อมูล ข้อมูลที่ได้มาไม่ควรเป็นข้อมูลที่มีความโน้มเอียงหรือเข้าข้างฝ่ายหนึ่งของคนทำการประเมิน ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโครงการจะต้องมีการทำความเข้าใจในเป้าหมาย รูปแบบ วิธีการ รวมทั้งเนื้อหาของการประเมินผลร่วมกันตั้งแต่แรก

6. ส่งผลใช้ได้ในการปฏิบัติและนำไปสู่การตัดสินใจได้ การทำงานประเมินผลแต่ละครั้งต้องตั้งอยู่บนฐานของความเหมาะสมต่อการใช้ทั้งทรัพยากรและเวลา ผลที่ได้จากการประเมินจะส่งผลเพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานและใช้ตัดสินใจในการจัดปรับ รูปแบบ เนื้อหา และวิธีการของโครงการในส่วนงานที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยกัน

อีกแนวทางหนึ่งที่ใช้ คือ ประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนเฉพาะเรื่องหรือกิจกรรมบางอย่าง<sup>51</sup> แทนที่จะประเมินโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งหมด โดยมีวิธีการ ดังนี้คือ 1) ใช้แบบแสดงความเห็น 2) การสัมภาษณ์ 3) คณะที่ปรึกษาทบทวน 4) การทบทวนด้วยการประชุมกลุ่ม 5) การประชุมเพื่อตรวจสอบ

นอกจากนี้ การประเมินหลังโปรแกรมเสร็จสิ้น<sup>48</sup> สามารถทำได้โดย การประชุมเพื่อประเมินอะไรที่ทำได้แล้วและอะไรที่ผิดพลาดหลังจากโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนเสร็จสิ้นลง เป้าหมายทั้งหมดของการประเมินควรเป็นการมองสู่นาคตว่า “ประสบการณ์ครั้งนี้สอนเราว่าเราต้องการทำอะไรที่แตกต่างในอนาคต?” ควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ โดยยึดว่าการทำความยุ่งเหยิงในอดีตไม่สำคัญเท่าคุณกำลังจะทำให้ดีขึ้นในอนาคตอย่างไร หรืออาจใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์<sup>42</sup>

#### 4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ( Participatory Action Research ; PAR)

##### 4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ธีรวิภา ฤกษ์กุล(2551)<sup>52</sup> ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ว่า “เป็นการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือเพื่อพัฒนาส่งเสริมสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ดีขึ้น ด้วยการให้นักวิจัยและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ร่วมมือร่วมใจ ดำเนินการวิจัยร่วมกันทุกขั้นตอนของการทำวิจัย โดยใช้หลักความเป็นประชาธิปไตย ในการดำเนินงานและนำผลการปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใด ในพื้นที่การวิจัยให้ดียิ่งขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับสุภางค์ จันทวานิช (2537)<sup>53</sup> ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล ในการวิจัยชนิดนี้คำว่า การปฏิบัติการ (action) หมายถึง กิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องการจะดำเนินการ อาจเป็นเรื่องพัฒนาแหล่งน้ำ พลังงานหรือภาวะโภชนาการ ฯลฯ ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติการมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนคำว่า การมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่ร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการดำเนินการจนสิ้นสุดการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือ การนำแนวคิด 2 ประการนี้มาผสมผสานกัน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเปลี่ยนบทบาทจาก ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เป็นผู้ร่วมทำวิจัยกับนักวิจัย การมีส่วนร่วมนี้ จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเกิดการเรียนรู้ การทำวิจัยได้ด้วยตัวเอง ทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น<sup>52</sup> นอกจากนี้ สมโภช อนุช (2548) (อ้างในสถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร(2552))<sup>43</sup> กล่าวว่า กระบวนการที่ใช้ในการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ จุดเน้นหลักของการศึกษาอยู่ที่คนเป็นหลัก โดยทำให้คนมีคุณค่า เป้าหมายจะมีการปรับเปลี่ยนตามความต้องการของชุมชน นักพัฒนาเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเรียนรู้ของคน จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วม และใช้วิธีการดำเนินงานที่เรียบง่าย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมี 3 ฝ่ายคือ ชาวบ้าน ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชน นักวิจัย ซึ่งเป็นตัวแทนของนักวิชาการที่สนใจเรื่องการพัฒนา และนักพัฒนา ซึ่งเป็นตัวแทนของฝ่ายรัฐบาล หรือองค์กรพัฒนาเอกชน สองฝ่ายหลังนี้นับรวม ๆ กันเป็นฝ่ายคนนอก ส่วนชาวบ้านเป็นคนใน<sup>53</sup>

ปรัชญาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างที่นักวิจัยเข้าไปศึกษามีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ไม่ยึดกับทฤษฎี ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำการอย่างเท่าเทียม ทั้งที่มีความแตกต่างกัน นักวิจัยจึงเป็นทั้งผู้วิจัยและเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ (Researcher as Learner) ไปกับกลุ่มตัวอย่างในการปรับปรุงสถานะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้น รวมทั้ง บทบาทการเป็นผู้กระตุ้น (facilitator) ให้เกิดการสะท้อน (reflection) การปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน<sup>54</sup>

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากฝ่ายชาวบ้าน ในการวิจัยชนิดนี้ นักวิจัยจะต้องประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับชาวบ้านอยู่ตลอดเวลา และต้องทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับความเห็นของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงของชุมชน ในแง่ของวิถีวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เริ่มตั้งแต่การเข้าสนามและสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ ซึ่งจะเน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายชาวบ้าน นอกไปจากฝ่ายนักวิจัยด้วย แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนมากกว่าการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะต้องมีการปฏิบัติหรือกิจกรรมเพิ่มเข้ามา ตลอดจนการติดตามและปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมนั้น อย่างไรก็ดี กระบวนการในการทำกิจกรรมและการติดตาม ยังคงใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเช่นกัน<sup>55</sup>

การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม<sup>52</sup> มีหลักการสำคัญ ดังนี้คือ

1. **หลักความเสมอภาค** กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยกับนักวิจัยมีความเท่าเทียมกันของแต่ละฝ่าย
2. **หลักการเรียนรู้** นักวิจัยและกลุ่มเป้าหมายควรเปิดใจให้เป็นทั้งฝ่ายให้และฝ่ายรับข้อเสนอแนะ ความรู้ความสามารถ และรับการปรับเปลี่ยนตนเอง
3. **หลักอิสระทางความคิด** การเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ได้อย่างเต็มที่ เป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งสามารถใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ได้
4. **หลักการเคารพภูมิความรู้** ความรู้ ประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ที่แตกต่างจากนักวิจัย เป็นสิ่งสำคัญที่นักวิจัย ต้องให้ความเคารพ ให้เกียรติ

5. **หลักความเป็นประชาธิปไตย** การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนของการวิจัยต้องใช้การแสดงความคิดเห็นและเคารพมติของเสียงส่วนใหญ่

นอกจากนี้ ชีรวุฒิ เอกะกุล(2551)<sup>52</sup> ยังเสนอว่า นักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ควรมีคุณลักษณะสำคัญๆ ดังนี้คือ ความรู้สึกร่วม การเป็นที่ยอมรับ ความเป็นมิตรและจริงใจ การมองโลกในแง่ดี การร่วมมือและช่วยเหลือ การระมัดระวังเรื่องอากัปกริยา การยิ้ม การเป็นผู้ฟังที่ดี การเปิดใจกว้าง ความเปิดเผย การให้ความนับถือผู้อื่น และความเสมอภาค

จากบททวนดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือร่วมใจอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย ทั้งนักวิจัยภายในและภายนอกพื้นที่ ดำเนินการวิจัยร่วมกันทุกขั้นตอนของการทำวิจัยนับตั้งแต่การร่วมกันค้นหาปัญหา การระบุปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการซึ่งเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผิน ใช้วิธีการดำเนินงานที่เรียบง่าย มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีการสะท้อนการปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน และอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค มีอิสระทางความคิด เคารพภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมถึงใช้หลักประชาธิปไตยในการดำเนินงาน

#### 4.2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ไพโรจน์ ชลารักษ์(2549)<sup>55</sup> อธิบายไว้ว่า ลำดับขั้นหรือกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้หลายขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นการศึกษาบริบท 2) ขั้นกำหนดปัญหา 3) ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย 4) ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง 5) ขั้นการสรุปผลการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับทวิศักดิ์ นพเกษร (2549)<sup>54</sup> และ ชัชวาลย์ ทัดศิวัช<sup>56</sup> ซึ่งได้เสนอขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ คือ

##### 1) ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase)

- 1.1) การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Build-up Rapport)
- 1.2) การสำรวจ ศึกษาชุมชน (Surveying and Studying Community)
- 1.3) คัดเลือกชุมชน (Selecting Community)
- 1.4) การเข้าสู่ชุมชน (Entering Community)

### 1.5) การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ

#### 2) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

2.1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis)

2.2) การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ  
(Project Appraisal and Identification)

2.3) การกำหนดแผนงานโครงการและการจัดการ (Planning Phase)

2.4) การปฏิบัติตามโครงการ (Implementation Phase)

#### 3) ระยะการติดตามและประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase)

ซึ่งสอดคล้องกับ จริยากร ดิษยจินดา (2541) (อ้างในปาริชาติ สถาปิตานนท์และคณะ (2549))<sup>45</sup> ที่กล่าวถึงขั้นตอนของการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมว่า ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผสมผสานแนวคิดของการจัดการชุมชน และการแก้ปัญหาของชุมชนเข้าด้วยกัน

จากบททบทวนดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่เป็นไปตามระยะของการทำงานโดยมีลักษณะของการมีส่วนร่วมสอดแทรกในทุกขั้นตอน อาจแบ่งเป็น 1) ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) โดยเริ่มจากการคัดเลือกชุมชนและการเข้าถึงชุมชน การบูรณาการตัวนักวิจัยเข้ากับชุมชน การเตรียมทีมวิจัย กลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายความร่วมมือ 2) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) โดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน กำหนดปัญหา / ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการตามโครงการ 3) ระยะการติดตามและประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase) โดยมีการประเมินและสะท้อนกลับการปฏิบัติเป็นระยะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและนำไปปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

### 4.3 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวน งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพช่องปาก มีดังนี้

อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และระวีวรรณ ปัญญากรม (2551)<sup>57</sup> ศึกษาวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันทราย อ.พาน จ.เชียงราย ดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แบบ AIC จากการประเมินผล พบว่า ผู้ปกครองมีความตื่นตัว



และสนใจเรื่องการบันทึกพฤติกรรม การแปร่งฟัน และการกินขนมของลูก อสม.ให้ความร่วมมือในการแจ้งข่าวสารทางสาธารณสุข นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่จูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กคือ การได้พบกันระหว่างผู้ปกครองท่านอื่น ๆ ไม่ต้องสูญเสียเวลา เงิน และการเดินทางไปแสวงหาตามที่ต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับข่าวสารจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของเด็กในทางที่ดีขึ้น และพัฒนาการของเด็กหลังจากที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันทราย เป็นแรงจูงใจสำคัญทำให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดี และมีส่วนทำให้ผู้ปกครองจากหมู่บ้านอื่นนำเด็กมาฝากที่ศูนย์เด็กเล็กบ้านสันทราย เช่นเดียวกันกับ กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ(2547)<sup>58</sup> ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านน้ำคา ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการสร้างสุขภาพในเด็ก อย่างเป็นรูปธรรม สามารถวัดผลกระทบทางด้านสุขภาพ ทางด้านภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปากได้ เกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ แนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมกันดูแล ซึ่งจัดว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากในชุมชนบ้านนาฝาง<sup>59</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการยึดหลักปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรอตตาวา การประชุมกลุ่มยึดหลักการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน ทันตบุคลากรเป็นเพียงผู้กระตุ้นและให้ความรู้ทางวิชาการที่ชุมชนต้องการ เวลาที่ใช้ในการประชุมขึ้นกับความสะดวกของคนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน จึงร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาพร้อมกับกำหนดมาตรการชุมชน ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและสุขภาพช่องปากและร่วมกับปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กในชุมชน

นอกจากนี้การศึกษาของ จอนสัน พิมพิสาร (2551)<sup>6</sup> เรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมดูแลทันตสุขภาพในชุมชนและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของหมู่บ้าน โดยใช้เครื่องมือวิถีชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องของชุมชนตัวอย่างคือ การมีแกนนำที่เข้มแข็ง การมีศูนย์รวมใจของชุมชน คือ วัดและโรงเรียน การมีเวทีพบปะแสดงความคิดเห็นสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสมอจิต พิษพรชัยกุล (2552)<sup>60</sup> ที่พบว่า การจัดกิจกรรมสร้างเสริมทันตสุขภาพ และการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนนั้น

การใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของครู นักเรียน และชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการดำเนินงานร่วมกันนั้น เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนได้ โดยปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้บริหารโรงเรียน คุณครูอนามัย และครูท่านอื่น ๆ ในโรงเรียน ตลอดจนผู้ปกครองนักเรียน ควรเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง ในการลดการกินนมขวด ขนมหรรพกรอบและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟันของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก<sup>61</sup> ได้เสนอแนะว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ปกครอง ควรมีการทำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องทุกปี

อย่างไรก็ตาม ปัญหาในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญที่พบ<sup>60</sup> นั้นคือ การมีส่วนร่วมของชาวบ้านในกระบวนการวิจัย แต่ละขั้นตอนนั้น ผู้วิจัยต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการ มองเห็นประโยชน์ของการทำวิจัยที่มีต่อตัวเขา ในขณะที่เขาเองก็ต้องยอมเสียสละเวลาบางส่วน เช่น ในการประกอบอาชีพบ้าง เพื่อให้การดำเนินงานและผลบั้นปลายของการวิจัยสู่ชุมชนอย่างแท้จริง

จากการทบทวนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จะสำเร็จได้นั้นต้องจัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหารวมถึงร่วมติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหา โดยที่ทันตบุคลากร มีบทบาทกระตุ้น และให้ความรู้ทางวิชาการที่ชุมชนต้องการ โดยการดำเนินการควรเป็นเวลาที่คนในชุมชนสะดวก อย่างไรก็ตาม กิจกรรมโดยส่วนใหญ่ ทันตบุคลากรซึ่งมีจำนวนน้อยจะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการขยายผลและการทำซ้ำในกลุ่มอื่นๆ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

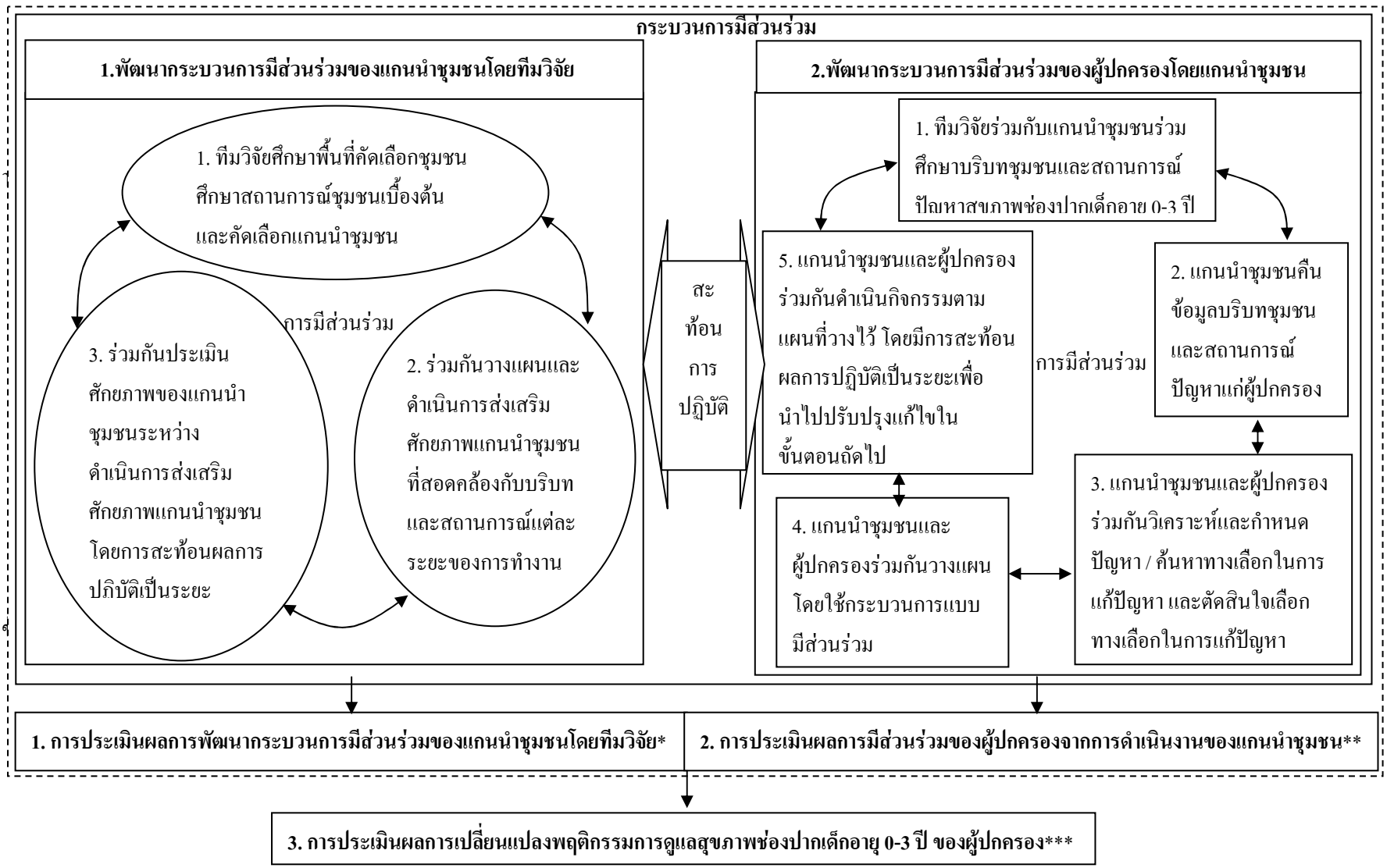
เพื่อศึกษาและพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วม ที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครองในชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

### คำถามการวิจัย

กระบวนการมีส่วนร่วม ที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง ในชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เป็นอย่างไร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ดังแสดงในรูปที่ 2



\* 1. การประเมินผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน โดยทีมวิจัย ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1.1 ผลการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน
- 1.2 ความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง
- 1.3 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของแกนนำชุมชนในขั้นตอนการมีส่วนร่วม
- 1.4 ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิด PAR

\*\*2. การประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง จากการดำเนินงานของแกนนำชุมชน ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 2.1 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในขั้นตอนการมีส่วนร่วม
- 2.2 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานของแกนนำชุมชนด้านต่างๆ
- 2.3 ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม

\*\*\*3. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง
- 3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง
- 3.3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง
- 3.4 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. “กระบวนการมีส่วนร่วม” หมายถึง การที่บุคคลใดๆ เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่ร่วมในการศึกษาบริบทชุมชน/สถานการณ์ปัญหา ร่วมกำหนดปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์สาเหตุ/แนวทางการแก้ปัญหา ร่วมดำเนินการแก้ปัญหา ร่วมติดตามประเมินผลสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอนถัดไป และร่วมสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. “พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี” หมายถึง การกระทำในการเลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น การทำความสะอาดฟันเด็ก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการกินนมขวด เป็นต้น

3. “เด็กอายุ 0-3 ปี” หมายถึง เด็กที่มีอายุ 0-3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เป็นบุตรของผู้ปกครองที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง
4. “ผู้ปกครอง” หมายถึง บิดา มารดา ญาติพี่น้อง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง ที่มีบทบาทหลักในการเลี้ยงดูเด็ก 0-3 ปี
5. “ชุมชน” หมายถึง แกนนำชุมชน ผู้ปกครอง และชาวบ้านในชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง
6. “แกนนำชุมชน” หมายถึง ผู้ที่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีลูกอายุ 0-3 ปีหรือเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอายุ 0-3 ปี โดยอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง

### ข้อตกลงเบื้องต้นและขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งดำเนินการในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ดังนั้นอาจมีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาบางส่วนเบี่ยงเบนไปจากหลักศาสนบัญญัติสากลและการศึกษานี้ใช้นามสมมติทั้งหมด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องต่อไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เพื่อนำมานำมาปรับใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลและสถานอนามัยของอำเภอยะหริ่งต่อไป
2. ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี
3. ชุมชนเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเรื่องอื่นๆในพื้นที่ต่อไปได้

## บทที่ 2

### วัตถุประสงค์ และวิธีการ

#### รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ( Participatory Action Research: PAR) โดย มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ทีมวิจัยประกอบด้วย ทีมวิจัยภายนอก ได้แก่ ผู้วิจัย/ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 9 คน และทีมวิจัยภายในชุมชนจำนวน 6 คน ซึ่งในที่นี้ขอใช้คำว่า แกนนำชุมชนแทน โดยแกนนำชุมชนได้จากการคัดเลือกโดยทันตภิบาลในพื้นที่ ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกแกนนำชุมชน ดังนี้คือ เป็นผู้ที่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีลูกอายุ 0-3 ปีหรือเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอายุ 0-3 ปี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เข้ากับคนง่าย สามารถสื่อสารกับคนในชุมชนได้ มีใจรักชุมชน มีเวลาว่างหรือสามารถจัดสรรเวลาได้ โดยอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

#### ขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองที่มีลูกอายุ 0-3 ปี ที่อาศัยอยู่ในหมู่ 1 หัวเลี้ยว ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่มีลูกอายุ 0-3 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยที่แกนนำชุมชนเป็นผู้ เลือกผู้ปกครอง ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ปกครอง ดังนี้คือ ผู้ปกครอง เป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้อง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กมาก และ/ หรือเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดแนวทางการดูแลเด็ก โดยมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของเด็ก มีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

## ข้อมูลเชิงคุณภาพ

### การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยแกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงจากฉบับร่างที่ผู้วิจัยทำขึ้น เพื่อใช้ในการศึกษาบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน ค่านิยม ความเชื่อต่างๆ ไป บทบัญญัติทางศาสนาที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต และค่านิยม ความเชื่อ บทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 1)
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแกนนำชุมชนร่วมกัน ปรับปรุงจากฉบับร่างที่ผู้วิจัยทำขึ้น เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกตัวแทนผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากลูก ( ดังรายละเอียดในภาคผนวก 2)
3. แบบสังเกตพฤติกรรม
4. แบบบันทึกสนาม (field note) ( ดังรายละเอียดในภาคผนวก 3)
5. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก
6. กล้องถ่ายรูป เพื่อบันทึกภาพหนึ่งในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการจัดกิจกรรมต่างๆ
7. กล้องวิดีโอ เพื่อบันทึกภาพเคลื่อนไหวในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการจัดกิจกรรมต่างๆ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยมีการบันทึกภาพหนึ่งภาพเคลื่อนไหวและบันทึกเสียง



## การควบคุมคุณภาพของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพของข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย

1. ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยทำการตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากแหล่งที่มามากกว่า 1 แหล่ง ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันมากกว่า 1 วิธี ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก ในช่วงเวลาและสถานที่ที่ต่างกัน ซึ่งข้อมูลที่ได้ต้องให้ผลที่สอดคล้องกัน
2. การคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ต้องเป็นผู้ที่สามารถชี้ประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
3. การขจัดสิ่งที่มีผลทำให้ข้อมูลบิดเบือนจากตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ปกครอง ใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร ตรวจสอบจากแบบบันทึกสนาม และเทปบันทึกเสียง และตรวจสอบข้อมูลซ้ำโดยแกนนำชุมชน
4. นำผลการวิเคราะห์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาอ่านและให้ความเห็น

## การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ ด้วยการจับประเด็นสำคัญ ตามแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลในรูปการบรรยาย และนำเสนอข้อความคำพูดประกอบ

## ข้อมูลเชิงปริมาณ

### การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง เป็นคำถามปลายปิดซึ่งแกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำบับร่างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับบริการ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทักษะคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 4)
2. แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก
3. แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และแกนนำชุมชน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก 5)

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการ 1) สัมภาษณ์ผู้ปกครองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ ตามแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง ทั้งก่อนและหลังการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบ ผลการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทักษะคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง 2) สัมภาษณ์แกนนำชุมชนและผู้ปกครองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ ตามแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและแกนนำชุมชน เฉพาะหลังการศึกษา ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน และตรวจช่องปากเด็กทุกคนที่เข้าร่วมโครงการเฉพาะก่อนการศึกษาโดยทันตบุคลากรเพียงคนเดียว

### การควบคุมคุณภาพของข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการสร้างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง และแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยแกนนำชุมชน และมีนักวิจัยพิจารณาความตรงของเนื้อหา

## การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 13.0

## บทบาทของผู้วิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีบทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้ร่วมดำเนินการส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชน ผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษา กระตุ้น การดำเนินการของแกนนำชุมชนในทุกๆด้านเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. เป็นผู้ร่วมกิจกรรม ทหาเทียบ เสมอภาคกับแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง
3. เป็นผู้วิจัย ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัย

## จรรยาบรรณของผู้วิจัย

การศึกษานี้ ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว และผู้วิจัย ได้รับความยินยอม จากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นการยินยอมด้วยวาจา การกระทำ และลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมาย มีสิทธิที่จะขอการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการหรือการรักษาที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับแต่ประการใด และผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวบุคคล เป็นความลับ จะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน จะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย โดยใช้นามสมมติในการนำเสนอหรือเขียนรายงานการวิจัย

## ขั้นตอนของการวิจัย

ขั้นตอนของการวิจัยสามารถแบ่งเป็นระยะต่างๆได้ดังนี้ คือ

### 1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ขั้นตอนการคัดเลือกชุมชนผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ เป็นชุมชนเขตเทศบาล การคมนาคมสะดวกต่อการเข้าถึง เนื่องจากปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงจำเป็นต้องเลือกพื้นที่ที่ใกล้กับโรงพยาบาล ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาให้ความร่วมมือ และเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยจากการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่มาก่อน โดยจากการพูดคุยกับทันตบุคลากร ในฝ่ายทันตสาธารณสุข ได้ตัดสินใจเลือกพื้นที่ศึกษา คือ ชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ซึ่งห่างจากโรงพยาบาลยะหริ่งประมาณ 2 กิโลเมตร หลังจากนั้นก็เข้าพบผู้นำชุมชนหัวเลี้ยวเพื่อบอกเล่าถึงเป้าหมายและชี้แจงรายละเอียดโครงการ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้นำชุมชนและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

1.2 ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ชุมชนเบื้องต้น โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมวิจัยภายนอกศึกษาสถานการณ์ชุมชนเบื้องต้น โดยการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครองเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชนเบื้องต้น โดยจัดทั้งหมด 2 ครั้งคือครั้งที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว และครั้งที่ 2 วันที่ 19 เมษายน 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว (ดังรูปภาพในภาคผนวก 6)

จากการศึกษาบริบทชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปาก นอกจากจะขึ้นกับปัจจัยภายในของผู้ปกครองแต่ละคนแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกต่างๆที่มีผลต่อผู้ปกครอง ทั้งความเชื่อ ค่านิยม ของพ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย ที่ส่งต่อถ่ายทอดกันมายาวนาน ประกอบกับลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพสังคม วัฒนธรรม ภาระหน้าที่ การงานที่ต้องทำมาหากินของชุมชนหัวเลี้ยวที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลา อีกทั้งในยุคปัจจุบันการเข้าถึงของสื่อต่างๆ รวมทั้งโฆษณา อาหารที่มีหลากหลาย ยั่วยุ ล้วนเป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชนหัวเลี้ยว เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ยุ่งยากในการแก้ปัญหา ดังนั้นควรอาศัยการมีส่วนร่วม

ของคนในชุมชนในการร่วมแก้ปัญหา ซึ่งน่าจะมีโอกาสเข้าใจบริบทของชุมชน และเอื้อต่อการดำเนินงานที่เหมาะสมกับธรรมชาติของชุมชนมากกว่าผู้วิจัยโดยลำพัง

1.3 ขั้นตอนการคัดเลือกแกนนำชุมชน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกแกนนำชุมชน คือ เป็นผู้ที่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีลูกอายุ 0-3 ปีหรือเคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กอายุ 0-3 ปี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เข้ากับคนง่าย โดยอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีตำแหน่ง อย่างเป็นทางการก็ได้ และสมัครใจเข้าร่วม โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในฝ่ายทันตสาธารณสุขซึ่งเป็นคนในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกเนื่องจาก รู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี ได้เชิญชวนและชักจูงผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ให้เข้าร่วมเป็นแกนนำชุมชนและชี้แจงภาพรวมของกิจกรรมที่จะดำเนินการในเบื้องต้น ซึ่งในช่วงแรกได้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นแกนนำชุมชน 2 คนและให้แกนนำชุมชนร่วมกันคัดเลือกแกนนำชุมชนเพิ่มเติมอีก จนได้แกนนำชุมชนเข้าร่วมทั้งหมด 6 คน ซึ่งแกนนำชุมชนแต่ละคนมีลักษณะดังนี้

**แกนนำชุมชนคนที่ 1** เป็นคุณแม่ที่มีลูก 3 คน ลูกคนเล็กอายุประมาณ 2 ปี เป็นญาติกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในฝ่ายทันตสาธารณสุข จึงชักชวนมาร่วมทีมวิจัย บุคลิกส่วนตัวเป็นคนคุยง่าย ช่างพูด มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคน สนใจเรื่องฟันของลูก และเลี้ยงลูกเอง เพราะเป็นแม่บ้าน

**แกนนำชุมชนคนที่ 2** เป็นคุณแม่ที่มีลูกอายุประมาณ 4-6 เดือน ซึ่งเป็นลูกคนแรก ทำธุรกิจส่วนตัว ดูแลลูกเอง มีคุณแม่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และค่อนข้างให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพ บุคลิกส่วนตัว เป็นคนที่กระตือรือร้น เอาใจใส่กับลูกมาก เข้าร่วมทีมวิจัยเพื่อต้องการให้ลูกมีสุขภาพช่องปากที่ดี

**แกนนำชุมชนคนที่ 3** เป็นคุณแม่ที่มีลูก 2 คน ซึ่งลูกคนเล็กอายุประมาณ 7 ปี สนทนากับแกนนำชุมชนคนที่ 1 จึงแนะนำและชักชวนให้มาร่วมทีมวิจัย บุคลิกส่วนตัวเป็นคนคล่องแคล่ว มีความรับผิดชอบ เข้าร่วมทีมวิจัย เพื่อต้องการมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก

**แกนนำชุมชนคนที่ 4** เป็นคุณแม่ที่มีลูก 2 คน ลูกคนเล็กอายุประมาณ 3 ปี เป็นน้องสาวของประธานชุมชน ให้ความสนใจเรื่องฟันเป็นอย่างดี เนื่องจากมาทำฟันและตรวจสุขภาพช่องปากของตนเองและลูกอย่างสม่ำเสมอ ลูกๆ มีสุขภาพช่องปากที่ดี แต่ปัจจุบันมีหลานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ประกอบอาชีพส่วนตัวและเป็นเลขานุการจึงรู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี

**แกนนำชุมชนคนที่ 5** เป็นคุณแม่ที่มีลูก 2 คน มีลูกคนเล็กอายุ 13 ปี เป็นผู้ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมเป็นทีมวิจัย มีอาชีพเป็นช่างตัดเย็บเสื้อผ้าอยู่กับบ้าน เป็นคนช่างคุยและรู้จักคนในชุมชน

**แกนนำชุมชนคนที่ 6** เป็นคุณแม่ที่มีลูก 4 คน มีลูกคนเล็กอายุ 7 ปี แต่สุขภาพช่องปากไม่ค่อยดี ปวดฟันบ่อย เป็นแม่บ้านและเป็น อสม.ประจำชุมชนหัวเลี้ยว

หลังจากนั้นแกนนำชุมชนจึงร่วมกันคัดเลือกผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ผู้ปกครองเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้องหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ให้เวลาดูแลเด็กมาก และ/หรือเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดแนวทางการดูแลเด็ก มีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 20 คน

1.4 การเตรียมทีมวิจัย โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำชุมชน ร่วมวางแผนและดำเนินการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์แต่ละระยะของการทำงาน โดยทีมวิจัยร่วมกับแกนนำชุมชน มีการพูดคุยเพื่อร่วมกันประเมินศักยภาพและความต้องการของแกนนำชุมชนได้อย่างอิสระในเรื่องต่างๆก่อนที่จะดำเนินการ และส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชน ในเรื่องนั้นๆ ตามความต้องการและสอดคล้องกับระยะของการดำเนินงานจริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยและแกนนำชุมชนร่วมกันทบทวน กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนถึงสิ่งที่พึงพอใจ สิ่งที่ต้องปรับปรุงและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไขในขั้นตอนถัดไป โดยจัดประชุมพบปะกันและดำเนินการอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไป ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 ถึง เดือนสิงหาคม 2554 โดยร่วมกันประเมินผลการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนทั้งระหว่างการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน

1.5 แกนนำชุมชนร่วมวางแผนการวิจัย เกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย/ขั้นตอนการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่องและวางแผนเป็นระยะๆ

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 แกนนำชุมชน ร่วมศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี

2.2 แกนนำชุมชน ร่วมคืนข้อมูลบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ และกำหนดปัญหา/ค้นหาทางเลือก ในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา

2.3 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคอขวดของช่องปากของเด็กอายุ 0-3 ปี โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม

2.4 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

### 3. ระยะเวลาติดตามและประเมินผล

3.1 แกนนำชุมชน ร่วมประเมินศักยภาพของแกนนำชุมชนระหว่างดำเนินการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของแกนนำชุมชนเป็นระยะ เพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงขั้นตอนถัดไป

3.2 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ผู้ปกครองปฏิบัติตามกิจกรรม ที่ผ่านมา ร่วมติดตามและประเมินผล โดยสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงและดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

3.3 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมประเมินผล การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน โดยทีมวิจัย ในประเด็นต่อไปนี้

- ผลการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน
- ความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง
- ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของแกนนำชุมชนในขั้นตอนการมีส่วนร่วม
- ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิด PAR

3.4 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจากการดำเนินงานของแกนนำชุมชน ในประเด็นต่อไปนี้

- ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในขั้นตอนการมีส่วนร่วม
- ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานของแกนนำชุมชนด้านต่างๆ
- ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม

3.5 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง ในประเด็นต่อไปนี้

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง
- ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง
- ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือน มกราคม 2553 - เดือน กันยายน 2554

โดยสามารถแสดงความสัมพันธ์ของวิธีการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูล กับ  
ประเภทของข้อมูล ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของวิธีการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูล กับประเภทของข้อมูล

ประเภทของข้อมูล	วิธีการในการเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
1. ข้อมูลสถานการณ์ชุมชนเบื้องต้น	ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครองเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 ครั้งๆละ 10 คน โดยจัด ครั้งที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2553 และครั้งที่ 2 วันที่ 19 เมษายน 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว โดยมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่สนทนากลุ่ม	- แนวคำถามการสนทนากลุ่ม - แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม - แบบบันทึกสนาม - เครื่องบันทึกเสียง - กล้องถ่ายรูป - กล้องวิดีโอ
2. ข้อมูลบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี	- แกนนำชุมชนจัดสนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครองเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ใน วันที่ 20 ตุลาคม 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว โดยมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่สนทนากลุ่ม  - แกนนำชุมชนสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ปกครองที่ร่วมโครงการ จำนวน 4 คน โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่เด็กฟันผุมาก จำนวน 2 คน และ	- แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำบับร่างขึ้น - แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม - แบบบันทึกสนาม - เครื่องบันทึกเสียง - กล้องถ่ายรูป - กล้องวิดีโอ  - แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำบับร่างขึ้น - แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม - แบบบันทึกสนาม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเภทของข้อมูล	วิธีการในการเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
	ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กฟันผุน้อยหรือไม่มีผุ จำนวน 2 คน ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน ระหว่างวันที่ 21-31 ตุลาคม 2553 ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึก	- เครื่องบันทึกเสียง
3. ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี	แกนนำชุมชนสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการทุกคน จำนวน 20 คนตามแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ ระหว่างวันที่ 21-31 ตุลาคม 2553 และ ระหว่างวันที่ 18-24 กรกฎาคม 2554 ตามลำดับ ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์	แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ปรับปรุงจากผู้วิจัยได้จัดทำฉบับร่างขึ้น
4. ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก	ทันตบุคลากรหนึ่งคนตรวจช่องปากเด็กที่เข้าร่วมโครงการทุกคน ระหว่างวันที่ 21-31 ตุลาคม 2553 ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์	แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเภทของข้อมูล	วิธีการในการเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
<p>5. ข้อมูลการประเมินผล ในประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผลการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน</li> <li>-ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิด PAR</li> </ul>	<p>ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในช่วงที่จัดกิจกรรมต่างๆ/ช่วงการจัดสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก</li> <li>- จัดสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนทุกคน ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง</li> <li>- สัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชนจำนวน 2 คน ระหว่างวันที่ 27-29 กรกฎาคม 2554 ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แนวคำถามการสนทนากลุ่ม</li> <li>-แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก</li> <li>-แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม</li> <li>-แบบบันทึกสนาม</li> <li>-เครื่องบันทึกเสียง</li> <li>-กล้องถ่ายรูป</li> <li>- กล้องวิดีโอ</li> </ul>
<p>6. ข้อมูลการประเมินผล ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม</li> </ul>	<p>แกนนำชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดสนทนากลุ่มผู้ปกครองทุกคน ระหว่างวันที่ 18-24 กรกฎาคม 2554 โดยจัดเป็นกลุ่มย่อยในชุมชน โดยมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่สนทนากลุ่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-แนวคำถามการสนทนากลุ่ม</li> <li>-แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม</li> <li>-แบบบันทึกสนาม</li> <li>-เครื่องบันทึกเสียง</li> </ul>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเภทของข้อมูล	วิธีการในการเก็บข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
<p>7. ข้อมูลการประเมินผลในประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง</li> <li>- ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของแกนนำชุมชนในขั้นตอนการมีส่วนร่วม</li> </ul>	<p>แกนนำชุมชนทุกคน ประเมินตนเองตามแบบสอบถาม ประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง</p>	<p>แบบสอบถามประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมที่ปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำฉบับร่างขึ้น</p>
<p>8. ข้อมูลการประเมินผลในประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในขั้นตอนการมีส่วนร่วม</li> <li>- ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานของแกนนำชุมชนด้านต่างๆ</li> </ul>	<p>แกนนำชุมชน สัมภาษณ์ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการทุกคน จำนวน 20 คน ตามแบบสอบถามประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน ระหว่างวันที่ 18-24 กรกฎาคม 2554 ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์</p>	<p>แบบสอบถามประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมที่ปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำฉบับร่างขึ้น</p>

### บทที่ 3

#### ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ประกอบการในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งใน อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล โดยผู้ประกอบการและแกนนำชุมชนที่เป็นคนในพื้นที่ร่วมเป็นทีมวิจัย ซึ่งขอเสนอผลการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

- 1.บริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
- 2.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย
- 3.การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยผู้วิจัยและการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการโดยแกนนำชุมชน
- 4.การประเมินผล

#### 1. บริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ในการศึกษาบริบทชุมชนนั้นมีทั้งส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้ศึกษาและส่วนที่แกนนำชุมชนเป็นผู้ศึกษาแต่ขอสรุปผลการศึกษาร่วมกัน ดังนี้

##### บริบทชุมชนหัวเลี้ยว ม.1 ต.ยามู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี

ประวัติชุมชนหัวเลี้ยว ชุมชนหัวเลี้ยว ชื่อเดิมว่า “กวาลาเบอร์มิน” เป็นท่า สำหรับการลำเลียงขนส่งสินค้าของชาวบ้าน เป็นชุมชนเล็กๆ ที่มีสถานที่เรียนด้านศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) โดยมี อาเยฮูวอ เป็นผู้นำชุมชนในการเผยแพร่ความรู้หลักการอิสลามแก่ชาวบ้าน ปัจจุบันสถานที่แห่งนี้ได้กลายเป็น บาลาเซาะ (สถานที่ละหมาดของชุมชนมีขนาดเล็กกว่ามัสยิด)มาจนถึงทุกวันนี้

ปัจจุบันชุมชนหัวเลี้ยวเป็น 1 ใน 6 ชุมชนในเขตการปกครองของเทศบาลยะหริ่ง มีวิสัยทัศน์ชุมชน คือ ชุมชนน่าอยู่ ควบคู่คุณธรรม จำนวนประชากรทั้งหมด 886 คน เพศชาย 446 คน เพศหญิง 440 คน โดยมีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 179 ครัวเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน 3 คน มีเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 50 คน ประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0 – 5 ปี คือโรงพยาบาลยะหริ่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลยามู ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลยะหริ่ง และกองสาธารณสุขของเทศบาลยะหริ่ง

### บริบทชุมชนหัวเลี้ยวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการสนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ชุมชนหัวเลี้ยวเป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชาวบ้านทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม มีแนวทางการดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิมโดยยึดคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอานและอัลฮาดิษเป็นหลักในการดำเนินชีวิต คนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว โดยมีกลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน คือ กลุ่มทำขนมจีน กลุ่มสานตะกร้า ด้วยทางมะพร้าว กลุ่มเลี้ยงปลากะพง ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนหัวเลี้ยว มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและให้ความเคารพกลุ่มผู้นำศาสนา บ้านเรือนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน เวลาที่มีกิจกรรมงานบุญชาวบ้านจะไปช่วยเหลือซึ่งกันและกัน วิธีการสื่อสารกันของชาวบ้านในชุมชน มีหลายวิธี เช่น การบอกกันปากต่อปาก การติดโปสเตอร์ตามจุดต่างๆในชุมชน หากเป็นเรื่องสำคัญใช้วิธีประกาศเสียงตามสายที่บาลาเซาะในชุมชน และเรียกประชุมพ่อบ้านหลังจากการละหมาดอิซาในเวลา กลางคืน

การรวมกลุ่มกันในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ที่ผ่านมามีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เมื่อมีปัญหาชาวบ้านใช้วิธีพูดคุยกันของกลุ่มผู้ชายที่ไปร่วมละหมาด หลังจากการละหมาดอิซาตอน กลางคืนที่บาลาเซาะ โดยมีโต๊ะอิหม่าม หรือคณะกรรมการชุมชน เป็นผู้นำในการพูดคุยโดยเป็นการหาวิธีการ หรือมาตรการในการแก้ปัญหา ในลักษณะเป็นภาพรวม ระบบการแก้ปัญหายังไม่ได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ประกอบกับชุมชนนี้ไม่ค่อยมีปัญหาอะไรที่รุนแรงมากนัก ที่ผ่านมามีเรื่องปัญหาหาเสฟติดเล็กน้อย

วิถีชีวิตประจำวันของชาวชุมชนหัวเลี้ยวมีวิถีปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม เช่น การละหมาดในชีวิตประจำวัน การแต่งกายของผู้หญิงที่แต่งกายมิดชิดและสวมฮิญาบ เมื่อออกนอกบ้าน การถือศีลอด เป็นต้น พฤติกรรมบางอย่างที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามถูกปลูกฝังจนกระทำเป็นนิสัยโดยผู้ปฏิบัติอาจไม่ได้คิดถึงเหตุผลนั้นว่ามีความเกี่ยวข้องกับหลักศาสนาอิสลาม เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น ขณะเดียวกันพฤติกรรมบางอย่างที่

สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม แต่เหตุผลในการปฏิบัติตนนั้น ไม่ได้เกี่ยวข้องกับหลักศาสนาอิสลาม เช่น การที่ให้ลูกกินนมแม่จนถึงอายุ 2 ขวบด้วยเหตุผลในการประหยัดค่านม เป็นต้น

จากการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก ชาวบ้านส่วนใหญ่มีแนวคิดที่เด็กสมัยนี้เลี้ยงยากกว่าสมัยก่อน เนื่องจาก มีสิ่งยั่วยุมากมาย ทั้งชนิดและประเภทของอาหาร รวมทั้งโฆษณาจากโทรทัศน์และสิ่งแวดลอมล้วนแล้วแต่โน้มน้าวจิตใจเด็กให้อยากทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ผู้ใหญ่ห้ามเด็กไม่ค่อยฟัง ผู้ใหญ่ต้องตามใจเด็ก ส่วนหนึ่งเชื่อว่า การที่เด็กไม่เชื่อฟังและคือ นั้นมาจากการที่รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด(ไม่ได้การอนุมัติ) และด้อยยิบัน(ไม่มีคุณค่า ไม่มีคุณค่าประโยชน์) ตั้งแต่แม่ตั้งครรถ์จนเด็กโต นอกจากนี้เชื่อว่า การมีลูกที่เป็นเด็กดี เชื่อฟังพ่อแม่ นั้น จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมตัวในการที่จะมีลูกของคู่สามีภรรยา ซึ่งต้องมีการขอคูอาร์ (ขอพร) จากพระเจ้า(พระองค์อัลลอฮ) ให้มีลูกที่ซอและห์ (ลูกผู้ชายที่เป็นคนดี)และซอลีซะห์ (ลูกผู้หญิงที่เป็นคนดี) ซึ่งพ่อแม่บางคนก็ทะเลาะจุดนี้ไป จึงมีผลให้มีลูกที่ดื้อและไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมัยนี้มีสิ่งยั่วยุมากทั้ง โฆษณาทีวีและอาหารขยะที่มีสีสังคังดูเด็ก อิทธิพลของทีวี สิ่งแวดลอม โน้มน้าวจิตใจเด็ก ผู้ใหญ่ห้ามเด็กไม่ค่อยฟัง ผู้ใหญ่ต้องตามใจเด็ก”

(ผู้นำศาสนา)

“เรานี้เลี้ยงลูกแบบอื่นหลานแบบอื่น หลานพูดอะไรไม่ฟังเลย ลูกเราแค้นองหน้า นะก็เข้าใจแล้ว ไม่ต้องตะหวาด (หัวเราะ) เลี้ยงยากมาก”

(ผู้ปกครอง)

“นี่อะไรพ่อแม่ท้อง 2-3 เดือนก็กินแต่ปุ๋อัด ลูกขึ้น”

(ผู้ปกครอง)

“มันไม่มีประโยชน์ ไม่มีคุณค่า นั้นแหละถึงให้ลูกต้องกินที่มีด้อยยิบัน ตอนนี้เด็ก มันกินทั้งนั้น”

(ผู้ปกครอง)

“...ก่อนที่จะมีลูก ควรทำอะไร เคยซื้อฮาดิษมาดูเบื้องต้น เพื่อให้ได้ลูกที่  
ชอและห์และชอลิซะห์ ต้องบิสมิลลาห์ ต้องอาอูซุบิลลาห์ ต้องขอคูอาร์ให้พ้นจากชัยตอน ไม่งั้น  
เรียกว่าครึ่งผสม หรือลูกผสมชัยตอนกับคน ที่ห้ามไม่ได้ ไม่ค่อยเชื่อฟัง...”

(ผู้นำศาสนา)

“ถ้าต้องการให้ลูกเป็นคนดี พ่อแม่ต้องมีการเตรียมความพร้อม ต้องใกล้ชิดพระ  
เจ้า ขอคูอาร์”

(ผู้นำชุมชน)

ด้านพฤติกรรมมารับประทานของคนในชุมชนนี้ ชอบรับประทานอาหารที่มีรส  
หวาน ส่วนใหญ่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงมัสมั่นเนื้อ เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงเดือนที่ถือ  
ศีลอด รับประทานผักน้อย จึงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากซึ่ง  
เป็นปัญหามากโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก

ส่วนบทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คือ ความสะอาด เพราะใน  
การอาบน้ำละหมาดนั้นมีขั้นตอนของการบ้วนปาก 3 ครั้งแต่ก็ไม่ได้เป็นเกณฑ์บังคับ แต่ถ้าเป็นไปได้ก็แนะนำให้แปรงฟันทุกครั้งก่อนละหมาด

ในการดูแลสุขภาพช่องปากนั้น ชาวบ้านเห็นว่า ความเอาใจใส่และ ความ  
ตระหนักของผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญและต้องปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการไปหาหมอฟัน และการทำ  
ฟันว่าไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว

อย่างไรก็ตาม ในวงสนทนากลุ่มของแกนนำชุมชน ส่วนใหญ่คิดว่า หากมี  
กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็กนั้น ชุมชนคงจะให้ความ  
ร่วมมือ โดยต้องจัดกิจกรรมในชุมชนและใช้เวลาที่ชาวบ้านสะดวก โดยเชื่อมโยงกับหลักศาสนา  
อิสลาม มีเทคนิคในการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมและคงจะต้องมีค่าตอบแทนเพื่อเป็นสินน้ำใจ  
ด้วยเล็กน้อย



## 2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ แกนนำชุมชน จำนวน 6 คน ผู้ปกครอง จำนวน 20 คน และเด็กจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 46 คน โดยกลุ่มผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มแกนนำชุมชน ทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 70 เป็นแม่บ้าน ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชน 4 คน ใน 6 คนมีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/ลูกจ้าง กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาท ในขณะที่กลุ่มแกนนำชุมชน ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001 บาทขึ้นไป กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 55 เป็นมารดาของเด็ก ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

### ข้อมูลของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ

เด็กที่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น 20 คน เป็นเด็กผู้หญิง 9 คน (ร้อยละ 45) เด็กผู้ชาย 11 คน (ร้อยละ 55) ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 0-1 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 15) เด็กอายุ 1-2 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 35) เด็กอายุ 2-3 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50) โดยจากการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่า จำนวนเด็กที่ฟันยังไม่ขึ้น 2 คน จำนวนเด็กที่ไม่มีฟันผุ 2 คน และจำนวนเด็กที่มีฟันผุ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลทั่วไป	แกนนำชุมชน	ผู้ปกครอง
	(n = 6)	(n= 20)
	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD	36.83 $\pm$ 9.09	43.55 $\pm$ 10.94
สถานภาพ		
คู่	6	85.0
หม้าย/หย่า/แยก	-	15.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	5.0
ประถมศึกษา	1	40.0
มัธยมศึกษา	3	35.0
อนุปริญญา	-	10.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	10.0
อาชีพ		
แม่บ้าน	2	70.0
รับจ้าง/ค้าขาย/ลูกจ้าง	4	25.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	5.0
รายได้เฉลี่ย		
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	-	20.0
2,001 – 4,000 บาทต่อเดือน	1	35.0
4,001 – 6,000 บาทต่อเดือน	-	15.0
6,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	4	10.0
8,001 บาทขึ้นไป	1	20.0
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
มารดา	6	55.0
ปู่ย่า/ตา ยาย	-	10.0
ลุง ป้า / น้ำ ออ	-	10.0
พี่เลี้ยง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก	-	25.0

### 3. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยผู้วิจัยและการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน โดยผู้วิจัย โดยเริ่มจากการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน เพื่อให้แกนนำชุมชน มีความพร้อม และสามารถดำเนินการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ โดยดำเนินการไปพร้อมๆกัน เป็นลำดับ ดังนี้คือ

3.1 การประชุมร่วมกับแกนนำชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก ในวันที่ 20 มิ.ย.2553 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วมทุกคน เพื่อพบปะ พูดคุย สร้างความรู้จัก ชี้แจงรายละเอียดโครงการ ทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมกันเบื้องต้น แบบกันเองโดยใช้ภาษาในการสื่อสารกับแกนนำชุมชน ใช้ทั้งภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่น เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แสดงถึงความเป็นกันเอง เป็นพวกเดียวกัน สร้างความผูกพันเป็นมิตร โดยให้แต่ละคนแนะนำตัว และบอกถึงความคาดหวังที่เข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นชี้แจงรายละเอียดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชนขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมด ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ชวนกันร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อชุมชนหัวเลี้ยว จากการสังเกตพบว่า แกนนำชุมชนแต่ละคนรู้จักกันและมีความสนิทสนมกันอยู่แล้ว อีกทั้งมีความตั้งใจในการเข้าร่วมโครงการ ในที่ประชุมได้ร่วมกัน กำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3ปี
2. ชุมชนสามารถนำรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

ในพื้นที่ต่อไป

3.2 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 2 และ 3 เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแก่แกนนำชุมชน ซึ่งจัดขึ้น ระหว่างวันที่ 6-7 มิ.ย. 2553 โดยแกนนำชุมชนเข้าร่วมทุกคนและวันที่ 12-13 ต.ค.53 โดยแกนนำชุมชนเข้าร่วม 5 คน ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในแนวคิด และมองเห็นรูปธรรมของการทำงาน ภายใต้นโยบายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยให้อภิปรายและสรุปบทเรียน จากการคู่วิทัศน์ตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับ ขั้นตอนการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย

วิธีการเก็บข้อมูล ผลที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ร่วมกับการบรรยายให้ความรู้ รวมถึงการฝึกทักษะ เกี่ยวกับการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผ่านการเล่าประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เคยทำ ให้ดูวิดีโอตัวอย่างการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะตามประเด็นการทำงาน ซึ่งจากการประเมินผลโดยการพูดคุยกับแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนเริ่มมีความเข้าใจและอยากนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ โดยเฉพาะเมื่อได้ดู ตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ผ่านมาก็ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เห็นประโยชน์ และต้องลองปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันก็ดูไม่ยากนะ แต่คงจะต้องลองดู ลองทำกันก่อน แล้วค่อยว่ากัน”

(แกนนำชุมชน คนที่ 4)

“ตอนแรกก็คิดว่าเป็นการวิจัยแบบพื้น ๆ ไม่ได้ไปเจาะลึกไปเข้าสำรวจบ้านคนนั้น หรือไปถามพฤติกรรม ตามแบบประเมิน แล้วไปเช็ค ๆ แล้วก็จบ แต่พอเราดูตัวอย่างที่เขาทำแล้วก็รู้สึก ว่าน่าทำเหมือนกัน ทำทายดี ทำให้ดูเหมือนว่าวิจัยนี้ดูมีประสิทธิภาพมากขึ้น...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

“คิดว่าน่าจะสนุกถ้าทุกคนมาร่วมมือกันแก้ปัญหา คือเราคิดว่าไม่ได้ทำเฉพาะพวกเรา ยังมีคนในชุมชนร่วมกันมีส่วนร่วมในวิจัยครั้งนี้”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

ทั้งนี้แกนนำชุมชนสะท้อนความเข้าใจในแนวคิด จากการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังกล่าว ดังนี้

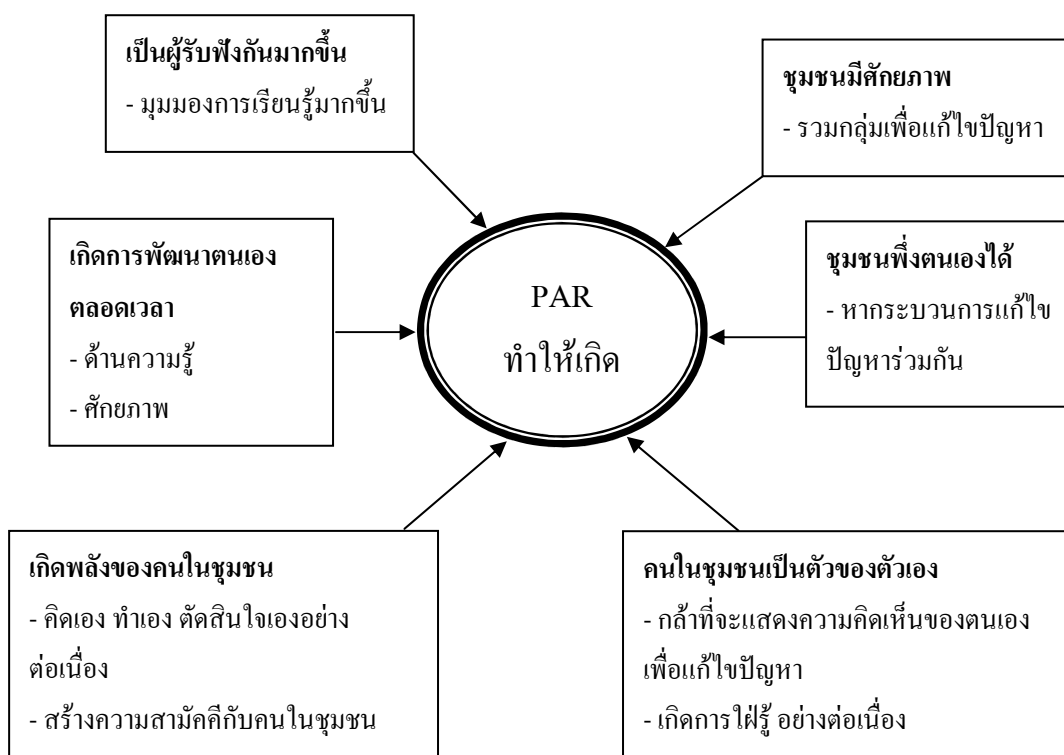
“เป็นการวิจัยที่เริ่มต้นจากความรู้สึกของคนในชุมชนเอง ที่มองเห็นปัญหา และคิดว่า คนในชุมชน มีศักยภาพที่จะสามารถแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้ จึงเกิด เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหา ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

“ให้ความสำคัญต่อความรู้เดิม/ความรู้พื้นฐานของคนในชุมชน คนในชุมชนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเอง และทีมวิจัยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับคนในชุมชน เพื่อส่งเสริมและสร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชน นำความรู้ที่ถูกต้อง/เหมาะสมไปใช้ ในการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง”

(แกนนำชุมชน คนที่ 4)

นอกจากนี้ แกนนำชุมชนคิดว่าการได้ลองปฏิบัติไป เรียนรู้ไป มีข้อดี คือ ทำให้เกิดการคิดเอง ทำเอง ตัดสินใจเอง อย่างต่อเนื่อง กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา ในขณะที่เดียวกันก็เป็นผู้รับฟังกันมากขึ้น เกิดการพัฒนาตนเองตลอดเวลาทั้งด้านความรู้และศักยภาพ สร้างความสามัคคีกับคนในชุมชน เกิดพลังของคนในชุมชน ในการหากระบวนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมกลุ่มเพื่อแก้ปัญหานำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเองได้ ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงผลของ PAR ในความคิดของแกนนำชุมชน

แกนนำชุมชนและทีมวิจัยภายนอกชุมชน ได้ร่วมกันพูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ได้ข้อสรุปตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1 รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นการวิจัยโดยคนในชุมชน ร่วมกันเรียนรู้เรื่องชุมชนของตนเอง ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาของตนเอง และสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้

2 แนวคิดที่ได้ : เป็นการวิจัยที่เริ่มต้นจากความรู้สึกรู้สึกของคนในชุมชนที่มองเห็นปัญหา และคิดว่าคนในชุมชนมีศักยภาพที่จะสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ จึงเกิดเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3 วัตถุประสงค์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ไขปัญหามุมมองในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมการทำกิจกรรมกลุ่ม การทำงานร่วมกันเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4 จุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ให้ความสำคัญต่อความรู้เดิม/ความรู้พื้นฐานของคนในชุมชน คนในชุมชนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเอง และทีมวิจัยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับคนในชุมชน เพื่อส่งเสริมและสร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชนนำความรู้ที่ถูกต้อง/เหมาะสมไปใช้ในการแก้ไขปัญหามุมมองในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

หลังจากที่แกนนำชุมชนมีความเข้าใจการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แล้วจึงร่วมกันวางแผนการศึกษาบริบทชุมชน และร่วมกันปรับปรุงแนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยผู้ปกครอง จากฉบับร่างที่ผู้วิจัยทำขึ้น

3.3 แกนนำชุมชนร่วมกันศึกษาบริบทชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี โดยแกนนำชุมชนร่วมกันหาวิธีการจึงได้วิธีการดังนี้คือ

1. การสืบค้นข้อมูลจากเอกสารข้อมูลของชุมชนหัวเลี้ยว ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

2. การสัมภาษณ์บุคคลในชุมชนที่สามารถเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้ ซึ่งได้แก่ ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 10 คน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และจัดทำแนวคำถามสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ยังวางแผนการจัดสนทนา

กลุ่ม ผู้ที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม สถานที่จัด รวมถึงระยะเวลาการจัด และดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มขึ้นที่ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามในชุมชนหัวเลี้ยว ในวันที่ 20 ตุลาคม 2553 เวลา 13.00 น. -16.30 น. โดยแกนนำชุมชนทุกคน เข้าร่วม (ดังรูปภาพในภาคผนวก 7)

3. การพูดคุยหาข้อมูลเชิงลึก จากผู้ปกครองที่ร่วมโครงการ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-3 ปี โดยแกนนำชุมชน สัมภาษณ์ผู้ปกครอง แบบเจาะลึก จำนวน 4 คน โดยเลือกสัมภาษณ์ ผู้ปกครองที่เด็กฟันผุมาก จำนวน 2 คน และผู้ปกครองที่เด็กฟันผุน้อย จำนวน 2 คน และจัดทำแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก และดำเนินการสัมภาษณ์ ณ บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 21-31 ตุลาคม 2553

4. การสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ 0-3 ปี โดยผู้ปกครอง โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ความรู้/ทัศนคติ/พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและเด็ก โดยสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการทุกคน จำนวน 20 คน

การดำเนินการดังกล่าว เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงด้วยตนเอง ในสนามการวิจัย ปฏิบัติไปเรียนรู้ไป ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่แกนนำชุมชนเริ่มปฏิบัติงาน

3.4 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 4 เป็นการร่วมระดมความคิด เพื่อทบทวนผลการศึกษาริบท ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ร่วมกันรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาริบทชุมชน ร่วมตัดสินใจเลือกข้อมูลที่จะนำเสนอในเวทีประชาคม และร่วมวางแผนการคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคม กำหนดวัตถุประสงค์/วัน/เวลา/สถานที่/ผู้เข้าร่วม/รูปแบบกิจกรรม และการประเมินผลการจัดเวทีประชาคม เมื่อวันที่ 12 ม.ค. 54 ณ ห้องพิน รพ. ยะหริ่ง โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วม 3 คน (ดังรูปภาพในภาคผนวก 8)

จากการศึกษาชุมชนโดยแกนนำชุมชนนั้น ทำให้แกนนำชุมชน ได้รับรู้ เห็นถึงสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ได้เห็นชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อโบราณ เห็นถึงความเชื่อมโยงและความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพช่องปากกับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งในบริบทของชุมชนหัวเลี้ยว ซึ่งเป็นชุมชนมุสลิมนั้น การเลี้ยงดูลูกถือเป็นบทบาทของผู้เป็นแม่เป็นสำคัญ เพราะตามหลักการทางศาสนาอิสลามถือว่า เป็นหน้าที่หลักของแม่ ส่วนพ่อเป็นผู้ทำมาหาเลี้ยงชีพ แต่ในสภาวะปัจจุบันนั้น บางครอบครัว ผู้เป็นแม่ก็ต้องออกนอกบ้านไปทำงานด้วยสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงไม่มีเวลาดูแลลูก ต้องฝากเลี้ยงกับญาติ น้ำ อา ย่า ยาย หรือแม่แต่ผู้ที่

รับจ้างเลี้ยงดูเด็ก เด็กจึงถูกปล่อยปละละเลย ไม่ได้ได้รับการดูแลด้านสุขภาพมากนัก นอกจากนี้ ปัญหาของการมีอาหาร ขนมอบเคี้ยว ที่มีขายตามร้านค้าข้างบ้าน สื่อโฆษณาในโทรทัศน์ และ สิ่งแวดล้อมที่ช่วย ซึ่งส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ อีกทั้งความเชื่อค่านิยม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมรวมถึง อิทธิพลทางศาสนาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็น สิ่งที่ยากต่อการแก้ไข ไม่ใช่แค่เพียงการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เท่านั้น ปัญหาที่มีความซับซ้อน ในการแก้ปัญหาคือต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ไม่สามารถ ให้ทันตบุคลากรเป็นผู้แก้ปัญหาเพียงฝ่ายเดียว และที่สำคัญสิ่งนี้เป็นปัญหาของชุมชนหัวเลี้ยวเอง

3.5 แกนนำชุมชนร่วมกันข้อมูลบริบทชุมชน และสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี แก่ ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการทุกคนและตัวแทนชุมชน ซึ่งได้แก่ ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเวทีประชาคม รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยมีประธานชุมชนหัวเลี้ยวร่วมเป็นประธาน ในการจัดงาน จัดขึ้นเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2554 ณ ห้องประชุมใหญ่ โรงพยาบาลยะหริ่ง(ดังรูปภาพในภาคผนวก 9) ซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้คือ มีการเปิดงานโดยการอัญเชิญพระมหาคัมภีร์อัลกรุอัน โดยโต๊ะอิหม่าม ประจำมัสยิดยามู หลังจากนั้น ท่านประธานชุมชน กล่าวเปิดงานและแสดง ความยินดีที่มีโครงการเช่นนี้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นโครงการที่ทำให้ ได้เรียนรู้กระบวนการในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่นๆ ได้และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พูดไปแล้ว เราก็ได้ผลประโยชน์จากสิ่งนี้เยอะมากเลย อย่างน้อย เราก็ได้เป็นแนวคิด ในการแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ นะครับ ที่กลุ่มเขาทำเกี่ยวกับเรื่องเด็กทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 3 ขวบนั้น แนวคิดที่เราได้ อย่างน้อยเราก็ได้ในเรื่องของการตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องฟันนี้ เราสามารถที่จะเอาเรื่องไปต่อยอด คือเราจะไม่คิดแค่ 0-3 ปีแต่เราจะต่อยอดไปเรื่อย ๆ อย่างถ้าเรามีลูกเราก็ให้ความสนใจในแต่ละวัยต่าง ๆ มากขึ้น แม้กระทั่งตัวเราเอง”

(ประธานชุมชน)

“เราสามารถนำกระบวนการต่าง ๆ ที่เราจะมาเรียนรู้กันตอนนี้สามารถที่จะนำมาปรับปรุง นำมาประยุกต์ นำไปใช้ประโยชน์ ให้กับชุมชนของเรา ก็คิดว่า เป็นโอกาสอย่างยิ่งที่พวกเราได้มา เรียนรู้กันในวันนี้ ผมก็เป็นส่วนหนึ่งเป็นตัวแทน ก็ยินดีนะครับที่จะให้ความร่วมมือและหวังเป็น



อย่างยิ่งว่า ทีมวิจัยคงมีอะไรดี ๆ ให้ชุมชน แล้วถ้ามีโครงการอะไรดี ๆ อย่างนี้อีกทางชุมชนก็ยินดีให้ความร่วมมือ ยินดีร่วมแรงร่วมใจทุกสิ่งทุกอย่างเลย”

(ประธานชุมชน)

หลังจากนั้นผู้วิจัยก็ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและรายละเอียดการดำเนินงาน และประกาศแนะนำแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นทีมร่วมวิจัยที่เป็นคนในชุมชนเอง หลังจากนั้นตัวแทนแกนนำชุมชน นำเสนอผลการศึกษาบริบทชุมชน และสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี หลังจากนั้นที่ประชุม ได้ร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็ก โดยแบ่งเป็น กลุ่มย่อยๆ 4 กลุ่ม โดยมีแกนนำชุมชน เป็นวิทยากรประจำกลุ่ม หลังจากนั้น แต่ละกลุ่มก็นำเสนอผลการระดมสมอง และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งสามารถสรุปเป็นกิจกรรมที่จะดำเนินการดังนี้คือ

1. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ
2. จัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพฟันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

การประกาศแนะนำแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ ในเวทีประชาคมของชุมชน หัวเลี้ยว ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 23 มกราคม 2554 โดยมีประธานชุมชนเข้าร่วมด้วย ทำให้ชุมชนรับรู้บทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชน และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาในตัวแกนนำชุมชน รวมถึงเป็นพันธะสัญญาของแกนนำชุมชนต่อชุมชนว่า จะทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ ในขณะเดียวกัน ก็เพื่อความสะดวกในการดำเนินงานของแกนนำชุมชนต่อไป ซึ่งการที่ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการเสริมสร้างขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แกนนำชุมชนว่าในงานที่ทำนั้นมีความสำคัญต่อชุมชนและเกิดความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะทำเพื่อชุมชนยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...รู้สึกว่าคุณเราสำคัญเหมือนกันที่เขาเลือกเรามา ทำให้เราได้เก็บเกี่ยวประสบการณ์ จากที่เราเคยเรียนทำวิจัยมาเหมือนกัน แล้วคราวนี้เราได้มาทำจริง เกิดความภาคภูมิใจในตัวเองที่ได้มาทำเอง คือ การเรียนกับทำจริงมันไม่เหมือนกัน แต่นี่เราลงมาปฏิบัติจริง”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

“คือเขาได้มอบหน้าที่ ให้เราแล้ว เราต้องทำ”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

แกนนำชุมชนและผู้วิจัย ร่วมระดมความคิด เพื่อวางแผนการดำเนินงานกับชุมชน ในขั้นตอนต่างๆเป็นระยะๆ ตั้งแต่ การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน แก้ปัญหาพร้อมกับชุมชน ดำเนินงานแก้ปัญหาพร้อมกับชุมชน ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยการชวนคิดชวนคุย กระตุ้นให้ชุมชนคิดและร่วมกันเสนอความคิดเห็น ในประเด็นต่างๆ ใช้เหตุและผลในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุด โดยคำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก โดยมีผู้วิจัยร่วมให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ และมีการสรุปผลการประชุมทุกครั้ง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และทบทวนบทบาทของแต่ละคน ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานโดยการสังเกต พบว่า แกนนำชุมชนมีการวางแผนการดำเนินการในทุกกิจกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินกิจกรรม มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของแกนนำชุมชนแต่ละคน และนำไปปฏิบัติจริง รวมทั้งมีการประเมินผลที่ให้ผู้ปกครองร่วมแสดงความคิดเห็นถึงผลการดำเนินกิจกรรมและแนวทางการจัดกิจกรรมของแกนนำชุมชน อาทิ ความเหมาะสมของรูปแบบของกิจกรรม วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมและผลที่เกิดขึ้น วัน เวลา สถานที่จัดกิจกรรม เป็นต้น โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องระหว่าง เดือนตุลาคม 2553 ถึง เดือนสิงหาคม 2554

3.6 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 5 เพื่อประเมินผลการจัดเวทีประชาคม เมื่อวันที่ 26 ม.ค. 54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง (ดังรูปภาพในภาคผนวก 10) โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วม 5 คน ได้ร่วมกันระดมความคิดเกี่ยวกับผลการจัดเวทีประชาคม ปัญหาอุปสรรค และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง รวมถึงร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยใช้วิธีการพูดคุยกันแบบกันเอง ชวนคิดชวนคุย ตั้งคำถามให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนเสนอแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินการครั้งต่อไป โดยหลีกเลี่ยงคำพูดหรือสิ่งที่จะกระทบกระเทือนใจกัน โดยในระยะแรกนั้น ส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่คอยตั้งประเด็นคำถามในการประเมินผล จากการสังเกต พบว่า แกนนำชุมชนค่อยๆเกิดการเรียนรู้และพัฒนา ในเรื่องการประเมินผลมากขึ้นดังตัวอย่างการสนทนาต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ห้องประชุม โรงพยาบาลยะหริ่ง ณ วันที่ 26 มกราคม 2554 หลังจากการจัดเวทีประชาคมครั้งแรก (23 มกราคม 2554)

ผู้วิจัย : ...เรื่องการเตรียมงานเป็นอย่างไรบ้าง

- แกนนำชุมชนคนที่ 2 : ผู้เข้าร่วมประชุมมาไม่ตรงตามเป้าที่เราวางไว้ พวกเราก็วางแผนแล้วว่า ต้องมาให้ครบ แต่พอมาจริง ก็ไม่เป็นไปตามนั้น เพราะว่าตอนที่ไปบอกก็ บอกหมดนะ อย่างของ... ...ก็ไปบอกหมดเลย แต่พอมาก็ไม่ครบกัน
- แกนนำชุมชนคนที่ 4 : คือบางครั้งเราอาจจะแบ่งไม่ชัดเจน มีบ้างที่เราฝากไปบอกเขาแต่ไม่รู้ว่าจะ ไปถึงหรือเปล่า เราก็ไม่ได้เช็คดู อาจจะเป็นไปได้ในะตรงนี้
- แกนนำชุมชนคนที่ 1 : เราน่าจะแบ่งนะว่าคนนี้รับผิดชอบกลุ่มนี้นะ แล้วให้ไปเชิญกลุ่มนี้มา แบ่ง ให้ชัดเจนไปเลยว่าใครรับผิดชอบใคร เพราะบางครั้งเราก็คิดว่าสงสัยเขา บอกคนนี้แล้ว เราก็เลยไม่ได้บอก หรือคิดว่า เขารู้แล้วอะไรประมาณนี้ พอมานวันที่จัด เอ้าเขาไม่รู้ที่
- ผู้วิจัย : สรุปก็คือแบ่งผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน ... เรื่องเนื้อหาและการเตรียมตัวที่จะพูด เป็นอย่างไร บ้าง
- แกนนำชุมชนคนที่ 2 : ก็ได้สไลด์มาก่อนแล้ว ก็ได้เตรียมตัวมาก่อนแล้ว อ่านมาแล้ว แต่พี่เขาก็ บอกว่า ข้อมูลทุกอย่าง เขาลงให้เรียบร้อยแล้วในสไลด์ ดูในนั้นได้ แล้ว เขาก็ให้ออกสารมา อ่านเพิ่มเติม แต่ส่วนที่อยากจะให้แก้ไขปรับปรุงต่อไป ถ้ามีการนำเสนออีกก็คือ อยากจะให้ปรับเรื่องเนื้อหาการนำเสนอคือว่าดู วิชาการมากเกินไป ชาวบ้านเขาอาจจะฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง อย่างพวกกราฟ นั้นเขาไม่ค่อยรู้หรอก ก็อยากให้ปรับตรงนี้ คือชาวบ้านพอเป็นวิชาการ แล้วเขาก็จะรู้สึกเบื่อไม่ค่อยชอบ แต่ถ้าเราปรับไม่ให้เห็นวิชาการมากนัก อาจจะช่วยให้เขาเข้าใจและสนใจมากขึ้นก็ได้
- แกนนำชุมชนคนที่ 4 : คำพูดที่ใช้ในการอธิบายยังฟังดูยากอยู่นะ มันวิชาการไป เหมือนจะไป สอน มีกราฟเยอะ ชาวบ้านเขาไม่รู้หรือว่าสี่เหลี่ยม สี่น้ำเงินเป็นยังไง อยากให้ปรับเนื้อหาและวิธีการนำเสนอให้เข้าใจและอย่าเป็นวิชาการมาก เกินไป ส่วนใหญ่เขาจะสนใจรูปในสไลด์มากกว่า รูปที่เห็นคนใน ชุมชนร่วมทำกิจกรรมแบบนี้เขาชอบนะ

แกนนำชุมชนได้ร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดเวทีประชาคม คือ ผู้เข้าร่วม มาซ้ำทำให้เริ่มงานซ้ำ มีความเข้าใจผิดในการแบ่งงานกันระหว่างแกนนำชุมชน สื่อ (power point) ที่ใช้ในการจัดประชาคมครั้งนี้ขาดความน่าสนใจเพราะภาษาที่ใช้เป็นภาษาทางการมากเกินไป ทำให้ผู้รับฟังไม่เข้าใจความหมายที่ผู้จัดต้องการสื่อความหมาย พิธีกรพูดเสียงเบาเกินไปและใช้ภาษา ทางการในการพูดมากเกินไป ซึ่งจะต้องปรับปรุงในการดำเนินงานครั้งต่อไป นอกจากนี้แกนนำ

ชุมชนยังสรุปสิ่งที่ได้รับจากการจัดประชาคม คือ เป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนมากขึ้น ทำให้ชุมชนเกิดการร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาฟันผุในชุมชน การใช้ทีมวิจัยภายในในการสำรวจความต้องการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการในชุมชนมากกว่าให้ทีมวิจัยภายนอกชุมชนเข้าไปสำรวจ สร้างความภาคภูมิใจให้กับทีมวิจัยในชุมชน เพราะการทำประชาคมครั้งนี้ถือเป็นผลงานชิ้นแรกที่เกิดจากการร่วมประชุมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาฟันผุในชุมชน

จากการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า แกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งกระบวนการนี้เกิดขึ้นซ้ำๆ จึงทำให้แกนนำชุมชนค่อยๆเกิดการเรียนรู้ ปัญหาสาเหตุของปัญหา และหาแนวทางการแก้ปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ โดยผ่าน การร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานแล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงในการดำเนินการครั้งต่อไป รวมถึงสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงเป็นระยะตามการทำงาน โดยมีการร่วมกันกำหนดประเด็นในการสรุป แล้วเปิดโอกาสให้คิดเป็นรายบุคคลก่อนโดยคิดตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หลังจากนั้นจึงร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำซ้ำไปซ้ำมา จนเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา ร่วมกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเอง นอกจากนี้ การร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชนเป็นระยะๆ นับเป็นการเสริมพลังอำนาจและเพิ่มคุณค่าในตัวของแกนนำชุมชน ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในผลงานที่ตัวเองได้ ร่วมคิดร่วมทำ ในทุกขั้นตอน ทำให้รู้สึกถึงความสำคัญของตัวเองและรู้สึกเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องระหว่าง เดือนตุลาคม 2553 ถึง เดือนสิงหาคม 2554

3.7 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 6-7 เพื่อวางแผนดำเนินงาน ตามกิจกรรมต่างๆที่ได้จากเวทีประชาคม เมื่อวันที่ 17, 23 ก.พ.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง โดยแกนนำชุมชนเข้าร่วม 5 คน โดยได้ร่วมวางแผนการจذبกรมให้ความรู้ผู้ปกครองและการจัดรณรงค์จذبกรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ และจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพฟัน นอกจากนี้มีการเพิ่มศักยภาพของแกนนำชุมชน โดยการฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็น ทั้งเรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ฝึกทักษะการแปรงฟัน การตรวจฟัน การใช้ไหมขัดฟันรวมถึงการข้อมสีฟันและการบันทึก (ดังรูปภาพในภาคผนวก 11) เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเป็นวิทยากรประจำกลุ่มในการให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆ แก่ผู้ปกครอง หลังจากนั้น ก็ดำเนินการจذبกรมให้ความรู้

ผู้ปกครอง ครั้งที่ 1 และร่วมกันระดมความคิดทบทวนผลการอบรมผู้ปกครอง/ปัญหาอุปสรรค เพื่อปรับปรุงในขั้นตอนถัดไป ร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานร่วมกัน และให้กำลังใจกัน รวมถึงวางแผนอบรมผู้ปกครองครั้งที่ 2 และงานรณรงค์สุขภาพฟัน ในการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 8-9 เมื่อวันที่ 27 ก.พ., 18, 28 มี.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง และร้านน้ำชาในชุมชนหัวเลี้ยว (ดังรูปภาพในภาคผนวก 11) โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วมทุกคน

3.8 แกนนำชุมชนร่วมกัน ดำเนินการจัดอบรม ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

การจัดให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ ได้ดำเนินการรวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง โดย 3 ครั้งแรก จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง และ 2 ครั้งหลังนั้นจัดในชุมชนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สิ่งที่ชวนคิดชวนคุยกับแกนนำชุมชน เกี่ยวกับการเตรียมการจัดอบรมผู้ปกครอง โดยเริ่มจากการ ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดอบรมผู้ปกครอง ซึ่งมีดังนี้คือ เพื่อให้ผู้ปกครอง ได้รับความรู้ ในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของลูกให้ถูกวิธี เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก นำสู่การดูแลให้ลูกมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และเป็นการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในกลุ่มผู้ปกครอง และแกนนำชุมชน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่จะจัดในการอบรมครั้งแรก เพื่อให้ผู้ปกครองจะได้ประทับใจ และอยากเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังเหตุการณ์ตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัย : หรือว่าก่อนเริ่มต้นกิจกรรมเราอาจจะให้เขาวาดภาพ เป็นภาพฟันในฝันของเขาเป็นแบบไหนเขาอยากจะให้ฟันลูกเขาเป็นแบบไหน

แกนนำชุมชนคนที่ 4 : เขียนก็ได้เนาะ

ผู้วิจัย : เขียนก็ได้ แล้วแต่ หรือเป็นกิจกรรมอะไรก็ได้ ที่จะทำให้เขามีจิตสำนึกในการดูแลฟัน มีความตระหนัก

แกนนำชุมชนคนที่ 3 : ก็พูดให้เขาฟังบ่อย ๆ สอนเขา แล้วก็ประกวดฟันสวย แสดงละครเกี่ยวกับฟัน แต่นี่วัยผู้ใหญ่ก็จะยากหน่อย ถ้าเป็นเด็กอาจจะให้เขาแสดงละครได้ คือผู้ใหญ่จะยากกว่า บางคนบอกว่าเขียนไม่เป็นบ้างวาดรูปไม่เป็นบ้าง ทั้ง ๆ ที่เราไม่ได้บังคับ ให้เขาวาดให้สวยเขียนให้ดี แค่เราอยากรู้ว่าเขาต้องการอย่างไร เหมือนที่หมอดี บอกว่า แค่อยากรู้ว่าเขาต้องการ

อย่างไรตอนนี้ฟันลูกเป็นแบบไหนแค่นั้น แล้วจะ ทำอย่างไร ให้ฟันลูก เป็นแบบที่ฝัน

แกนนำชุมชนคนที่ 4 : ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่เขาไม่กล้านะ

แกนนำชุมชนคนที่ 3 : ต้องเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เขาจะกล้าแสดงความคิดเห็น

ในครั้งแรกของการจัดอบรมผู้ปกครองนั้น เริ่มต้นกระบวนการกลุ่มโดยการพูดคุย ถึงความคาดหวังของผู้ปกครองในการเข้าร่วมโครงการ โดยการตั้งคำถาม ว่า “ความคาดหวังที่เข้าร่วมโครงการคืออะไร” ซึ่งโดยสรุปแล้วผู้ปกครองคาดหวังให้สมาชิกในชุมชน(พ่อ/แม่/เด็ก/ผู้ปกครอง)มีสุขภาพช่องปากที่ดี มีการใช้ชีวิตวิธีการแปรงฟันและตรวจฟันที่ถูกต้อง ได้รับการตรวจฟันและมีการนัดทำฟันให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้พ่อแม่แปรงฟันให้ลูกวิธี รู้วิธีการป้องกันและรักษาฟันผุ ทำให้พ่อ/แม่/ผู้ปกครองเกิดแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูกเพื่อให้ลูกยิ้มสวย ฟันสะอาด ไร้ฟันผุ เกิดความสามัคคีในชุมชนและมีกิจกรรมการอบรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง (ดังรูปภาพในภาคผนวก 12)

วิธีการที่ใช้ในการจัดอบรมผู้ปกครองแต่ละครั้งนั้น ใช้หลักการอบรมแบบมีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด/ร่วมแลกเปลี่ยนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ร่วมกำหนดกิจกรรม/แนวทางปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ร่วมทำกิจกรรม/แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ตามที่ได้กำหนด และร่วมประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม/แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กตามที่ได้กำหนด นอกจากนี้ก็ยังร่วมกันประเมินผลการมีส่วนร่วมทั้งด้านระดับการมีส่วนร่วม ต่อขั้นตอนต่างๆของการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อขั้นตอนต่างๆของการมีส่วนร่วม ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ปกครองจากการมีส่วนร่วม และประเมินการดำเนินงานของแกนนำชุมชน

เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ทางวิชาการซึ่งเป็นการบรรยายโดยวิทยากร ซึ่งมีเนื้อหา ความรู้ตามความต้องการของกลุ่มผู้ปกครอง และสอดคล้องกับบริบทชุมชนมุสลิม ซึ่งได้แก่ ความรู้เรื่อง บทบัญญัติทางศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยโต๊ะ อีหม่ามประจำมัสยิดยามู (ครั้งที่ 1) การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็ก ความรู้เกี่ยวกับ ฟลูออไรด์ชนิดต่างๆ การทาฟลูออไรด์วานิช และการเลือกซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟัน โดย ทันตแพทย์ (ครั้งที่ 2) อาหารเพื่อสุขภาพฟันเด็กอายุ 0-3 ปี โดยนักโภชนาการของโรงพยาบาล ยะหริ่ง (ครั้งที่ 3) ซึ่งเป็นการบรรยายในภาพรวมเป็นกลุ่มใหญ่ทั้งหมด แบบกันเองโดยเปิด โอกาสให้ผู้ปกครองและแกนนำชุมชน สามารถซักถามข้อสงสัยได้ ตลอดเวลาที่รับฟังการบรรยาย

หลังจากนั้นจึงแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 4 กลุ่มๆละ 5 คน โดยมีแกนนำชุมชนซึ่งผ่านการพัฒนาศักยภาพแล้วเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม แล้วใช้กระบวนการกลุ่มย่อยในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มย่อย โดยมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในแต่ละครั้ง ดังนี้ 1) สอนและสาธิตการแปรงพินที่ถูกต้องวิธี การใช้ไหมขัดพิน การทดสอบการแปรงพินด้วยการใช้สิ่ย์้อมสีพิน การตรวจพินด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการแปรงพินที่ถูกต้องวิธี 2) สอนและสาธิตการแปรงพิน เช็ดพิน และการตรวจพินให้เด็กอย่างถูกต้องวิธี และฝึกปฏิบัติจริง และร่วมกันคิดวิธีการติดตามการเช็ดพิน/การแปรงพินให้เด็กและตนเอง 3) ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อ จะนำความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพพินเด็กอายุ 0-3 ปี ที่ได้ไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูเด็กอย่างไร

แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้เวลาช่วงหลังจากจัดกิจกรรมในแต่ละวันพูดคุยเสนอความคิดเห็นในกลุ่มย่อยแล้วนำเสนอในกลุ่มใหญ่และร่วมกันหาข้อสรุป ซึ่งถือเป็นมติของกลุ่มใหญ่ และดำเนินการตามข้อสรุปที่ได้

การอบรมผู้ปกครองทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ในสองครั้งแรกนั้นผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกคน แต่ในครั้งที่ 3 นั้นมีผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 3 คนเนื่องจากติดภารกิจจัดงานกีฬาชุมชนซึ่งจัดในวันเดียวกัน ซึ่งจากการสังเกต พบว่า ในภาพรวมนั้น ผู้ปกครองให้ความสนใจและให้ความร่วมมือกันในการทำกิจกรรมทั้งในกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย เป็นอย่างดีบรรยากาศเป็นกันเอง เนื่องจากผู้เข้าร่วมเป็นคนในชุมชนเดียวกันรู้จักอยู่แล้ว แต่ในกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นการฟังการบรรยายความรู้โดยวิทยากรนั้น ผู้ปกครอง จะไม่ค่อยมีการซักถามปัญหามากนัก เนื่องจาก ไม่กล้าแสดงออกต่อหน้าคนมากๆ ในขณะที่เมื่อแบ่งกลุ่มย่อยและมีแกนนำชุมชนเป็นวิทยากรประจำกลุ่มนั้น จะมีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มากกว่าในรูปแบบกลุ่มใหญ่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สนิทกันภายในกลุ่มมากกว่ากลุ่มใหญ่ โดยที่ในการแบ่งกลุ่มดังกล่าวนี้แกนนำชุมชนซึ่งรู้จักกลุ่มผู้ปกครองเป็นอย่างดี เป็นผู้จัดกลุ่มโดยเลือกคนที่มีความสนิท อยู่กลุ่มเดียวกัน เพื่อจะได้ทำงานร่วมกันอย่างสะดวกใจมากกว่า ส่วนกิจกรรมที่เป็นการฝึกปฏิบัติทักษะการแปรงพินที่ถูกต้องวิธี การตรวจพินด้วยตนเอง การใช้ไหมขัดพิน การทดสอบประสิทธิภาพการแปรงพินด้วยการใช้สิ่ย์้อมสีพินนั้นผู้ปกครองก็ให้ความร่วมมือและสนุกสนาน เพลิดเพลินกับการฝึกปฏิบัติจริง และเมื่อให้จับคู่กันตรวจพิน ผู้ปกครองบางคนก็อายไม่กล้าให้เพื่อนหรือแกนนำชุมชนตรวจ

“ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้เข้าร่วมโครงการอายุที่จะให้ทีมวิจัยภายในชุมชนตรวจพิน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ แต่ถ้าเป็นการแนะนำ ให้ความรู้ ทุกคนจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

ผู้ปกครองและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันคิดวิธีการติดตามการแปรงฟันที่ถูกต้อง โดยแกนนำชุมชน ใช้แบบติดตามที่ร่วมกันคิดขึ้น โดยแบ่งการติดตามเป็นกลุ่มๆตามที่แกนนำชุมชนรับผิดชอบซึ่งในระยะแรกนั้นกำหนดให้ติดตามทุกสัปดาห์ ซึ่งพบว่า แกนนำชุมชนไม่สามารถติดตามได้ทัน เพราะว่่าบ่่อยเกินไป จึงปรับเป็นติดตามทุก 2 สัปดาห์ และสุดท้ายสรุปว่าควรติดตามเดือนละ 1 ครั้ง โดยในการติดตามนั้นจะดูในเรื่องความถี่ในการแปรงฟันของผู้ปกครองซึ่งเป็นตารางให้ผู้ปกครอง กว่่าแปรงฟันตอนไหนบ้าง เช้า เที่ยง เย็น ก่อนนอน และก่อนละหมาดในช่วงเวลาต่างๆเพื่อให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและเกิดความตระหนักในการแปรงฟัน และแกนนำชุมชนก็โดยมีการเยี่ยมสีฟันเพื่อทดสอบประสิทธิภาพการแปรงฟัน ซึ่งจากการที่แกนนำชุมชนไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง พบว่า เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ปกครองในทางที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันจะเห็นความแตกต่าง พอเราเกณฑ์ว่่าแปรงฟัน แล้วก็เยี่ยมสีฟัน ก็จะมีติดสีที่ฟันบ้าง พอหลายครั้งก็ดีขึ้น ทุกครั้งที่ประเมินเขาจะให้ความร่วมมือ เวลาเราไปตรวจเขาก็ตื่นเต้่นนะ เพราะจะคู่ว่่ามีสีติดที่ฟันใหม่”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

สรุประยะเวลาและสถานที่ในการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 1-3 คือ  
ครั้งที่ 1 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง  
ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 20 มีนาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง  
ครั้งที่ 3 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 1 พฤษภาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง  
(เดือนเมษายน งดการประชุมเนื่องจาก จัคมหกรรมรณรงค์สุขภาพฟัน ในวันเสาร์ที่ 2 เม.ย. 2554)

กระบวนการให้ความรู้แก่แกนนำชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี การเลือกอาหารและนมที่เหมาะสมกับเด็ก การแปรงฟันที่ถูกต้อง การเยี่ยมสีฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจฟันด้วยตนเอง การเช็ดเหงือกและฟันให้เด็ก การแปรงให้เด็กอายุ 0-3 ปี การใช้ฟลูออไรด์ชนิดต่างๆ และการฝึกปฏิบัติ การแปรงฟันที่ถูกต้อง การเยี่ยมสีฟัน การตรวจฟันด้วยตนเอง การเช็ดเหงือกและฟันการแปรงฟันให้เด็กอายุ 0-3 ปี รวมถึงการบันทึกผลการตรวจฟันและการแปรงฟัน ซึ่งเป็นการให้ความรู้เป็นช่วงๆตามระยะของการดำเนินงานของแกนนำชุมชนนั้น



เป็นการสร้างความมั่นใจแก่แกนนำชุมชนว่า มีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและสามารถเป็นแบบอย่างแก่ผู้ปกครองได้ จากการสังเกต พบว่า แกนนำชุมชนสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนได้โดยสามารถประยุกต์การสื่อสารด้วยการใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ปกครองเข้าใจ เนื้อหาความรู้ได้ง่ายกว่าผู้วิจัย จึงทำให้ชาวบ้านกล้าพูดกล้าถามมากกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือต้องเปลี่ยนคำพูดของหมอเป็นคำพูดของตัวเอง ตามที่เราเข้าใจ ”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“ตอนที่ฟังหมอกุยแรกๆ ไซ้ไหม นักวิชาการมากเลย เราจะสำเร็จไหมเวลาเราไปชวน เขาเราคิดว่าเขาจะรู้เรื่องไหม กลุ่มแม่เขาจะรู้เรื่องไหม พอเราคุยกับเขาบ่อยๆ เราก็เอาคำพูดของ หมอมาเปลี่ยนเป็นคำพูดของเรา ”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“ก็ก็ต้องเข้าใจ เราก็รู้จักนิสัยเขาแล้ว เราต้องปรับให้เข้ากับเขา ต้องพูดยังไง ต้องปรับให้ เข้ากัน”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

หากแกนนำชุมชน มีข้อสงสัยก็จะสอบถามทันตบุคลากร หรือค้นคว้า ศึกษาหา ข้อมูลเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต แล้วกลับไปอธิบายให้ผู้ปกครองได้เข้าใจในครั้งต่อไปของการจัด กิจกรรม นอกจากนี้แกนนำชุมชนก็นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันเช่น การตรวจฟันและ พูดุคยให้ข้อแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ เมื่อมีคำถามจากผู้เข้าร่วมโครงการ แกนนำชุมชนก็จะอธิบายความรู้จากที่ได้รับ การอบรมมา หรือหากเป็นคำถามที่แกนนำชุมชนตอบไม่ได้ก็จะนำคำถามดังกล่าวถามคุณหมอ แล้วนำ คำตอบไปอธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบอีกครั้ง”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“ให้ผู้เข้าร่วมโครงการถามข้อสงสัย แล้วจะตอบข้อสงสัยดังกล่าวจนกว่าผู้เข้าร่วมโครงการ จะเข้าใจ”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

ซึ่งจากการสังเกตการดำเนินงานของแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนสามารถปฏิบัติได้และเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน จนได้รับการกล่าวขานให้เป็นหมอฟันประจำชุมชนหัวเลี้ยวเนื่องจากสามารถเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้เรียนรู้และนำความรู้ที่ได้รับ ไปฝึกปฏิบัติกับตนเอง รวมไปถึงถ่ายทอดทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้เข้าร่วม โครงการพร้อมปฏิบัติตาม โดยการฝึกปฏิบัติการแปร่งฟันอย่างถูกวิธี”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

“ถ้าใครมีปัญหาอะไรเกี่ยวกับเรื่องฟัน ก็จะมาหาเรา หมอฟันคนนี้ คือเป็นที่ปรึกษาได้ คือจะเรียกว่า หมอฟันประจำหมู่บ้าน ก็คือเราก็ตอบได้เฉพาะบางปัญหาที่เราสามารถตอบให้ได้”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

3.9 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติที่ผ่านมา และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง โดยแกนนำชุมชนและผู้ปกครองได้ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติที่ผ่านมาในเวทีของการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ปกครองหลังจากการจัดการอบรมผู้ปกครอง ครั้งที่ 3 (ดังรูปภาพในภาคผนวก 13) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยมีประเด็นในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคในการทำความสะอาดฟันเด็ก การนำความรู้ที่ได้จากการเข้าอบรมผู้ปกครองไปใช้ในการควบคุมการบริโภคอาหารของเด็ก รวมถึงรูปแบบการรวมกลุ่ม ซึ่งพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่า อยากให้จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย ในชุมชนหรือที่บ้านใครก็ได้ ช่วงตอนเย็นๆ สะดวกกว่า และเป็นกันเองมากกว่า เพราะบางคนไม่ค่อยกล้าพูดในกลุ่มใหญ่ ในขณะที่บางคนไม่สะดวกใจถ้าจัดที่บ้านของใครคนใดคนหนึ่งที่ไม่สนิทกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าจะจัดกลุ่มย่อย 4-5 คนก็ได้ จัดในชุมชนหรือที่บ้านก็ได้ ช่าง ๆ บ้านจะได้มาฟังกันด้วย ถ้าไปโรงพยาบาลก็มีแต่พวกเราอย่างเดียว จักที่บ้านใครสนใจก็สามารถเขามาร่วมฟังกันได้ หรือว่าชวนเด็ก ๆ ที่ยังไม่ได้ไปโรงเรียนมาเข้าร่วมด้วย”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“ถ้าจะจัดกลุ่มย่อยอยากให้จัดกลุ่มละ 5-10 คนน้อย ๆ ก็ไม่สนุกอีก ไม่อยากทำที่บ้านบางที่เราไม่สนิทก็ไม่กล้า จัดนอกสถานที่ก็ได้”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

“กลุ่มใหญ่นั้นส่วนใหญ่นั่งฟังอย่างเดียว แต่กลุ่มย่อยจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่า เพราะเป็นกันเอง เพราะบางคนไม่กล้าพูดในกลุ่มใหญ่ก็จะมาถามในกลุ่มย่อย เพราะเป็นกันเองมากกว่า แต่ก็ควรที่จะมีกลุ่มใหญ่เหมือนกัน เพราะว่าจะได้รับความรู้จากกลุ่มใหญ่มากกว่า”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

3.10 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 11 เมื่อวันที่ 14 มิ.ย.54 ณ ห้องประชุม รพ. ยะหริ่ง โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วม 3 คน เพื่อสรุปผลการเยี่ยมบ้าน ประชุมหารือกัน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรม ปรับรูปแบบการอบรมผู้ปกครองครั้งที่ 4 และ 5 โดยจัดกิจกรรมอบรม เป็นกลุ่มย่อยและจัดในชุมชน (ดังรูปภาพในภาคผนวก 14) และให้แต่ละกลุ่มย่อยดำเนินการจัดกิจกรรมในวัน เวลาและสถานที่ที่ทางกลุ่มสะดวก และให้แกนนำชุมชนที่รับผิดชอบแต่ละกลุ่มนั้นเป็นผู้ประสานงานกันเองกับผู้ปกครองที่อยู่ในกลุ่ม โดยที่แกนนำชุมชนร่วมกันกำหนดเนื้อหาในการจัดอบรมผู้ปกครอง มีดังนี้

การจัดอบรมผู้ปกครอง ครั้งที่ 4 มีกิจกรรม 1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ “การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 – 3 ปี” (วิธีการเลี้ยงดูเด็ก/การบริโภคอาหาร) ที่แต่ละคนได้ทำจริง 2. ทบทวนเรื่อง การแปรงฟันที่ถูกวิธีและย้อมสีฟัน 3. ร่วมกันเสนอกิจกรรมที่อยากให้มีสำหรับกลุ่มย่อยในครั้งต่อไป โดยกำหนดช่วงเวลาดำเนินการระหว่าง วันที่ 15 - 21 มิถุนายน 2554

การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 5 มีกิจกรรม 1. ให้ความรู้ เรื่อง ฟลูออไรด์วานิช และฟลูออไรด์ในยาสีฟัน 2. ทบทวนเรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธีและการทำความสะอาดช่องปากเด็ก โดยกำหนดช่วงเวลาดำเนินการระหว่าง วันที่ 4 - 10 กรกฎาคม 2554

หลังจากการจัดอบรมผู้ปกครองแต่ละครั้ง แกนนำชุมชนร่วมกันประชุมสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน พูดคุยกันถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงวางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของวัน เวลา ที่จัดอบรมนั้น เวลาว่างไม่ตรงกันต้องนัดกันล่วงหน้า และผู้ปกครองบางคนนั้นมาช้า ไม่ตรงเวลานัด ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีช่วงหนึ่ง เวลาว่างของเรากับช่วงว่างของเขา บางครั้งว่างไม่ตรงกัน เราจะหาเวลาไปหาเขาไม่ตรงกัน บางครั้งไปหาเขาก็ไม่อยู่”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

อย่างไรก็ตามการจัดเป็นกลุ่มย่อยในชุมชน ก็ทำให้ผู้ปกครอง กล้าพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่ และมีความสนุกสนาน เพราะในการพูดคุยนั้น เป็นบรรยากาศแบบกันเองไม่มีพิธีรีตองใดๆ และสถานที่ที่จัดก็แล้วแต่ทางกลุ่มตกลงกัน กลุ่ม 2 ไปจัดกันใต้ต้นไม้ นั่งคุยกันบนแคร่ ตอนเย็นๆ ได้บรรยากาศ กลุ่ม 1 และกลุ่ม 4 นั้นนัดจัดกิจกรรมพร้อมกันโดยหมุนเวียนบ้านกันจัด ถือเป็น การเยี่ยมบ้านไปในตัว เช่นเดียวกับกลุ่ม 3 บรรยากาศสบายๆ บ้างก็นั่งคุย บ้างก็นั่งฟังหมอนอิง ถ้าเมื่อไหร่ช่วยกันปีบνωคกันไปพลาง การพูดคุยก็เลยเกิดไปเรื่อง ผ้าคลุมหัวบ้าง เรื่องอาหารมือเย็นวันนี้บ้าง แต่แล้วแกนนำก็ชวนวกกลับมาคุยเรื่องฟัน กันต่อสลัดกันไป ได้ทั้งสาระความรู้ ความสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม

จากการสังเกตการทำงานของแกนนำชุมชน ในการจัดอบรมผู้ปกครองและเป็นวิทยากรกลุ่มนั้น พบว่า แกนนำชุมชนคนที่ 1 คนที่ 2 คนที่ 3 และคนที่ 4 นั้นสามารถเป็นวิทยากรประจำกลุ่มได้เป็นอย่างดี ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 5 นั้นเป็นผู้ช่วยของแกนนำชุมชนคนที่ 2 และแกนนำชุมชนคนที่ 6 นั้นเป็นผู้ช่วยของแกนนำชุมชนคนที่ 4 จะเห็นได้ว่า แกนนำชุมชนใช้ความเป็นกันเองในการนำกระบวนการกลุ่ม ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายในการสื่อสารระหว่างกัน เห็นถึงบรรยากาศแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ช่วยกันแสดงความคิดเห็นกันได้เสียงหัวเราะ อย่างสนุกสนานกันบ้างในบางครั้ง และสัมผัสได้ว่า แกนนำชุมชนและผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรม กันอย่างมีความสุขสนุกและได้บุญที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีสุขภาพดีดังกล่าวที่ว่า

“ก็รู้สึกว่าเป็นส่วนที่ทำให้เขามีสุขภาพฟันที่ดี รู้สึกว่าตัวเองได้บุญที่ได้ไปช่วยเขาด้วยความเต็มใจไม่ได้ฝืนบังคับอะไร และรู้สึกสนุกด้วย”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

กระบวนการที่แกนนำชุมชนใช้ในการจัดอบรมผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชนแต่ละครั้ง ใช้การร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริง ร่วมทำตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติและนำไปปรับปรุงในครั้งถัดไป ร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติ โดยเป็นไปอย่างเรียบง่าย ค่อยเป็นค่อยไป ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารกับผู้ปกครอง มีการปรับแผนไปตามสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบท เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็น กระบวนการที่แกนนำชุมชนได้รับ จากการส่งเสริมศักยภาพที่ผ่านมานั่นเอง นอกจากนี้การให้สิทธิแก่แกนนำชุมชนและครอบครัว ในการรับ

บริการทันตกรรม เป็นกรณีพิเศษในช่วงนอกเวลาราชการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้แกนนำชุมชน และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานในชุมชน จากการสังเกต พบว่า แกนนำชุมชนเข้ารับการบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมี การกระตุ้นผู้ปกครอง ให้ไปรับบริการทันตกรรมด้วยแสดงให้เห็นว่าแกนนำชุมชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น

นอกจากนี้ แกนนำชุมชนและผู้ปกครองได้ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพฟันภายใต้ชื่องานว่า “มหกรรมครอบครัวฟันดีที่...หัวเลี้ยวยามู” ซึ่งจัดขึ้นในวันเสาร์ที่ 2 เมษายน 2554 ในบริเวณชุมชนหัวเลี้ยว (ตั้งรูปภาพในภาคผนวก 15) โดยมีกิจกรรมมากมายภายในงานอาทิเช่น การบรรยายให้ความรู้ เรื่อง “การดูแลสุขภาพช่องปากตามวิถีอิสลาม” ซึ่งมีวิทยากร เป็นโต๊ะอิหม่ามประจำมัสยิดยามูและโต๊ะครูจากโรงเรียนปอเนาะสอนศาสนาโดยมีตัวแทนผู้นำศาสนาในชุมชนหัวเลี้ยวร่วมเป็นผู้ดำเนินรายการ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆเช่น การประกวดฟันสวยตามกลุ่มอายุต่างๆ การประกวดวาดภาพ/ระบายสีตามกลุ่มอายุต่างๆ การประกวดการแปรงฟันถูกวิธีตามกลุ่มอายุต่างๆ การตรวจฟันฟรีและการสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี การแสดงตัวอย่างอาหารที่มีประโยชน์ และไม่มีประโยชน์ การแสดงอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการตอบคำถามชิงรางวัล/การเล่นเกมส์มหาสนุกชิงรางวัล และการจับหางบัตรของรางวัล ซึ่งกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลงานของทีมแกนนำชุมชนและผู้ปกครองที่มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดำเนินงาน โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ และร่วมดำเนินการอย่างเต็มความสามารถ

ซึ่งจากการสังเกตพบว่า ในการจัดกิจกรรมมหกรรมรณรงค์สุขภาพฟันชุมชนหัวเลี้ยว แกนนำชุมชนช่วยกันจัดทำบอร์ดให้ความรู้และประจำแต่ละฐาน เช่น ฐานให้ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีโดยมีการปฏิบัติจริง ฐานให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และฐานให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์และไม่มีประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งแกนนำชุมชนรู้สึกสนุกและพอใจกับการจัดกิจกรรมมาก ในขณะที่เดียวกันแกนนำชุมชนรู้สึกกังวลและไม่สบายใจ หากกลุ่มเป้าหมายมาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อยหรือมาช้า ซึ่งสะท้อนว่า แกนนำชุมชนมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของงาน เป็นเจ้าภาพในการจัดกิจกรรมต่างๆ จึงต้องการให้งานออกมามีที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า

“พึงพอใจมาก เพราะไม่คิดว่าคนในชุมชน จะให้ความสนใจในกิจกรรมนี้ แม้กระทั่งคนแก่ที่ลูกเดินไม่ค่อยไหวยังมาร่วมกิจกรรม”

(แกนนำชุมชนคนที่ 5)

“รู้สึกหายใจเครียด เพราะตอนแรกนั่งลึ้นอยู่ว่า งานจะออกมาในรูปแบบใด กลัวว่างานจะออกมาไม่ดี และคนในชุมชนไม่ออกมามีส่วนร่วม แต่เมื่อได้จัดกิจกรรมแล้ว ไม่นึกว่าจะได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนเป็นจำนวนมาก จึงทำให้รู้สึกหายใจเครียด สนุกและหายใจง่ายขึ้น”

(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“ภูมิใจ เพราะเด็ก ๆ และคนในชุมชนสนุกสนาน ได้รับความรู้ และอยากให้มีกิจกรรมแบบนี้ขึ้นอีก”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

นอกจากนี้ยังร่วมกันประเมินผลการจัดงานในการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 10 เมื่อวันที่ 5 เม.ย.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง (ดังรูปภาพในภาคผนวก 16) แกนนำชุมชนเข้าร่วม 5 คน โดยได้มีการสรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน ดังนี้ คือ เป็นการเพิ่มภาพลักษณ์ที่ดีให้กับเจ้าหน้าที่ และแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่และประชาชนสามารถร่วมกัน ป้องกันและแก้ไขปัญหา เป็นกิจกรรมที่สร้างสายใยความผูกพันระหว่างคนในชุมชน รู้จักการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ทำให้เกิดความรักและสามัคคีขึ้นในชุมชน สามารถนำความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ และแสดงให้เห็นถึงความสามัคคีและความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่และชาวบ้านในชุมชนที่ร่วมมือกันเพื่อให้ชุมชนของคนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

3.11 การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 12-15 เมื่อวันที่ 4,6 ก.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง แกนนำชุมชนเข้าร่วม 4 คน และวันที่ 27, 29 ก.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง แกนนำชุมชนเข้าร่วม 6 คน เพื่อร่วมระดมความคิด ทบทวนผลการอบรมผู้ปกครอง เป็นกลุ่มย่อยในชุมชน ปัญหาอุปสรรค เพื่อปรับปรุงในครั้งถัดไป ร่วมวางแผนอบรมผู้ปกครองครั้งที่ 5 และร่วมกันกำหนดวิธีการ และแนวคำถามในการประเมินผล รวมถึงสรุปผลการประเมิน และวางแผนการจัดประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน (ดังรูปภาพในภาคผนวก 17)

3.12 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันประเมินผลกิจกรรมที่ดำเนินการ ด้วยวิธีการต่างๆดังนี้

1. ผู้ปกครองร่วมกันประเมินตนเอง โดยมีการประเมินในหัวข้อ ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม และผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง

ปากเด็กของผู้ปกครอง โดยการสนทนากลุ่มย่อยในชุมชนโดยการนำของแกนนำชุมชน ซึ่งพบว่า ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ผู้ปกครองประเมินตนเองโดยการตอบแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

3. ผู้ปกครองประเมินตนเองและประเมินแกนนำชุมชนโดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของแกนนำชุมชน

4. แกนนำชุมชนประเมินตนเอง โดยมีการประเมินในหัวข้อ ผลการเรียนรู้และการ พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนทั้งระหว่างและหลังการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนและ ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกแกนนำชุมชน 2 คนจาก 6 คน

5. แกนนำชุมชนประเมินตนเองและประเมินผู้ปกครองโดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของแกนนำชุมชนตนเองในฐานะแกนนำชุมชน

3.13 แกนนำชุมชนจัดเวทีประชาคมครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 30 ก.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง โดยมีแกนนำชุมชนเข้าร่วมทุกคน ซึ่งมีตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทน ผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครอง รวมทั้งสิ้น 50 คน (ดังรูปภาพใน ภาคผนวก 18) เพื่อสรุปการดำเนินงาน โดยแกนนำชุมชนนำ เสนอผลดำเนินงาน ร่วมชื่นชม ให้กำลังใจแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง นอกจากนี้ยัง ร่วมระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับการ แก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืน ร่วมกันระดมความคิด นำเสนอและสรุปผล ซึ่งได้เสนอแนวทางการดำเนินงานต่อ ดังนี้คือ 1) จัดให้มีคู่มือ (การบรรยายธรรมโดยผู้นำศาสนา) ในช่วงการ ละหมาดทุกวันศุกร์ที่เกี่ยวกับเรื่องดูแลสุขภาพช่องปาก 2) จัดเสียงตามสายโดยเยาวชน จัดที่ บาลาเซาะ(สถานที่ละหมาดและเรียนศาสนา) 3) จัดกลุ่มให้ความรู้ โดยแกนนำชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง 4) จัดณรงค์เรื่องฟัน ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้งบประมาณของชุมชน 5) ให้ทีมหมอฟันน้อย (แกนนำชุมชน) ในชุมชนหัวเลี้ยว จัดกิจกรรมให้เด็กๆในชุมชน 6) สร้างบุคคลต้นแบบในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก 7) ขยายผลไปสู่กลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ นั้นสอดคล้องกับ บริบทชุมชนมุสลิม

จากการส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชน ที่ผ่านมานั้น ทำให้ ผู้วิจัยได้เห็นถึง

พัฒนาการของแกนนำชุมชนในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะแกนนำชุมชนคนที่ 1 คนที่ 2 คนที่ 3 และคนที่ 4 โดยที่แกนนำชุมชนคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 4 เป็นแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมในการประชุมที่ผู้วิจัยจัดทุกครั้ง ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 3 และ คนที่ 5 เข้าร่วมร้อยละ 66.67 ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 6 นั้นเข้าร่วมเพียงร้อยละ 33.33 เท่านั้น เนื่องจาก ช่วงกลางๆของการดำเนินงานนั้น แกนนำชุมชนคนที่ 6 ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ แต่เมื่อกลับมา ก็เข้าร่วมดำเนินการต่อ จากการสังเกตการทำงานของกลุ่มแกนนำชุมชนหลายๆครั้ง นั้น พบว่า ในกลุ่มแกนนำเองได้มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกันในด้านต่างๆ เช่น หากการประชุมครั้งใด ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 3 และ คนที่ 5 ไม่ได้เข้าร่วมการประชุม แกนนำชุมชนคนที่ 1 ก็จะรับผิดชอบในการไปแจ้งผลการประชุมแก่ แกนนำชุมชนคนที่ 3 ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 2 จะรับผิดชอบในการไปแจ้งผลการประชุมแก่แกนนำชุมชนคนที่ 5 ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากที่สุดในการบรรดาแกนนำชุมชนทั้งหมด ซึ่งจากการสังเกตการทำงาน ส่วนใหญ่จะได้รับมอบหมายงานให้เป็นผู้ช่วยของแกนนำชุมชนคนที่ 2 ในการช่วยแจ้งข่าว/ ประชาสัมพันธ์ด้านต่างๆ แก่กลุ่มผู้ปกครองหรือเรียกว่าเรียกแขก มากกว่าบทบาทในเรื่องของการเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม เนื่องจากเป็นคนช่างพูด ช่างคุย และรู้จักคนในชุมชนมาก ซึ่งถือว่าเป็นการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับคุณสมบัติของแกนนำชุมชนแต่ละคน ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 1 คนที่ 2 คนที่ 3 และ คนที่ 4 นั้น มีความสามารถในการสื่อสาร และถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ รวมถึงทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากได้เป็นอย่างดี จึงรับหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในการเป็นวิทยากรกลุ่มย่อย ที่ดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน นอกจากนี้ แกนนำชุมชน คนที่ 2 และ คนที่ 3 ก็รับหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการในการจัดเวทีประชาคม เพราะมีความสามารถในการเป็นผู้นำและกล้าแสดงออกมากกว่า แกนนำชุมชนคนอื่นๆ ส่วนแกนนำชุมชนคนที่ 4 นั้นเป็นน้องสาวของประธานชุมชนหัวเลี้ยว จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่คอยประสานความร่วมมือกับ ประธานชุมชน และรายงานความก้าวหน้า ในการดำเนินการต่างๆ ให้กับประธานชุมชนหัวเลี้ยว ได้รับทราบ จึงทำให้การดำเนินการนี้ อยู่ในความสนใจของผู้นำชุมชน และให้ความสำคัญ โดยสังเกตได้จากทั้งผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญ

จากการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทดังที่กล่าวมานั้น สามารถสรุปเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ 1. การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนในเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2. การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนตามระยะของการทำงาน 3. การเสริมสร้างขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แกนนำชุมชนในการทำงานแบบมีส่วนร่วม 4. การส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงที่สอดคล้องกับบริบทและมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงกระบวนการและแนวคิดในการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน

กระบวนการ	แนวคิดที่สำคัญ
<p><b>การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนในเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชุมร่วมกับแกนนำชุมชน</li> <li>- การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม</li> <li>- การฝึกทักษะการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม</li> <li>- การใช้สื่อวีดิทัศน์ตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้าใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การเคารพความคิดเห็น แสดงถึงความเป็นกันเอง ทำให้แกนนำชุมชนเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย</li> <li>- การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วม ทำให้แกนนำชุมชนอยากทำเพื่อชุมชน</li> <li>- การฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจในการทำงาน แกนนำชุมชนก่อนการปฏิบัติจริง</li> <li>- การสร้างความเข้าใจในแนวคิดและมองเห็นรูปธรรมของการทำงานภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมควรใช้สื่อที่ชัดเจนและการได้ฝึกปฏิบัติจริง</li> </ul>
<p><b>การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนตามระยะของการทำงาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี</li> <li>- การฝึกปฏิบัติ การแปรงฟันที่ถูกรวิธี การขัดสีฟัน การตรวจฟันด้วยตนเอง การเช็ดเหงือกและฟันการแปรงให้เด็กอายุ 0-3 ปี การบันทึกผลการตรวจฟันและการแปรงฟัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การถ่ายทอดความรู้ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและด้วยความกันเอง ช่วยทำให้การเรียนรู้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพราะทำให้เกิดความกล้าในการเป็นตัวของตัวเอง</li> <li>- การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นการสร้างความมั่นใจแก่แกนนำชุมชนให้ มีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ ถูกต้องและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้</li> </ul>

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

กระบวนการ	แนวคิดที่สำคัญ
<p><b>การเสริมสร้างขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แก่นนำชุมชนในการทำงานแบบมีส่วนร่วม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประกาศแนะนำแก่นนำชุมชนในเวทีประชาคม</li> <li>- การร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานของแก่นนำชุมชน เป็นระยะๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประกาศแนะนำแก่นนำชุมชนเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาในตัวแก่นนำชุมชน และเป็นพันธะสัญญาของแก่นนำชุมชนต่อชุมชน</li> <li>- การร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานเป็นการเสริมพลังอำนาจและเพิ่มคุณค่าในตัวของแก่นนำชุมชน ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในผลงานตัวเอง</li> </ul>
<p><b>การส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงที่สอดคล้องกับบริบท และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การร่วมระดมความคิดวางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆเป็นระยะๆ โดยคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์นั้นๆ</li> <li>- การร่วมกันระดมความคิดเพื่อทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานแล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงในการดำเนินการครั้งต่อไป</li> <li>- การให้เรียนรู้จากการกระทำด้วยตัวเอง (Learning by doing) และการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อแก่นนำชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระบวนการวางแผนและทบทวนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยคำนึงถึงบริบท นับเป็นการขับเคลื่อนการเรียนรู้ให้เกิดการตื่นรู้ โดยการแก้ปัญหาด้วยปัญญา ร่วมกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเอง</li> <li>- การชวนคิดชวนคุย กระตุ้นให้คิดและร่วมกันเสนอความคิดเห็น ด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้</li> <li>- การสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงเป็นการถอดบทเรียนที่ได้จากการทำงาน ทำให้เกิดการเข้าใจ ได้ลึกซึ้งและมีความภาคภูมิใจ</li> <li>- การให้เรียนรู้จากการกระทำด้วยตัวเอง และการเรียนรู้จากที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อแก่นนำชุมชน เป็นการเรียนรู้จากปฏิบัติงานจริงในสนามการวิจัยที่ไม่ยึดกับทฤษฎี ไม่จำเป็นต้องรู้ทฤษฎีทั้งหมด แต่ปฏิบัติไป เรียนรู้ไป ลองผิด ลองถูก บนพื้นฐานของการเข้าใจบริบทชุมชน</li> </ul>

#### 4. การประเมินผล

การประเมินผลนั้น ขอนำเสนอตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้คือ

##### 4.1 การประเมินผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัย

4.1.1 ผลการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน

4.1.2 ความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆ ของตนเอง

4.1.3 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของแกนนำชุมชน ในขั้นตอนการมีส่วนร่วม

4.1.4 ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิด PAR

##### 4.2 การประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจากการดำเนินงานของแกนนำชุมชน

4.2.1 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครอง ในขั้นตอนการมีส่วนร่วม

4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานของแกนนำชุมชนด้านต่างๆ

4.2.3 ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม

4.3 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง

4.3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง

4.3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

4.3.3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

4.3.4 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

#### 4.1 การประเมินผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัย

##### 4.1.1 ผลการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน

จากการประเมินผลการเรียนรู้และการพัฒนาของแกนนำชุมชน โดยการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนและการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนแกนนำชุมชน สะท้อนถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ ได้แก่ ได้เรียนรู้กระบวนการในการแก้ปัญหาในพื้นที่จากการทำจริง เกิดการทำงานเป็นทีม/เกิดภาวะผู้นำ/มีความรับผิดชอบ/ฝึกการแบ่งเวลา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้เรียนรู้ลักษณะของการทำวิจัยอย่างแท้จริง ฝึกการแบ่งเวลา ความรับผิดชอบ การแก้ไขสถานการณ์ล่วงหน้าด้วยตนเอง ได้เรียนรู้ถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน ฝึกภาวะผู้นำให้กับตนเอง และความตรงต่อเวลา”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

แกนนำชุมชนสะท้อนว่า มีความรู้มากขึ้น เอาความรู้ไปใช้กับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น และสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ความรู้ยิ่งเพิ่มพูนมากขึ้น”

(แกนนำชุมชน คนที่ 3)

“...พัฒนาตนเองและคนรอบข้างให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 1)

“... เราไม่ได้แค่ดูแลลูกเราคนเดียวนะ ต้องดูแลคนในชุมชน...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

จากการประเมินแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนมีความรู้ที่ลึกและถูกต้องมาก

ขึ้นเกี่ยวกับ ความสำคัญของการดูแลฟันน้ำนม และสาเหตุของการเกิดฟันผุในเด็ก รวมถึงสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครอง ได้ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและจิตวิทยาในการจูงใจให้เด็กยอมแปรงฟัน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ความจริงแล้วฟันแท้จะดีได้ ขึ้นอยู่กับการดูแลฟันน้ำนมด้วย แต่จากการดูแลและสังเกตเด็กในชุมชนหัวเลี้ยว ยังพบว่าเด็ก 0-3 ปี มีปัญหาฟันผุเกือบทุกคน สาเหตุหลักมาจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม คีมนมชนิดหวาน ขาดการทำมาสะอาดในช่องปาก ไม่แปรงฟัน หรือแปรงฟันไม่สะอาด รวมถึงเสริมฟลูออไรด์ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลไปยังฟันแท้ในอนาคต”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

“เมื่อเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี เด็กวัยนี้ก็คือ ทานอาหารที่มีสีส้มมากขึ้น อาหารรสหวานมากกว่าปกติ บางครั้งพี่เลี้ยงต้องยอมบ้าง แต่ต้องมีสัญญากับเด็กด้วยว่า ทานแล้วจะทำความสะอาดฟัน แล้วก็บอกเล่าเรื่องโทษและประโยชน์ ทำให้เด็กเข้าใจมากขึ้นกว่าเดิมเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กไม่กล้ากินของหวาน”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

“พี่เลี้ยงจะต้องแปรงฟันตัวเองให้เด็กดูแล้วให้เด็กทำตาม ทำอย่างนี้ทุกวัน จนเด็กเกิดใจรักขึ้นมา จนเป็นกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนอาบน้ำ เช้าและเย็น”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

นอกจากนี้ แกนนำชุมชนยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและตนเอง หาข้อมูลเพิ่มเติมจากเว็บไซต์ต่างๆด้วยตนเองได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต้องมีความรับผิดชอบ เป็นแบบอย่างที่ดี ต้องหาข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้มากกว่านี้...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 3)

“...บางครั้งอาจจะหาความรู้จากเว็บไซต์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ใหม่ๆ...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

อีกทั้งแกนนำชุมชนยังรู้สึกว่าเป็นการสานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเกิดสภาพภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาฟื้นฟูในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สานความสัมพันธ์ ระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการได้ เป็นอย่างดี...”

(แกนนำชุมชน คนที่ 3)

“ภูมิใจที่สุดคือ ได้เป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหา ภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในทีมวิจัยที่แก้ไขปัญหาฟื้นฟูในชุมชน ภูมิใจที่ได้เป็นผู้นำวิจัยภายในชุมชน”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่แกนนำชุมชนประเมินตนเอง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการทำงานของตนเองในฐานะแกนนำชุมชนในภาพรวมในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 100

#### 4.1.2 ความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง

จากการประเมินความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเองในฐานะแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง อยู่ในระดับมาก และแกนนำชุมชน 3 ใน 6 คน มีความพึงพอใจต่อการทำงานของตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเท่ากับความพึงพอใจต่อการทำงานของตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

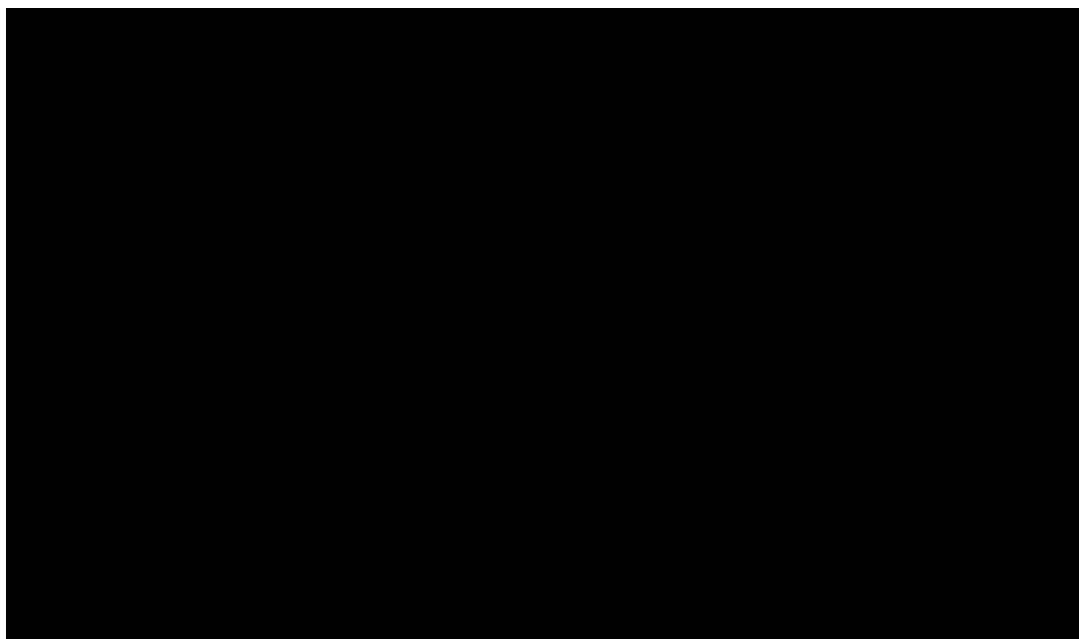
ตารางที่ 4 แสดงความพึงพอใจของแกนนำชุมชนต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของตนเอง(n=6)

กระบวนการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง
1. ในภาพรวม	3	3	-
2. การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพลุก	1	5	-
3. การติดตาม /กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก	1	4	1
4. การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มย่อย	1	4	1
5. การประสานงาน	1	3	1
6. ความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับ	-	6	-
7. การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มใหญ่	-	5	1

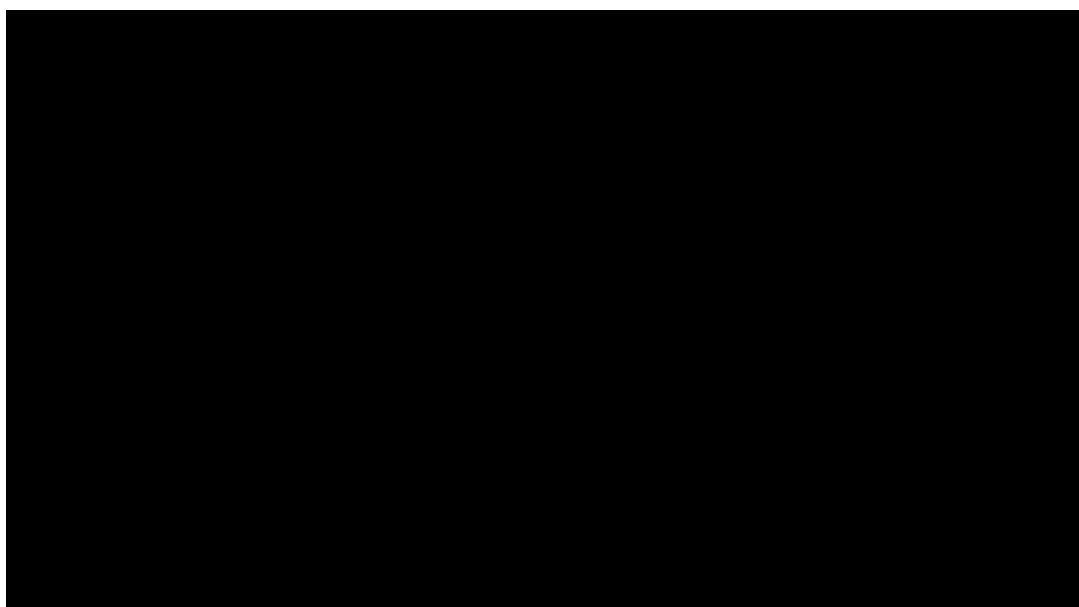
#### 4.1.3 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของแกนนำชุมชน ในขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จากการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม พบว่า แกนนำชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด ในขั้นตอนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ ( 5 คนใน 6 คน ) มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ในขั้นตอน ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดปัญหา/ค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และร่วมวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา อย่างไรก็ตาม 4 ใน 6 คนมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังรายละเอียดในรูปที่ 4

ส่วนความพึงพอใจของแกนนำชุมชนในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม พบว่า แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ ( 4 คนใน 6 คน ) มีระดับความพึงพอใจในระดับมากในขั้นตอนร่วมปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ได้ จากการประชุมและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ผ่านมา นอกจากนี้ 2 ใน 6 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุด ดังรายละเอียดในรูปที่ 5



รูปที่ 4 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในขั้นตอนต่างๆ (n=6)



รูปที่ 5 แสดงความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (n=6)



#### 4.1.4 ลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิด PAR

จากการประเมินลักษณะการดำเนินงานของแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชน ได้วางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆเป็นระยะๆ ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และมีการสะท้อนผลการปฏิบัตินำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอนถัดไป ตั้งแต่ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์วางแผน ดำเนินงานและประเมินผลร่วมกับชุมชน ในลักษณะที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนดังกล่าว ซึ่งจากการสังเกตและพูดคุยกับแกนนำชุมชน พบว่า เหตุผลที่ทำให้แกนนำชุมชนนำแนวทางนี้ไปใช้ เกิดจากการที่แกนนำชุมชนได้ควิทัศน์ตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้เห็นรูปธรรมของการทำงาน ร่วมกับเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งนับเป็นครั้งแรกของชุมชนหัวเลี้ยวที่มีการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยมีคนในชุมชนเป็นแกนนำในการดำเนินการแก้ปัญหา

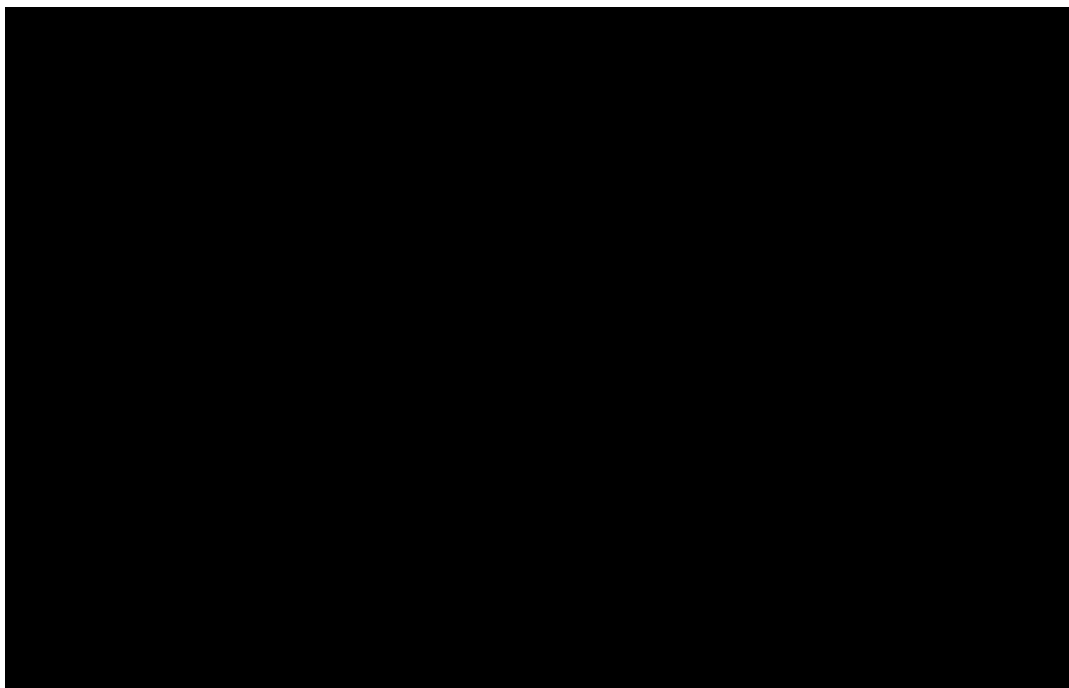
โดยมีการประเมินผลการดำเนินงานในลักษณะที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ

### 4.2 การประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจากการดำเนินงานของแกนนำชุมชน

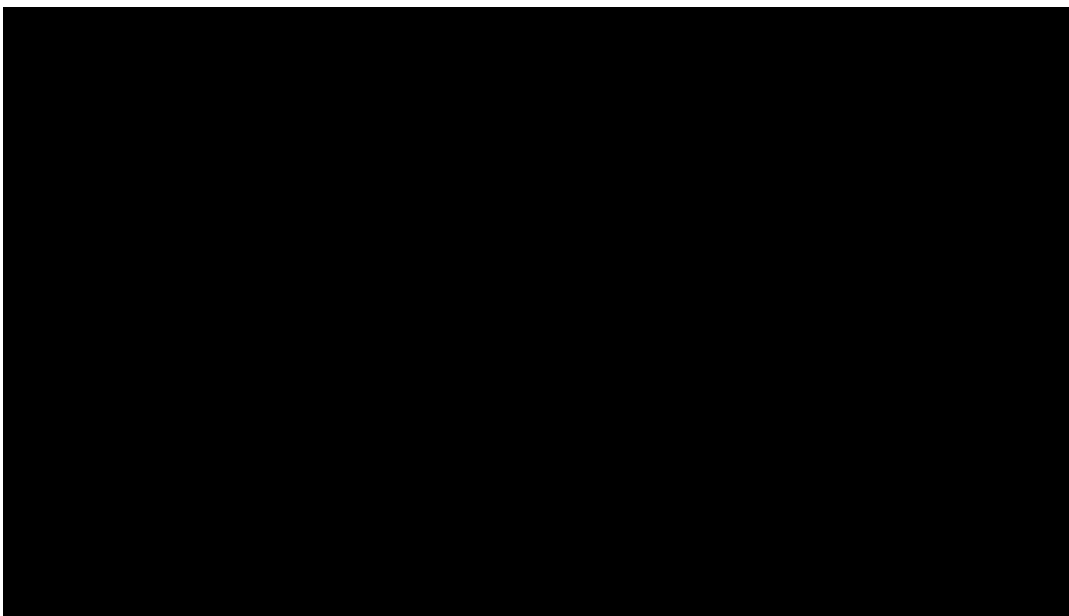
#### 4.2.1 ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปกครองในขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ผู้ปกครอง ได้ประเมิน ระดับการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ต่อกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยใช้ แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม พบว่า ในภาพรวม ร้อยละ 80-95 ของผู้ปกครอง คิดว่า กิจกรรมทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ในระดับที่มากถึงมากที่สุด โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในขั้นตอนร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้จากการประชุม และขั้นตอน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ปฏิบัติการ ตามกิจกรรมในระดับที่มากถึงมากที่สุด สูงกว่าขั้นตอนอื่นๆ ดังรายละเอียดในรูปที่ 6

ส่วนความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมของกิจกรรมที่ดำเนินโดยแกนนำชุมชน พบว่า ในภาพรวม ร้อยละ 65- 85 ของผู้ปกครอง มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในขั้นตอนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ปฏิบัติการตามกิจกรรม ดังรายละเอียดในรูปที่ 7



รูปที่ 6 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)



รูปที่ 7 แสดงความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม (ร้อยละ)

#### 4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของแกนนำชุมชน

ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อแกนนำชุมชน ในภาพรวม อยู่ในระดับมากและมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 โดยมีระดับสูงที่สุดในแง่การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มย่อย และการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดำเนินงานด้านต่างๆของแกนนำชุมชน(n=20)

กระบวนการ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)
1. ในภาพรวม	60	30	10
2. การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มย่อย	50	40	10
3. การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพลูก	45	50	5
4. เนื้อหาที่ได้รับจากแกนนำชุมชน	45	45	10
5. การติดตาม /กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปาก ของลูก	45	40	15
6. การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มใหญ่	45	35	20
7. วิธีการถ่ายทอดความรู้ของแกนนำชุมชน	40	50	10
8. การประสานงานของแกนนำชุมชน	40	35	25
9. ความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับ	30	50	20

#### 4.2.3 ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม

จากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครอง คิดว่า จากการที่ได้ร่วมดำเนินกิจกรรม ที่มีลักษณะให้ชุมชน ได้ร่วมคิด ร่วมทำ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน และนำความรู้มาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอใจ ๆ มาก ๆ เลย ได้มานั่งพูดคุยกันเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกัน”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“ได้ความรู้มาเปลี่ยนแปลงตัวเอง เพราะเวลาเราไปฟังเราก็นำความรู้มาเปลี่ยนแปลงตัวเอง แล้วก็ได้เพื่อน แลกเปลี่ยนความรู้กัน”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

ผู้ปกครองเกิดความเป็นกันเอง สนุกสนมมากขึ้น และพึงพอใจมากต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มเล็กๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำให้ทุกคนยังสนุกสนมกันมากขึ้น กล้าที่จะพูดปัญหาในช่องปาก”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

“เป็นการแลกเปลี่ยนในกลุ่มเล็ก ๆ แบบนี้ก็คือโครงการนี้ดีมากเลย ทำให้เรามีโอกาสได้มานั่งพูดคุยกันมากขึ้น เพราะปกติเราไม่ค่อยได้มานั่งพูดเรื่องแบบนี้”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

#### 4.3 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีของผู้ปกครอง

##### 4.3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง

จากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในกลุ่มผู้ปกครองพบว่า ทุกคนเห็นว่า มีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากและจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากหมอฟัน สำหรับพฤติกรรมการแปรงฟัน ทุกคนจะแปรงฟันตอนเช้าและแปรงฟันทุกวัน และพบว่าหลังจากเข้าโครงการ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการแปรงฟันตอนเที่ยงและก่อนนอนทุกครั้งเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 55 และจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการแปรงฟันทันทีเมื่อรับประทานอาหารที่มีรสหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ รวมถึงการใช้ไหมขัดฟันเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง (n=20)

เนื้อหา	ผู้ปกครอง (n=20)	
	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)
1. ท่านแปรงฟันช่วงเวลาใดบ้าง		
เช้า	100	100
เที่ยง	25	55
เย็น	15	5
ก่อนนอน	90	90
ก่อนละหมาดทุกครั้ง	15	40
ก่อนละหมาดบางครั้ง	15	15
2. เมื่อท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานแล้ว ท่านแปรงฟันทันที	35	70
3. ท่านใช้ฟลูออไรด์		
ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	80	100
น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์	30	50
4. ท่านใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันของท่านหรือไม่		
ใช้ประจำทุกวัน	20	30
ใช้บางครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์)	10	25
ใช้นาน ๆ ที (2-4วัน/สัปดาห์)	5	20
ไม่เคยใช้	65	25

ซึ่งผลที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้ปกครองสะท้อนว่า มีความตระหนักและแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยมีการแปรงฟันที่ถูกวิธีและใช้ไหมขัดฟันเพิ่มขึ้น รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ ลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวานต่าง ๆ นมเปรี้ยว น้ำอัดลม เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาให้ลูกแปรงฟันก็จะแปรงซ้ำให้อีกครั้งแล้วก็ตรวจดูว่าแปรงสะอาดไหม ตัวเองก็แปรงฟันบ่อยขึ้น หลังจากรู้ว่า ท่านนบี (ท่านศาสดามุฮัมมัด ช.ล.) แปรงฟันประจำก่อนละหมาด”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

“ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการก็มีการเปลี่ยนแปลงมากในทางที่ดีขึ้น จากที่แปร่งฟันอย่างเดียวก็เริ่มหันมาใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ เมื่อก่อนใช้ดอกบัวคู่เดี๋ยวนี้ก็มาใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ เช่น คอลเกต การแปร่งฟันก็นานขึ้น แล้วก็จากแต่ก่อนแปร่งฟัน 3 ครั้ง แต่เดี๋ยวนี้ก็ 4 ครั้งต่อวัน คือ ซุปสี 8 โมงเช้า ตอนเที่ยงก็ไม่แปร่งแต่ใช้ไหมขัดฟัน แล้วก็อีกครึ่งก็ตอนก่อนลมหาดอัศรี หลังจากนั้นก็นอนนอน”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“เมื่อก่อนตอนที่ไม่ได้เข้าโครงการก็ไม่ค่อยดูแลเท่าไร ส่วนมากจะแปร่งตอนเข้ากับก่อนนอน ตอนเที่ยงก็ไม่ อยู่แบบนี้ตลอด ลูกก็ไม่ถูกต้อง รู้ว่าแปร่งฟันถูกวิธีแปร่งยังไงรู้ แต่ทำไมถูกไม่คอยสนใจ ผลจะออกมายังไงก็ไม่คิดหรอก พอมาอยู่โครงการก็ได้รู้ว่าที่เราแปร่งอยู่มันไม่ถูกต้อง ทำให้ฟันเป็นแบบนี้ พอเดี๋ยวนี้เราก็ไปตรวจ พอมาฟังโตะอีหม่ามพูดก็สนใจมากขึ้น มีแรงกระตุ้นมากขึ้นในการรักษาช่องปาก ... ”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“เรื่องขนมมันแหละที่เราดูแลหลังจากเข้าร่วมโครงการก็ดูแลมากขึ้น พอกินขนมเราก็ให้บ้วนน้ำเป็นประจำ ให้ดูรูปภาพว่าถ้ากินขนม ลูกอมฟันจะเป็นแบบนี้ละ คือชี้ให้ดูโทษ พอหลัง ๆ มานี้ก็ไม่ค่อยกินแล้วนะ ลดลงจากเดิมเยอะเลย”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“ได้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น อยากให้มีต่อเนื่อง ได้รวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ยอมรับว่าเมื่อก่อนเราไม่รู้อะไรเลย แต่เดี๋ยวนี้เรามีความรู้มากขึ้น จะได้รับการฟันลูกหลานมากขึ้น เมื่อก่อนพอลูกร้องก็ให้เงินไปซื้อขนมเองไม่สนใจ แต่เดี๋ยวนี้เราก็สนใจมากขึ้น ซื้อผลไม้มาที่บ้านเลือกขนมที่มีประโยชน์ให้ลูกกิน”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“...ตัวเองก็แปร่งฟันบ่อยขึ้น...”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

“...จากที่แปร่งฟันอย่างเดียวก็เริ่มหันมาใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์...”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“...เราก็ทำอย่างที่สอนมาตลอด กินอาหารเสร็จก็แปรงฟัน ”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

#### 4.3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง

จากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ปกครองเป็นผู้ทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูก โดยร้อยละ 65 ของผู้ปกครองให้เด็กแปรงฟันเองก่อนแล้วค่อยแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ร้อยละ 20 ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ผู้ปกครองทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูกโดยใช้ผ้า/สำลีชุบน้ำและใช้แปรงสีฟันเท่ากับร้อยละ 70 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 3 – 4 นาทีในการทำความสะอาดฟันให้ลูก ในขณะที่ ร้อยละ 70 ของผู้ปกครองเช็ดเหงือกและฟันให้ลูกทุกวัน โดยส่วนใหญ่เช็ดเหงือกและฟันให้ลูกช่วงเช้า มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่เช็ดเหงือกและฟันให้ลูกช่วงก่อนนอน ทั้งนี้เนื่องจากส่วนหนึ่งของผู้ปกครอง (9 คน) เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กหรือญาติ ซึ่งอยู่กับเด็กเฉพาะกลางวันจึงไม่ได้นอนกับเด็ก และเพียงร้อยละ 25 ของผู้ปกครอง เช็ดเหงือกและฟันลูกทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

นอกจากนี้พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการแปรงฟันให้ลูกทุกวัน โดยเฉพาะช่วงเช้า ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 90 ในขณะที่มีผู้ปกครองแปรงฟันให้ลูกก่อนนอน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 60 หลังเข้าร่วมโครงการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง (n=20)

เนื้อหา	ผู้ปกครอง (n=20)	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
1. การแปรงฟันของลูกท่าน		
เด็กแปรงฟันเอง	25	15
ผู้ใหญ่แปรงฟันให้	25	20
เด็กแปรงเองก่อนแล้วผู้ใหญ่แปรงซ้ำ	50	65
2. เวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้ในการแปรงฟัน/ทำความสะอาดเหงือก และฟันให้ลูก		
1 – 2 นาที	35	30
3 – 4 นาที	20	35
5 นาทีขึ้นไป	-	25
3. ลูกของท่านแปรงฟันช่วงใด		
เช้า	75	90
เที่ยง	20	25
เย็น	10	15
ก่อนนอน	45	60
หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	-	10

ซึ่งผลที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ สอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้ปกครองสะท้อนว่า มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เวลาให้ลูกแปรงฟันก็จะแปรงซ้ำให้อีกครั้งแล้วก็ตรวจดูว่าแปรงสะอาดไหม”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“...พอกินขนมเราก็ให้บ้วนน้ำเป็นประจำ ให้ดูรูปภาพว่า ถ้ากินขนม ลูกอมฟันจะเป็นแบบนี้ นะ คือชี้ให้ดูโทษ...”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)



นอกจากนี้ ผู้ปกครองสะท้อนว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในทางที่ดีขึ้น ทั้งการแปรงฟันให้เด็กและการควบคุมอาหารของเด็ก เนื่องจากได้รับความรู้ใหม่ๆที่ยังไม่เคยรู้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“โดยปกติ....ก็จะดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและลูกที่อยู่แล้วและพอได้เข้ารับการอบรมทำให้ตระหนักมากยิ่งขึ้น และได้ความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี เมื่อก่อนลูกจะทานนมรสหวานแต่เดี๋ยวนี้เปลี่ยนไปเป็นนมรสจืดแทน เวลาดื่มนมก็จะให้ลูกดื่มในแก้วที่มีหูจับเปลี่ยนจากที่ให้ดื่มด้วยขวดนม และเวลาดื่มนมเสร็จก็จะให้ดื่มน้ำตาม ตอนนี้อย่างนี้ไม่ให้ลูกหลับคาขวดนมแล้ว เวลาลูกอาบน้ำก็จะให้แปรงฟันด้วยตนเองก่อน แล้วค่อยแปรงซ้ำแต่ตอนนอนจะใช้ผ้าก๊อซเช็ดฟันลูก คอยตรวจดูฟันลูกอยู่เสมอได้รับความรู้มากยิ่งขึ้น ทำให้สนใจที่จะดูแลมากขึ้น พาลูกหลานไปทำฟันบ่อยขึ้น”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“ตอนที่ยังไม่เข้าอบรมทุกคน คิดว่า เรื่องฟันคงไม่มีประเด็นน่าสนใจหรือให้ดูแลอะไรมากมาย แต่หลังจากได้รับการอบรมกลับทำให้รู้สึกว่าการแปรงฟันนี้มีความสำคัญมาก”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 4)

“เรื่องการบริโภคอาหาร เช่น ขนมต่างๆ จะไม่ให้เด็กไปซื้อเอง ส่วนใหญ่พ่อแม่จะซื้อมาให้ ส่วนใหญ่แล้วเด็กจะชอบนมเปรี้ยวมากกว่ารสอื่น ๆ”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 4)

“เวลาลูกนอนจะใช้ผ้ามาเช็ดปากลูก เพราะเวลากลางวันลูกจะเล่นจน อันนี้เป็นเคล็ดลับที่ไม่เหมือนคนอื่น”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“เวลาให้ลูกแปรงฟันก็จะแปรงซ้ำให้อีกครั้ง แล้วก็ตรวจดูว่า แปรงสะอาดไหม”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

“เมื่อก่อนคิดว่านมเปรี้ยวไม่ค่อยมีน้ำตาลมากเท่าไร แต่พอดูกิจกรรมที่จัดมาเช่นการจัดบอร์ดในงานมหกรรมสุขภาพฟันที่หัวเลี้ยว นั้น เพิ่งรู้ว่า นมเปรี้ยวมีน้ำตาลมาก หลังจากนั้นก็

เปลี่ยนให้ลูกกินนมจืด แทนนมเปรี้ยวหรือนมรสช็อคโกแลต ส่วนอาหารการกินอื่น ๆ ก็ให้ลูกกินผักมากขึ้น มีประสบการณ์ของตัวเองเรื่องหนึ่งคือ ตอนเลี้ยงลูกในช่วง 2 เดือนนั้นให้ลูกกินนมแม่กินแค่ 2 เดือนเพราะน้ำนมไม่ไหล หลังจากนั้นให้ลูกกินนมขวด แต่ฟันลูกก็ผุไม่เหมือนลูกคนอื่นคือ ผุแค่ครั้งหนึ่งไม่ผุทั้งซี่ หลังเข้ารับการอบรมก็รู้ว่าเกิดจากการที่ให้ลูกกินนมหลับคาขวด ทั้ง ๆ ที่เราก็แปรงฟันให้ลูกตลอดนะ แต่ไม่ได้เช็ดฟันให้ลูกตอนลูกนอนไง เพราะช่วงนั้นยังไม่มีความรู้อะไร แต่พอเดี๋ยวนี้ก็รู้แล้ว เดี่ยวนี้ก็ให้ลูกแปรงฟันมากขึ้น คุณดูแลสุขภาพช่องปากลูกมากขึ้น จากเมื่อก่อนเราก็แปรงฟันของเรา พอของลูกเราก็สั่งให้ลูกไปแปรงเอง คือ สั่งอย่างเดียวไม่ไปแปรงซ้ำให้ลูก เดี่ยวนี้ก็จะตรวจฟันให้ลูกตลอด บางครั้งหลังแปรงฟันก็จะใช้สีย้อมที่หมอให้มาทาให้ลูกแล้วมาเปรียบเทียบกันทั้งสองคน น้องก็จะบอกว่าของอาแบเยอะ คือเด็กเกิดการเรียนรู้เองไง แล้วก็ทำให้เด็กสนใจมากขึ้นด้วย เราก็จะอธิบายและสอนลูกไปด้วย”

(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

อีกทั้ง ผู้ปกครองและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการควบคุมเรื่องอาหารของเด็ก ดังนี้คือ เลือกซื้อนมที่ไม่ผสมชูโครส โดยให้คำแนะนำพ่อแม่ไม่ให้เลือกซื้อนมต่าง ๆ เช่น นมกล่องรสหวาน นมเปรี้ยว เป็นต้น ให้เด็กดื่มนมเป็นมือ ๆ อาหารที่ให้เด็กรับประทานแต่ละมื้อควรทำเองมากกว่าซื้อจากร้านต่าง ๆ ฝึกให้เด็กที่โตแล้วดื่มนมกับแก้วดีกว่าดื่มนมกับขวด ฝึกให้เด็กหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมจุบจิบต่าง ๆ อาหารที่ทำให้เด็กรับประทานควรเป็นเมนูอาหารที่หลากหลาย ครบ 5 หมู่ เน้นผักและผลไม้

#### 4.3.3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

จากการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ โดยใช้แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่า ผู้ปกครองมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ ทั้งเรื่อง การทำฟันขณะตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากของแม่และลูก ผลเสียของการที่เด็กหลับคาขวดนม การทำความสะอาดช่องปากเด็กตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น และการเติมน้ำตาลหรือน้ำหวานในอาหารที่ให้เด็กกินเพื่อให้ทานได้มากขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง (n=20)

เนื้อหา	ผู้ปกครอง (n=20)	
	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)
1. ขณะตั้งครรภ์ สามารถทำฟันได้	55	95
2. สุขภาพฟันและความสะอาดในช่องปากของแม่ไม่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพของลูก	35	55
3. การที่เด็กหลับโดยมีขวดนมค้างอยู่ในช่องปากไม่มีผลเสียต่อเด็ก	70	75
4. การทำความสะอาดช่องปากเด็กควรเริ่มตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น	85	90
5. การที่เด็กเลิกดื่มนมขวดจากขวดช้าไม่มีผลต่อการเกิดฟันผุ	40	55
6. ไม่ว่าท่านพยายามอย่างไร ลูกก็มีโอกาสฟันผุอยู่แล้ว	50	60
7. เมื่อมีฟันน้ำนมผุไม่จำเป็นต้องรักษา เดี่ยวฟันแท้ก็งอกขึ้นมา	80	85
8. การทานลูกอม ขนมหวานบ่อยๆ เป็นเรื่องปกติของเด็ก	55	65
10. เราควรเติมน้ำตาลหรือน้ำหวานในอาหารที่ให้เด็กกินเพื่อให้ทานได้มากขึ้น	60	95

#### 4.3.4 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองมีความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นเกี่ยวกับเชื้อโรคในช่องปากจากแม่สามารถติดต่อไปที่ลูกได้ ควรให้ลูกเลิกดื่มนมมือตัก เมื่ออายุ 6 เดือน และให้ลูกเลิกดื่มนมจากขวด เมื่ออายุ 1 ปี รวมถึงประเภทของอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุของผู้ปกครอง (n=20)

ประเภทของอาหาร ที่มีผลทำให้เกิดฟันผุ	ผู้ปกครอง (n=20)	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
ขนมกรอบที่บรรจุถุง เช่น ปาร์ดี	75	95
กล้วยทอด	45	65
ชอคโกแลต	90	95
ลูกอม	95	100
หมากฝรั่ง	65	65
นมจืด	15	0
นมสด UHT รสต่าง ๆ	50	65
เปรี๊ยะ	65	95
ขนมเจาะหู	50	75
ถั่วต้ม	20	15
เค้ก	55	75
น้ำอัดลม	90	95
ขำมาม่า	35	65
ผลไม้สด	20	5
โรตีสายไหม	55	70
ไอศกรีมรสต่าง ๆ	45	65
เครปญี่ปุ่น	40	55
น้ำปั่น/ชาไข่มุก	50	60
ลูกชิ้น	35	50

## บทที่ 4

### สรุปและวิจารณ์ผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า 1) ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแล สุขภาพช่องปากให้แก่เด็กและตนเอง 2) แกนนำชุมชน ผู้ปกครอง และชุมชนมีแนวคิดในการ แก้ปัญหาระดับชุมชนด้วยชุมชนเองที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม 3) แกนนำชุมชนได้รับการยอมรับจาก ชุมชนในการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพช่องปาก โดยการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง ที่สำคัญ คือ การ ส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชนภายใต้การมีส่วนร่วมโดยทีมวิจัยและแกนนำชุมชนส่งเสริมให้ ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งผลการประเมินแสดงถึงระดับการมีส่วน ร่วมของตนเองและความพึงพอใจ ต่อการมีส่วนร่วม ในระดับที่สูงทั้งจากผู้ปกครองและแกนนำ ชุมชนเอง

กระบวนการในการส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชนที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ที่สำคัญ คือ

1. การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชน ในเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนตามระยะ ของการทำงาน
3. การเสริมสร้างขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แกนนำชุมชน
4. การส่งเสริมการเรียนรู้ จากการปฏิบัติงานจริง ที่สอดคล้องกับบริบทและมีการ สะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุง

โดยพบว่าในกระบวนการต่าง ๆ นั้น สิ่งสำคัญที่เอื้อให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วม มี ดังนี้

1. การคัดเลือกแกนนำชุมชน ซึ่งคัดเลือกโดยทันตภิบาลที่เป็นคนในพื้นที่ โดยมี เกณฑ์ในการคัดเลือกแกนนำชุมชน คือ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่อง ปาก แกนนำชุมชนเป็นคนในพื้นที่ จึงมีความเข้าใจบริบทของคนในชุมชน นอกจากนี้เป็นผู้ที่มี

เวลาว่างหรือสามารถจัดสรรเวลาได้ เนื่องจากมีความใกล้ชิดสนิทสนม รู้จักเป็นกันเองกับคนในชุมชน จึงสามารถคัดเลือกแกนนำชุมชน ที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการแก้ปัญหา มีความรับผิดชอบ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และเป็นกำลังหลัก ในการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับ เกรียงศักดิ์ ธนอัสวนนท์ (2550)<sup>62</sup> ที่กล่าวว่า จุดสำเร็จของการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนหนึ่งคือ คัดเลือกแกนนำสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถ ถ่ายทอดความรู้ เป็นที่ยอมรับและศรัทธาจากประชาชนในหมู่บ้าน

2. การได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี จากผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา ในพื้นที่ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการที่แกนนำชุมชนคนที่ 4 นั้น เป็นน้องสาวของประธานชุมชนหัวเลี้ยว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จุฑารัตน์ พาพันธ์ และคณะ (2549)<sup>63</sup> และมณฑล จันทมาศ (2550)<sup>64</sup> ที่พบว่า ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ หรือการมีบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้นำในชุมชน เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม

3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ภายใต้อากาศที่เป็นกันเองและมีความไว้วางใจต่อกัน โดยเฉพาะ ในขั้นตอนการวางแผน และการประเมินผล ผ่านการร่วมกัน ทบทวน และวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานและวางแผนครั้งต่อไป และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ จากการปฏิบัติงานจริง เป็นระยะตามการทำงาน โดยเปิดโอกาส ให้คิดเป็นรายบุคคลก่อน หลังจากนั้นจึงร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยทำในทุกครั้ง จนทำให้แกนนำชุมชนมีความกล้าในการแสดงความคิดเห็น และรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม

4. การศึกษาบริบทชุมชนโดยแกนนำชุมชนนั้น ทำให้แกนนำชุมชนได้เห็นข้อมูลสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของปัญหาและเกิดความรู้สึกที่อยากแก้ปัญหาของชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watson และคณะ (2001)<sup>65</sup> และการศึกษาของ อารมณจิตร คารีย์และคณะ (2549) (อ้างในพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ (2550))<sup>66</sup> ที่พบว่า การที่สมาชิกในชุมชนมีโอกาสนค้นหาปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

การศึกษาครั้งนี้ นับเป็นการเปลี่ยนแปลง บทบาทของทันตบุคลากร จากผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้น เป็นพี่เลี้ยง ให้กับแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>59,67-70</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เริ่มต้น จากทันตบุคลากร เป็นผู้ศึกษาบริบทชุมชนหรือข้อมูลปัญหาแล้วนำเสนอต่อผู้ที่ เป็นแกนนำหรือเจ้าของพื้นที่เอง จากนั้น จึงให้แกนนำหรือเจ้าของพื้นที่ มีส่วนร่วม ในการร่วมวิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จนถึงร่วมกันประเมินผลการ

ดำเนินงาน ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่เริ่มต้นสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ให้แกนนำเป็นผู้ที่ศึกษาบริบทชุมชน หรือข้อมูลปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ นอกจากนี้ สิ่งที่แตกต่างกัน หลายการศึกษา<sup>59,67-70</sup> ที่ส่วนใหญ่แกนนำ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน อบต. ผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์เด็กเล็ก ครูประถมศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ ในขณะที่การศึกษานี้ แกนนำชุมชนเป็นผู้ที่ไม่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ เป็นเพียงชาวบ้านธรรมดาที่สมัครใจร่วมเป็นแกนนำในการดำเนินการ โดยการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนดังกล่าว ทำให้แกนนำชุมชน มีความพร้อมและรู้สึกมั่นใจ ในการดำเนินงานมากขึ้น ส่งผลให้ดำเนินการได้และได้รับความเชื่อถือจากผู้ปกครอง และแกนนำชุมชนสามารถเข้าถึงผู้ปกครองได้เหมาะสมกับบริบทสื่อสารและทำงานได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ปกครอง และในระยะยาวมีโอกาสเพิ่มจำนวนแกนนำชุมชนในการทำงานกับชุมชนโดยตรงได้มากกว่าการเพิ่มจำนวนของพันธุบุคลากร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ ได้คัดเลือกแกนนำชุมชน ที่มีความสามารถในการทำงานเป็นทีมและมีความสนใจเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเบื้องต้นพอสมควร จึงอาจสะท้อนถึง การดำเนินงานกับชุมชน ในกรณีที่มีแนวโน้มของความร่วมมือร่วมใจมากกว่าแกนนำชุมชนที่มีความสนใจน้อย

จุดเด่นของการศึกษานี้อีกประเด็น คือ แกนนำชุมชนส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยนำหลักการศาสนา มาให้เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็ก ซึ่งการสร้างความสำเร็จในปัญหาสุขภาพช่องปาก ในชุมชนโดยส่วนใหญ่จะเป็นไปได้ยากเนื่องจากประชาชนมักให้ความสำคัญกับเรื่องอื่น ๆ มากกว่า แต่การนำหลักการทางศาสนาอิสลามมาร่วมด้วย ทำให้เกิดการยอมรับได้มากขึ้นเพราะเป็นแบบอย่างที่ท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ)ปฏิบัติ ร่วมกับการได้เห็นสภาพช่องปากของตนเองและเด็ก และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ ความต้องการ ความสนใจของผู้ปกครอง เน้นการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาของตนเอง และมีศักยภาพในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับตนเอง ร่วมกับการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเองและแกนนำชุมชน และการที่แกนนำชุมชน มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและเด็ก ผ่านการเยี่ยมบ้าน พูดคุยในบรรยากาศที่เป็นมิตร ช่วยเหลือและชื่นชมมากกว่าเพียงการสำรวจข้อมูล ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ด้วยวิธีการที่เรียบง่ายเหมาะสมกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้ข้อดีสำคัญอีกประการหนึ่งของการที่แกนนำชุมชน เป็นผู้ดำเนินการเองนั่น คือ ความสามารถที่จะทำงาน ตามวันเวลาที่สะดวกของชุมชนและของแกนนำชุมชนด้วย ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ทั้งเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ซึ่งอาจจะ

ไม่ใช่เวลาที่ผู้วิจัยสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับมยุเรศ เกษตรสินสมบัติ (2551)<sup>59</sup> ที่กล่าวว่า เวลาที่ใช้ในการประชุมขึ้นกับความสะดวกของคนในชุมชน

ในการให้ความรู้ต่างๆแก่ทั้งแกนนำชุมชนและผู้ปกครองนั้น เนื้อหาความรู้ที่สอนนั้น เป็นเรื่องที่เกิดจากการอยากรู้ของแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง เช่น โรคในช่องปาก การฝึกทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟันที่ถูกวิธี การย้อมสีฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ทำให้ทั้งแกนนำชุมชนและผู้ปกครองสามารถนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรลักษณ์เถื่อนนาดี และ สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา (2550)<sup>60</sup> และการศึกษาของสุดาตวง เกร็นพงษ์ และ วนิดาฉั่วสุวรรณ(2550)<sup>70</sup> ที่กล่าวว่า เนื้อหาวิชาการที่จะนำไปใช้ให้สำเร็จผลได้ในระดับชุมชน ควรที่จะสั้น กระชับ และสามารถทำได้จริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งรูปแบบ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่เป็น การให้ความรู้เป็นระยะๆ และตามความต้องการของผู้ปกครอง เหมาะสมกับบริบท ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งแตกต่างจากการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมๆ ที่ให้ความรู้ทุกเรื่อง ในครั้งเดียวจบนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ Sprod และคณะ (1996)<sup>71</sup> ที่กล่าวว่า การชักจูงด้วยวิธีต่างๆ จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้นๆ แต่ถ้าใช้วิธีที่พิถีพิถันบนฐานของการมีส่วนร่วมและใช้ประเด็นทางสังคมวัฒนธรรม ค่านิยม และบรรทัดฐานของบุคคล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสม และค้ำจุนๆเพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าใจผิด จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้เป็นเวลานานขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำชุมชน เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ทำให้ ผู้ปกครอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับ Kay และ Locker (1997)<sup>72</sup> และการศึกษาของฉลองชัย สกลวัฒน์ และคณะ(2554)<sup>67</sup> ที่พบว่า พัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองด้านการดูแลความสะอาดช่องปากเด็ก และการเยี่ยมบ้านโดยทันตบุคลากร และครูผู้ดูแลเด็ก นับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กไปในทางที่ดีขึ้น

สิ่งที่สะท้อนความสำเร็จของกระบวนการที่ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชนที่สำคัญนั้น เกิดจากการเห็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครองในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็ก ซึ่งสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมของแกนนำชุมชน ซึ่งเดิมยังไม่เคยปรากฏมาก่อน รวมถึงการที่ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานของแกนนำชุมชน เพราะมีลักษณะของการให้ชุมชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ แกนนำชุมชน ได้สะท้อนให้เห็นถึง การเปลี่ยนแปลงของความสามารถของตนเองว่า เกิดจากกระบวนการของผู้วิจัยที่ดำเนินการทั้งนี้กระบวนการที่ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน ที่สำคัญคือ การสร้างความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ทั้งจาก



การที่ผู้วิจัย ให้เวลาอย่างเต็มที่ แก่แกนนำชุมชน รู้จักธรรมชาติของแกนนำชุมชน การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่ต้องกังวลเรื่องผิดหรือถูก แต่ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและชวนให้เกิดการทบทวน คติวิเคราะห์เป็นระยะ รวมถึงหาแนวทางปรับปรุงได้เสมอ ทำให้แกนนำชุมชน มีความมั่นใจและพร้อมเรียนรู้ แม้จะเป็นสถานการณ์ที่เริ่มใหม่ หรืออาจดูยุ่งยากก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ กัญญารักษ์ ศรีทองรุ่ง (2542) (อ้างในปาริชาติ สถาปิตานนท์และคณะ (2549))<sup>45</sup> ซึ่งพบว่า กระบวนการสื่อสารเห็นหน้ากันโดยตรง ได้ช่วยในการลดช่องว่างของความแตกต่างกัน ในด้านต่างๆของบุคคลได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้เข้าร่วม มีความกล้าในการแสดงความคิดเห็น รับฟังกันมากขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและความรู้สึกผูกพันกับแผนการพัฒนาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้ที่นำความรู้ทางวิชาการ มาให้เห็นเป็นรูปธรรมที่เข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ง่าย ผ่านการจัดการเรียนรู้ให้ลองปฏิบัติไป เรียนรู้ไป ให้สอดคล้องกับระยะของการปฏิบัติงาน ซึ่งต่างจากการที่ ศึกษาทฤษฎีจนจบก่อน แล้วจึงเริ่มปฏิบัติ กระบวนการนี้ช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการกระทำด้วยตนเองได้ง่ายและชัดเจน เช่น ในช่วงแรก ใช้สื่อวีดิทัศน์ตัวอย่าง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวคิด และทำให้เห็นภาพของกระบวนการวิจัยได้อย่างชัดเจนขึ้น และมีการฝึกปฏิบัติทักษะการศึกษาชุมชน และนำไปใช้ แล้วมาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์สิ่งที่เรียนรู้ แล้วจึงเสริมเรื่อง การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเกิดขึ้นตามความต้องการของแกนนำชุมชน โดยรูปแบบกิจกรรม จะเน้นการนำไปใช้กับตัวเองได้ และคลี่คลายข้อสงสัยในลักษณะที่คนทั่วไปมอง จึงเอื้อให้แกนนำชุมชนมีความมั่นใจ เพราะสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ตรงของตนเอง ไปสู่การถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชน โดยยังคำนึงถึงบริบทของผู้ปกครองเช่นกัน

นอกจากนี้ แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของชุมชน ที่เกิดจากการร่วมระดมความคิดในเวทีประชาคม ครั้งที่ 2 นั้น ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมดที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครองและขยายผลสู่กลุ่มอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชน เช่น การสร้างกระแสสังคมในชุมชนโดยจัดรณรงค์เรื่องฟันปีละ 1 ครั้ง การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้มีคูบะห์ (การบรรยายธรรมโดยผู้นำศาสนา) ในช่วงการละหมาดทุกวันศุกร์ ที่เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จัดเสียงตามสายโดยเยาวชนที่บิลาซาเซาะ(สถานที่ละหมาดและเรียนศาสนา) รวมถึงสร้างบุคคลต้นแบบนั้น ซึ่งรูปแบบการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาผ่านผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในชุมชนทั้งจากมุมมองของผู้ปกครองและชุมชน ทำให้แนวทางการแก้ปัญหาจึงมีลักษณะที่สัมพันธ์กับปัจจัยทั้งสิ่งแวดล้อม และการปรับพฤติกรรม

ของผู้ปกครองโดยตรง อันแตกต่างกับการแก้ปัญหา โดยผ่านการให้ความรู้ หรือการอบรม ไปที่ผู้ปกครองอย่างเดียว ที่จะอาจให้ผลระยะสั้น<sup>71</sup>

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถสะท้อนถึงผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กได้ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาานพอสมควร อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการศึกษานี้ใช้เวลาไม่มากนัก แต่สิ่งที่เกิดขึ้นจากการศึกษานี้ ทำให้แกนนำชุมชนและผู้ปกครองเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและสามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรลักษณ์ เกื้ออนาคิและสุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา(2550)<sup>69</sup> ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ทำให้ผู้ปกครองเด็กและแกนนำชุมชน เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และชุมชน สามารถดำเนินการด้วยการพึ่งพิงตนเองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กปฐมวัย

การศึกษานี้ เลือกพื้นที่เดียวที่จะเจาะจง ดังนั้นผลการศึกษา จึงสะท้อนได้ในบริบทของชุมชนหัวเลี้ยว ตำบลยามู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี ดังนั้นการนำไปใช้อาจจะต้องพิจารณาบริบทของแต่ละพื้นที่

การศึกษานี้ มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลในระดับที่ดี โดย 1) การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์โดยตรงและครอบคลุมทุกคน 2) เครื่องมือการวิจัย มีการออกแบบโดยแกนนำชุมชน ทำให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อด้อยในกรณีการประเมินการปฏิบัติผ่านการใช้แบบสอบถาม ไม่สามารถแสดงถึงการปฏิบัติจริงได้ 3) วิธีการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งจากการทำแบบสอบถาม การพูดคุยและการสังเกต ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในเวลาและสถานที่ที่ต่างกัน ทั้งจากมุมมองของผู้วิจัย แกนนำชุมชน และตัวผู้ปกครองเองมาประกอบกัน และมีการเสนอข้อสรุปที่ได้ ให้แก่แกนนำชุมชน ได้ตรวจสอบข้อมูลซ้ำ ซึ่งข้อสรุปของผู้วิจัยนั้นตรงและสอดคล้องกับแกนนำชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยและแกนนำชุมชน เป็นผู้รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง โดยนำเสนอผลการวิจัยในเวทีประชาคม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาอ่าน และให้ข้อคิดเห็น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอ เป็นความคิดเห็นของผู้ถูกวิจัย ตามสภาพการณ์จริงของปรากฏการณ์ และรูปแบบที่ได้จากการวิจัยใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงว่า ข้อมูลมีความตรงภายใน<sup>73</sup> เนื่องจากเป็นความจริงตามธรรมชาติ คือ ตามการรับรู้ของผู้ถูกวิจัย ตามสถานการณ์จริง ส่วนความตรงภายนอกนั้น วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่เน้นว่า เป็นสิ่งสำคัญ เพราะถือว่ารูปแบบหรือหลักการ มีความเหมาะสมตามสถานการณ์ และยืดหยุ่นได้ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ใน

สถานการณ์จริง ดังนั้นจึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

หลักการสำคัญของการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น คือ การเกิดการเรียนรู้ การเติบโตของทั้งส่วนของชุมชนและผู้วิจัย ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า ในส่วนของแกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่างๆ โดยที่แกนนำชุมชนอาจจะยังไม่สามารถที่จะดำเนินการต่างๆได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยอาจจะยังเป็นพาร์ (PAR) ที่มีส่วนของการนำพาของผู้วิจัยเป็นสัดส่วนที่ยังมากอยู่ แต่ผู้วิจัยก็ได้เห็นถึง พัฒนาการที่แตกต่างกันของแกนนำชุมชน แต่ละคน โดยแกนนำชุมชน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล การทำงานเป็นทีม การทำงานกับคนในชุมชน นอกจากนี้ จากผลการจัดประชาคมครั้งที่ 2 นั้น ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่มีลักษณะที่ชุมชนร่วมกันดำเนินการโดยชุมชนเอง โดยชุมชน มีการวางแผนเพื่อจัดหาแหล่งงบประมาณทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของความยั่งยืนของการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยชุมชนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเกิดความหวัง เกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกดีๆกับแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และถึงแม้ว่า ชุมชนจะนำบทเรียนที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆของชุมชน ผู้วิจัยก็มีความรู้สึกยินดี และปราบปลื้มเช่นกันที่เห็นถึง การเติบโตของชุมชน

ในส่วนของตัวผู้วิจัยเองนั้น ความรู้สึกของผู้วิจัย ในฐานะที่เป็นทันตบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นเวลานานประมาณ 17 ปี ครั้งนี้นับเป็นครั้งแรก ที่ได้้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนวิธีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบใหม่ ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึง วิธีการทำงานกับชุมชนอย่างแท้จริงที่แตกต่างไป ผู้วิจัยไม่สามารถใช้ “อำนาจหรือสิทธิในการบังคับบัญชา” ที่สามารถใช้ได้กับการทำงานกับทันตบุคลากร บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เลย ผู้วิจัยต้องเปลี่ยนทั้งวิธีการพูดคุย สื่อสาร อากัปกริยา ที่เคยเป็นเชิงสั่งการ มาเป็นการมีความเป็นกันเอง ให้ความเสมอภาค เท่าเทียมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน นอกจากนี้แกนนำชุมชนยังทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงศักยภาพของคนในชุมชน เห็นความรักของแกนนำชุมชนที่มีต่อคนในชุมชนที่ขอมเห็นดีเห็นชอบ จริงจังในการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ได้หวังผลตอบแทนใดๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นการต่อยอดให้ ผู้วิจัยเชื่อมั่น ในแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยชุมชน หากเราเห็น

คุณค่าของการทำงานร่วมกับชุมชนแล้วเริ่มต้นทำ ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด แต่ทั้งชุมชน และตัวผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสามารถข้ามก้าวปัญหาได้อย่างแน่นอน

จากผลการศึกษานี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นการพัฒนา การมีส่วนร่วมของแกนนำ ชุมชนและผู้ปกครอง ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ในเรื่องสุขภาพช่องปากได้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษา<sup>33, 58-59, 68-69</sup> อีกทั้งยังเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้อง กับส่งเสริมทันตสุขภาพแนวใหม่<sup>48</sup> ซึ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ แนวราบระหว่าง ทันตบุคลากร และชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา ทั้งในตัวแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง รวมถึงชุมชนใน เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-3 ปี และที่สำคัญ นับเป็นครั้งแรกที่ ชุมชนหัวเลี้ยวแห่งนี้มี การร่วมมือกัน ในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน และเอื้อให้เกิดการตื่นรู้ ลูกขึ้นมา แก้ปัญหาด้วยปัญญา และนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆในชุมชนต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในชุมชนนั้น ควรให้ความสำคัญกับคนในพื้นที่ซึ่งมี ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
2. การศึกษาวิจัยนี้ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว เพื่อให้เห็นถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชนหัวเลี้ยวและความยั่งยืนของการ แก้ปัญหาภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. ควรส่งเสริมให้ทันตบุคลากรมีศักยภาพในการทำงานแบบมีส่วนร่วมได้

## เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก; 2551 หน้า 123-124.
2. ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ปี 2548-2552. เอกสารอัดสำเนา.
3. จันทนา อึ้งชูศักดิ์และปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุในฟันน้ำนม. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข ฉบับพิเศษ* 2549; 11(1-2): 9-14.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้ เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข ฉบับพิเศษ* 2549; 11(1-2): 7-8.
5. นาริศา หีมสุหรี. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กไทยมุสลิมที่มารับบริการในคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการเขต 12* 2551; 19(2.4): 135-148.
6. จอนสัน พิมพ์สารและวิไลวรรณ ทองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก อ.โซคชัย จ.นครราชสีมา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13 (3).
7. งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข อำเภอยะหริ่ง ปี 2552. เอกสารอัดสำเนา.
8. ยูซุฟ นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม 2550.
9. เสาวนีย์ จิตต์หมวด. วัฒนธรรมอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ทางนำ; 2535.
10. สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. วิทยาการโรคฟันผุ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอกรู๊ปเพรส จำกัด; 2552. 404 หน้า.
11. จีระศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย. การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดฟันผุเด็กที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระย่า จังหวัดบุรีรัมย์. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13 (1): 16-24.
12. นุสรรา ภูมาศ. รูปแบบการผุของฟันน้ำนมในเด็ก 3 และ 6 ปี : จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539.

13. กนกพร โพธิ์หอม. ความชุกความรุนแรงและรูปแบบการผุของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี อ.เมือง จ.นครสวรรค์. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13 (1): 150 – 159.
14. มาลี วันทนาศิริ. พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4* 2551; 10(1): 115-122.
15. มาลี วันทนาศิริ. การประเมินผลการปรับพฤติกรรมบริโภคที่มีผลต่อโรคฟันผุของเด็กเล็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13(2): 7-19.
16. วสิน เทียนกิ่งแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
17. สุกใจ แจ่มเจือและคณะ. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่มาใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2545; 7(2): 56-63.
18. จิตตพร นิพนธ์กิจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 1-3 ปี ของจังหวัดเชียงราย ปี 2549. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2550; 12(2): 17-29.
19. สุกดิ์ วงศ์คงคาเทพ, ขนิษฐ รัตนรังสิมา, อังคณา ฤทธิอยู่. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานกับปัญหาฟันผุ และโรคอ้วนของเด็กไทย อายุต่ำกว่า 5 ปี. กรุงเทพมหานคร: ออนพรีนซ์ซ้อฟ. 2550.
20. นุบผา ไตรโรจน์และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่มีผลต่อสถานะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2547.
21. ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 18-36 เดือน : เปรียบเทียบในชุมชนพุทธและชุมชนอิสลาม อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
22. จุไรรัตน์ คุณะไชยโชติ และ อุบลวรรณ ชีระพิบูลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างวินัยของพ่อแม่กับการเกิดฟันผุของลูก [รายงานวิจัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
23. อานันตยา พลสักขวา และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในและนอกเขตเทศบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2550; 12(1): 38-49.

24. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2547. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2548; 14 : 840-54.
25. สุณี วงศ์คงคาเทพ. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ. 2550. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 2(4): 566-578.
26. บุปผา ไตรโรจน์ และคณะ. กระบวนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2544; 6 (1): 46 – 57.
27. วราภรณ์ อินทโลหิต และคณะ. การประเมินสถานการณ์โรคฟันผุเด็กวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง Available from: [http://download.clib.psu.ac.th/datawebclib/e\\_resource/digital\\_library\\_project/research/](http://download.clib.psu.ac.th/datawebclib/e_resource/digital_library_project/research/)
28. วสิน เทียนกิ่งแก้ว. โรคฟันผุที่เกิดจากพฤติกรรมการเล่นดูในเด็กก่อนวัยเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2541; 3 (1): 63-69.
29. นิमित เตชะวัชรกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กเล็กของผู้ปกครอง ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2549. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13(2).
30. น้ำเพชร ตั้งอึ้งยง. การศึกษาการเกิดโรคฟันผุ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-12 ปี. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2547; 9(1-2): 47-49.
31. วราภรณ์ อินทโลหิต และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการเล่นดูของผู้ปกครองต่อสถานะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2545; 7 (1): 56-69.
32. นิตติโชติ นิลกำแหง, จุฬิญา สิทธิวงศ์ และ ปณิสรา ปรีบุญพูล. ปัจจัยความสำเร็จของงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13(1).
33. ชามพิสิษฐ์ ดีเมืองสอง และพรทิพย์ คำพอ. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านขมื่น หมู่ที่ 4 ต.กุดสระ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2551; 16(4): 873-883.
34. Mouradian WE, Huebner CE, Gomez FR, Slavkin HC. Beyond Access: The Role of Family and Community in Children's Oral Health. *J Dent Educ* 2007; 71(5): 619-631.
35. สมาคมจันทรเสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีวิทยาศาสตร์อิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ : อาหารและโภชนาการ โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถี

- มุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2551.
36. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. การบูรณาการองค์ความรู้ บทบัญญัติศาสนาอิสลาม กับการสร้างเสริมสุขภาพ: ทันตสุขภาพ. ไม่ระบุสถานที่พิมพ์; 2552.
  37. มานี ชูไทย. หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข [รายงานการวิจัย]. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2544.
  38. ปิยฉัตร พัทธานฉัตร. ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543.
  39. อนันต์ ดิษฐากินันท์ และคณะ. วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวมุสลิมบ้านนาค้อใต้. *วารสารวิชาการเขต 12* 2551; 19 (3.1).
  40. สุณิสา วงศ์แสนใหม่. กระบวนการเลี้ยงดู ที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ขวบ : กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2549.
  41. อัจฉรา วัฒนาภา. ตัวตนและสุขภาพช่องปากในสังคมมุสลิมท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง : กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
  42. ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2548.
  43. สถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร. กระบวนการทำงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ทิพย์เสนาการพิมพ์; 2552.
  44. นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่, 2547. 268 หน้า.
  45. ปารีชาติ สถาปิตานนท์และคณะ. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชนจากแนวคิดสู่ปฏิบัติการวิจัยในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ( สกว. ), 2549. 248 หน้า.
  46. ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. การสนทนากลุ่ม : เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: บริษัท งานดี ครีเอชั่น จำกัด; 2550.



47. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก. นนทบุรี : ไม่มีชื่อโรงพิมพ์ ; 2554. 80 หน้า.
48. ศศิธร ไชยประสิทธิ์. สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม จากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ แนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์ ; 2544.
49. ชงชัย ปรีชา. การมีส่วนร่วมของครู นักเรียน และผู้ปกครองในงานส่งเสริมทันตสุขภาพของ โรงเรียนวัดสวนดอก. [รายงานการวิจัย] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.
50. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข : กรณีศึกษา และบทเรียน. [รายงานการวิจัย]. เครือข่ายเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ. 2541.
51. วันชัย วัฒนศัพท์,ถวิลวดี บุรีกุลและเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี.คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท; 2551.
52. ชีรวิมล เอกะกุล. การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) . อุบลราชธานี : บริษัท ยงสวัสดิ์ อินเทอร์เน็ต จำกัด ; 2551 หน้า 67-80.
53. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537.
54. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2 พิมพ์ครั้งที่ 2 นครราชสีมา : โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง ; 2549.
55. ไพโรจน์ ชลารักษ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารราชภัฏตะวันตก* 2549; 1(1): 17-23.
56. ชัชวาลย์ ทัดศิวัช.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) : มิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น[Online]. Available from : [http://dcms.thailis.or.th/object2/36/html\\_metadata/36\\_268.xml](http://dcms.thailis.or.th/object2/36/html_metadata/36_268.xml) [access 22 September 2006]
57. อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และรวีวรรณ ปัญญาภม. การใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2552; 13(2): 74-85.
58. กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ. ชุมชนร่วมสร้างสุขภาพเด็ก 0-12 ปี บ้านน้ำคา หมู่ที่ 1 ตำบลพญาแก้ว อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน [รายงานวิจัย]. น่าน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
59. มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ. รายงานการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ในเด็กนักเรียนประถมศึกษาบ้านนาฝาง ต.สถาน อ.บัว จ.น่าน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13(1).

60. เสมอจิต พิษพรชัยกุล. การวิจัยและพัฒนาต้นแบบเพื่อการเรียนรู้การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดสงขลา. [รายงานวิจัย] สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2552.
61. ศิริพรรณ เลชะวิวัฒน์. ประสิทธิภาพของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อลดการกินนมขวด ขนมหงอก และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพฟันในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลวังหงส์ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2551; 13 (3).
62. เกรียงศักดิ์ ธนอัสวนนท์. การศึกษารูปแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 1(3-4): 505-515.
63. จุฑารัตน์ พาพันธ์, เยาวนิจ กิตติธรรกุล และสนั่น เพ็งเหมือน. กระบวนการ PAR เพื่อพัฒนาแหล่งเรียนรู้ ทางด้านสิ่งแวดล้อมศิลปกรรมกรณีศึกษาวัดเกษมรัตน์ ตำบลสะพานไม้แก่น อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. *ว สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 2549; 12(1): 1-19.
64. มณฑา จันทมาศ, เยาวพิจ กิตติธรรกุล และผจงศิลป์ เพ็งมาก. ผู้หญิงในกลุ่มพัฒนาชุมชนกับการจัดการสิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษาชุมชนตะโหมด ต.ตะโหมด อ.ตะโหมด จ.พัทลุง. *ว สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 2550; 13 (4): 572-594.
65. Watson M.R. et al. A community Participatory Oral Health Promotion Program in a inner-city Latino Community. *J Public Health Dent* 2001; 61(1): 34-41.
66. พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ. กระบวนการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2550; 12 (1): 7-26.
67. ฉลองชัย สกลวสันต์ และคณะ. การพัฒนาเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2554; 16(1): 9-17.
68. สิริลักษณ์ สุภวิริยะกิจ. กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กท่ามะโอ จังหวัดเชียงใหม่. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2554; 16(2) : 25-32.
69. พัชรลักษณ์ เกื้อนาคี และ สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา. การเสริมสร้างสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *ว ทันต ขอนแก่น* 2550; 10(1) : 12-20.
70. สุดาควง เกร็นพงษ์ และ วนิดา นั้วสุวรรณ. โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนตามหลักการสุขภาพแบบองค์รวม และชุมชนมีส่วนร่วม. *ว ทันต จุฬาฯ* 2550; 30 : 11-28.
71. Sprod AJ, Anderson R, Treasure ET. Effective oral health promotion: literature review. Cardiff: Dental Public Health Unit, Health Promotion Wales. Technical report; 20. 1996.

72. Kay EJ, Locker D. Effectiveness of Oral Health Promotion: a Review. *London:Health Education Authority* 1997; 2-3.
73. ชาย โปธิลิตา. ศาสตราจารย์และศิลปินแห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2549. 454+(26) หน้า.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก 1

### แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ที่แกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำฉบับร่างขึ้นใช้ในการสนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งมีประเด็นเนื้อหา ดังนี้คือ

#### 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

1. ชื่อ – สกุล อายุ ที่อยู่ อาชีพ รายได้ การศึกษา
2. ตำแหน่ง หน้าที่ทางสังคม หรือบทบาทในชุมชน

#### 2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน

1. ลักษณะทางภูมิศาสตร์ การเมือง การปกครอง ของชุมชนนี้เป็นอย่างไร
2. ชุมชนนี้มีประวัติศาสตร์ความเป็นมาอย่างไร
3. คนที่นี่มีการศึกษาระดับใด ทำอาชีพอะไรบ้าง รายได้เป็นอย่างไร
4. ลักษณะความเป็นอยู่ เป็นอย่างไร ในแต่ละอาชีพ/แต่ละศาสนา
5. ประเพณี/วัฒนธรรม ท้องถิ่นที่สำคัญ มีอะไรบ้าง (ไทยพุทธ/มุสลิม)อะไร ที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกัน
6. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นอย่างไร (ระหว่างบุคคล/ระหว่างครอบครัว/ระหว่างผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา)
7. ปัญหาของชุมชนนี้ มีอะไรบ้าง/ปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไข หรือไม่ อย่างไร / มีใครเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหบ้าง /ผลเป็นอย่างไร
8. คนในชุมชนมีความร่วมมือ ร่วมใจ/การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนหรือไม่ อย่างไร (ต่างคนต่างอยู่ หรือ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน)
9. ผู้นำที่สามารถจูงใจ/ชักนำการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ภายในชุมชนมากที่สุด คือใคร เพราะเหตุใด
10. ผู้นำทางจิตวิญญาณ ที่มีอิทธิพลต่อคนในชุมชนมากที่สุด คือใคร เพราะเหตุใด
11. ในภาพรวมสุขภาพของคนในชุมชนเป็นอย่างไร คนในชุมชนมีความสนใจ/ตระหนักต่อเรื่องสุขภาพของตนเองและเด็ก มากน้อยเพียงใด
12. สถานที่ในการจัดกิจกรรมหรือรวมกลุ่มของคนในชุมชนคือสถานที่ใดและช่วงเวลาใด
13. ช่องทางในการสื่อสาร/พบปะพูดคุยของคนในชุมชนเป็นอย่างไร

### 3. ค่านิยม ความเชื่อทั่วไป บทบัญญัติทางศาสนา ที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต

1. คนในชุมชนมีค่านิยม ความเชื่อ เกี่ยวกับเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก อย่างไรบ้าง
2. ค่านิยม ความเชื่อเหล่านั้นส่งผลต่อสุขภาพทั่วไป อย่างไรบ้าง
3. ในชีวิตประจำวันของคนในชุมชน มีการปฏิบัติตามหลักศาสนา อย่างไรบ้าง
4. บทบัญญัติ (ทั้งในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ) เรื่องอะไรบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต ของคนในชุมชน และบทบัญญัติ (ทั้งในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ) เรื่องอะไรที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตมากที่สุด
5. อะไรเป็นแรงจูงใจให้คนปฏิบัติตามบทบัญญัติ
6. อะไรเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบัญญัติ/มีวิธีการแก้ไขอย่างไรบ้าง
7. หากมีคนในชุมชนไม่ปฏิบัติตามหลักศาสนา จะมีวิธีการจัดการกับคนเหล่านั้นอย่างไร และที่ผ่านมามีเหตุการณ์เหล่านั้น หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร
8. ผู้ที่เป็นผู้นำในการจัดการเรื่องเหล่านี้ คือใคร
9. ท่านคิดว่า คนในชุมชนนี้ได้นำบทบัญญัติ (ทั้งในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ) มาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันจริงๆ หรือไม่ หรือเป็นเพียงความเคยชิน

### 4. ค่านิยม ความเชื่อ บทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

1. คนในชุมชนมีค่านิยม ความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อย่างไรบ้าง
2. ค่านิยม ความเชื่อเหล่านั้นส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก หรือไม่ อย่างไร
3. บทบัญญัติ (ทั้งในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และลูก มีอะไรบ้าง
4. ท่านคิดว่า บทบัญญัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อท่านในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และลูก หรือไม่ อย่างไร
5. อะไรเป็นแรงจูงใจ ที่ทำให้คนในชุมชนปฏิบัติตามบทบัญญัติเหล่านั้น
6. อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้คนในชุมชนไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติเหล่านั้น
7. ในชุมชนมีวิธีการจัดการกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติเหล่านั้น หรือไม่ อย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการ
8. ท่านคิดว่า สุขภาพช่องปากของเด็ก 0-3 ปี ในชุมชนท่านเป็นอย่างไร
9. ใครควรเป็นผู้แก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี ในชุมชนของท่าน เพราะเหตุใด
10. ท่านมีแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี ในชุมชนของท่านอย่างไร
11. ท่านคิดว่า ตัวท่านเองจะมีส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี ในชุมชนของท่านอย่างไรบ้าง

## ภาคผนวก 2

### แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก

เป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก ที่แกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำฉบับร่างขึ้น ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก ตัวแทน ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งมีประเด็นเนื้อหา ดังนี้คือ

#### 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

1. ชื่อ – สกุล อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว
2. ความสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว เป็นอย่างไร ใครรับผิดชอบเรื่องอะไร (การเงิน/การศึกษา/งานบ้าน/สุขภาพ)

#### 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กทั่วไป

1. ขณะนี้ลูกคนสุดท้าย อายุเท่าไร สุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร
  - โรคประจำตัว
  - น้ำหนัก / ส่วนสูง
2. มีวิธีการเลี้ยงดูอย่างไรบ้าง ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงปัจจุบัน
  - นม
  - การทำความสะอาดทั่วไป/ช่องปาก
  - อาหาร
  - อื่น ๆ
3. ลูกเลี้ยงง่ายหรือยากอย่างไร (ใช้ความรู้สึกของมารดาเป็นเกณฑ์)
4. ใครช่วยเลี้ยงดูบ้าง/ใครเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก
  - ช่วงกลางวัน
  - ช่วงกลางคืน
5. ใครใช้เวลาอยู่กับลูกมากที่สุด ทำอะไรให้ลูกบ้าง
6. มีปัญหาอะไรบ้างในการเลี้ยงดู แก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร ใครมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาบ้าง ผลเป็นอย่างไร (เช่น การรับประทานอาหาร, การทำความสะอาดช่องปากโดยทั่วไป เป็นต้น)

#### 3. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากลูก

1. สุขภาพช่องปากของท่านและคนในครอบครัวของท่าน เป็นอย่างไรบ้าง (อาการในช่องปาก เช่น ปวด เลี้ยว มีกลิ่น เป็นต้น) การรักษาเป็นอย่างไร

2. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรบ้าง ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงปัจจุบัน
  - ฟันยังไม่ขึ้น
  - ฟันขึ้นปัจจุบัน
3. ในแต่ละวันตั้งแต่เช้าถึงก่อนนอน ท่านดูแลสุขภาพช่องปากลูกอย่างไรบ้าง
4. ท่านคิดว่า ปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพช่องปากลูกคืออะไร แก้ไขอย่างไร ใครช่วยแก้ไขปัญหานั้นบ้าง ผลเป็นอย่างไร
5. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก เป็นของใครมากที่สุด เขาทำได้ดีหรือไม่อย่างไร
6. ท่านคิดว่า ท่าน/ผู้ดูแลหลัก มีความรู้/ทักษะเพียงพอในการดูแลสุขภาพช่องปากของลูกหรือไม่ อย่างไร ต้องพัฒนาในเรื่องใดบ้าง และใช้วิธีการไหนในการถ่ายทอดความรู้
7. กระบวนการเลี้ยงดูลูกที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก
  - 7.1 การให้นม อาหารเสริม และอาหารว่าง
    - เลี้ยงลูกด้วยนมอะไร นมแม่/นมผง/นมขึ้นหวาน เพราะเหตุใด
    - มีวิธีการเลือกซื้อนมผง/นมขึ้นหวานอย่างไร
    - เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการให้นม หรือไม่ ใครเป็นคนให้คำแนะนำ สามารถทำได้ตามคำแนะนำหรือไม่ อย่างไร
    - มีวิธีการในการให้นมลูกอย่างไร ให้อย่างไร
    - เมื่อลูกโตขึ้นเปลี่ยนแปลงการให้นมหรือไม่ อย่างไร
    - หย่านมแม่ นมผสม นมขึ้นหวาน ตอนอายุเท่าไร เพราะอะไร
    - หลังหย่านมแล้วเด็กรับประทานอาหารอะไรทดแทน
    - ให้อาหารเสริมอะไรบ้าง ให้ออนไหน อย่างไร
    - ได้รับความรู้เรื่องอาหารเสริมสำหรับเด็กจากที่ไหนบ้าง
    - ในช่วงที่หย่านมเปลี่ยนแปลงอาหารของเด็กหรือไม่ อย่างไร
    - ช่วงที่ฟันขึ้นแล้วกับฟันยังไม่ขึ้น อาหารที่ให้ลูกเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร
  - ขนม
    - คนในครอบครัวของท่านชอบกินของหวานอะไรบ้าง ส่วนใหญ่ทำเองหรือซื้อ
    - ของหวานหรือขนมที่ซื้อเข้าบ้านบ่อย ๆ มีอะไรบ้าง
    - เด็ก ๆ ได้กินขนมบ่อยแค่ไหน ลูกกินขนมประมาณวันละกี่บาท
    - ส่วนใหญ่ลูกซื้อขนมอะไร
    - ถ้าลูกไม่ซื้อเอง ได้ขนมจากใครบ้าง บ่อยแค่ไหน



## น้ำ

- ครอบครัวท่านดื่มน้ำอะไร
- ให้ลูกดื่มน้ำตอนไหนบ้าง

อาหารแต่ละมื้อส่วนใหญ่ซื้อหรือทำเอง

- สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวรับประทานอาหารมื้อใดบ้าง เช่น มื้อเช้า อาหารว่าง เทียง อาหารว่างบ่าย เย็น คำ ก่อนนอน , อาหารหลักอยู่ในมื้อใด
- ในการรับประทานอาหาร ครอบครัวของท่านปฏิบัติอย่างไร รับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว หรือไม่ อย่างไร
- เวลาใดที่เป็นเวลารับประทานอาหารของครอบครัว
- กับข้าวที่ทำรับประทานบ่อย ๆ ได้แก่อะไรบ้าง
- กับข้าวอะไรที่ลูกชอบกิน และทำให้กินบ่อย ๆ
- มีกับข้าวอะไรบ้างที่ต้องปรุงรสด้วยน้ำตาล
- ที่บ้านใช้น้ำตาลกี่กิโลกรัมต่อเดือน
- คนในครอบครัวชอบรสชาติอาหารอย่างไร
- ครอบครัวท่านใช้น้ำตาลอะไร ซื้อมั้ยี่ห้ออะไร กินได้กี่วัน
- ผัก ผลไม้ที่ลูกชอบ/ไม่ชอบมีอะไรบ้าง ท่านบ่อยแค่ไหน

7.2 การดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจช่องปากเด็ก การทำความสะอาดช่อง

ปาก การปฏิบัติเมื่อเด็กมีฟันผุ และการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม

- สังเกตอย่างไรว่าฟันลูกใกล้ขึ้นแล้ว
- ฟันซี่แรกของลูกขึ้นเมื่ออายุเท่าไร ฟันซี่ไหนขึ้นก่อน
- ฟันของลูกเป็นอย่างไรบ้าง ตอนนี้ลูกมีฟันกี่ซี่ ฟันน้ำนมลูกขึ้นครบทุกซี่แล้วยัง
- เมื่อไรที่ควรเริ่มดูแลฟันให้ลูก ได้ทำตามนั้นหรือไม่ เพราะอะไร ทำอย่างไร
- ให้ลูกใช้ยาสีฟันหรือไม่ ทำไม เริ่มให้ใช้ยาสีฟันเมื่อไร
- คิดว่ายาสีฟันสำหรับเด็กโดยเฉพาะจำเป็นหรือไม่ เพราะอะไร
- ใครเป็นคนซื้อยาสีฟันเข้าบ้าน เลือกอย่างไร เลือกยาสีฟันให้ลูกอย่างไร
- เมื่อไรที่คิดว่า เด็กควรใช้ยาสีฟันร่วมกับผู้ใหญ่ได้
- คิดว่าแปรงสีฟัน ยาสีฟันเด็กที่มีขายในหมู่บ้านเป็นอย่างไร
- ช่วงที่ลูกยังแปรงฟันเองไม่ได้ มีคนดูแลให้หรือไม่ เพราะอะไร ใครเป็นผู้ดูแลให้
- เมื่อไรที่คิดว่า ลูกแปรงฟันเองได้แล้ว สังเกตจากอะไร

- ลูกมีแปรงสีฟันเป็นของตัวเองอันแรกเมื่อไร ชื่อให้หรือได้มาจากไหน ลูกใช้แปรงสีฟัน อันนั้น ได้นานแค่ไหน เพราะอะไร
- ลูกแปรงฟันสะอาดหรือไม่ บริเวณไหนบ้างที่ลูกแปรงฟันไม่สะอาด
- ลูกแปรงฟันแล้วมีเลือดออกบ้างหรือไม่ คิดว่าเป็นเพราะอะไร
- รู้จักฟันผุหรือไม่
- ฟันผุในผู้ใหญ่เป็นอย่างไร เหมือนกับฟันผุในเด็กหรือไม่ อย่างไร
- เห็นฟันลูกเริ่มผุหรือผุบ้างหรือยัง ชื่อไหนที่เริ่มผุก่อน
- คิดว่าลูกฟันผุเพราะอะไร
- ฟันลูกผุเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร ทำอย่างไรกับฟันผุของลูกบ้าง เพราะอะไร
- ลูกเคยร้องแงเพราะปวดฟันบ้างหรือไม่
- ตอนที่ลูกฟันผุแล้วกับฟันยังไม่ผุ มีอะไรที่แตกต่างกันบ้าง เช่น ลูกทานข้าวได้มากขึ้น หรือน้อยลง ลูกงอแงมากขึ้นหรือไม่ ลูกเคี้ยวอาหารได้ทุกอย่างหรือไม่ อาหารที่ลูกเลือกกินเปลี่ยนไปหรือไม่
- คิดว่าฟันผุป้องกันได้หรือไม่ วิธีไหนที่ป้องกันฟันผุได้บ้าง
- คิดว่า ฟันผุของลูกยังป้องกันไม่ให้คุณได้อีกหรือไม่ เพราะอะไร วิธีไหนที่เลือกป้องกันฟันผุให้ลูก
- คนในครอบครัว ใครสนใจเอาใจใส่เรื่องฟันของลูกมากที่สุด เพราะอะไรที่ทำให้เขาสนใจเช่นนั้นเป็นอย่างนั้น
- เคยพาลูกไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่ เพราะอะไร

### 7.3 ค่านิยม ความเชื่อ บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต

- กิจกรรมในชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนในครอบครัวเป็นอย่างไร
- นิสัยหรือสุนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของตนเองและของเด็กเป็นอย่างไร เช่น ภาวะปกติดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไร เมื่อปวดฟัน/เหงือกทำอย่างไร (ของผู้ถูกสัมภาษณ์)
- ค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีอะไรบ้าง
- ค่านิยม ความเชื่อเหล่านั้นส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเด็ก หรือไม่ อย่างไร
- บทบัญญัติ (ทั้งในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและลูก มีอะไรบ้าง

- ท่านคิดว่า บทบัญญัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อท่านในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และลูก หรือไม่ อย่างไร

#### 7.4 ระบบบริการสาธารณสุข

- เคยไปทำฟันที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยบ้างหรือไม่ ไปทำอะไร
- ระบบบริการทันตกรรมของโรงพยาบาล/สถานอนามัยเป็นอย่างไรบ้าง
- ผ่ากรรภ์ที่ไหน เพราะอะไร
- ตอนผ่ากรรภ์ได้รับคำแนะนำเรื่องอะไรบ้าง
- มีหน่วยบริการทำฟันมาบริการบ่อยแค่ไหน อย่างไร
- ที่โรงเรียนมีหน่วยทันตกรรมไปบริการเด็กหรือไม่
- ปัญหา/อุปสรรคเมื่อมารับบริการ
- อยากให้มีบริการอะไรให้เด็กอายุ 0-3 ปี

#### 7.5 โครงการสาธารณสุขที่เข้าไปในพื้นที่

- ในชุมชนนี้มีโครงการสาธารณสุขอะไรบ้าง ได้เข้าร่วมโครงการไหนบ้าง เพราะอะไร
- อะไร
- รู้สึกอย่างไรกับโครงการเหล่านั้น เพราะอะไร

#### 7.6 บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / PCU ยามู / เทศบาล / โรงพยาบาล เข้ามาทำอะไรในชุมชนบ้าง
- เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง
- เห็นด้วยกับคำแนะนำเหล่านั้นหรือไม่ เพราะอะไร

#### 7.7 ลักษณะการเป็นพื้นที่ทางการเมือง

- มีการเรียกร้องความเป็นธรรมในเรื่องต่าง ๆ บ้างหรือไม่ อย่างไร
- มีอิทธิพลต่าง ๆ ในชุมชนบ้างหรือไม่ อย่างไร



## ภาคผนวก 4

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0 – 3 ปีของผู้ปกครอง  
ชุมชนหัวเลี้ยว ม.1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1.1 อายุ.....ปี

1.2 เพศ

1( ) ชาย

2( ) หญิง

1.3 สถานภาพ

1( ) โสด

2( ) คู่

3( ) หม้าย/หย่า/แยก

1.4 ศาสนา

1( ) พุทธ

2( ) อิสลาม

3( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.5 การศึกษา

1( ) ไม่ได้เรียน

2( ) ประถมศึกษา

3( ) มัธยมศึกษา

4( ) อนุปริญญา

5( ) ปริญญาตรีขึ้นไป

6( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.6 อาชีพ

1( ) แม่บ้าน

2( ) รับจ้าง/ค้าขาย/ลูกจ้าง

3( ) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่

4( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

5( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.7 รายได้เฉลี่ย/เดือน

1( ) ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน

2( ) 2,001-4,000 บาท/เดือน

3( ) 4,001-6,000 บาท/เดือน

4( ) 6,001-8,000 บาท/เดือน

5( ) 8,001 บาท ขึ้นไป

1.8 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน

1.9 อายุบุตรคนสุดท้าย.....ปี.....เดือน

1.10 ความสัมพันธ์กับเด็ก

1( ) มารดา

4( ) ปู่ย่า/ตา ยาย

2( ) บิดา

5( ) ลุง ป้า/ น้า อา

3( ) พี่เลี้ยง/ผู้ดูแลเด็ก

6( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.11 ที่ผ่านมามีท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1( ) ทันตบุคลากร (ทันตแพทย์,ทันตภิบาล,ผู้ช่วยทันตแพทย์)
- 2( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3( ) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.)
- 4( ) ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 5( ) ครูอนุบาลในโรงเรียนประถมศึกษา
- 6( ) โทรทัศน์
- 7( ) วิทยุ
- 8( ) หนังสือ/เอกสาร/แผ่นพับ
- 9( ) อื่นๆ ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

2.1 ท่านจำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากของท่าน หรือไม่

- 1( ) จำเป็น                      2( ) ไม่จำเป็น

2.2 ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาในช่องปาก หรือไม่

- 1( ) มี                              2( ) ไม่มี (ข้ามไปข้อ 2.5)                      3( ) ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 2.5)

2.3 ท่านทราบได้อย่างไรว่าท่านมีปัญหาในช่องปาก

- 1( ) ตรวจฟันด้วยตนเอง                      2( ) มีอาการปวดฟัน  
3( ) หมอฟันบอกท่าน                      4( ) อื่นๆ ระบุ.....

2.4 เมื่อท่านมีปัญหาในช่องปาก ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษา จากหมอฟัน หรือไม่

- 1( ) จำเป็น                      2( ) ไม่จำเป็น

2.5 ท่านมารับบริการทันตกรรมตามที่หมอนัดทุกครั้งหรือไม่

- 1( ) ทุกครั้ง                      2( ) ไม่ทุกครั้ง

2.6 ท่านแปรงฟันช่วงเวลาใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1( ) เช้า                              2( ) เย็น                              3( ) เย็น  
4( ) ก่อนนอน                      5( ) ก่อนละหมาดทุกครั้ง                      6( ) ก่อนละหมาดบางครั้ง  
7( ) ไม่แปรงฟันเลย (ข้ามไปข้อ 2.10)

2.7 ท่านแปรงฟันบ่อยแค่ไหน

- 1( ) แปรงฟันทุกวัน                      2( ) แปรงบางวัน

2.8 ท่านแปรงฟันวิธีการใด (ทำให้ดู) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1 ( ) แปรงขึ้น                      2 ( ) แปรงถูไปมา                      3 ( ) แปรงขยับปิด

4 ( ) แปรงสีฟันไฟฟ้า      5 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

2.9 ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟันบ่อยแค่ไหน

1 ( ) ทุก 3 เดือน                      2 ( ) ทุก 6 เดือน                      3 ( ) มากกว่า 6 เดือน

4 ( ) เทื่อแปรงสีฟันบาน      5 ( ) ไม่เคยเปลี่ยน                      6 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

2.10 ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เฉลี่ยกี่ครั้งต่อวัน.....ครั้ง

2.11 เมื่อท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานแล้ว ท่านแปรงฟันทันที หรือไม่

1 ( ) ทันที                      2 ( ) ไม่ทันที

2.12 ในรอบหนึ่งปีนี้ท่านไปพบหมอฟันหรือไม่ เพราะอะไร

1 ( ) ไม่ไป เนื่องจาก.....

2 ( ) ไป เนื่องจาก.....

2.13 ท่านใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบทางใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1 ( ) ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์                      2 ( ) น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์

3 ( ) เคลือบฟลูออไรด์                      4 ( ) กินฟลูออไรด์เม็ด

5 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....                      6 ( ) ไม่ใช่เลย

7 ( ) ไม่รู้จักฟลูออไรด์

2.14 ท่านใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันของท่านหรือไม่

1 ( ) ใช้ประจำทุกวัน                      2 ( ) ใช้บางครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์)

3 ( ) ใช้นาน ๆ ที (2-4 วัน/สัปดาห์)                      4 ( ) ไม่เคยใช้

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

3.1 ฟันของลูกท่านเริ่มงอกตั้งแต่อายุ.....เดือน

3.2 ลูกของท่านเคยได้รับการทำความสะอาดเหงือก และฟันบ้างหรือไม่

1 ( ) เคย ตั้งแต่วันที่.....                      2 ( ) ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 3.8)

3.3 ใครเป็นผู้ทำความสะอาดเหงือก และฟันให้กับลูก

1 ( ) ตัวท่านเอง                      2 ( ) ตัวเด็กเอง                      3 ( ) คนอื่น.....

3.4 ในปัจจุบันท่านทำความสะอาดเหงือก และฟันให้กับลูกด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1 ( ) ผ้า/สำลีชุบน้ำ                      2 ( ) แปรงสีฟัน                      3 ( ) ใช้ไหมขัดฟัน

4 ( ) อื่น ๆ.....







- 3( ) อายุ 1½ ปี                      4( ) อายุ 2 ปี  
 5( ) อายุ 2 ½ ปี                    6( ) อายุ 3 ปี  
 7( ) ยังไม่เลิก

3.16 ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ โดยส่วนใหญ่ลูกของท่านกินนมอื่นที่ไม่ใช่นมแม่เป็นนมประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1( ) นมกล่องจืด                      2( ) นมกล่องรสหวาน  
 3( ) นมข้นหวานขง                    4( ) นมที่ผสมน้ำตาลไม้  
 5( ) นมข้นหวานขง                    6( ) นมขงที่ผสมน้ำตาล หรือสารที่ทำให้มีรสหวาน

3.17 ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ท่านได้เคยเอาอาหารอย่างอื่นที่ไม่ใช่นมผงขง หรือน้ำเปล่าใส่ขวดนมให้เด็กกินหรือไม่

- 1( ) เคย ระบุ..... 2( ) ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 3.21)

3.18 ลูกของท่านกินลูกอม หรือขนมกรุบกรอบ หรือน้ำหวานใส่สี บ่อยแค่ไหน

- 1( ) กินทุกวัน                      2( ) กินบางวัน  
 3( ) ไม่เคยกินเลย (ข้ามไปข้อ 3.21)

3.19 ลูกของท่านกินลูกอม หรือขนมกรุบกรอบ หรือน้ำหวานใส่สีเฉลี่ยกี่ครั้งต่อวัน.....ครั้ง

3.20 เมื่อลูกท่านกินลูกอม หรือขนมกรุบกรอบ หรือน้ำหวานใส่สีแล้ว แปรงฟันทันทีหรือไม่

- 1( ) ทันที                              2( ) ไม่ทันที

3.21 ท่านรู้จักฟลูออไรด์หรือไม่

- 1( ) รู้จัก                                  2( ) ไม่รู้จัก (ข้ามไปข้อ 3.23)

3.22 ท่านเคยพาลูกไปรับฟลูออไรด์เสริมหรือไม่

- 1( ) ทุก 3 เดือน                      2( ) ทุก 6 เดือน  
 3( ) ทุกปี                                  4( ) ไม่เคยเลย

3.23 ท่านเคยพาลูกไปพบหมอฟัน หรือไม่

- 1( ) เคย                                    2( ) ไม่เคยไป (ข้ามไปข้อ 13.26)

3.24 เหตุผลที่ท่านพาลูกไปพบหมอฟัน เนื่องจาก

- 1( ) เพื่อตรวจฟัน                      2( ) ลูกมีอาการปวดฟัน  
 3( ) อื่นๆ ระบุ.....

3.25 ท่านพาลูกไปพบหมอฟันบ่อยแค่ไหน

- 1( ) ปีละ 1 ครั้ง                      2( ) ปีละ 2 ครั้ง                      3( ) มากกว่าปีละ 2 ครั้ง

3.26 ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาลูกของท่านได้รับบริการทันตกรรมอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1( ) ไม่เคยรับบริการทันตกรรม    2( ) ตรวจฟัน    3( ) เคลือบหลุมร่องฟัน  
 4( ) ถอนฟัน    5( ) อุดฟัน    6( ) ฟลูออไรด์วานิช  
 7( ) ฟลูออไรด์อื่นๆ    8( ) อื่นๆ ระบุ.....

3.27 เมื่อลูกร้องไห้ หรือไม่ยอมทำความสะอาดในช่องปาก โดยส่วนใหญ่แล้วท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรในการให้ลูกทำความสะอาดช่องปาก

- 1( ) ปลดอ่และไม้แปรงฟัน/ทำความสะอาดช่องปาก  
 2( ) ทาวิธีหลอกล่อ หรือชักชวนเพื่อให้แปรงฟัน  
 3( ) บังคับให้แปรงฟัน/ทำความสะอาดช่องปากต่อไป  
 4( ) ลูกไม่เคยไม่ยอมทำความสะอาด  
 5( ) อื่นๆ ระบุ.....

3.28 เมื่อลูกร้องไห้โดยส่วนใหญ่ท่านทำอย่างไร ให้ลูกหยุดร้อง

- 1( ) ปลอบโยน    2( ) เฉยๆ ปลดอ่ให้หยุดเอง    3( ) ให้อาหาร  
 4( ) ให้นม หรือขนม    5( ) อื่นๆ ระบุ.....

3.29 การรับรู้ต่อสุขภาพช่องปาก

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	แย	แยมาก	ไม่ทราบ
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(6)
ท่านคิดว่าสุขภาพฟันของลูกหลานของท่านเป็นอย่างไรบ้าง						

**ส่วนที่ 4** ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

หัวข้อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย ยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ขณะตั้งครรภ์ สามารถทำฟันได้					
2. สุขภาพฟันและความสะอาดในช่องปาก ของแม่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของลูก					
3. การที่เด็กหลับ โดยมีขวดนมค้างอยู่ในช่อง ปาก ไม่มีผลเสียต่อเด็ก					
4. การทำความสะอาดช่องปากเด็กควรเริ่ม ตั้งแต่ฟันยังไม่ขึ้น					
5. การที่เด็กเลิกลิ้นนมขวดจากขวดช้า ไม่มีผล ต่อการเกิดฟันผุ					
6. การที่เด็กมีฟันน้ำนมผุเป็นเรื่องปกติ					
7. ไม่ว่าท่านพยายามอย่างไร ลูกก็มีโอกาสฟัน ผุอยู่แล้ว					
8. เมื่อมีฟันน้ำนมผุไม่จำเป็นต้องรักษา เคี้ยว ฟันแท้ก็งอกขึ้นมา					
9. การทานลูกอม ขนมหวานบ่อยๆ เป็นเรื่อง ปกติของเด็ก					
10. เราควรเติมน้ำตาลหรือน้ำหวานในอาหาร ที่ให้เด็กกินเพื่อจะให้ทานได้มากขึ้น					
11. ถอนฟันแล้วทำให้ตาบอด					
12. มีลูกหนึ่งคนแม่เสียฟันไป 1 ซี่					

### ส่วนที่ 5 ความรู้เรื่องทันตสุขศึกษา

5.1 ท่านทราบหรือไม่ว่า ฟันผุเกิดจากอะไร

- 1( ) แมงกินฟัน 2( ) เชื้อโรค 3( ) กรรรมพันธุ 4( ) ไม่ทราบ

5.2 อาหารประเภทใด ที่มีผลทำให้เกิดฟันผุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1( ) ขนมกรอบที่บรรจุถุง เช่น ปาร์ดี | 2( ) กล้วยทอด          |
| 3( ) ชอคโกแลต                       | 4( ) ลูกอม             |
| 5( ) หมากฝรั่ง                      | 6( ) นมจืด             |
| 7( ) นมสด UHT รสต่าง ๆ              | 8( ) นมเปรี้ยว         |
| 9( ) ขนมเจาะหู                      | 10( ) ถั่วต้ม          |
| 11( ) เค้ก                          | 12( ) น้ำอัดลม         |
| 13( ) ยำมา่า                        | 14( ) ผลไม้สด          |
| 15( ) โรตีสีส่วนนม                  | 16( ) ไอศกรีมรสต่าง ๆ  |
| 17( ) เครปญี่ปุ่น                   | 18( ) น้ำปั่น/ชาไข่มุก |
| 19( ) ลูกชิ้น                       |                        |

5.3 ข้อใดที่ช่วยป้องกันฟันผุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1( ) ฟันผุป้องกันไม่ได้  
 2( ) แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมสมุนไพร  
 3( ) แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์  
 4( ) ไม่กินอาหารหรือขนมที่หวานและเหนียวติดฟัน  
 5( ) อมน้ำเกลือ  
 6( ) ไม่ทราบ

5.4 ท่านรู้จักฟลูออไรด์ หรือไม่

- 1( ) รู้จัก 2( ) ไม่รู้จัก (ข้ามไปตอบข้อ 5.6)

5.5 ฟลูออไรด์มีประโยชน์อย่างไร

- 1( ) ทำให้ฟันขาวสะอาด  
 2( ) ช่วยป้องกันไม่ให้เหงือกบวมแดง อักเสบ หรือมีเลือดออก  
 3( ) ช่วยทำให้ฟันแข็งแรง 4( ) ไม่ทราบ

5.6 เหงือกอักเสบมีลักษณะ เหงือกมีสีแดง บวม อาจมีเลือดออกในบางครั้ง

- 1( ) ถูกต้อง 2( ) ไม่ถูกต้อง 3( ) ไม่ทราบ

5.7 หินปูนที่เกาะตัวฟัน ทำให้ฟันแข็งแรง

- 1( ) ถูกต้อง                      2( ) ไม่ถูกต้อง                      3( ) ไม่ทราบ
- 5.8 โรคในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ลุกลามทำให้เกิดโรคอื่นได้
- 1( ) ถูกต้อง                      2( ) ไม่ถูกต้อง                      3( ) ไม่ทราบ
- 5.9 เชื้อโรคในช่องปากจากแม่สามารถติดต่อไปที่ลูกได้ หรือไม่
- 1( ) ได้                                  2( ) ไม่ได้                                  3( ) ไม่ทราบ
- 5.10 หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายทำให้เหงือกอักเสบง่าย
- 1( ) ถูกต้อง                      2( ) ไม่ถูกต้อง                      3( ) ไม่ทราบ
- 5.11 แม่ควรให้ลูกเลิกดื่มนมมือนมขวด เมื่ออายุเท่าไร
- 1( ) อายุ 6 เดือน                      2( ) อายุ 1 ปี                                  3( ) อายุ 1 ½ ปี
- 4( ) อายุ 2 ปี                                  5( ) อายุ 2 ½ ปี                                  6( ) อายุ 3 ปี                                  7( ) ไม่ทราบ
- 5.12 แม่ควรให้ลูกเลิกดื่มนมจากขวด เมื่ออายุเท่าไร
- 1( ) อายุ 6 เดือน                      2( ) อายุ 1 ปี                                  3( ) อายุ 1 ½ ปี
- 4( ) อายุ 2 ปี                                  5( ) อายุ 2 ½ ปี                                  6( ) อายุ 3 ปี                                  7( ) ไม่ทราบ

**ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ**

.....

.....

.....

## ภาคผนวก 5

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและ  
แกนนำชุมชน กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งใน อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 อายุ.....ปี

1.2 เพศ

1( ) ชาย

2( ) หญิง

1.3 สถานภาพ

1( ) โสด

2( ) คู่

3( ) หม้าย/หย่า/แยก

1.4 ศาสนา

1( ) พุทธ

2( ) อิสลาม

3( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.5 การศึกษา

1( ) ไม่ได้เรียน

2( ) ประถมศึกษา

3( ) มัธยมศึกษา

4( ) อนุปริญญา

5( ) ปริญญาตรีขึ้นไป

6( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.6 อาชีพ

1( ) แม่บ้าน

2( ) รับจ้าง/ค้าขาย/ลูกจ้าง

3( ) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่

4( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

5( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.7 รายได้เฉลี่ย/เดือน

1( ) ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน

2( ) 2,001-4,000 บาท/เดือน

3( ) 4,001-6,000 บาท/เดือน

4( ) 6,001-8,000 บาท/เดือน

5( ) 8,001 บาท ขึ้นไป

1.8 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน

1.9 อายุบุตรคนสุดท้าย.....ปี.....เดือน

1.10 ท่านเข้าร่วมโครงการในฐานะ

1( ) ผู้ปกครอง

2( ) เครือข่าย

1.11 ท่านเคยเข้าร่วมโครงการในลักษณะนี้หรือไม่

1( ) เคย

2( ) ไม่เคย

**ส่วนที่ 2** ระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงใจท่านมากที่สุด

ขั้นตอนของโครงการ	ระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดปัญหา/ค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา					
2. วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม					
3. ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้จากการประชุม					
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ผู้ปกครองปฏิบัติตามกิจกรรมที่ผ่านมา					
5. ร่วมกันถอดบทเรียน (AAR) ที่ได้จากการปฏิบัติที่ผ่านมา					
6. สรุปแล้วในภาพรวม ท่านมีส่วนร่วมในระดับใด					

**ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจต่อกระบวนการต่าง ๆ ที่ใช้การสร้างการมีส่วนร่วม

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงใจท่านมากที่สุด

กระบวนการ	ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. กิจกรรมในชุมชน					
1.1 การรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่					
1.2 การรวมกันเป็นกลุ่มย่อย					
2. กิจกรรมในโรงพยาบาล					



2.1 การรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่					
3. สรุปแล้วในภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับใด					

#### ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในแต่ละขั้นตอนต่อโครงการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงใจท่านมากที่สุด

กระบวนการ	ระดับความพึงพอใจต่อแต่ละขั้นตอนของโครงการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดปัญหา/ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา					
2. วางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม					
3. ร่วมปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ได้ จากการประชุม					
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ผู้ปกครองปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ผ่านมา					
5. ร่วมกันถอดบทเรียน (AAR) ที่ได้จากการปฏิบัติที่ผ่านมา					
6. สรุปแล้วในภาพรวม ท่านมีความพอใจต่อแต่ละขั้นตอนของโครงการในระดับใด					

### ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อทีมวิจัยชุมชน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงใจท่านมากที่สุด

กระบวนการ	ระดับความพึงพอใจต่อทีมวิจัยชุมชน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การประสานงาน					
2. การให้ความรู้ / ทักษะ					
2.1 เนื้อหาที่ได้รับจากทีมวิจัย					
2.2 วิธีการถ่ายทอดความรู้ของทีมวิจัย					
2.3 ความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับ					
3. การติดตาม / กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากของลูก					
4. การสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพลูก					

กระบวนการ	ระดับความพึงพอใจต่อทีมวิจัยชุมชน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. การสร้างความสัมพันธ์					
5.1 การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มย่อยกับกลุ่มย่อย					
5.2 การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มย่อยกับกลุ่มใหญ่					
6. สรุปแล้วในภาพรวม ท่านมีความพอใจต่อทีมวิจัยชุมชนในระดับใด					

7. ข้อเสนอแนะต่อที่มิวิจัยชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

 ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม 

## ภาคผนวก 6



รูปแสดงการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครองเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็ก  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาบริบทชุมชนเบื้องต้นโดยผู้วิจัย โดยจัด 2 ครั้ง  
 ครั้งที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว และ  
 ครั้งที่ 2 วันที่ 19 เมษายน 2553 ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขามชุมชนหัวเลี้ยว

## ภาคผนวก 7



รูปแสดงการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ประกอบการ ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทน  
ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 10 คน  
เพื่อศึกษาริบทชุมชนโดยแกนนำชุมชน วันที่ 20 ตุลาคม 2553  
ณ ร้านน้ำชาใต้ต้นมะขาม ในชุมชนหัวเลี้ยว

## ภาคผนวก 8



รูปแสดงการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 4 เพื่อทบทวนผลการศึกษาริบทชุมชน ปัญหาอุปสรรค  
และร่วมวางแผนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยการจัดเวทีประชาคม  
เมื่อวันที่ 12 ม.ค. 54 ณ หน้าห้องฟีน รพ.ยะหริ่ง

## ภาคผนวก 9



รูปแสดงการจัดเวทีประชาคม เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยมีประธานชุมชนและผู้นำศาสนาเข้าร่วม  
เมื่อวันที่ 23 ม.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง

## ภาคผนวก 10



รูปแสดงการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 5 เพื่อประเมินผลการจัดเวทีประชาคม ปัญหาอุปสรรค เพื่อปรับปรุงในขั้นตอนถัดไป ร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานและสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง เมื่อวันที่ 26 ม.ค. 54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง



## ภาคผนวก 11



รูปแสดงการฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นของแกนนำชุมชน : การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก  
ฝึกทักษะการแปร่งฟัน การตรวจฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การข้อมสีฟัน รวมถึงการบันทึกผล

## ภาคผนวก 12



รูปแสดงการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองทั้ง 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง  
 ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 20 มีนาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง  
 ครั้งที่ 3 จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 1 พฤษภาคม 2554 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยะหริ่ง

## ภาคผนวก 13



รูปแสดงการเยี่ยมบ้านของผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชน ระหว่างวันที่ 10-13 มิ.ย. 54

## ภาคผนวก 14



รูปแสดงการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 4 และ 5 ซึ่งจัดเป็นกลุ่มย่อยในชุมชน โดยดำเนินการครั้งที่ 4 ระหว่าง วันที่ 15 - 21 มิถุนายน 2554 และ ครั้งที่ 5 ระหว่าง วันที่ 4 - 10 กรกฎาคม 2554

## ภาคผนวก 15



รูปแสดงงาน “มหกรรมครอบครัวฟันดีที่...หัวเลี้ยวยามู”  
ซึ่งจัดขึ้นในวันเสาร์ที่ 2 เมษายน 2554 ในบริเวณชุมชนหัวเลี้ยว

## ภาคผนวก 16



รูปแสดงการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 10 เพื่อร่วมระดมความคิด ประเมินผล  
การจัดมหกรรมรณรงค์ ปัญหาอุปสรรค และร่วมวางแผนการจัดการอบรมผู้ปกครอง ครั้งที่ 3  
เมื่อวันที่ 5 เม.ย.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง

## ภาคผนวก 17



รูปแสดงการประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 12-15 เพื่อร่วมระดมความคิด ทบทวน  
ผลการอบรมผู้ปกครองเป็นกลุ่มย่อยในชุมชน ปัญหาอุปสรรค และวิธีการประเมินผล  
เมื่อวันที่ 4,6 ก.ค.54 และวันที่ 27,29 ก.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง

## ภาคผนวก 18



รูปแสดงการจัดเวทีประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและ  
ร่วมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับ การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืนต่อไป  
เมื่อวันที่ 30 ก.ค.54 ณ ห้องประชุม รพ.ยะหริ่ง แกนนำชุมชนเข้าร่วมทุกคน



## ภาคผนวก 19

## ตารางสรุประยะเวลาและกิจกรรมที่ดำเนินการ

ระยะเวลา (ว/ด/ป)	กิจกรรมที่ดำเนินการ
เดือน ม.ค. 53	- การคัดเลือกชุมชน โดยผู้วิจัย
18 มี.ค. 53	- การศึกษาชุมชนเบื้องต้น โดยผู้วิจัย ครั้งที่ 1
19 เม.ย. 53	- การศึกษาชุมชนเบื้องต้น โดยผู้วิจัย ครั้งที่ 2
เดือน มี.ค. – เม.ย. 53	- การคัดเลือกแกนนำชุมชน
25 เม.ย. 53	- เข้าพบผู้นำชุมชนหัวเลี้ยวเพื่อบอกเล่าถึงเป้าหมายและชี้แจงรายละเอียดโครงการ
20 มี.ค. 53	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 1
6-7 มิ.ย. 53	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 2
12-13 ต.ค. 53	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 3
20 ต.ค. 53	- จัดสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาบริบทชุมชน โดยแกนนำชุมชน
ต.ค.53 – ม.ค. 54	- แกนนำชุมชนสำรวจชุมชนและศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก
12 ม.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 4
23 ม.ค. 54	- จัดเวทีประชาคมครั้งที่ 1
26 ม.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 5
17 ก.พ. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 6
23 ก.พ. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 7
27 ก.พ. 54	- จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 1
18 มี.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 8
20 มี.ค. 54	- จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 2
28 มี.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 9
2 เม.ย. 54	- จัดมหกรรมครอบครัวฟันดีที่หัวเลี้ยวามู
5 เม.ย. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 10
1 พ.ค. 54	- จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 3

ระยะเวลา ( ว/ด/ป )	กิจกรรมที่ดำเนินการ
10-13 มิ.ย. 54	- แกนนำชุมชนลงเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง
14 มิ.ย. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 11
15 – 21 มิ.ย. 54	- จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 4 (จัดในชุมชนเป็นกลุ่มย่อย)
4-10 ก.ค. 54	- จัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครั้งที่ 5 (จัดในชุมชนเป็นกลุ่มย่อย)
4 ก.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 12
6 ก.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 13
18-24 ก.ค. 54	- จัดประเมินผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชน/การมีส่วนร่วมโดยผู้ปกครอง (จัดในชุมชนเป็นกลุ่มย่อย)
27 ก.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 14
29 ก.ค. 54	- การประชุมแกนนำชุมชน ครั้งที่ 15
30ก.ค. 54	- จัดเวทีประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางนาริศา หีมสุหรี

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310820004

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2537
บริหารสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2542

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลยะหริ่ง อำเภอยะหริ่ง  
จังหวัดปัตตานี

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

นาริศา หีมสุหรี, จรรย์ญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. กระบวนการส่งเสริมศักยภาพแกนนำ  
ชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ  
แบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งใน อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี. ใน: ทรงชัย  
จิตโตสมกุล, สุกัญญา เขียววิวัฒน์, อัจฉรา วัฒนาภา, ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, ศศิธร ไชยประสิทธิ์,  
ปิยะนารถ จากเกิด, กันยารัตน์ คอวนิช, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม,  
บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปีของชมรมทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เรื่อง  
“สื่อสร้างสรรค์: วิถีใหม่ งานทันตสาธารณสุขไทย” ประจำปี 2554; 24-25 พฤศจิกายน 2554;  
เชียงใหม่, ประเทศไทย; 2554. หน้า 114-128.